



clsa élcv

Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire en ligne, cohorte de surveillance et cohorte globale (4^e suivi)

v1.0, 04 février 2026

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

ED_3	ED_OTED_WBF4
[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 AUX PARTICIPANT·ES : NOUS VOUS AVONS DÉJÀ DEMANDÉ VOS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE INITIALE. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION POUR CONFIRMER L'INFORMATION.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

SMK_6	SMK_OTCJRR_WBF4
[ASK IF SMK_OTOCC_WBF4 = YES]	
Quels autres types de produits du tabac utilisez-vous actuellement?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
SMK_OTCURR_CG_WBF4	01 Cigares
SMK_OTCURR_SM_WBF4	02 Petits cigares (cigarillos)
SMK_OTCURR_PI_WBF4	03 Pipes de tabac
SMK_OTCURR_CH_WBF4	04 Tabac à mâcher ou à priser
SMK_OTCURR_PT_WBF4	05 Timbres de nicotine
SMK_OTCURR_GU_WBF4	06 Gomme à la nicotine
SMK_OTCURR_BE_WBF4	07 Noix d'arec
SMK_OTCURR_PN_WBF4	08 Paan
SMK_OTCURR_SH_WBF4	09 Narguilé (Shisha)
SMK_OTCURR_EN_WBF4	10 Cigarettes électroniques avec nicotine
SMK_OTCURR_EC_WBF4	11 Cigarettes électroniques sans nicotine
SMK_OTCURR_OTSP_WBF4	97 Autre : _____
SMK_OTCURR_DK_NA_WBF4	98 Ne sais pas / pas de réponse
SMK_OTCURR_REFUSED_WBF4	99 Préfère ne pas répondre

Table des matières

	Page
Éducation (ED).....	6
Propriétaires (OWN).....	8
Caractéristiques sociodémographiques (SDC).....	12
Identité de genre (GED).....	16
Taille et poids (HWT).....	17
Consommation de tabac (SMK).....	21
Cannabis (CAN).....	24
Consommation d'alcool (ALC).....	26
État général de santé (GEN).....	31
Qualité de vie (QUA).....	33
Activités physiques (PA2).....	35
Nutrition Questionnaire court sur le régime alimentaire (NUT) (Cohorte globale seulement).....	50
Risque nutritionnel (NUR).....	74
Santé bucco-dentaire (ORH).....	83
Déclin cognitif subjectif (SCD).....	91
Douleurs et malaises (HUP).....	92
Santé des femmes (WHO).....	94
Vision (VIS).....	98
Audition (HRG).....	100
Questionnaire de dépistage d'un problème auditif chez les personnes âgées (HRG).....	102
Échelle de résilience (RES) (Cohorte globale seulement).....	104
Problèmes de santé chroniques (CCT/CCC).....	105
<i>Arthrose du genou</i>	106
<i>Arthrose de la hanche</i>	108
<i>Arthrose de la main</i>	110
<i>Arthrite/musculosquelettique</i>	114
<i>Respiratoire/obstruction chronique des voies respiratoires</i>	115
<i>Hypertension</i>	121
<i>Diabète</i>	123
<i>Cardiaque/cardiovasculaire et cardiopathie ischémique</i>	125
<i>Sténose aortique (AOR) (Cohorte globale seulement)</i>	131
<i>Questionnaire de l'OMS (ROS) (Cohorte globale seulement)</i>	133
<i>Accident vasculaire cérébral</i>	136
<i>Questionnaire QVSFS modifié (Cohorte globale seulement)</i>	139
<i>Traumatisme crânien (TBI) (Cohorte globale seulement)</i>	142
<i>Neurologique</i>	144
<i>Gastro-intestinal</i>	148
<i>Vision</i>	154
<i>Cancer</i>	158
<i>Santé mentale</i>	162
<i>Autres maladies chroniques</i>	164
<i>Neuropsychiatrique (DPR) (Cohorte globale seulement)</i>	177

Infections (INF).....	178
Comportements préventifs en matière de santé (PHB).....	179
Parkinsonisme (PKD).....	181
Épilepsie (EPI).....	187
Capacités fonctionnelles (FUL).....	191
Activités de base de la vie quotidienne (ADL).....	201
Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAL).....	207
Dépression (DEP).....	213
Évaluation de l'aire de mobilité (LSI) (Cohorte globale seulement).....	217
Échelle de satisfaction à l'égard de la vie (SLS).....	222
Santé mentale positive (PMH).....	228
Solitude (LON).....	230
Réseaux sociaux (SN).....	231
Soutien social – Disponibilité (SSA).....	236
Participation sociale (SPA).....	244
Cohésion sociale.....	249
Trouble d'anxiété généralisée (GAD).....	250
Trouble de stress post-traumatique (PSD) (Cohorte globale seulement).....	252
Soins reçus 1 / Soins à domicile (CR1).....	254
Soins reçus 2 / Autres types de soins (CR2).....	258
Prestation de soins (CAG).....	265
Blessures (INJ).....	269
Chutes (FAL).....	274
Retraite (RET).....	278
Participation à la population active avant la retraite (LFP).....	285
Population active (LBF).....	287
Questionnaire sur les limitations au travail (WLQ) (Cohorte globale seulement).....	290
Planification de la retraite (RPL).....	291
Revenu (INC).....	296
Utilisation des soins de santé (HCU).....	300
Besoins de santé non comblés (MET).....	309
Consommation de médicaments (MED) (Cohorte de surveillance seulement).....	310
Usage de suppléments alimentaires (DSU) (Cohorte de surveillance seulement).....	312
Environnements construits (ENV).....	313
Transport, mobilité, migration (TRA).....	315
Patrimoine (WEA).....	325
Réseautage social en ligne (INT).....	330
Mémoire (MEM) (Cohorte globale seulement).....	335

Perception du poids (WTP) (Cohorte globale seulement)	342
Sommeil (SLE) (Cohorte globale seulement)	344
Questionnaire sur le chronotype de Munich (MCT) (Cohorte globale seulement)	351

Éducation (ED)

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

ED_1	ED_ELHS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Quel est le plus haut niveau d'études primaires ou secondaires que vous avez achevé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : NOUS VOUS AVONS DÉJÀ DEMANDÉ VOS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE INITIALE. NOUS VOUS REPOSONS CETTE QUESTION POUR CONFIRMER L'INFORMATION.		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
GRADE_8	1	8 ^e année ou moins (Québec : Secondaire II ou moins)
GRADE_9_10	2	9 ^e - 10 ^e année (Québec : Secondaire III ou IV; Terre-Neuve-et-Labrador : 1 ^{re} année du secondaire)
GRADE_11_13	3	11 ^e - 13 ^e année (Québec : Secondaire V; Terre-Neuve-et-Labrador : 2 ^e à 4 ^e année du secondaire)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ED_2	ED_HSGR_WBF4	
[ASK IF ED_ELHS_WBF4 = GRADE_11_13]		
Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : NOUS VOUS AVONS DÉJÀ DEMANDÉ VOS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE INITIALE. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION POUR CONFIRMER L'INFORMATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ED_3	ED_OTED_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : NOUS VOUS AVONS DÉJÀ DEMANDÉ VOS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE INITIALE. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION POUR CONFIRMER L'INFORMATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ED_4	ED_HIGH_WBF4	
[ASK IF ED_OTED_WBF4 = YES]		
Quel est le plus haut certificat ou diplôme que vous avez obtenu?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : NOUS VOUS AVONS DÉJÀ DEMANDÉ VOS ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES LORS DE L'ENTREVUE INITIALE. NOUS REPOSONS CETTE QUESTION POUR CONFIRMER L'INFORMATION.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

ED_END

Propriétaires (OWN)

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

Les questions suivantes portent sur votre domicile actuel.

OWN_1	OWN_DWLG_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Dans quel type de logement vivez-vous présentement?	
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : SENIORS_HOUSING – Logement de personnes âgées (maison de retraite, logement avec assistance)</p> <p>« 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.</p> <p>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.</p>	
<p>INSTITUTION – Institution (habitation pour personnes âgées, foyer de soins ou établissement de soins de longue durée)</p> <p>« 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.</p> <p>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.)</p>	

OWN_1	OWN_DWLG_WBF4 (suite)	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

OWN_2	OWN_OWN_WBF4	
[ASK IF OWN_DWLG_WBF4 ≠ INSTITUTION AND OWN_DWLG_WBF4 ≠ DK_NA AND OWN_DWLG_WBF4 ≠ REFUSED]		
Est-ce que vous (ou votre conjoint·e / partenaire) êtes propriétaire ou locataire de ce logement?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
OWN	01	Propriétaire
RENT	02	Locataire
OTSP	97	Autre : _____
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

OWN_3	OWN_MRTG_WBF4	
[ASK IF OWN_OWN_WBF4 = OWN]		
Ce logement est-il hypothéqué ou le prêt hypothécaire est-il entièrement remboursé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI LE LOGEMENT N'A JAMAIS EU D'HYPOTHÈQUE OU S'IL A ÉTÉ REÇU EN CADEAU OU EN HÉRITAGE, CHOISIR « PRÊT ENTIÈREMENT REMBOURSÉ ».		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WITH_MORTGAGE	1	Hypothéqué
PAID_OFF	2	Prêt entièrement remboursé
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

OWN_4	OWN_STFHM_WBF4	
[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.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

OWN_5	OWN_HMPRB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous les problèmes suivants avec votre domicile actuel?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
OWN_HMPRB_NOI_WBF4	01	Problème avec le bruit (par exemple, des voisin·es, de la rue)
OWN_HMPRB_LEA_WBF4	02	Problème de fuite (par exemple, de l'eau qui s'infiltré du toit, des gouttières ou des fenêtres)
OWN_HMPRB_CON_WBF4	03	Problème de condensation (p. ex. moisissure)
OWN_HMPRB_EP_WBF4	04	Problème électrique ou de plomberie
OWN_HMPRB_HEA_WBF4	05	Problème de chauffage (p. ex. chaleur inadéquate ou trop élevée)
OWN_HMPRB_MAI_WBF4	06	Problème d'entretien ou de réparation
OWN_HMPRB_INF_WBF4	07	Problème d'infestation (p. ex. insectes, souris ou rats)
OWN_HMPRB_NONE_WBF4	96	N'ai aucun des problèmes énumérés
OWN_HMPRB_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
OWN_HMPRB_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
OWN_HMPRB_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

OWN_6	OWN_MOVE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déménagé au cours des trois dernières années?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

OWN_7	OWN_CMNTY_WBF4	
[ASK IF OWN_MOVE_WBF4 = YES]		
Quelles raisons vous ont incité-e à déménager à cet endroit?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
OWN_CMNTY_CLI_WBF4	01	Climat et environnement naturel
OWN_CMNTY_RET_WBF4	02	Retraite ou planification de la retraite
OWN_CMNTY_FAM_WBF4	03	La famille vit ici
OWN_CMNTY_FRI_WBF4	04	Les ami·es vivent ici
OWN_CMNTY_HOU_WBF4	05	Meilleures habitations ou habitations plus appropriées
OWN_CMNTY_REC_WBF4	06	Installations récréatives et services
OWN_CMNTY_HEA_WBF4	07	Soins de santé
OWN_CMNTY_COS_WBF4	08	Coût de la vie plus bas
OWN_CMNTY_EMP_WBF4	09	Possibilités d'emploi
OWN_CMNTY_APT_WBF4	10	Disponibilité du transport en commun
OWN_CMNTY_ACC_WBF4	11	Facilité d'accès au transport en commun
OWN_CMNTY_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
OWN_CMNTY_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
OWN_CMNTY_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

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_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Êtes-vous Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SDC_INDGN_NO_WBF4	1	Non, pas Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)
SDC_INDGN_FN_WBF4	2	Oui, Première Nation (Indien de l'Amérique du Nord)
SDC_INDGN_ME_WBF4	3	Oui, Métis
SDC_INDGN_IU_WBF4	4	Oui, Inuk (Inuit)
SDC_INDGN_DK_NA_WBF4	8	Ne sais pas / pas de réponse
SDC_INDGN_REFUSED_WBF4	9	Préfère ne pas répondre

SDC_1a	SDC_TWSPRT_WBF4	
[ASK IF SDC_INDGN_WBF4 = SDC_INDGN_FN_WBF4 OR SDC_INDGN_ME_WBF4 OR SDC_INDGN_IU_WBF4]		
Êtes-vous bispirituel·le?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SDC_2a	SDC_RELGCP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Comparativement à il y a trois ans, diriez-vous que vous êtes...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À LA PARTICIPATION OU À L'ADHÉSION AUX CROYANCES ET AUX PRATIQUES D'UNE RELIGION ORGANISÉE. SI VOUS N'AVEZ JAMAIS ÉTÉ RELIGIEUX·SE, CHOISISSEZ « ÉGALEMENT RELIGIEUX·SE ».		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SDC_2b	SDC_SPIGCP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Comparativement à il y a trois ans, diriez-vous que vous êtes...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À DES ACTIVITÉS DE NATURE SPIRITUELLE, MAIS QUI NE SONT PAS ASSOCIÉES À UNE RELIGION ORGANISÉE. SI VOUS N'AVEZ JAMAIS ÉTÉ SPIRITUEL·LE, CHOISISSEZ « ÉGALEMENT SPIRITUEL·LE ».		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SDC_3a	SDC_RELGFQ_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À LA PARTICIPATION OU À L'ADHÉSION AUX CROYANCES ET AUX PRATIQUES D'UNE RELIGION ORGANISÉE. SI VOUS N'AVEZ JAMAIS ÉTÉ RELIGIEUX·SE, CHOISISSEZ « PAS DU TOUT ».		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SDC_3b	SDC_SPIGFQ_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : CETTE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À DES ACTIVITÉS DE NATURE SPIRITUELLE, MAIS QUI NE SONT PAS ASSOCIÉES À UNE RELIGION ORGANISÉE. SI VOUS N'AVEZ JAMAIS ÉTÉ SPIRITUEL·LE, CHOISISSEZ « PAS DU TOUT ».		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SDC_4	SDC_MRTL2_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Quel est votre état matrimonial actuel?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : NOUS DEVONS CONFIRMER OU METTRE À JOUR VOTRE ÉTAT MATRIMONIAL, CAR CERTAINES QUESTIONS DE CE SONDAGE SONT POSÉES SEULEMENT SI VOUS ÊTES MARIÉ·E OU AVEZ UN·E CONJOINT·E DE FAIT.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

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_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Présentement, quelle est votre identité de genre?		
<p>CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : 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.</p>		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

GED_END

Taille et poids (HWT)

HWT_1	HWT_HGHT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Les prochaines questions portent sur la taille et le poids... Combien mesurez-vous sans chaussures?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
1	1	36"-47" (3'-3'11" ou 90,2 cm à 120,6 cm)
2	2	48"-59" (4'-4'11" ou 120,7 cm à 151 cm)
3	3	60"-71" (5'-5'11" ou 151,1 cm à 181,5 cm)
4	4	72"-83" (6'-6'11" ou 181,5 cm à 212 cm)
5	5	84" (7' ou 213 cm) et plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HWT_1a	HWT_HGHT_1_WBF4	
[ASK IF HWT_HGHT_WBF4 = 1]		
Veuillez indiquer votre taille exacte.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
36	01	3'0" / 36" (90,2 à 92,6 cm)
37	02	3'1" / 37" (92,7 à 95,2 cm)
38	03	3'2" / 38" (95,3 à 97,7 cm)
39	04	3'3" / 39" (97,8 à 100,2 cm)
40	05	3'4" / 40" (100,3 à 102,8 cm)
41	06	3'5" / 41" (102,9 à 105,3 cm)
42	07	3'6" / 42" (105,4 à 107,9 cm)
43	08	3'7" / 43" (108,0 à 110,4 cm)
44	09	3'8" / 44" (110,5 à 112,9 cm)
45	10	3'9" / 45" (113,0 à 115,5 cm)
46	11	3'10" / 46" (115,6 à 118,0 cm)
47	12	3'11" / 47" (118,1 à 120,6 cm)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HWT_1b	HWT_HGHT_2_WBF4	
[ASK IF HWT_HGHT_WBF4 = 2]		
Veuillez indiquer votre taille exacte.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
48	01	4'0" / 48" (120,7 à 123,1 cm)
49	02	4'1" / 49" (123,2 à 125,6 cm)
50	03	4'2" / 50" (125,7 à 128,2 cm)
51	04	4'3" / 51" (128,3 à 130,7 cm)
52	05	4'4" / 52" (130,8 à 133,3 cm)
53	06	4'5" / 53" (133,4 à 135,8 cm)
54	07	4'6" / 54" (135,9 à 138,3 cm)
55	08	4'7" / 55" (138,4 à 140,9 cm)
56	09	4'8" / 56" (141,0 à 143,4 cm)
57	10	4'9" / 57" (143,5 à 146,0 cm)
58	11	4'10" / 58" (146,1 à 148,5 cm)
59	12	4'11" / 59" (148,6 à 151,0 cm)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HWT_1c	HWT_HGHT_3_WBF4	
[ASK IF HWT_HGHT_WBF4 = 3]		
Veuillez indiquer votre taille exacte.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
60	01	5'0" / 60" (151,1 à 153,6 cm)
61	02	5'1" / 61" (153,7 à 156,1 cm)
62	03	5'2" / 62" (156,2 à 158,7 cm)
63	04	5'3" / 63" (158,8 à 161,2 cm)
64	05	5'4" / 64" (161,3 à 163,7 cm)
65	06	5'5" / 65" (163,8 à 166,3 cm)
66	07	5'6" / 66" (166,4 à 168,8 cm)
67	08	5'7" / 67" (168,9 à 171,4 cm)
68	09	5'8" / 68" (171,5 à 173,9 cm)
69	10	5'9" / 69" (174,0 à 176,4 cm)
70	11	5'10" / 70" (176,5 à 179,0 cm)
71	12	5'11" / 71" (179,1 à 181,5 cm)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HWT_1d	HWT_HGHT_4_WBF4	
[ASK IF HWT_HGHT_WBF4 = 4]		
Veuillez indiquer votre taille exacte		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
72	01	6'0" / 72" (181,6 à 184,1 cm)
73	02	6'1" / 73" (184,2 à 186,6 cm)
74	03	6'2" / 74" (186,7 à 189,1 cm)
75	04	6'3" / 75" (189,2 à 191,7 cm)
76	05	6'4" / 76" (191,8 à 194,2 cm)
77	06	6'5" / 77" (194,3 à 196,8 cm)
78	07	6'6" / 78" (196,9 à 199,3 cm)
79	08	6'7" / 79" (199,4 à 201,8 cm)
80	09	6'8" / 80" (201,9 à 204,4 cm)
81	10	6'9" / 81" (204,5 à 206,9 cm)
82	11	6'10" / 82" (207,0 à 209,5 cm)
83	12	6'11" / 83" (209,6 à 212,0 cm)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HWT_2	HWT_WGHT_NB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Combien pesez-vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE VOTRE POIDS EXACT, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE.		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
POUNDS	_____	Livres (MASK: MIN=10, MAX=900)
KILOS	_____	Kilogrammes (MASK: MIN=10, MAX=900)
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

HWT_3	HWT_CNWGHT_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ALWAYS ASK IF TRACKING]		
Considérez-vous que vous faites de l'embonpoint, êtes trop maigre ou êtes à peu près normal·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
OVERWEIGHT	1	Embonpoint
UNDERWEIGHT	2	Trop maigre
ABOUT_RIGHT	3	À peu près normal·e
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HWT_4	HWT_DOWGHT_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ALWAYS ASK IF TRACKING]		
Dans les trois dernières années, avez-vous fait quelque chose concernant votre poids?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HWT_END

Consommation de tabac (SMK)

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

SMK_1	SMK_CURRCG_WBF4
[ALWAYS ASK]	
À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, occasionnellement ou jamais?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 (je n'ai pas du tout fumé au cours des 30 derniers jours)
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

SMK_2	SMK_NBCG_WBF4
[ASK IF SMK_CURRCG_WBF4 = DAILY_PAST_30_DAYS]	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en ce moment?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

SMK_3	SMK_LST30_WBF4	
[ASK IF SMK_CURRCG_WBF4 = OCCASIONALLY]		
Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé au moins une cigarette?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SMK_4	SMK_NB30_WBF4	
[ASK IF SMK_CURRCG_WBF4 = OCCASIONALLY]		
Combien de cigarettes avez-vous fumées habituellement pendant les jours où vous avez fumé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SMK_5	SMK_OTOCC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Utilisez-vous actuellement un ou plusieurs autres types de produits du tabac?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SMK_6	SMK_OTCURRE_WBF4	
[ASK IF SMK_OTOCC_WBF4 = YES]		
Quels autres types de produits du tabac utilisez-vous actuellement?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SMK_OTCURRE_CG_WBF4	01	Cigares
SMK_OTCURRE_SM_WBF4	02	Petits cigares (cigarillos)
SMK_OTCURRE_PI_WBF4	03	Pipes de tabac
SMK_OTCURRE_CH_WBF4	04	Tabac à mâcher ou à priser
SMK_OTCURRE_PT_WBF4	05	Timbres de nicotine
SMK_OTCURRE_GU_WBF4	06	Gomme à la nicotine
SMK_OTCURRE_BE_WBF4	07	Noix d'arec
SMK_OTCURRE_PN_WBF4	08	Paan
SMK_OTCURRE_SH_WBF4	09	Narguilé (Shisha)
SMK_OTCURRE_EN_WBF4	10	Cigarettes électroniques avec nicotine
SMK_OTCURRE_EC_WBF4	11	Cigarettes électroniques sans nicotine
SMK_OTCURRE_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
SMK_OTCURRE_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
SMK_OTCURRE_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

SMK_END

Cannabis (CAN)

Aperçu	Le 17 octobre 2018, la <i>Loi sur le cannabis</i> 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·es 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_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CAN_2	CAN_FREQ_WBF4
[ASK IF CAN_USE_WBF4 = YES]	
Combien de fois avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CAN_3	CAN_PRPS_WBF4	
[ASK IF CAN_USE_WBF4 = YES]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelles fins, parmi les suivantes, avez-vous consommé du cannabis?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CAN_4	CAN_SYM_WBF4	
[ASK IF CAN_PRPS_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CAN_SYM_PAIN_WBF4	01	Douleur
CAN_SYM_NSVM_WBF4	02	Nausées ou vomissements
CAN_SYM_LAWL_WBF4	03	Manque d'appétit ou perte de poids
CAN_SYM_HDMG_WBF4	04	Maux de tête ou migraines
CAN_SYM_MSSZ_WBF4	05	Spasmes musculaires ou convulsions
CAN_SYM_AXDP_WBF4	06	Anxiété ou dépression
CAN_SYM_PTSD_WBF4	07	Symptômes de trouble de stress post-traumatique
CAN_SYM_PRSL_WBF4	08	Problèmes de sommeil
CAN_SYM_OPWD_WBF4	09	Symptômes de sevrage d'opioïdes
CAN_SYM_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
CAN_SYM_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
CAN_SYM_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

CAN_END

Consommation d'alcool (ALC)

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

Maintenant, passons à 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_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Au cours des 12 derniers mois, environ à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

ALC_2a-ALC_2e		
[ASK IF ALC_FREQ_WBF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ 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 AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
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_WBF4	Vin rouge	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre
ALC_WD_WHNB_WBF4	Vin blanc	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre
ALC_WD_BRNB_WBF4	Bière	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre
ALC_WD_LQNB_WBF4	Liqueur alcoolisée ou spiritueux	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre
ALC_WD_OTNB_WBF4	Autre type d'alcool	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

ALC_3a-ALC_3e		
[ASK IF ALC_FREQ_WBF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ 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 AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
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_WBF4	Vin rouge	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED		99 Préfère ne pas répondre
ALC_WE_WHNB_WBF4	Vin blanc	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED		99 Préfère ne pas répondre
ALC_WE_BRNB_WBF4	Bière	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED		99 Préfère ne pas répondre
ALC_WE_LQNB_WBF4	Liqueur alcoolisée ou spiritueux	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED		99 Préfère ne pas répondre
ALC_WE_OTNB_WBF4	Autre type d'alcool	_____ (nombre) (MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED		99 Préfère ne pas répondre

ALC_4	ALC_MLFQ_WBF4	
[ASK IF (ALC_FREQ_WBF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ REFUSED) AND SEX = MALE]		
Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois avez-vous bu <u>cinq consommations ou plus d'alcool</u> à une même occasion?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : 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.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

ALC_5	ALC_FMFQ_WBF4	
[ASK IF (ALC_FREQ_WBF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ REFUSED) AND SEX = FEMALE]		
Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois avez-vous bu <u>quatre consommations ou plus</u> d'alcool à une même occasion?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : 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.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

ALC_6	ALC_HVST_WBF4	
[ASK IF ALC_FREQ_WBF4 ≠ NEVER AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ DK_NA AND ALC_FREQ_WBF4 ≠ REFUSED]		
Comment est votre consommation actuelle d'alcool comparativement à la période où vous buviez le plus?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI LA PÉRIODE OÙ VOUS BUVIEZ LE PLUS EST EN CE MOMENT, « À PEU PRÈS SIMILAIRE » S'APPLIQUE.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ALC_END

État général de santé (GEN)

Aperçu	<p>Le module sur l'état général de santé comprend des questions sur le bien-être physique, psychologique et social. Il sert à recueillir des données sur la perception qu'a le/la participant·e de sa santé, de sa santé mentale, de son stress et de son sentiment d'appartenance à la communauté.</p> <p>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·trice du système de santé.</p>
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Maintenant, voici quelques questions générales sur votre santé.

GEN_1	GEN_HLTH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

GEN_2	GEN_MNTL_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

GEN_3	GEN_OWNAG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Pour ce qui est de votre propre vieillissement en santé, diriez-vous qu'il est excellent, très bon, bon, passable ou mauvais?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellent
VERY_GOOD	2	Très bon
GOOD	3	Bon
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

GEN_4	GEN_BRD_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

GEN_5	GEN_MUSC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Environ à quelle fréquence jouez-vous d'un instrument de musique ou chantez-vous dans une chorale?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

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 <i>capacité</i> des gens à vivre une vie qu'ils <i>apprécient</i> , plutôt que les facteurs qui peuvent déterminer cette capacité (par exemple, le revenu, la santé).
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

QUA_1	QUA_SECURE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Sentiment de sécurité et de stabilité		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

QUA_2	QUA_LOVE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Amour, amitié et soutien		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

QUA_3	QUA_INDEPENDENT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Être indépendant·e		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

QUA_4	QUA_ACHIEVE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Réussite et progrès		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

QUA_5	QUA_ENJOYMENT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Plaisir		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

QUA_END

Activités physiques (PA2)

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

Aperçu	<p>Les questions de ce module font partie du questionnaire Physical Activity Scale of the Elderly (PASE) et portent sur les activités et exercices d'intensité légère, modérée et élevée faits au cours des 7 derniers jours. Les questions portent également sur les activités ménagères, le travail et le bénévolat qui ont été faits au cours des 7 derniers jours.</p> <p>Importance du module : Les réponses 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.</p>
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Maintenant, voici 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_WBF4	
[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...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_2	PA2_SIT2_WBF4	
[ASK IF PA2_SIT_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_SIT_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_SIT_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_SIT2_BIN_WBF4	01	Bingo, cartes ou autres jeux
PA2_SIT2_COM_WBF4	02	Utiliser l'ordinateur
PA2_SIT2_CRO_WBF4	03	Mots croisés, casse-têtes, etc.
PA2_SIT2_HAN_WBF4	04	Artisanat
PA2_SIT2_LIS_WBF4	05	Écouter la radio / de la musique
PA2_SIT2_MUS_WBF4	06	Jouer d'un instrument de musique
PA2_SIT2_REA_WBF4	07	Lire
PA2_SIT2_VIS_WBF4	08	Visiter des personnes
PA2_SIT2_TV_WBF4	09	Regarder la télévision
PA2_SIT2_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
PA2_SIT2_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
PA2_SIT2_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

PA2_3	PA2_SITHR_SIT_WBF4	
[ASK IF PA2_SIT_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_SIT_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_SIT_WBF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces activités assises?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_4	PA2_WALK_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : LA MARCHÉ PEUT ÊTRE À L'EXTÉRIEUR OU À L'INTÉRIEUR.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_5	PA2_WALKHR_WBF4	
[ASK IF PA2_WALK_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_WALK_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_WALK_WBF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous marché?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_6	PA2_LSPRT_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : LES EXERCICES LÉGERS OU LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES SONT DES ACTIVITÉS PENDANT LESQUELLES VOUS POUVEZ FACILEMENT MAINTENIR UNE CONVERSATION. LA MARCHÉ DEVRAIT ÊTRE INSCRITE À LA QUESTION PRÉCÉDENTE.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_7	PA2_LSPRT2_WBF4	
[ASK IF PA2_LSPRT2_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_LSPRT2_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_LSPRT2_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_LSPRT2_ARC_WBF4	01	Tir à l'arc
PA2_LSPRT2_BAD_WBF4	02	Badminton
PA2_LSPRT2_BIL_WBF4	03	Billard
PA2_LSPRT2_BOA_WBF4	04	Navigation de plaisance (canot, aviron ou voile)
PA2_LSPRT2_BOC_WBF4	05	Jeu de boules (bocci)/pétanque
PA2_LSPRT2_BOW_WBF4	06	Quilles
PA2_LSPRT2_CAT_WBF4	07	Jeu de balles (catch)
PA2_LSPRT2_CRO_WBF4	08	Croquet
PA2_LSPRT2_CUR_WBF4	20	Curling
PA2_LSPRT2_DAR_WBF4	09	Fléchettes
PA2_LSPRT2_FIS_WBF4	10	Pêche
PA2_LSPRT2_FRI_WBF4	11	Frisbee
PA2_LSPRT2_GOL_WBF4	12	Golf avec voiturette
PA2_LSPRT2_HOR_WBF4	13	Fer à cheval
PA2_LSPRT2_MUS_WBF4	14	Programme musical
PA2_LSPRT2_RIF_WBF4	15	Tir
PA2_LSPRT2_SHU_WBF4	16	Palet (shuffleboard)
PA2_LSPRT2_SWI_WBF4	17	Natation (sans longueurs)
PA2_LSPRT2_TAB_WBF4	18	Ping-pong
PA2_LSPRT2_YOG_WBF4	19	Yoga ou stretching
PA2_LSPRT2_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
PA2_LSPRT2_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
PA2_LSPRT2_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

PA2_8	PA2_LSPRTHR_WBF4	
[ASK IF PA2_LSPRT_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_LSPRT_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_LSPRT_WBF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices légers ou activités récréatives?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_9	PA2_MSPRT_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : 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.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_10	PA2_MSPRT2_WBF4	
[ASK IF PA2_MSPRT_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_MSPRT_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_MSPRT_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_MSPRT2_BAR_WBF4	01	Travaux de ferme
PA2_MSPRT2_DAN_WBF4	02	Danse (danse sociale, ballet, disco)
PA2_MSPRT2_FEN_WBF4	03	Escrime
PA2_MSPRT2_FOO_WBF4	04	Football
PA2_MSPRT2_GOL_WBF4	05	Golf sans voiturette
PA2_MSPRT2_HOR_WBF4	06	Équitation
PA2_MSPRT2_HUN_WBF4	07	Chasse
PA2_MSPRT2_PIC_WBF4	17	Pickleball
PA2_MSPRT2_PIL_WBF4	08	Pilates ou tai chi
PA2_MSPRT2_SCU_WBF4	09	Plongée (en apnée ou sous-marine)
PA2_MSPRT2_SKA_WBF4	10	Patin (glace ou roues alignées)
PA2_MSPRT2_SLE_WBF4	11	Glissade sur neige / motoneige
PA2_MSPRT2_SOF_WBF4	12	Balle molle / base-ball / criquet
PA2_MSPRT2_SUR_WBF4	13	Planche à neige / surf
PA2_MSPRT2_TEN_WBF4	14	Tennis (en double)
PA2_MSPRT2_TRM_WBF4	15	Trampoline
PA2_MSPRT2_VOL_WBF4	16	Volley-ball
PA2_MSPRT2_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
PA2_MSPRT2_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
PA2_MSPRT2_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

PA2_11	PA2_MSPRTHR_WBF4	
[ASK IF PA2_MSPRT_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_MSPRT_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_MSPRT_WBF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices d'intensité modérée?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_12	PA2_SSPRT_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : LES EXERCICES D'INTENSITÉ ÉLEVÉE SONT DES EXERCICES PENDANT LESQUELS IL EST TRÈS DIFFICILE D'AVOIR UNE CONVERSATION.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_13	PA2_SSPRT2_WBF4	
[ASK IF PA2_SSPRT_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_SSPRT_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_SSPRT_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quelles étaient ces activités?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_SSPRT2_AER_WBF4	01	Danse aérobique ou aqua-forme
PA2_SSPRT2_BAC_WBF4	02	Longue randonnée
PA2_SSPRT2_BAS_WBF4	03	Basket-ball
PA2_SSPRT2_BIC_WBF4	04	Vélo ou vélo stationnaire
PA2_SSPRT2_BOA_WBF4	05	Planche à voile
PA2_SSPRT2_HAN_WBF4	06	Handball / paddleball
PA2_SSPRT2_HIK_WBF4	07	Randonnée pédestre
PA2_SSPRT2_HOC_WBF4	08	Hockey (sur glace ou sur gazon)
PA2_SSPRT2_JOG_WBF4	09	Jogging
PA2_SSPRT2_LAC_WBF4	10	Crosse
PA2_SSPRT2_MOU_WBF4	11	Escalade, course en montagne
PA2_SSPRT2_RAC_WBF4	12	Racquetball
PA2_SSPRT2_ROP_WBF4	13	Saut à la corde
PA2_SSPRT2_ROW_WBF4	14	Aviron ou canot de compétition
PA2_SSPRT2_RWM_WBF4	15	Machine à ramer
PA2_SSPRT2_SKI_WBF4	16	Ski (ski de fond, alpin, nautique)
PA2_SSPRT2_SNO_WBF4	17	Raquette
PA2_SSPRT2_SOC_WBF4	18	Soccer
PA2_SSPRT2_SQU_WBF4	19	Squash
PA2_SSPRT2_STA_WBF4	20	Grimper des escaliers
PA2_SSPRT2_SWI_WBF4	21	Natation (avec longueurs)
PA2_SSPRT2_TEN_WBF4	22	Tennis (simple)
PA2_SSPRT2_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
PA2_SSPRT2_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
PA2_SSPRT2_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

PA2_14	PA2_SSPRTHR_WBF4	
[ASK IF PA2_SSPRT_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_SSPRT_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_SSPRT_WBF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices d'intensité élevée?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_15	PA2_EXER_WBF4	
[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 AUX PARTICIPANT·ES : 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.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_16	PA2_EXER2_WBF4	
[ASK IF PA2_EXER_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_EXER_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_EXER_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quels étaient ces exercices?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_EXER2_CAL_WBF4	01	Gymnastique rythmique
PA2_EXER2_PUS_WBF4	02	Push-ups (pompes)
PA2_EXER2_SIT_WBF4	03	Redressements assis
PA2_EXER2_WEI_WBF4	04	Poids libres et mini-haltères
PA2_EXER2_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
PA2_EXER2_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
PA2_EXER2_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

PA2_17	PA2_EXERHR_WBF4	
[ASK IF PA2_EXER_WBF4 ≠ NEVER AND PA2_EXER_WBF4 ≠ DK_NA AND PA2_EXER_WBF4 ≠ REFUSED]		
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à des exercices visant à augmenter la force et l'endurance musculaire?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_18-PA2_23					
[ALWAYS ASK]					
Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait l'une ou l'autre des activités suivantes?					
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION					
		Oui	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
PA2_LTHSWK_WBF4	Des travaux domestiques légers comme épousseter ou laver la vaisselle				
PA2_HVYHSWK_WBF4	Des travaux domestiques lourds comme passer l'aspirateur, récurer les planchers, laver les fenêtres ou transporter du bois				
PA2_HMREPAIR_WBF4	Des réparations de la maison comme peindre, poser du papier peint, faire des travaux d'électricité, etc.				
PA2_HVYODA_WBF4	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_WBF4	Du jardinage à l'extérieur, balayer le balcon ou les escaliers				
PA2_CRPRSN_WBF4	Donner des soins à une autre personne, comme des enfants, un·e conjoint·e à charge ou un autre adulte				

PA2_24	PA2_WRK_WBF4			
[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 sais pas / pas de réponse		
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre		

PA2_25	PA2_WRKHRS_NB_WBF4	
[ASK IF PA2_WRK_WBF4 = YES]		
Au cours des sept derniers jours, combien d'heures avez-vous consacrées à un travail rémunéré ou à des activités de bénévolat?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE D'HEURES EXACT.		
	_____	INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=1, MAX=168)
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

PA2_26	PA2_WRKPA_WBF4	
[ASK IF PA2_WRK_WBF4 = YES]		
Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux la quantité d'activité physique nécessaire pour votre travail ou vos activités de bénévolat?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 50 LIVRES ÉQUIVALENT À PEU PRÈS À 23 KG.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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·trice 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_27	PA2_REPRTN_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_28	PA2_PALVL_WBF4	
[ASK IF PA2_REPRTN_WBF4 = DISAGREE OR STRONGLY_DISAGREE]		
Au cours des sept derniers jours, diriez-vous que votre niveau d'activité physique était :		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_29	PA2_PARTPA_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PA2_30	PA2_PRVPA_WBF4	
[ASK IF PA2_PARTPA_WBF4 = YES]		
Qu'est-ce qui vous a empêché·e de faire de l'activité physique ou plus d'activités physiques?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
PA2_PRVPA_COS_WBF4	01	Coût
PA2_PRVPA_TRM_WBF4	02	Problèmes de transport
PA2_PRVPA_ACT_WBF4	03	Activités non disponibles dans la région
PA2_PRVPA_LOC_WBF4	04	L'emplacement est physiquement inaccessible
PA2_PRVPA_FAR_WBF4	05	L'emplacement est trop loin
PA2_PRVPA_HEA_WBF4	06	Problème de santé
PA2_PRVPA_ILL_WBF4	07	Maladie / blessure
PA2_PRVPA_FEA_WBF4	08	Peur de se blesser
PA2_PRVPA_TIM_WBF4	09	Manque de temps
PA2_PRVPA_ENG_WBF4	10	Manque d'énergie
PA2_PRVPA_MOT_WBF4	11	Manque de motivation
PA2_PRVPA_SKI_WBF4	12	Manque de compétence ou connaissance
PA2_PRVPA_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
PA2_PRVPA_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
PA2_PRVPA_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

PA2_END

Nutrition Questionnaire court sur le régime alimentaire (NUT) (Cohorte globale seulement)

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 Helene 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 4^e suivi afin de concorder avec les éléments inclus dans le Health 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	<p>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.</p> <p>Les chercheur·ses 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.</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

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_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_2	NUT_BRD_WBF4	
[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...)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_3	NUT_PST_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_4	NUT_WTBRD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement des pains blancs , bagels, riz blanc, pâtes blanches, nouille blanches ou autres grains raffinés comme les céréales à déjeuner?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : Si « jamais », inscrivez « Jamais ou rarement ».

NUT_5	NUT_ALLMEATS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous du bœuf, du porc, du veau, de l'agneau, du gibier (haché, hamburger, rôti, steak, en cubes...)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_6	NUT_CHK_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous du poulet et de la dinde?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_7	NUT_FISH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous du saumon, truite, sardine, hareng, thon, maquereau (frais, congelé ou en conserve)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_8	NUT_PRDMEATS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des saucisses, hot-dog, jambon, viandes froides ou fumées, bacon, pâtés, cretons, terrines...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des œufs oméga 3?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_10	NUT_EGGS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous toute recette à base d'œufs excluant les œufs oméga 3 (œufs, omelette, quiche...)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_11	NUT_LEGEM_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous habituellement des légumineuses, p. ex. : haricots secs, pois secs, lentilles, tofu?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_12	NUT_NUTS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des noix, graines et beurre d'arachides?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : Si « jamais », inscrivez « Jamais ou rarement ».

NUT_13	NUT_FRUT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des fruits (frais, congelés, en conserve)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_14	NUT_GREEN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous de la salade verte (laitue, avec ou sans autres ingrédients)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_15	NUT_PTTO_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des pommes de terre (bouillies, pilées, au four)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_16	NUT_CRRT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des carottes (fraîches, congelées, en conserve, mangées seules ou avec d'autres aliments, cuites ou crues)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_17	NUT_VGOT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous d'autres légumes (sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous tous les types de fromages réduits en gras?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_19	NUT_CHSE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous tous les types de fromages réguliers?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_20	NUT_LWYG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des yogourts réduits en gras?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_21	NUT_YOGR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des yogourts réguliers?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : Si « jamais », inscrivez « Jamais ou rarement ».

NUT_22	NUT_FDJCCALC_WBF4	
[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...)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_23	NUT_DAIR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous de la crème glacée, lait glacé, yogourt glacé, desserts au lait (pouding...)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : Si « jamais », inscrivez « Jamais ou rarement ».

NUT_24	NUT_SALT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des grignotines (croustilles régulières, craquelins...)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_25	NUT_DSRT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des gâteaux, tartes, beignes, pâtisserie, biscuits, muffins...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_26	NUT_CHOC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous habituellement du chocolat (en bonbon ou en barre)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement du beurre, du lard, de l'huile de coco, ou de l'huile de palme?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_28	NUT_MRGOIL_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : Si « jamais », inscrivez « Jamais ou rarement ».

NUT_29	NUT_PURE_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_30	NUT_SUGR_WBF4	
[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)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_31	NUT_SFDRK_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous des boissons gazeuses régulières (p. ex. Coke, Pepsi, 7-Up, Sprite et autres)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_32	NUT_ASFDRK_WBF4	
[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.)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_33	NUT_CFFTEA_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence prenez-vous habituellement du café ou du thé sucré, chaud ou glacé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : Si « jamais », inscrivez « Jamais ou rarement ».

NUT_34	NUT_FLVML_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement du lait au chocolat ou autre lait aromatisé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_35	NUT_WHML_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous du lait entier 3,25 % m.g.?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_36	NUT_LFML_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous du lait 2 % m.g., 1 % m.g., écrémé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_37	NUT_PLNTDR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence consommez-vous habituellement des boissons enrichies à base de plantes (soya, avoine, amandes, ...)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_37a	NUT_PLNTDR_TYP_WBF4	
[ASK IF NUT_PLNTDR_WBF4 = DAY OR WK OR MT > 0]		
Quelle sorte consommez-vous habituellement?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SB	1	Boisson de soya
OTSP	2	Autres
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUT_38	NUT_ENEG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence buvez-vous des boissons énergétiques, telles que Red Bull?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_39	NUT_PKFD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence mangez-vous des aliments ou repas pré-emballés, tels que des soupes, repas surgelés ou autres?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_40	NUT_FSTFD_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAY	_____	Par jour
WK	_____	Par semaine
MT	_____	Par mois
NEVER	96	Jamais ou rarement
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_41	NUT_LSALT_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUT_42	NUT_TAST_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUT_43	NUT_SMEL_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUT_44	NUT_SPDIET_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Suivez-vous, présentement, un régime alimentaire spécifique?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUT_44a	NUT_DTYP_WBF4	
[ASK IF NUT_SPDIET_WBF4 = YES]		
Quel est ce régime?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
NUT_DTYP_VEG_WBF4	01	Régime végétarien
NUT_DTYP_VAG_WBF4	02	Régime végétalien ou végétarien strict
NUT_DTYP_MAC_WBF4	03	Régime macrobiotique
NUT_DTYP_GLU_WBF4	04	Régime sans gluten
NUT_DTYP_MED_WBF4	05	Régime méditerranéen
NUT_DTYP_RAW_WBF4	06	Régime crudorisme (aussi appelé « alimentation vivante », aliments crus seulement)
NUT_DTYP_DSH_WBF4	07	Régime « DASH » (Approche alimentaire pour contrer l'hypertension)
NUT_DTYP_PAL_WBF4	08	Régime paléo
NUT_DTYP_WTL_WBF4	09	Régime amaigrissant
NUT_DTYP_LNA_WBF4	10	Diète faible en sel
NUT_DTYP_LWF_WBF4	11	Diète faible en gras
NUT_DTYP_LWS_WBF4	12	Diète faible en sucre
NUT_DTYP_LFR_WBF4	13	Diète sans lactose
NUT_DTYP_KET_WBF4	14	Diète cétogène
NUT_DTYP_OTSP_WBF4	97	Autre (p. ex. régime ethnoculturel) : _____
NUT_DTYP_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
NUT_DTYP_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

NUT_44b	NUT_DTIM_WBF4	
[ASK IF NUT_SPDIET_WBF4 = YES]		
Si oui, depuis combien de temps? Précisez semaines, mois ou années		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E.		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	_____	Semaines (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	_____	Mois (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	_____	Années (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

NUT_END

Risque nutritionnel (NUR)

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

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

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

NUR_1	NUR_GLSWT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Comparativement à il y a six mois, avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé à peu près le même poids?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
GAINED	1	Pris du poids
LOST	2	Perdu du poids
SAME	3	Gardé à peu près le même poids
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_2a	NUR_WTL_WBF4	
[ASK IF NUR_GLSWT_WBF4 = LOST]		
Quelle a été votre PERTE de poids au cours des <u>derniers six mois</u> ?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_10_LB	1	Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos)
6_10_LB	2	De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos)
ABOUT_5_LB	3	Environ cinq livres (environ 2,3 kilos)
LESS_5_LB	4	Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_2b	NUR_WTG_WBF4	
[ASK IF NUR_GLSWT_WBF4 = GAINED]		
Quel a été votre GAIN de poids au cours des <u>derniers six mois</u> ?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_10_LB	1	Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos)
6_10_LB	2	De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos)
ABOUT_5_LB	3	Environ cinq livres (environ 2,3 kilos)
LESS_5_LB	4	Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_3	NUR_SKPMLS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, à quelle fréquence sautez-vous des repas?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST EVERY DAY	1	Presque tous les jours
OFTEN	2	Souvent
SOMETIMES	3	Parfois
RARELY	4	Rarement
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_4	NUR_APPTT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, comment décririez-vous votre appétit? Diriez-vous qu'il est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_GOOD	1	Très bon
GOOD	2	Bon
FAIR	3	Passable
POOR	4	Peu d'appétit
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_5	NUR_SWLLFD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, à quelle fréquence tousez-vous, vous étouffez-vous ou éprouvez-vous de la douleur en avalant de la nourriture ou des liquides? Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	1	Souvent
SOMETIMES	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
NEVER	4	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_6	NUR_FRTVEG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, combien de portions de fruits et de légumes mangez-vous chaque jour?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : LES FRUITS ET LES LÉGUMES PEUVENT ÊTRE EN CONSERVE, FRAIS, SURGELÉS OU EN JUS NATUREL À 100 %. UNE PORTION REPRÉSENTE : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CUITS ▪ 250 ml (1 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CRUS ▪ UN FRUIT OU 125 ml (1/2 tasse) DE FRUITS SURGELÉS OU EN CONSERVE OU 125 ml (1/2 tasse) DE JUS NATUREL À 100 % 		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SEVEN_OR_MORE	1	Sept ou plus
SIX	2	Six
FIVE	3	Cinq
FOUR	4	Quatre
THREE	5	Trois
TWO	6	Deux
LESS_TWO	7	Moins de deux
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_7	NUR_DRKFLD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Quelle quantité de liquide buvez-vous en une journée?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : COMPREND L'EAU, LE THÉ, LE CAFÉ, LES BREUVAGES AUX HERBES, LES JUS NATURELS À 100 %, LES BOISSONS À SAVEUR DE FRUITS, LE LAIT ET LES BOISSONS GAZEUSES, À L'EXCLUSION DE L'ALCOOL. UNE TASSE REPRÉSENTE 8 ONCES OU 250 ML.		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EIGHT_OR_MORE	1	Huit tasses ou plus
FIVE_SEVEN	2	Cinq à sept tasses
THREE_FOUR	3	Trois ou quatre tasses
TWO	4	Environ deux tasses
LESS_TWO	5	Moins de deux tasses
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_8	NUR_MLSMN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence prenez-vous au moins un repas chaque jour en compagnie d'une autre personne?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	1	Presque toujours
OFTEN	2	Souvent
SOMETIMES	3	Parfois
RARELY	4	Rarement
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_9	NUR_CKMEALS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Cuisinez-vous habituellement vos propres repas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_10	NUR_MLPREP_WBF4	
[ASK IF NUR_CKMEALS_WBF4 = YES]		
Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face à la préparation de vos repas?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ENJOY_COOKING	1	J'aime cuisiner la plupart de mes repas
SOMETIMES_COOKING_CHORE	2	Parfois, cuisiner est un fardeau pour moi
USUALLY_COOKING_CHORE	3	Cuisiner est habituellement un fardeau pour moi
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_11	NUR_MLPREP_OTH_WBF4	
[ASK IF NUR_CKMEALS_WBF4 = NO]		
Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face aux repas préparés pour vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : COMPREND LES MEMBRES DE LA FAMILLE, LES AMI·ES ET LES SERVICES DE REPAS PRÉPARÉS.		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SATISFIED	1	Je suis <u>satisfait·e</u> de la qualité des repas préparés par d'autres
NOT_SATISFIED	2	Je ne suis <u>pas satisfait·e</u> de la qualité des repas préparés par d'autres
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Consommation de plats préparés en restauration rapide

NUR_12	NUR_FASTFD_NB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous mangé dans des chaînes de restauration rapide que ce soit sur place, des plats à emporter ou livrés à la maison?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LE TERME « RESTAURATION RAPIDE » RÉFÈRE À DES RESTAURANTS COMME MCDONALD'S, PFK, BURGER KING, ETC. OÙ LA NOURRITURE EST COMMANDÉE À UN COMPTOIR ET SERVIE SUR UN CABARET OU POUR EMPORTER. LE TERME NE RENVOIE PAS À D'AUTRES TYPES DE RESTAURANTS.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	<u> </u> (MASK: MIN=0, MAX=50)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

Sécurité alimentaire

NUR_13	NUR_NOTENFD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de manger moins que vous l'auriez souhaité parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour acheter de la nourriture?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Consommation de café et de thé

NUR_14a-NUR_14e

[ALWAYS ASK]

Pour chacun des breuvages suivants, combien de tasses buvez-vous chaque jour? Une tasse équivaut à 8 onces ou 250 ml.

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE TASSES PAR JOUR POUR CHAQUE BREUVAGE.

NUR_BEV_RCOFF_WBF4	Café régulier	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUS		99 Préfère ne pas répondre
NUR_BEV_DCOFF_WBF4	Café décaféiné	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUS		99 Préfère ne pas répondre
NUR_BEV_BTEA_WBF4	Thé noir	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUS		99 Préfère ne pas répondre
NUR_BEV_GTEA_WBF4	Thé vert	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUS		99 Préfère ne pas répondre
NUR_BEV_OTEA_WBF4	Autre thé	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED		99 Préfère ne pas répondre

Consommation d'aliments

Voici maintenant des questions sur l'heure à laquelle a lieu habituellement votre première et dernière consommation de nourriture de la journée.

NUR_15	NUR_FRSTFD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle heure consommez-vous habituellement votre premier aliment de la journée, incluant les boissons, mais à l'exception d'un verre d'eau ou d'un thé sans sucre?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
BEFORE_5	1	Avant 5 h AM
BETWEEN_5_AND_6	2	Entre 5 h et 6 h AM
BETWEEN_6_AND_7	3	Entre 6 h et 7 h AM
BETWEEN_7_AND_8	4	Entre 7 h et 8 h AM
BETWEEN_8_AND_9	5	Entre 8 h et 9 h AM
BETWEEN_9_AND_10	6	Entre 9 h et 10 h AM
AFTER_10	7	Après 10 h AM
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_16	NUR_LSTFD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle heure consommez-vous habituellement votre dernier aliment de la journée, incluant les boissons, mais à l'exception d'un verre d'eau ou d'un thé sans sucre?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
BEFORE_6	1	Avant 6 h PM
BETWEEN_6_AND_7	2	Entre 6 h et 7 h PM
BETWEEN_7_AND_8	3	Entre 7 h et 8 h PM
BETWEEN_8_AND_9	4	Entre 8 h et 9 h PM
BETWEEN_9_AND_10	5	Entre 9 h et 10 h PM
BETWEEN_10_AND_11	6	Entre 10 h et 11 h PM
AFTER_11	7	Après 11 h PM
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_17	NUR_MLTIM_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Si vous pensez au moment où vous prenez vos repas principaux, est-ce que vous suivez un horaire régulier?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANTS : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EVERY_DAY	1	Je mange chaque repas à peu près à la même heure tous les jours (plus ou moins 15 minutes de différence)
ON_MOST_DAYS	2	Je mange mes repas à peu près à la même heure la plupart des jours, mais pas tous les jours (1 à 2 jours à des heures irrégulières)
NOT_MANY_DAYS	3	Je mange mes repas à peu près à la même heure certains jours, mais pas la plupart des jours (plus de 3 jours à des heures irrégulières)
IRREGULAR	4	Je ne mange pas mes repas selon un horaire régulier (tous les jours à des heures irrégulières)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

NUR_END

Santé bucco-dentaire (ORH)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Les prochaines questions portent sur la santé de votre bouche.

ORH_1	ORH_HLTH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, diriez-vous que la santé de votre bouche est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_2	ORH_TEETH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous reste-t-il une ou plusieurs dents naturelles?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_3	ORH_TEETH20_WBF4	
[ASK IF ORH_TEETH_WBF4 = YES OR DK_NA OR REFUSED]		
Vous reste-t-il au moins 20 dents naturelles?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E, VEUILLEZ COMPTER VOS DENTS NATURELLES.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_3a	ORH_DENT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Portez-vous des dentiers, des prothèses dentaires ou de fausses dents?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : COMPTÉZ LES FAUSSES DENTS ET LES DENTIERES OU PARTIELS QUI PEUVENT ÊTRE ENLEVÉS (NE COMPTÉZ PAS LES DENTIERES QUI NE PEUVENT PAS ÊTRE ENLEVÉS, P. EX., LES COURONNES FIXÉES SUR DES IMPLANTS).		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_3b	ORH_DNUSE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous des dentiers ou des fausses dents que vous n'utilisez pas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_4	ORH_UNCEAT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous évité de consommer des aliments spécifiques à cause de problèmes dans votre bouche? Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	1	Souvent
SOMETIMES	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
NEVER	4	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_5	ORH_EXP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu l'un ou l'autre des problèmes suivants?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
ORH_EXP_TTH_WBF4	01	Mal de dents
ORH_EXP_CHW_WBF4	02	Difficulté à mastiquer correctement
ORH_EXP_DNU_WBF4	03	Dentier inconfortable [ASK IF ORH_DENT_WBF4 = YES]
ORH_EXP_DNL_WBF4	04	Dentier desserré ou mal ajusté [ASK IF ORH_DENT_WBF4 = YES]
ORH_EXP_DNB_WBF4	05	Dentier brisé [ASK IF ORH_DENT_WBF4 = YES]
ORH_EXP_DNT_WBF4	06	Dentier perdu [ASK IF ORH_DENT_WBF4 = YES]
ORH_EXP_SWL_WBF4	07	Enflure dans la bouche
ORH_EXP_DRM_WBF4	08	Bouche sèche
ORH_EXP_BRM_WBF4	09	Brûlement dans la bouche
ORH_EXP_JWS_WBF4	10	Douleur aux muscles de la mâchoire
ORH_EXP_JJP_WBF4	11	Douleur aux articulations de la mâchoire
ORH_EXP_TTD_WBF4	12	Caries dentaires
ORH_EXP_NTL_WBF4	13	Déchaussement d'une dent naturelle
ORH_EXP_NTB_WBF4	14	Fracture d'une dent naturelle
ORH_EXP_GUMS_WBF4	15	Douleur aux gencives autour des dents naturelles
ORH_EXP_GUMB_WBF4	16	Saignement aux gencives autour des dents naturelles
ORH_EXP_DNS_WBF4	17	Douleur au niveau du dentier [ASK IF ORH_DENT_WBF4 = YES]
ORH_EXP_TTC_WBF4	18	Difficulté à garder vos dents naturelles propres
ORH_EXP_DNC_WBF4	19	Difficulté à garder votre dentier propre [ASK IF ORH_DENT_WBF4 = YES]
ORH_EXP_BB_WBF4	20	Mauvaise haleine
ORH_EXP_NONE_WBF4	96	Aucun de ces problèmes
ORH_EXP_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
ORH_EXP_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
ORH_EXP_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

ORH_6	ORH_DNVST_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quand remonte votre dernière visite chez un·e professionnel·le des soins dentaires, tel que dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LAST_12_MONTH	1	Au cours des douze derniers mois
LAST_5_YEARS	2	Au cours des cinq dernières années
LAST_10_YEARS	3	Au cours des dix dernières années
MORE_10_YEARS	4	Il y a plus de dix ans
NEVER	5	Je ne suis jamais allé·e chez le/la dentiste
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_7	ORH_WYNDN_WBF4	
[ASK IF ORH_DNVST_WBF4 ≠ LAST_12_MONTH AND ORH_DNVST_WBF4 ≠ DK_NA AND ORH_DNVST_WBF4 ≠ REFUSED]		
Pourquoi n'avez-vous pas consulté un·e professionnel·le des soins dentaires (p. ex., dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste) au cours de la dernière année?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEED	01	Pas nécessaire
APPOINTMENT	02	Difficulté à avoir un rendez-vous
DENTIST	03	Aucun·e dentiste dans la région
HYGIENIST	04	Aucun·e hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste dans la région
TRANSPORTATION	05	Problèmes de transport
LANGUAGE	06	Problèmes de langue
PERSONAL	07	Responsabilités personnelles ou familiales
LEAVE	08	Incapable de sortir de mon domicile à cause d'un problème de santé
FEAR	09	Peur (p. ex., trop douloureux, gênant, dépister un problème, phobie du dentiste)
COST	10	Coût
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

ORH_8	ORH_TYPINS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Quel type d'assurance dentaire avez-vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PRIVATE	01	Privée
GOVT	02	Gouvernementale
NONE	96	Aucune
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

ORH_9	ORH_COST_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous évité de vous rendre chez un·e professionnel·le des soins dentaires à cause du coût des soins dentaires?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_10	ORH_PRBHT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé de la difficulté à recevoir des traitements dentaires à cause d'un problème de santé? Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	1	Souvent
SOMETIMES	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
NEVER	4	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_11	ORH_BRUSDN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Brossez-vous vous-même vos dents ou vos dentiers?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_12	ORH_WHO_WBF4	
[ASK IF ORH_BRUSDN_WBF4 ≠ YES]		
Si vous avez besoin d'assistance pour les soins buccaux, qui vous donne cette aide?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
FAMILY	1	Membre de la famille
FRIEND	2	Ami·es
CARE_AID	3	Préposé·e/infirmier·ère
OTHER	4	Autre : _____
NO_ONE	5	Personne
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_13	ORH_OFTN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Habituellement, à quelle fréquence vos dents ou dentiers sont-ils lavés?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_ONCE_DAY	1	Plus d'une fois par jour
ONCE_DAY	2	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	3	Au moins une fois par semaine
MORE_ONCE_WEEK	4	Plus d'une fois par semaine
ONCE_MONTH	5	Au moins une fois par mois
NEVER	6	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_14	ORH_FLSFQ_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence passez-vous habituellement la soie dentaire?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_ONCE_DAY	1	Plus d'une fois par jour
ONCE_DAY	2	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	3	Au moins une fois par semaine
MORE_ONCE_WEEK	4	Plus d'une fois par semaine
ONCE_MONTH	5	Au moins une fois par mois
NEVER	6	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ORH_END

Déclin cognitif subjectif (SCD)

Aperçu	<p>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.</p> <p>Des études suggèrent que ces préoccupations pourraient être un indicateur précoce d'un trouble cérébral même si la personne réussit bien les tests. Il est toutefois important de mentionner que plusieurs autres facteurs peuvent engendrer ces changements, comme le vieillissement, les traits de personnalité, les effets ou les traitements d'une maladie. Aussi, plusieurs des personnes qui perçoivent des changements à leur mémoire n'ont pas d'indices de trouble cérébral et ne sont pas à risque de développer des problèmes cognitifs plus graves.</p> <p>À l'aide de l'information recueillie, nous tenterons de déterminer à quel moment ces préoccupations sont signe d'un trouble cérébral précoce, les facteurs 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.</p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PCM_1	GEN_MEMO_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Pensez-vous que votre mémoire est de moins en moins bonne?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PCM_END

Douleurs et malaises (HUP)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

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

HUP_1	HUP_FREE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HUP_2	HUP_INTNSTY_WBF4	
[ASK IF HUP_FREE_WBF4 = NO]		
Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement? Diriez-vous qu'elle est faible, moyenne ou forte?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MILD	1	Faible
MODERATE	2	Moyenne
SEVERE	3	Forte
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HUP_3	HUP_PRVACT_WBF4	
[ASK IF HUP_FREE_WBF4 = NO]		
Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire? Diriez-vous aucune, quelques-unes, plusieurs ou la plupart?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE	1	Aucune
A_FEW	2	Quelques-unes
SOME	3	Plusieurs
MOST	4	La plupart
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HUP_END

Santé des femmes (WHO)

Aperçu	<p>Le module sur la santé des femmes sert à recueillir des données sur les facteurs de reproduction, la ménopause et l'hormonothérapie substitutive.</p> <p>Les 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.</p>
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

WHO_A	WHO_MENSTRFRST_WBF4	
[ASK IF FEMALE AND WHO_MENSTRFRST_PAST = NULL]		
WHO_MENSTRFRST_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_MENSTRFRST_TRF3/COF3, WHO_MENSTRFRST_TRF2/COF2)		
À quel âge avez-vous eu votre première menstruation?		
	_____	INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=8, MAX=25)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

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

WHO_1	WHO_MENOP_WBF4	
[ASK IF SEX = FEMALE AND WHO_MENOP_PAST ≠ YES]		
WHO_MENOP_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_MENOP_TRF3/COF3, WHO_MENOP_TRF2/COF2, WHO_MENOP_TRF1/COF1, WHO_MENOP_TRM/COM)		
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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WHO_1a	WHO_MENOP_WBF4	
[ASK IF WHO_MENOP_WBF4 = 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		
CONSIGNES AUX PARTICIPANTES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WHO_2	WHO_MPAG_AG_WBF4	
[ASK IF WHO_MENOP_WBF4 = YES]		
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez cessé d'avoir vos règles pendant au moins un an sans qu'elles réapparaissent?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANTES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE DE L'ÂGE EXACT.		
	_____	INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

WHO_3	WHO_HRT_WBF4	
[ASK IF SEX = FEMALE AND WHO_HRT_PAST ≠ YES]		
WHO_HRT_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_HRT_TRF3/COF3, WHO_HRT_TRF2/COF2, WHO_HRT_TRF1/COF1, WHO_HRT_TRM/COM)		
Avez-vous déjà suivi une hormonothérapie substitutive, parfois appelé THS, pour une raison quelconque?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WHO_4	WHO_TYPE_WBF4	
[ASK IF WHO_HRT_WBF4 = YES]		
Quel type d'hormonothérapie substitutive avez-vous utilisé le plus?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANTES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WHO_5	WHO_HRTAG_AG_WBF4	
[ASK IF WHO_HRT_WBF4 = YES]		
À quel âge avez-vous commencé à utiliser une hormonothérapie substitutive?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANTES : L'ÂGE EXACT EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE DE L'ÂGE EXACT, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
		INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

WHO_6	WHO_HRTCURR_WBF4	
[ASK IF WHO_HRT_WBF4 = YES]		
Utilisez-vous toujours une hormonothérapie substitutive?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WHO_7	WHO_HRTSTIL_WBF4	
[ASK IF WHO_HRT_PAST = YES]		
WHO_HRT_PAST = Use the first non-NULL value in (WHO_HRT_TRF3/COF3, WHO_HRT_TRF2/COF2, WHO_HRT_TRF1/COF1, WHO_HRT_TRM/COM)		
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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WHO_8	WHO_HRTDR_WBF4	
[ASK IF WHO_HRTCURR_WBF4 = NO OR WHO_HRTSTIL_WBF4 = NO]		
Au total, depuis combien de temps utilisez-vous ou pendant combien de temps avez-vous utilisé une hormonothérapie substitutive?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANTES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE DE LA DURÉE TOTALE.		
SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

WHO_END

Vision (VIS)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Maintenant, voici quelques questions à propos de votre vision...

VIS_1	VIS_SGHT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Diriez-vous que votre vision (avec vos lunettes ou verres de contact si vous en utilisez) est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise ou nulle (nulle = aveugle)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

VIS_2	VIS_AID_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Mis à part les lunettes ou les verres de contact, est-ce que vous utilisez des aides ou des appareils spécialisés pour les personnes aveugles ou ayant une déficience visuelle, par exemple, des loupes ou du matériel de lecture en braille?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

VIS_3	VIS_USE_WBF4	
[ASK IF VIS_AID_WBF4 = YES]		
Est-ce que vous utilisez actuellement...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
VIS_USE_MG_WBF4	01	Des loupes
VIS_USE_BR_WBF4	02	Du matériel de lecture en braille
VIS_USE_LG_WBF4	03	Du matériel de lecture en gros caractères
VIS_USE_TK_WBF4	04	Des livres parlants
VIS_USE_RC_WBF4	05	Du matériel d'enregistrement ou appareil portable de prise de notes
VIS_USE_CC_WBF4	06	Une télévisionneuse en circuit fermé
VIS_USE_CP_WBF4	07	Un lecteur de livres numériques, un ordinateur avec braille, reconnaissance vocale ou grossissement de l'affichage
VIS_USE_CN_WBF4	08	Une canne blanche
VIS_USE_DG_WBF4	09	Un chien-guide
VIS_USE_OTSP_WBF4	97	Une autre aide : _____
VIS_USE_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
VIS_USE_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

VIS_END

Audition (HRG)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

HRG_1	HRG_HRG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Diriez-vous que votre audition (avec votre appareil auditif si vous en utilisez un) est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise ou nulle (nulle = sourd·e)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HRG_2	HRG_NOIS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à suivre une conversation si vous êtes en présence de bruits ambiants tels que la télévision, la radio ou des enfants qui jouent même si vous utilisez votre appareil auditif?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HRG_3	HRG_AID_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que vous utilisez des aides, appareils ou services spécialisés destinés aux personnes sourdes ou malentendantes, par exemple, un appareil auditif, un téléphone à volume réglable ou un décodeur?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HRG_4	HRG_USE_WBF4	
[ASK IF HRG_AID_WBF4 = YES]		
Est-ce que vous utilisez actuellement...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HRG_USE_AID_WBF4	01	Un appareil auditif
HRG_USE_CP_WBF4	02	Un ordinateur pour communiquer (p. ex., courriel ou groupe de discussion)
HRG_USE_VL_WBF4	03	Un téléphone à volume réglable
HRG_USE_TTY_WBF4	04	Un télécopieur ou un appareil de télécommunication pour sourd·es et malentendant·es (ATS ou ATME)
HRG_USE_MSG_WBF4	05	Un service de relais des appels
HRG_USE_PH_WBF4	06	D'autres appareils adaptés au téléphone (p. ex., clignotants, écouteurs)
HRG_USE_CC_WBF4	07	Un décodeur de sous-titrage intégré ou non à un téléviseur
HRG_USE_AP_WBF4	08	Un système d'amplification (p. ex., M.F, acoustique ou infrarouge, écouteurs)
HRG_USE_VS_WBF4	09	Des alarmes visuelles ou vibrantes
HRG_USE_CO_WBF4	10	Un implant cochléaire
HRG_USE_OTSP_WBF4	97	Une autre aide : _____
HRG_USE_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
HRG_USE_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

HRG_5	HRG_TINNIT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Souffrez-vous d'acouphène?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ACOUPHÈNE SURVIENT QUAND LE SON ENTENDU N'A PAS DE SOURCE EXTÉRIEURE, SOUVENT APPELÉ « BOURDONNEMENTS DANS LES OREILLES ». IL PEUT AUSSI RESSEMBLER À UN BOURDONNEMENT, UN TINTEMENT, UN GRONDEMENT, UN SIFFLEMENT OU UN CHUINTEMENT.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HRG_END

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

HRG_PROB_TR4

[ALWAYS ASK]

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

REMARQUE AUX PARTICIPANT-ES : SI VOUS PORTEZ UN APPAREIL AUDITIF, LES QUESTIONS CONCERNENT VOS CAPACITÉS AUDITIVES LORSQUE VOUS LES PORTEZ.

		Oui	Quelques fois	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	SOMETIMES	NO	DK_NA	RF
		4	2	0	98	99
HRG_PROB_EM BA_WBF4	Quand vous rencontrez de nouvelles personnes, vous sentez-vous mal à l'aise à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_FR ST_WBF4	Quand vous parlez aux membres de votre famille, vous sentez-vous frustré·e à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_DIF F_WBF4	Avez-vous de la difficulté à entendre quand quelqu'un parle à voix basse?					
HRG_PROB_HA CP_WBF4	Vous sentez-vous handicapé·e par un problème d'audition?					
HRG_PROB_VIS T_WBF4	Quand vous visitez des ami·es, des parents ou des voisin·es, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?					
HRG_PROB_ME ET_WBF4	Assistez-vous moins souvent que vous le voudriez à des réunions, à des rencontres ou à des offices religieux à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_AR GU_WBF4	Vous arrive-t-il de vous disputer avec des membres de votre famille à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_LS TN_WBF4	Quand vous écoutez la télévision ou la radio, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?					

		Oui	Quelques fois	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	SOMETIMES	NO	DK_NA	RF
		4	2	0	98	99
HRG_PROB_LIFE_WBF4	Avez-vous l'impression qu'une difficulté d'audition limite ou gêne votre vie personnelle ou sociale?					
HRG_PROB_FRND_WBF4	Quand vous êtes au restaurant avec des parents ou des ami·es, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?					

HRG_END

Échelle de résilience (RES) (Cohorte globale seulement)

Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission du présent ouvrage, en totalité ou en partie, sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit, électronique ou mécanique, y compris en le photocopiant, ou par l'entremise d'un système de stockage ou de récupération de données est interdite sans l'autorisation écrite du Dr Davidson, mail@cd-risc.com. De plus amples informations sur l'échelle et les conditions d'utilisation peuvent être trouvées au www.cd-risc.com. Copyright © 2001, 2018, Kathryn M. Connor, M.D., et Jonathan R.T. Davidson. M.D. Cette version de l'échelle a été réalisée sur commande par Laura Campbell-Sills, Ph. D. et Murray B. Stein, M. D. Traduction/rétrotraduction : Chaudieu I, Norton J, Gandubert C, Plante V, Ritchie K. Inserm E361, Montpellier, France. Traduction et adaptation pour la population franco-canadienne par Hébert, M., Parent, N., & Simard, C. (2014). UQAM, Montréal, Québec, Canada.

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

RES_END

Problèmes de santé chroniques (CCT/CCC)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Maintenant, voici quelques questions sur des problèmes de santé chroniques que vous pourriez avoir. Nous nous intéressons aux « problèmes à long terme » qui pourraient durer ou qui ont déjà duré 6 mois ou plus et qui **ont été diagnostiqués par un·e professionnel·le de la santé.**

PROGRAMMING NOTE: CCT_xxxx_PAST is a combination of responses to the two latest consecutive Tracking participant interviews (allowing for wave skips)
Skips defined as question not answered or answered REFUSED or DK_NA.

For example:

(CCT_xxxx_TRF3 = YES AND (CCT_xxxx_TRF2 = YES))

OR

(CCT_xxxx_TRF3 = YES CCT_xxxx_TRF2 = Skipped AND CCT_xxxx_TRF1 = YES)

OR

(CCT_xxxx_TRF3 = YES CCT_xxxx_TRF2 = Skipped AND CCT_xxxx_TRF1 = Skipped AND CCT_xxxx_TRM = YES)

OR

(CCT_xxxx_TRF3 = Skipped AND CCT_xxxx_TRF2 = YES AND CCT_xxxx_TRF1 = YES)

OR

(CCT_xxxx_TRF3 = Skipped AND CCT_xxxx_TRF2 = YES AND CCT_xxxx_TRF1 = Skipped AND CCT_xxxx_TRM = YES)

OR

(CCT_xxxx_TRF3 = Skipped AND CCT_xxxx_TRF2 = Skipped AND CCT_xxxx_TRF1 = YES AND CCT_xxxx_TRM = YES)

*CCC_xxxx_PAST is a combination of responses to the two latest consecutive Comprehensive participant interviews (allowing for wave skips)
Skips defined as question not answered or answered REFUSED or DK_NA.*

Refer to above substituting “CCC_” for “CCT_” and “_CO” for “_TR”.

Summary of Modifications:

Variables: Tracking variables used for all questions (present in both questionnaires). Used Comprehensive variables for 'Comprehensive only' questions.

Notes: No note if same question in both questionnaires. Note only for cohort specific questions (Tracking Only or Comprehensive Only). Programming note if an entire module is cohort specific. Programming note inserted for DCS by web only modules.

Preconditions: If different between questionnaires, used cohort specific preconditions. If same, then one precondition. If same but includes cached variable, used cohort specific variable.

Arthrose du genou

CCT/CCC_1	CCT_OAKNEE_WBF4
[ASK IF CCT_OAKNEE_PAST ≠ YES OR CCC_OAKNEE_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ARTHROSE EST LA FORME D'ARTHRITE LA PLUS RÉPANDUE. ELLE TOUCHE DES MILLIONS DE PERSONNES PARTOUT DANS LE MONDE. L'ARTHROSE EST LE RÉSULTAT DE L'USURE DU CARTILAGE AU BOUT DES OS ET AU FIL DU TEMPS.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_1a	CCT_OAKNEEAGE_WBF4
[ASK IF CCT_OAKNEE_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose au genou?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_1b	CCT_OAKNEECHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_OAKNEE_WBF4 = NO AND CCT_OAKNEE_TRF3 = YES OR CCC_OAKNEE_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_2	OSK_KNERPL_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous déjà subi un remplacement du genou?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_3	OSK_PAIN_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur au genou?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT_CCC_4	OSK_PAINSL_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti de la douleur au genou en descendant un escalier ou une pente?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_5	OSK_SWELL_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Au cours des quatre dernières semaines, votre genou a-t-il été enflé?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Arthrose de la hanche

CCT/CCC_6	CCT_OAHIP_WBF4	
[ASK IF CCT_OAHIP_PAST ≠ YES OR CCC_OAHIP_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ARTHROSE EST LA FORME D'ARTHRITE LA PLUS RÉPANDUE. ELLE TOUCHE DES MILLIONS DE PERSONNES PARTOUT DANS LE MONDE. L'ARTHROSE EST LE RÉSULTAT DE L'USURE DU CARTILAGE AU BOUT DES OS ET AU FIL DU TEMPS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_6a	CCT_OAHIPAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_OAHIP_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose à la hanche?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT_/CCC_6b	CCT_OAHIPCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_OAHIP_WBF4 = NO AND CCT_OAHIP_TRF3 = YES OR CCC_OAHIP_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_7	OSH_HIPRPL_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous déjà subi un remplacement de hanche?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_8	OSH_FRAC_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OSH_HIPRPL_WBF4 = YES]		
Vous a-t-on remplacé la hanche parce qu'elle était brisée ou fracturée?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_9	OSH_PAIN_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à l'aîne ou à la partie intérieure du haut de la cuisse?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT-ES : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, PENSEZ À LA DOULEUR OU À LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
LE TERME « AMPLITUDE » RENVOIE AU MOUVEMENT (DISTANCE ET DIRECTION) QUE PEUT NORMALEMENT FAIRE UNE ARTICULATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_10	OSH_PAINSL_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti de la douleur à l'aine ou à la partie intérieure du haut de la cuisse en descendant un escalier ou une pente?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, PENSEZ À LA DOULEUR OU À LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
LE TERME « AMPLITUDE » RENVOIE AU MOUVEMENT (DISTANCE ET DIRECTION) QUE PEUT NORMALEMENT FAIRE UNE ARTICULATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_11	OSH_LOM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous remarqué une limitation de l'amplitude articulaire de vos hanches?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, PENSEZ À LA DOULEUR OU À LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
LE TERME « AMPLITUDE » RENVOIE AU MOUVEMENT (DISTANCE ET DIRECTION) QUE PEUT NORMALEMENT FAIRE UNE ARTICULATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Arthrose de la main

Remarques aux participant·es : Arthrose : problème articulaire causé par le vieillissement et l'usure d'une articulation. Les symptômes les plus communs sont la douleur et la raideur des articulations. La douleur est habituellement pire après l'exercice et lorsqu'un poids ou une pression est appliqué sur l'articulation. L'enflure articulaire est normalement observée dans les articulations les plus près des ongles.

La polyarthrite rhumatoïde (qui n'est pas l'objet de cette question) est une maladie de longue durée qui entraîne l'inflammation des articulations et des tissus voisins. Cette maladie commence souvent lentement, habituellement par la douleur, la raideur d'une seule articulation, la raideur et la fatigue. Les symptômes articulaires peuvent inclure de la raideur matinale, une impression de chaleur, de sensibilité et de raideur lorsque l'articulation n'est pas utilisée pendant une heure. La douleur articulaire est souvent ressentie à la même articulation des deux côtés. Avec le temps, les articulations peuvent perdre leur amplitude et être déformées. L'enflure articulaire est normalement observée dans les articulations les plus près de la base des doigts.

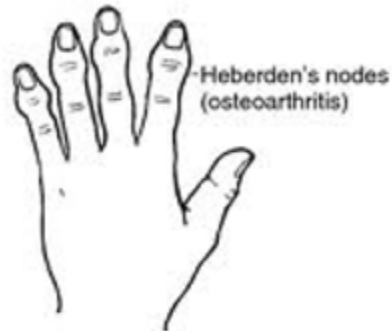
CCT/CCC_12	CCT_OAHAND_WBF4
[ASK IF CCT_OAHAND_PAST ≠ YES OR CCC_OAHAND_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ARTHROSE EST LA FORME D'ARTHRITE LA PLUS RÉPANDUE. ELLE TOUCHE DES MILLIONS DE PERSONNES PARTOUT DANS LE MONDE. L'ARTHROSE EST LE RÉSULTAT DE L'USURE DU CARTILAGE AU BOUT DES OS ET AU FIL DU TEMPS.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_12a	CCT_OAHANDAGE_WBF4
[ASK IF CCT_OAHAND_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

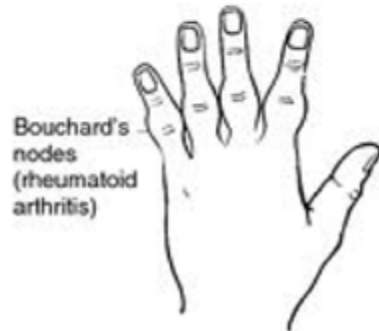
CCT/CCC_12b	CCT_OAHANDCHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_OAHAND_WBF4 = NO AND CCT_OAHAND_TRF3 = YES OR CCC_OAHAND_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_13	OSA_LGJNT_WBF4 (Cohorte globale seulement)
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]	
Les articulations situées le plus près de vos ongles sont-elles gonflées?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

NOTE:



Swelling in the joints closest to the fingernails.



Swelling in the joints closest to the base of the fingers.

CCT/CCC_14	OSA_NBFNG_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OSA_LGJNT_WBF4 = YES]		
Dans combien de doigts observez-vous un gonflement de l'articulation située le plus près de l'ongle?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_HALF	1	Moins de la moitié
HALF_OR_MORE	2	La moitié ou plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_15	OSA_PAINJNT_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OSA_LGJNT_WBF4 = YES]		
Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la petite articulation située le plus près des ongles?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, PENSEZ À LA DOULEUR OU À LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_16	OSA_LGTMB_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
L'articulation située à la base de vos pouces juste après votre poignet est-elle gonflée?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_17	OSA_PAINTMB_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OSA_LGTMB_WBF4 = YES]		
Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la base de vos pouces, juste après votre poignet?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, PENSEZ À LA DOULEUR OU À LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Arthrite/musculosquelettique

CCT/CCC_18	CCT_RA_WBF4
[ASK IF CCT_RA_PAST ≠ YES OR CCC_RA_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous étiez atteint·e de polyarthrite rhumatoïde?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE EST UNE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE QUI TOUCHE HABITUELLEMENT LES PETITES ARTICULATIONS DES MAINS ET DES PIEDS. CONTRAIREMENT À L'ARTHROSE OÙ LES DOMMAGES SONT LIÉS À L'USURE, LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE CAUSE UNE ENFLURE DOULOUREUSE DE LA MEMBRANE SYNOVIALE DE L'ARTICULATION, CE QUI PEUT MENER À L'ÉROSION DES OS ET DES DÉFORMATIONS.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_18a	CCT_RAAGE_WBF4 (Cohorte globale seulement)
[ASK IF CCT_RA_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint·e de polyarthrite rhumatoïde?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_18b	CCT_RACHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_RA_WBF4 = NO AND CCT_RA_ = YES OR CCC_RA_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint·e de polyarthrite rhumatoïde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

Respiratoire/obstruction chronique des voies respiratoires

CCT/CCC_19	CCT_ASTHM_WBF4
[ASK IF CCT_ASTHM_PAST ≠ YES OR CCC_ASTHM_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'asthme?	
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ASTHME EST UNE MALADIE QUI SE CARACTÉRISE PAR L'INFLAMMATION ET L'OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES ET LA PRODUCTION D'UN SURPLUS DE MUCUS. CETTE OBSTRUCTION PEUT ENTRAÎNER UNE DIFFICULTÉ À RESPIRER, DE LA TOUX, UNE RESPIRATION SIFFLANTE OU L'ESOUFFLEMENT.</p> <p>POUR CERTAINES PERSONNES, L'ASTHME EST MINEUR ET INCOMMODANT. POUR D'AUTRES, IL NUIT AUX ACTIVITÉS QUOTIDIENNES ET PEUT MENER À UNE CRISE QUI MET LA VIE DE LA PERSONNE EN DANGER.</p>	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT_19a	CCT_ASTHMAGE_WBF4
[ASK IF CCT_ASTHM_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'asthme?	
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.</p>	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_19b	CCT_ASTHMCHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_ASTHM_WBF4 = NO AND CCT_ASTHM_TRF3 = YES OR CCC_ASTHM_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'asthme. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_20	CAO_WHEZ_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Votre respiration a-t-elle déjà été sifflante au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_21	CAO_SOBFLAT_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Êtes-vous essoufflé·e en marchant sur une surface plane?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_22	CAO_EXERT_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Votre respiration devient-elle sifflante lors d'un effort léger ou modéré?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_23	CAO_SOBUP_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Êtes-vous essoufflé·e en montant un escalier ou une pente douce?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_24	CAO_SOBPM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_25	CAO_WKWHEZ_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Vous êtes-vous déjà réveillé·e avec la respiration sifflante au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_26	CAO_WKCOF_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Vous êtes-vous déjà réveillé·e avec une quinte de toux au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_27	CAO_WKSOB_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous déjà été essoufflé·e le jour pendant que vous étiez au repos au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_28	CCT_COPD_WBF4
[ASK IF CCT_COPD_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez ou aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LE TABAGISME RENVOIE UNIQUEMENT AUX « CHANGEMENTS CHRONIQUES AUX POUMONS CAUSÉS PAR LA CIGARETTE » ET NON À L'EMPHYSÈME OU À LA MPOC.	
L'EMPHYSÈME ENDOMMAGE GRADUELLEMENT LES SACS ALVÉOLAIRES (ALVÉOLES) DANS VOS POUMONS, CE QUI VOUS REND PROGRESSIVEMENT PLUS ESSOUFFLÉ·E. L'EMPHYSÈME EST L'UNE DES NOMBREUSES MALADIES CONNUES COLLECTIVEMENT COMME LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC).	
LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC) EST UNE MALADIE DES POUMONS CARACTÉRISÉE PAR L'OBSTRUCTION CHRONIQUE DU DÉBIT D'AIR DANS LES POUMONS QUI EMPÊCHE LA RESPIRATION NORMALE. ELLE N'EST PAS COMPLÈTEMENT RÉVERSIBLE. LES TERMES « BRONCHITE CHRONIQUE » ET « EMPHYSÈME » NE SONT PLUS UTILISÉS. CES MALADIES SONT MAINTENANT REGROUPÉES SOUS LE DIAGNOSTIC DE MPOC. UNE MPOC N'EST PAS SIMPLEMENT UNE « TOUX DE FUMEUR », MAIS BIEN UNE MALADIE DES POUMONS SOUS-DIAGNOSTIQUÉE ET QUI PEUT ENTRAÎNER LA MORT.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_28a	CCT_COPDAGE_WBF4
[ASK IF CCT_COPD_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_28b	CCT_COPDCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_COPD_WBF4 = NO AND CCT_COPD_TRF3 = YES OR CCC_COPD_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_29	CAO_COLD_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Attrapez-vous souvent des rhumes qui durent plus longtemps que ceux des personnes de votre entourage?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_30	CAO_COFPY_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous toussé la plupart des jours?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_31	CAO_COFAM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF CAO_COFPY_WBF4 ≠ NO]		
Le matin, crachez-vous des mucosités?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_32	CAO_COFMAM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF CAO_COFMAM_WBF4 = YES]		
Crachez-vous des mucosités la plupart des matins?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_33	CAO_PHLEGMPY_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF CAO_COPPY_WBF4 ≠ NO]		
Pendant toute l'année, produisez-vous des mucosités la plupart des jours?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_33a	CCC_TRBCOUGH_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous une toux quotidienne gênante?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_33b	CCC_COUGHTM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF CCC_TRBCOUGH_WBF4 = YES]		
Votre toux dure-t-elle depuis...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
8PLUS	1	Plus de 8 semaines
ONEYRPLUS	2	Plus d'un an
FIVEYRPLUS	3	Plus de 5 ans
NO	4	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Hypertension

CCT/CCC_34	CCT_HBP_WBF4
[ASK IF CCT_HBP_PAST ≠ YES OR CCC_HBP_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension?	
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU HAUTE PRESSION EST UNE CONDITION COURANTE, DANS LAQUELLE LA FORCE EXERCÉE PAR LE SANG SUR LA PAROI DES ARTÈRES EST ASSEZ ÉLEVÉE POUR CAUSER ÉVENTUELLEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ, TELLE QU'UNE MALADIE DU CŒUR.</p> <p>LA PRESSION SANGUINE EST CALCULÉE À PARTIR DE LA QUANTITÉ DE SANG POMPÉE PAR LE CŒUR ET DE LA RÉSISTANCE AU DÉBIT SANGUIN DANS LES ARTÈRES. PLUS VOTRE CŒUR POMPE DU SANG ET PLUS VOS ARTÈRES SONT ÉTROITES, PLUS VOTRE PRESSION SANGUINE SERA ÉLEVÉE.</p>	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_34a	CCT_HBPPRG_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)
[ASK IF TRACKING AND CCT_HBP_WBF4 = YES <u>AND</u> SEX = FEMALE]	
Étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu le diagnostic d'hypertension?	
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU HAUTE PRESSION EST UNE CONDITION COURANTE, DANS LAQUELLE LA FORCE EXERCÉE PAR LE SANG SUR LA PAROI DES ARTÈRES EST ASSEZ ÉLEVÉE POUR CAUSER ÉVENTUELLEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ, TELLE QU'UNE MALADIE DU CŒUR.</p> <p>LA PRESSION SANGUINE EST CALCULÉE À PARTIR DE LA QUANTITÉ DE SANG POMPÉE PAR LE CŒUR ET DE LA RÉSISTANCE AU DÉBIT SANGUIN DANS LES ARTÈRES. PLUS VOTRE CŒUR POMPE DU SANG ET PLUS VOS ARTÈRES SONT ÉTROITES, PLUS VOTRE PRESSION SANGUINE SERA ÉLEVÉE.</p>	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_34b	CCT_HBPOT_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF CCT_HBPPRG_WBF4 = YES]		
À part quand vous étiez enceinte, avez-vous reçu un diagnostic d'hypertension à un autre moment de votre vie?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU HAUTE PRESSION EST UNE CONDITION COURANTE, DANS LAQUELLE LA FORCE EXERCÉE PAR LE SANG SUR LA PAROI DES ARTÈRES EST ASSEZ ÉLEVÉE POUR CAUSER ÉVENTUELLEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ, TELLE QU'UNE MALADIE DU CŒUR.		
LA PRESSION SANGUINE EST CALCULÉE À PARTIR DE LA QUANTITÉ DE SANG POMPÉE PAR LE CŒUR ET DE LA RÉSISTANCE AU DÉBIT SANGUIN DANS LES ARTÈRES. PLUS VOTRE CŒUR POMPE DU SANG ET PLUS VOS ARTÈRES SONT ÉTROITES, PLUS VOTRE PRESSION SANGUINE SERA ÉLEVÉE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_34c	CCT_HBPAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_HBP_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_34d	CCT_HBPCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_HBP_WBF4 = NO AND CCT_HBP_TRF3 = YES OR CCC_HBP_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Diabète

CCT/CCC_35	CCT_DIAB_WBF4	
[ASK IF CCT_DIAB_PAST ≠ YES OR DIA_DIAB_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_35a	CCT_DIABAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_DIAB_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_35b	CCT_DIABCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_DIAB_WBF4 = NO AND CCT_DIAB_TRF3 = YES OR DIA_DIAB_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_36	CCT_DIAB_DR_WBF4	
[ASK IF CCT_DIAB_DR_WBF4 = YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de rétinopathie diabétique?		
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE EST UNE COMPLICATION DU DIABÈTE QUI TOUCHE LES YEUX. ELLE SE CARACTÉRISE PAR LA DÉGRADATION DES VAISSEaux SANGUINS DES TISSUS SENSIBLES À LA LUMIÈRE AU FOND DE L'ŒIL (RÉTINE).</p> <p>AU DÉBUT, IL EST POSSIBLE QUE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE NE PRÉSENTE AUCUN SYMPTÔME OU QU'ELLE CAUSE SEULEMENT DES TROUBLES VISUELS LÉGERS. CHEZ CERTAINES PERSONNES PRÉSENTANT CETTE CONDITION, LES VAISSEaux SANGUINS PEUVENT ÊTRE ENFLÉS ET LAISSER COULER DU LIQUIDE. POUR D'AUTRES, DE NOUVEAUX VAISSEaux SANGUINS ANORMAUX PEUVENT SE DÉVELOPPER SUR LA SURFACE DE LA RÉTINE.</p> <p>LES PERSONNES ATTEINTES DE DIABÈTE DE TYPE 1 OU 2 SONT À RISQUE DE DÉVELOPPER CETTE MALADIE.</p>		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_36a	CCT_DIAB_DRAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_DIAB_DR_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de rétinopathie diabétique?		
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.</p>		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_36b	CCT_DIAB_DRCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_DIAB_DR_WBF4 = NO AND CCT_DIAB_DR_TRF3 = YES OR DIA_DIABRT_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de rétinopathie diabétique? Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_37	DIA_EVPRG_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF COMPREHENSIVE AND PARTICIPANT SEX = FEMALE]		
Avez-vous déjà été enceinte?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_38	DIA_PRGDIA_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF DIA_EVPRG_WBF4 = YES]		
Pendant votre grossesse, un médecin vous a-t-il dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Cardiaque/cardiovasculaire et cardiopathie ischémique

CCT/CCC_39	CCT_HEART_WBF4	
[ASK IF CCT_HEART_PAST ≠ YES OR CCC_HEART_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE EST UNE MALADIE DU CŒUR QUI SURVIENT LORSQUE LE CŒUR NE PEUT PLUS POMPER ASSEZ DE SANG AU CORPS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_39a	CCT_HEARTAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_HEART_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_39b	CCT_HEARTCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_HEART_WBF4 = NO AND CCT_HEART_TRF3 = YES OR CCC_HEART_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_40	CCT_ANGI_WBF4	
[ASK IF CCT_ANGI_PAST ≠ YES OR CCC_ANGI_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES ANGINE EST UN TERME QUI DÉCRIT UNE DOULEUR À LA POITRINE QUI SURVIENT SI UNE PARTIE DU MUSCLE CARDIAQUE NE REÇOIT PAS ASSEZ DE SANG. L'ANGINE EST UN SYMPTÔME D'INSUFFISANCE CORONAIRE. LES PERSONNES ATTEINTES D'ANGINE PEUVENT RESSENTIR UN SERREMENT, UNE PRESSION, UNE LOURDEUR, UNE CONTRACTION OU DE LA DOULEUR À LA POITRINE. LA DOULEUR PEUT ÉGALEMENT ÊTRE RESSENTIE DANS LES ÉPAULES, LES BRAS, LE COU, LA MÂCHOIRE OU LE DOS. LA DOULEUR RELIÉE À L'ANGINE PEUT MÊME RESSEMBLER À CELLE ASSOCIÉE À UNE INDIGESTION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_40a	CCT_ANGIAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ANGI_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_40b	CCT_ANGICHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ANGI_WBF4 = NO AND CCT_ANGI_TRF3 = YES OR CCC_ANGI_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_41	CCT_AMI_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : UNE CRISE CARDIAQUE, AUSSI APPELÉE INFARCTUS DU MYOCARDE, SURVIENT LORSQUE LA CIRCULATION SANGUINE VERS LE CŒUR EST BLOQUÉE, LE PLUS SOUVENT PAR UNE ACCUMULATION DE GRAS, DE CHOLESTÉROL ET D'AUTRES SUBSTANCES QUI FORMENT UNE PLAQUE DANS LES ARTÈRES QUI ALIMENTENT LE CŒUR (ARTÈRES CORONARIENNES). L'INTERRUPTION DE LA CIRCULATION PEUT ENDOMMAGER OU DÉTRUIRE LE MUSCLE CARDIAQUE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_41a	CCT_AMIAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_AMI_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_41b	CCT_AMICHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_AMI_WBF4 = NO AND CCT_AMI_TRF3 = YES OR CCC_AMI_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_42	IHD_CAB_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous déjà subi un pontage coronarien, une angioplastie, une chirurgie pour installer une endoprothèse (ou « stent ») ou une angioplastie par ballonnet pour une maladie du cœur?		
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : PONTAGE CORONARIEN : INTERVENTION CHIRURGICALE UTILISÉE POUR SOULAGER LES SYMPTÔMES D'ANGINE ET RÉDUIRE LE RISQUE DE DÉCÈS DES SUITES D'UNE MALADIE CORONARIENNE. DES ARTÈRES OU DES VEINES PRISES À UN AUTRE ENDROIT DU CORPS DU PATIENT SONT GREFFÉES SUR LES ARTÈRES CORONARIENNES POUR RÉALISER UNE DÉRIVATION DES ARTÈRES OBSTRUÉES ET AUGMENTER L'APPORT EN SANG AU MUSCLE CARDIAQUE.</p> <p>ANGIOPLASTIE (AUSSI APPELÉE ANGIOPLASTIE CORONAIRE TRANSLUMINALE PERCUTANÉE) : UN BALLONNET VIDE ET DÉGONFLÉ FIXÉ SUR UN FIL DE MÉTAL SERVANT DE GUIDE APPELÉ CATHÉTER EST INSÉRÉ À TRAVERS LES ARTÈRES OBSTRUÉES, PUIS GONFLÉ. LE BALLONNET DÉLOGE LES DÉPÔTS GRAISSEUX ET OUVRE LE VAISSEAU SANGUIN POUR AMÉLIORER LA CIRCULATION. PUIS, LE BALLONNET EST DÉGONFLÉ ET RETIRÉ.</p> <p>ENDOPROTHÈSE (OU STENT) : TUBE INSÉRÉ DANS LES ARTÈRES CORONARIENNES QUI ALIMENTENT LE CŒUR AFIN QUE CELLES-CI PUISSENT DEMEURER OUVERTES LORS DU TRAITEMENT D'UNE MALADIE CORONARIENNE. LES ENDOPROTHÈSES SONT HABITUELLEMENT PLACÉES DANS LES ARTÈRES APRÈS UNE ANGIOPLASTIE.</p>		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_43	IHD_ANGIO_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF IHD_CAB_WBF4 ≠ YES]		
Avez-vous déjà passé un angiogramme?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : UN ANGIOGRAMME EST UN TEST RADIOGRAPHIQUE, UNE ANGIOGRAPHIE PAR TOMODENSITOMÉTRIE OU UNE ANGIOGRAPHIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE QUI UTILISE UN AGENT DE CONTRASTE ET UNE CAMÉRA (FLUOROSCOPIE) POUR PRENDRE DES IMAGES DE LA CIRCULATION SANGUINE DANS UNE VEINE, UNE ARTÈRE OU LE CŒUR.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_44	IHD_BLOCK_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF IHD_ANGIO_WBF4 = YES]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une ou des artères bloquées?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_44a	IHD_BLOCK_CHANGE_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF IHD_BLOCK_WBF4 = NO AND IHD_BLOCK_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez une ou des artères bloquées. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_45	CCT_PAD_WBF4
[ASK IF CCT_PVD_PAST ≠ YES OR CCC_PVD_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE EST UN PROBLÈME CIRCULATOIRE COURANT QUI SE PRODUIT LORSQUE DES ARTÈRES RÉTRÉCIES RÉDUISENT LA CIRCULATION SANGUINE JUSQU'AUX MEMBRES. CELA N'INCLUT PAS LES MALADIES VEINEUSES COMME LA THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP), LES VARICES ET L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_45a	CCT_PADAGE_WBF4
[ASK IF CCT_PAD_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_45b	CCT_PADCHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_PAD_WBF4 = NO AND CCT_PAD_TRF3 = YES OR CCC_PAD_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

Sténose aortique (AOR) (Cohorte globale seulement)

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

CCT/CCC_46 | AOR_AORSTN_WBF4

[ALWAYS ASK]

Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une sténose aortique (ou un rétrécissement/épaississement de la valve aortique, valve principale du cœur, ou des dépôts de calcium sur celle-ci)?

YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_46a | AOR_AORAGE_WBF4

[ASK IF AOR_AORSTN_WBF4 = YES]

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

REMARQUE AUX PARTICIPANT-ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT-E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN-E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT-E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.

NB_SP	Age	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_46b | AOR_CHANGE_WBF4

[ASK IF AOR_AORSTN_WBF4 = NO AND AOR_AORSTN_COF3 = YES]

Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de sténose aortique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?

YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_47	AOR_SURGAV_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale pour remplacer/réparer la valve aortique dans votre cœur?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_47a	AOR_SURGAGE_WBF4	
[ASK IF AOR_SURGAV_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous subi une chirurgie pour remplacer/réparer la valve aortique dans votre cœur?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Age	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_47b	AOR_SURTYPE_WBF4	
[ASK IF AOR_SURGAV_WBF4 = YES]		
Avez-vous eu une chirurgie à cœur ouvert ou une chirurgie mini-invasive (ITVA ou RVAT)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : ITVA = IMPLANTATION TRANSCATHÉTER DE VALVE AORTIQUE RVAT = REMPLACEMENT DE VALVE AORTIQUE PAR VOIE TRANSCATHÉTER		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
OPENHS	1	Chirurgie à cœur ouvert
MININV	2	Chirurgie mini-invasive
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_47c	AOR_VALVE_WBF4	
[ASK IF AOR_SURTYPE_WBF4 = OPENHS]		
Si vous avez subi une chirurgie à cœur ouvert pour remplacer votre valve aortique, quel type de valve vous a-t-on implanté?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MECVALV	1	Une valve mécanique
TISVALV	2	Une valve tissulaire (p. ex. porc, vache, etc.)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Questionnaire de l'OMS (ROS) (Cohorte globale seulement)

Bodegard J, Erikssen G, Bjornholt JV, Thelle D, Erikssen J. Possible angina detected by the WHO angina questionnaire in apparently healthy men with a normal exercise ECG: coronary heart disease or not? A 26 year follow up study. *Heart*. 2004 Jun;90(6):627-32.

Cook DG, Shaper AG, MacFarlane PW. Using the WHO (Rose) angina questionnaire in cardiovascular epidemiology. *Int J Epidemiol*. 1989 Sep;18(3):607-13.

Lawlor DA, Adamson J, Ebrahim S Performance of the WHO Rose angina questionnaire in post-menopausal women: Are all of the questions necessary? *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003;57:538-541.

Rose GA. The diagnosis of ischaemic heart pain and intermittent claudication in field surveys. *Bull World Health Organ*. 1962;27:645-658

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

CCT/CCC_48	ROS_PAIN_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà ressenti une douleur ou une gêne dans la poitrine?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : INCLUT LES DOULEURS À LA POITRINE LIÉES À L'ESTOMAC.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_49	ROS_HILL_WBF4
[ASK IF ROS_PAIN_WBF4 = YES]	
La ressentez-vous quand vous montez une côte ou quand vous marchez vite?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DONT_WALK_UPHILL	6 Ne monte jamais de côte ou ne marche jamais vite
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

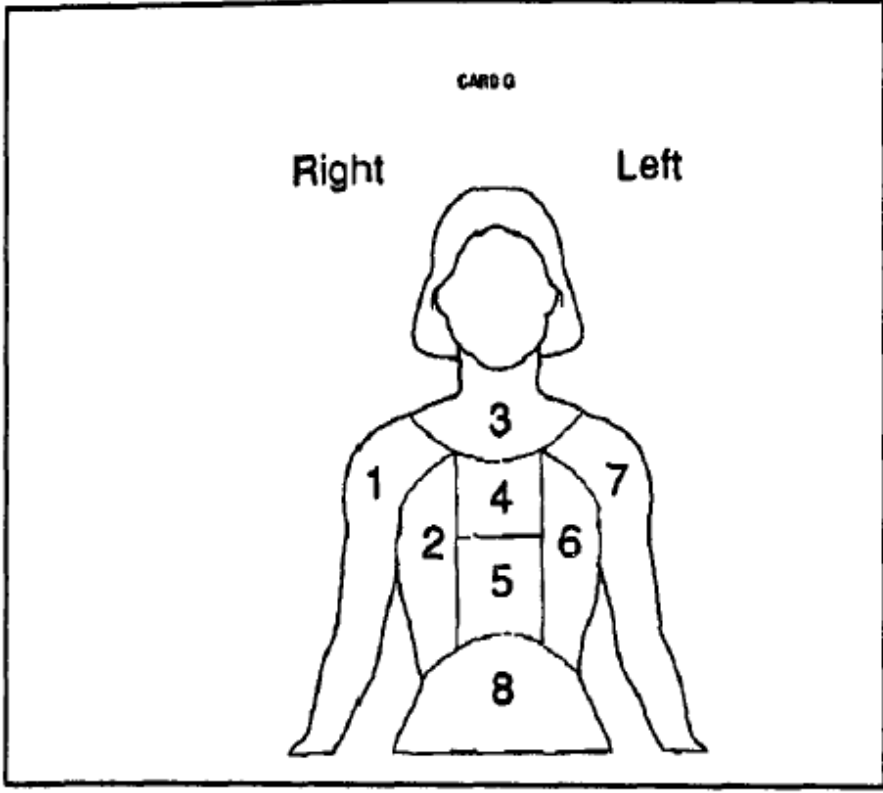
CCT/CCC_50	ROS_LEVEL_WBF4
[ASK IF ROS_PAIN_WBF4 = YES]	
La ressentez-vous quand vous marchez d'un pas normal sur terrain plat?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_51	ROS_BLOCK_NB_WBF4	
[ASK IF ROS_LEVEL_WBF4 = YES]		
Après avoir marché combien de pâtés de maisons ressentez-vous cette douleur à la poitrine?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : INSCRIRE « 0 » SI MOINS D'UN PÂTÉ DE MAISONS.		
		_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE PÂTÉS DE MAISONS
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_52	ROS_DOWLK_WBF4	
[ASK IF (ROS_HILL_WBF4 = YES) OR (ROS_HILL_WBF4 = NO AND ROS_LEVEL_WBF4 = YES)]		
Que faites-vous si vous la ressentez tandis que vous marchez?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
STOPS_SLOW_DOWN	1	M'arrête ou ralentis
NITRO_CONTINUE	2	Prends de la nitroglycérine et continue au même rythme
CONTINUE	3	Continue au même rythme
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_53	ROS_STILL_WBF4	
[ASK IF ROS_DOWLK_WBF4 = STOPS_SLOW_DOWN]		
Si vous vous arrêtez, la douleur ou la gêne diminue-t-elle?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
GETS_BETTER	1	Diminue
NOT_GET_BETTER	2	Ne diminue pas
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_54	ROS_SOON_WBF4	
[ASK IF ROS_DOWLK_WBF4 IS NOT NULL OR ROS_STILL_WBF4 = GETS_BETTER]		
Au bout de combien de temps la douleur ou la gêne diminue-t-elle?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
10_MIN_OR_LESS	1	Dix minutes ou moins
MORE_THAN_10_MIN	2	Plus de dix minutes
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_55		ROS_LOC_WBF4					
[ASK IF ROS_PAIN_WBF4 = YES]							
Où se localise cette douleur ou gêne? (Indiquez où se localise cette douleur ou gêne.)							
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
<p>CARD G</p> 							
01	02	03	04	05	06	07	08
ROS_LOC_01_WBF4	ROS_LOC_02_WBF4	ROS_LOC_03_WBF4	ROS_LOC_04_WBF4	ROS_LOC_05_WBF4	ROS_LOC_06_WBF4	ROS_LOC_07_WBF4	ROS_LOC_08_WBF4
ROS_LOC_DK_NA_WBF4		98	Ne sais pas / pas de réponse				
ROS_LOC_REFUSED_WBF4		99	Préfère ne pas répondre				

CCT/CCC_56	ROS_SEVPAIN_WBF4	
[ASK IF ROS_PAIN_WBF4 = YES]		
Avez-vous déjà ressenti dans la poitrine une douleur vive « en barre » qui a duré une demi-heure ou plus?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Accident vasculaire cérébral

CCT/CCC_57	CCT_CVA_WBF4	
[ASK IF CCT_CVA_PAST ≠ YES OR CCC_CVA_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EST LA DESTRUCTION SOUDAINE DES CELLULES DU CERVEAU EN RAISON D'UN MANQUE D'OXYGÈNE CAUSÉ PAR LE BLOCAGE DE LA CIRCULATION SANGUINE OU LA RUPTURE D'UNE ARTÈRE ALIMENTANT LE CERVEAU.		
LES SYMPTÔMES PEUVENT ÊTRE : PERTE SOUDAINE DE LA PAROLE, FAIBLESSE OU PARALYSIE D'UN CÔTÉ DU CORPS. ON CONFIRME UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL À L'AIDE D'UNE RADIOGRAPHIE SPÉCIALE COMME UN TOMODENSITOGRAMME.		
L'ABRÉVIATION AVC EST AUSSI UTILISÉE POUR PARLER D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_57a	CCT_CVAAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_CVA_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_57b	CCT_CVACHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_CVA_WBF4 = NO AND CCT_CVA_ = YES OR CCC_CVA_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_58	CCT_TIA_WBF4	
[ASK IF CCT_TIA_PAST ≠ YES OR CCC_TIA_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : UN ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT OU MINI-AVC) EST UN PROBLÈME NEUROLOGIQUE DONT LES SYMPTÔMES SONT SEMBLABLES À CEUX D'UN AVC, MAIS QUI SE DISSIPE EN PEU DE TEMPS. CE PROBLÈME EST AUSSI APPELÉ UN MINI-AVC. UN AIT SURVIENT LORSQUE LA CIRCULATION SANGUINE AU CERVEAU S'ARRÊTE (ISCHÉMIE).		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_58a	CCT_TIAAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_TIA_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_58b	CCT_TIACHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_TIA_WBF4 = NO AND CCT_TIA_TRF3 = YES OR CCC_TIA_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_59	CCT_CVAFX_WBF4	
[ASK IF CCT_CVA_WBF4=YES OR CCT_TIA_WBF4=YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_59a	CCT_CVAFXAGE_WBF4	
[ASK IF TRACKING AND CCT_CVAFX_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_59b	CCT_CVAFXCHANGE_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND CCT_CVAFX_WBF4 = NO AND CCT_CVAFX_TRF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Questionnaire QVSFS modifié (Cohorte globale seulement)

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

CCT/CCC_60	STR_WEAK_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà ressenti une faiblesse soudaine et sans douleur sur un côté de votre corps?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_60a	STR_WEAK_DUR_WBF4
[ASK IF STR_WEAK_WBF4 = YES]	
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
LESS_24H	1 Moins de 24 heures
24H_MORE	2 24 heures ou plus
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_61	STR_NUMB_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà ressenti une sensation d'engourdissement soudaine sur un côté de votre corps ou avez-vous eu l'impression que ce côté était « mort »?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_61a	STR_NUMB_DUR_WBF4	
[ASK IF STR_NUMB_WBF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_62	STR_VIS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi une perte de vision soudaine et sans douleur dans un œil ou les deux?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_62a	STR_VIS_DUR_WBF4	
[ASK IF STR_VIS_WBF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_63	STR_NOVIS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà soudainement perdu la vue dans un œil?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_63a	STR_NOVIS_DUR_WBF4	
[ASK IF STR_NOVIS_WBF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_64	STR_NOUND_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà soudainement été incapable de comprendre ce que les gens disaient?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_64a	STR_NOUND_DUR_WBF4	
[ASK IF STR_NOUND_WBF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_65	STR_NOEXP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà soudainement perdu la capacité de vous exprimer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_65a	STR_NOEXP_DUR_WBF4	
[ASK IF STR_NOEXP_WBF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Traumatisme crânien (TBI) (Cohorte globale seulement)

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

Maintenant, voici des questions sur les blessures à la tête et les commotions...

CCT/CCC_66	TBI_TYP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous subi une blessure à la tête ou une commotion pour l'une ou l'autre de ces situations...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_TYP_VHSP_WBF4	01	Accident de véhicule (veuillez préciser le type de véhicule : _____)
TBI_TYP_FL_WBF4	02	Chute
TBI_TYP_SPTSP_WBF4	03	Activité sportive (veuillez préciser : _____)
TBI_TYP_NN_WBF4	96	Aucune / n'a pas subi de blessure à la tête
TBI_TYP_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
TBI_TYP_DK_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TBI_TYP_RF_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_67	TBI_NMBR_NB_WBF4	
[ASK IF TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_NN_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_DK_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_RF_WBF4]		
Au cours de votre vie, combien de blessures à la tête ou de commotions avez-vous subies?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE.		
	NOMBRE	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=20)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_67a	TBI_AGE_WBF4	
[ASK IF TBI_NMBR_NB_WBF4 ≥ 1]		
Quel âge aviez-vous lors de votre dernière blessure à la tête ou commotion?		
	ÂGE	INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_68	TBI_RSLT2_WBF4	
[ASK IF TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_NN_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_DK_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_RF_WBF4]		
Est-ce que votre dernière blessure à la tête ou commotion a occasionné...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_RSLT_DZ_WBF4	01	Des étourdissements, de la confusion ou l'impression de « voir des étoiles »
TBI_RSLT_NRM_WBF4	02	Une perte de mémoire de l'événement
TBI_RSLT_KO1_WBF4	03	Une perte de conscience de moins d'une minute
TBI_RSLT_KO20_WBF4	04	Une perte de conscience de 1 à 20 minutes
TBI_RSLT_KO2030_WBF4	05	Une perte de conscience de 20 à 30 minutes
TBI_RSLT_KO30MORE_WBF4	06	Une perte de conscience de plus de 30 minutes
TBI_RSLT_NN_WBF4	96	Aucune de ces réponses
TBI_RSLT_DK_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TBI_RSLT_RF_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_69	TBI_MCR_WBF4	
[ASK IF TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_NN_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_DK_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_RF_WBF4]		
Lesquels de ces soins médicaux avez-vous reçus pour votre dernière blessure à la tête ou commotion?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_MCR_PHA_WBF4	01	Évaluation médicale / visite chez un médecin
TBI_MCR_ED_WBF4	02	Visite aux urgences
TBI_MCR_HO_WBF4	03	Hospitalisation
TBI_MCR_NN_WBF4	96	Aucun / n'ai reçu aucun soin médical
TBI_MCR_DK_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TBI_MCR_RF_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_70	TBI_PROB_WBF4	
[ASK IF TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_NN_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_DK_WBF4 AND TBI_TYP_WBF4 ≠ TBI_TYP_RF_WBF4]		
Présentement, souffrez-vous de l'un ou l'autre de ces problèmes qui seraient, selon vous, la conséquence possible d'une blessure à la tête ou d'une commotion?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_PROB_HA_WBF4	01	Maux de tête
TBI_PROB_DIZ_WBF4	02	Étourdissements
TBI_PROB_MEM_WBF4	03	Problèmes de mémoire
TBI_PROB_BAL_WBF4	04	Problèmes d'équilibre
TBI_PROB_EAR_WBF4	05	Bourdonnements d'oreilles
TBI_PROB_IRT_WBF4	06	Irritabilité
TBI_PROB_SLP_WBF4	07	Problèmes de sommeil
TBI_PROB_VIS_WBF4	08	Troubles de la vision
TBI_PROB_FTG_WBF4	09	Fatigue
TBI_PROB_NN_WBF4	96	Non / aucun / n'ai aucun problème
TBI_PROB_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
TBI_PROB_DK_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TBI_PROB_RF_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_71	TBI_POSITIVE_WBF4	
Positive Screen [DERIVED VARIABLE] IF (TBI_TYP_WBF4 = TBI_TYP_VH_WBF4 OR TBI_TYP_FL_WBF4 OR TBI_TYP_SPT_WBF4 OR TBI_TYP_OT_WBF4) AND (TBI_RSLT_WBF4 = TBI_RSLT_DZ_WBF4 OR TBI_RSLT_NRM_WBF4 OR TBI_RSLT_KO1_WBF4 OR TBI_RSLT_KO20_WBF4 OR TBI_RSLT_KO2030_WBF4 OR TBI_RSLT_KO30MORE_WBF4) THEN TBI_6 = YES (1), ELSE TBI_6 = NO (2)		

Neurologique

Rappelez-vous, nous nous intéressons aux « problèmes à long terme » qui ont été diagnostiqués par un·e professionnel·le de la santé.

CCT/CCC_72	CCT_MEMPB_WBF4	
[ASK IF CCT_MEMPB_PAST ≠ YES OR CCC_MEMPB_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_72a	CCT_MEMPBAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_MEMPB_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de problèmes de mémoire?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_72b	CCT_MEMPB_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_MEMPB_WBF4 = NO AND CCT_MEMPB_TRF3 = YES OR CCC_MEMPB_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_73	CCT_ALZH_WBF4	
[ASK IF CCT_ALZH_PAST ≠ YES OR CCC_ALZH_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA MALADIE D'ALZHEIMER EST UNE FORME DE DÉMENCE. LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES AUTRES FORMES DE DÉMENCE ENTRAÎNENT LA DIMINUTION DES FACULTÉS COGNITIVES POUVANT MENER À DES PERTES DE MÉMOIRE ET, À UN STADE AVANCÉ, À L'IMPOSSIBILITÉ D'EFFECTUER CERTAINES ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_73a	CCT_ALZHAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ALZH_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_73b	CCT_ALZH_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ALZH_WBF4 = NO AND CCT_ALZH_TRF3 = YES OR CCC_ALZH_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_74	CCT_MS_WBF4	
[ASK IF CCT_MS_PAST ≠ YES OR CCC_MS_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous étiez atteint·e de sclérose en plaques?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA SCLÉROSE EN PLAQUES EST UNE MALADIE AUTO-IMMUNE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL (CERVEAU ET MOELLE ÉPINIÈRE) (SYSTÈME NERVEUX CENTRAL). UNE MALADIE AUTO-IMMUNE SURVIENT LORSQUE LE SYSTÈME IMMUNITAIRE ATTAQUE ET DÉTRUIT SES PROPRES TISSUS EN SANTÉ. DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES, LA COUCHE ISOLANTE QUI SE FORME AUTOUR DES NERFS DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE EST ATTAQUÉE, CE QUI ENTRAÎNE DES CHANGEMENTS DANS LA VITESSE DES IMPULSIONS NERVEUSES.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_74a	CCT_MSAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_MS_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint·e de sclérose en plaques?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_74b	CCT_MS_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_MS_WBF4 = NO AND CCT_MS_TRF3 = YES OR CCC_MS_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint·e de sclérose en plaques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_75	CCT_MGRN_WBF4	
[ASK IF CCT_MGRN_PAST ≠ YES OR CCC_MGRN_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de migraines?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : UNE MIGRAINE EST CARACTÉRISÉE PAR DES ÉLANCEMENTS OU DES PULSATIONS RESENTIS D'UN SEUL CÔTÉ DE LA TÊTE ET PEUT SOUVENT S'ACCOMPAGNER DE NAUSÉES, DE VOMISSEMENTS ET D'UNE SENSIBILITÉ EXTRÊME À LA LUMIÈRE ET AU BRUIT. LA MIGRAINE PEUT OCCASIONNER DES DOULEURS IMPORTANTES POUVANT DURER DE QUELQUES HEURES À QUELQUES JOURS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_75a	CCT_MGRNAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_MGRN_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de migraines?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_75b	CCT_MGRN_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_MGRN_WBF4 = NO <u>AND</u> CCT_MGRN_TRF3 = YES OR CCC_MGRN_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de migraines. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Gastro-intestinal

CCT/CCC_76	CCT_ULCR_WBF4	
[ASK IF CCT_ULCR_PAST ≠ YES OR CCC_ULCR_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LES ULCÈRES INTESTINAUX ET GASTRIQUES COMPRENNENT LES ULCÈRES DE L'INTESTIN ET DE L'ŒSOPHAGE. LES PLAIES CAUSÉES PAR LES ULCÈRES RESSEMBLENT À DES CRATÈRES (GÉNÉRALEMENT D'UN DIAMÈTRE DE ¼ À ¾ DE POUCE, MAIS POUVANT ALLER JUSQU'À UN DIAMÈTRE DE 1 À 2 POUCES) QUI SE FORMENT SUR LA PAROI DE L'ESTOMAC (ULCÈRES GASTRIQUES), TOUT JUSTE SOUS L'ESTOMAC AU DÉBUT DU PETIT INTESTIN DANS LE DUODÉNUM (ULCÈRES DUODÉNAUX) OU, MOINS COURAMMENT, DANS L'ŒSOPHAGE (ULCÈRES ŒSOPHAGIENS).		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_76a	CCT_ULCRAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ULCR_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_76b	CCT_ULCR_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ULCR_WBF4 = NO AND CCT_ULCR_TRF3 = YES OR CCC_ULCR_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_77					
[ALWAYS ASK]					
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez une maladie intestinale telle que :					
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA MALADIE DE CROHN ET LA COLITE ULCÉREUSE SONT DES FORMES DE MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES CARACTÉRISÉES PAR L'INFLAMMATION (ROUGEUR ET ENFLURE) DES INTESTINS, PROBABLEMENT À LA SUITE D'UNE RÉACTION IMMUNITAIRE DU CORPS CONTRE SES PROPRES TISSUS INTESTINAUX.</p> <p>LE SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE EST UNE AFFECTION CAUSANT DE LA DOULEUR ABDOMINALE ET DES CRAMPES, AINSI QUE DES CHANGEMENTS DANS LES MOUVEMENTS DE L'INTESTIN ET D'AUTRES SYMPTÔMES. CONTRAIREMENT AUX MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES, LA STRUCTURE DE L'INTESTIN N'EST PAS ANORMALE.</p>					
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR MALADIE					
		Oui	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
CCT_CRDIS_WBF4	Maladie de Crohn				
CCT_ULCOL_WBF4	Colite ulcéreuse				
CCT_IBSYD_WBF4	Syndrome du côlon irritable				

CCT/CCC_77a	CCT_CRDISAGE_WBF4			
[ASK IF CCT_CRDIS_WBF4 = YES]				
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez la maladie de Crohn?				
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.</p>				
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)		
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)		
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse		
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre		

CCT/CCC_77b	CCT_CRDIS_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_CRDIS_WBF4 = NO AND CCT_CRDIS_TRF3 = YES OR CCC_CRDIS_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez la maladie de Crohn? Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_77c	CCT_ULCOLAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ULCOL_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de colite ulcéreuse?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_77d	CCT_ULCOL_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ULCOL_WBF4 = NO AND CCT_ULCOL_TRF3 = YES OR CCC_ULCOL_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de colite ulcéreuse. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_77e	CCT_IBSYDAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_IBSYD_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez du syndrome du côlon irritable?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_77f	CCT_IBSYD_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_IBSYD_WBF4 = NO AND CCT_IBSYD_TRF3 = YES OR CCC_IBSYD_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez du syndrome du côlon irritable. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_78	CCT_BOWINC_WBF4	
[ASK IF CCT_BOWINC_PAST ≠ YES OR CCC_BOWINC_PAST ≠ YES]		
Avez-vous déjà eu des pertes de selles?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'INCONTINENCE ANALE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DES INTESTINS MENANT À L'ÉMISSION INVOLONTAIRE DE SELLES.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_78a	CCT_BOWINCAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_BOWINC_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes de selles?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_78b	CCT_BOWINC_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_BOWINC_WBF4 = NO AND CCT_BOWINC_TRF3 = YES OR CCC_BOWINC_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI vous aviez déjà eu des pertes de selles. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_79	CCT_URIINC_WBF4	
[ASK IF CCT_URIINC_PAST ≠ YES OR CCC_URIINC_PAST ≠ YES]		
Avez-vous déjà eu des pertes d'urine?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'INCONTINENCE URINAIRE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DE LA VESSIE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_79a	CCT_URIINCAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_URIINC_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes d'urine?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_79b	CCT_URIINC_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_URIINC_WBF4 = NO <u>AND</u> CCT_URIINC_TRF3 = YES OR CCC_URIINC_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI vous aviez déjà eu des pertes d'urine. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Vision

CCT/CCC_80	CCT_CATAR_WBF4
[ASK IF CCT_CATAR_PAST ≠ YES OR ICQ_CATRCT_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez des cataractes?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : UNE CATARACTE EST UNE OPACITÉ PARTIELLE OU TOTALE DU CRISTALLIN DE L'ŒIL. CETTE OPACITÉ PEUT MENER À UNE PERTE DE VISION OU MÊME LA CÉCITÉ.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_80a	CCT_CATARAGE_WBF4
[ASK IF CCT_CATAR_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez des cataractes?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_80b	CCT_CATAR_CHANGE_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)
[ASK IF TRACKING AND CCT_CATAR_WBF4 = NO <u>AND</u> CCT_CATAR_TRF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez des cataractes. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_80c	ICQ_CATRCTS_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF COMPREHENSIVE AND CCT_CATAR_WBF4 = YES]		
Avez-vous été opéré pour enlever des cataractes? (Droit, gauche, les deux)		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_80d	ICQ_CATRCT2_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF COMPREHENSIVE AND CCT_CATAR_WBF4 = YES]		
Un médecin vous a-t-il dit que vous avez présentement des cataractes?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_80e	ICQ_CATIME2_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF ICQ_CATRCT2_WBF4 = YES]		
Si vous attendez pour une chirurgie de la cataracte, depuis combien de mois êtes-vous sur la liste d'attente?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : VEUILLEZ FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU TEMPS EXACT.		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MO	Mois	_____ (MASK: MIN=0, MAX=12)
DY	Jours	_____ (MASK: MIN=0, MAX=365)
YR	Années	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
NS	001	A des cataractes, mais n'a pas encore besoin de chirurgie
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_81	CCT_GLAUC_WBF4	
[ASK IF CCT_GLAUC_PAST ≠ YES OR ICQ_GLAUC_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous faisiez du glaucome?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LE GLAUCOME EST UNE MALADIE DE L'ŒIL CARACTÉRISÉE PAR UNE AUGMENTATION ANORMALE DE LA PRESSION DES LIQUIDES DANS L'ŒIL. SANS TRAITEMENT, LE GLAUCOME PEUT ENDOMMAGER LE NERF OPTIQUE ET MENER À UNE PERTE DE VISION OU MÊME LA CÉCITÉ.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_81a	CCT_GLAUCAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_GLAUC_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous faisiez du glaucome?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_81b	CCT_GLAUCCHANGE_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND CCT_GLAUC_WBF4 = NO AND CCT_GLAUC_TRF3 = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous faisiez du glaucome. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_82	CCT_MACDEG_WBF4
[ASK IF CCT_MACDEG_PAST ≠ YES OR CCC_MACDEG_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE TOUCHE HABITUELLEMENT LES ADULTES PLUS ÂGÉS ET ENTRAÎNE UNE PERTE DE VISION AU CENTRE DU CHAMP VISUEL (LA MACULA) CAUSÉE PAR DES DOMMAGES À LA RÉTINE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_82a	CCT_MACDEGAGE_WBF4
[ASK IF CCT_MACDEG_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dégénérescence maculaire?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_82b	CCT_MACDEG_CHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_MACDEG_WBF4 = NO AND CCT_MACDEG_TRF3 = YES OR CCC_MACDEG_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

Cancer

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

CCT/CCC_83	CCT_CANC_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous étiez atteint·e d'un cancer?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_83a	CCT_CANTP_WBF4	
[ASK IF CCT_CANCP_WBF4 = YES]		
Pour quel(s) type(s) de cancer avez-vous reçu un diagnostic?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CCT_CANTP_CNS_WBF4	01	Cerveau / moelle épinière / système nerveux central
CCT_CANTP_TH_WBF4	02	Thyroïde
CCT_CANTP_SM_WBF4	03	Peau : mélanome
CCT_CANTP_SNM_WBF4	04	Peau : non mélanique
CCT_CANTP_OR_WBF4	05	Bouche
CCT_CANTP_LX_WBF4	06	Larynx
CCT_CANTP_ES_WBF4	07	Œsophage
CCT_CANTP_BR_WBF4	08	Sein
CCT_CANTP_LU_WBF4	09	Poumon
CCT_CANTP_ST_WBF4	10	Estomac (gastrique)
CCT_CANTP_BL_WBF4	11	Vessie
CCT_CANTP_KD_WBF4	12	Rein
CCT_CANTP_LV_WBF4	13	Foie
CCT_CANTP_PA_WBF4	14	Pancréas
CCT_CANTP_COL_WBF4	15	Colorectal
CCT_CANTP_PR_WBF4	16	Prostate (hommes seulement)
CCT_CANTP_TT_WBF4	17	Testicule (hommes seulement)
CCT_CANTP_OV_WBF4	18	Ovaire (femmes seulement)
CCT_CANTP_FU_WBF4	19	Utérus (femmes seulement)
CCT_CANTP_FC_WBF4	20	Cervical (femmes seulement)
CCT_CANTP_LK_WBF4	21	Leucémie
CCT_CANTP_MM_WBF4	22	Myélome multiple
CCT_CANTP_HL_WBF4	23	Lymphome de Hodgkin
CCT_CANTP_NHL_WBF4	24	Lymphome non hodgkinien
CCT_CANTP_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
CCT_CANTP_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
CCT_CANTP_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_83b					
[ASK IF CCT_CANTP_xxxx_WBF4 = YES]					
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint·e [INSÉRER LE TYPE DE CANCER]?					
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.					
		Âge (MASK: MIN=0, MAX= CURRENT AGE)	Année (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX= CURRENT YEAR)	NSP / PR	PNPR
		NB_SP	YR_SP	DK_NA	RF
				9998	9999
CCT_CANCAGE_CNS_WBF4	d'un cancer du cerveau / moelle épinière / système nerveux central				
CCT_CANCAGE_TH_WBF4	d'un cancer de la thyroïde				
CCT_CANCAGE_SM_WBF4	d'un cancer de la peau : mélanome				
CCT_CANCAGE_SNM_WBF4	d'un cancer de la peau : non mélanique				
CCT_CANCAGE_OR_WBF4	d'un cancer de la bouche				
CCT_CANCAGE_LX_WBF4	d'un cancer du larynx				
CCT_CANCAGE_ES_WBF4	d'un cancer de l'œsophage				
CCT_CANCAGE_BR_WBF4	d'un cancer du sein				
CCT_CANCAGE_LU_WBF4	d'un cancer du poumon				
CCT_CANCAGE_ST_WBF4	d'un cancer de l'estomac (gastrique)				

		Âge (MASK: MIN=0, MAX= CURRENT AGE)	Année (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX= CURRENT YEAR)	NSP / PR	PNPR
		NB_SP	YR_SP	DK_NA	RF
				9998	9999
CCT_CANCAGE_BL_WBF4	d'un cancer de la vessie				
CCT_CANCAGE_KD_WBF4	d'un cancer du rein				
CCT_CANCAGE_LV_WBF4	d'un cancer du foie				
CCT_CANCAGE_PA_WBF4	d'un cancer du pancréas				
CCT_CANCAGE_COL_WBF4	d'un cancer colorectal				
CCT_CANCAGE_PR_WBF4	d'un cancer de la prostate (hommes seulement)				
CCT_CANCAGE_TT_WBF4	d'un cancer du testicule (hommes seulement)				
CCT_CANCAGE_OV_WBF4	d'un cancer de l'ovaire (femmes seulement)				
CCT_CANCAGE_FU_WBF4	d'un cancer de l'utérus (femmes seulement)				
CCT_CANCAGE_FC_WBF4	d'un cancer cervical (femmes seulement)				
CCT_CANCAGE_LK_WBF4	de leucémie				
CCT_CANCAGE_MM_WBF4	de myélome multiple				
CCT_CANCAGE_HL_WBF4	de lymphome de Hodgkin				
CCT_CANCAGE_NHL_WBF4	de lymphome non hodgkinien				
CCT_CANCAGE_OTSP_WBF4	Autre				

Santé mentale

CCT/CCC_84	CCT_ANXI_WBF4	
[ASK IF CCT_ANXI_PAST ≠ YES OR CCC_ANXI_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LE TERME GÉNÉRAL « TROUBLE ANXIEUX » REGROUPE PLUSIEURS MALADIES DIFFÉRENTES RELIÉES PAR DES MANIFESTATIONS CONSTANTES D'INQUIÉTUDE OU D'ANXIÉTÉ ASSOCIÉES À DIFFÉRENTES ACTIVITÉS OU ÉVÉNEMENTS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_84a	CCT_ANXIAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ANXI_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_84b	CCT_ANXI_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_ANXI_WBF4 = NO AND CCT_ANXI_TRF3 = YES OR CCC_ANXI_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_85	CCT_MOOD_WBF4
[ASK IF CCT_MOOD_PAST ≠ YES OR CCC_MOOD_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniaco-dépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA DYSTHYMIE EST UNE FORME DE DÉPRESSION CHRONIQUE CARACTÉRISÉE PAR UN TROUBLE DE L'HUMEUR DE TYPE DÉPRESSIF. TOUTEFOIS, LES SYMPTÔMES SONT MOINS GRAVES QUE LORS D'UNE DÉPRESSION MAJEURE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_85a	CCT_MOODAGE_WBF4
[ASK IF CCT_MOOD_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniaco-dépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_85b	CCT_MOOD_CHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_MOOD_WBF4 = NO AND CCT_MOOD_TRF3 = YES OR CCC_MOOD_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniaco-dépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

Autres maladies chroniques

CCT/CCC_86	CCT_ALLRG_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'allergies?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA QUESTION PORTE SUR TOUS LES TYPES D'ALLERGIE	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_86a	CCT_ALLRGAGE_WBF4
[ASK IF CCT_ALLRG_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'allergies?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_86b	CCT_ALLRG_CHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_ALLRG_WBF4 = NO AND CCT_ALLRG_TRF3 = YES OR CCC_ALLRG_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'allergies. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_87	CCT_OSTPO_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'OSTÉOPOROSE EST DIFFÉRENTE DE L'ARTHROSE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_87a	CCT_OSTPOAGE_WBF4
[ASK IF CCT_OSTPO_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_87b	CCT_OSTPOCHANGE_WBF4
[ASK IF CCT_OSTPO_WBF4 = NO AND CCT_OSTPO_TRF3 = YES OR CCC_OSTPO_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_88	OST_BONE_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous déjà souffert, à l'âge adulte, d'une fracture résultant d'une légère chute ou d'un traumatisme de faible intensité (par exemple, une simple chute de la position debout)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_89	OST_FRAC_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OST_BONE_WBF4 = YES]		
Quel type de fracture était-ce?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
OST_FRAC_HIP_WBF4	01	Hanche
OST_FRAC_ARM_WBF4	02	Humérus (bras)
OST_FRAC_SPINE_WBF4	03	Colonne vertébrale
OST_FRAC_WRST_WBF4	04	Poignet
OST_FRAC_RIB_WBF4	05	Côte
OST_FRAC_PELV_WBF4	06	Pelvis
OST_FRAC_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
OST_FRAC_DK_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
OST_FRAC_RF_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

Maintenant, voici des questions sur les fractures de la hanche que vos parents auraient pu subir.

CCT/CCC_90	OST_MOM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Votre mère a-t-elle subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_91	OST_DAD_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Votre père a-t-il subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_92	OST_HGT_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Environ combien mesuriez-vous dans la vingtaine (arrondissez au pouce ou au centimètre près)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : INSCRIRE LA RÉPONSE EN PIEDS ET EN POUCES OU EN MÈTRES ET EN CENTIMÈTRES.		
FT	Pieds	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE PIEDS (MASK: MIN=2, MAX=7)
IN	Pouces	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE POUCES (MASK: MIN=0, MAX=11,9)
METER	Mètres	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MÈTRES (MASK: MIN=0, MAX=2)
CM	Centimètres	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE CENTIMÈTRES (MASK: MIN=0, MAX=99)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_93	OST_CST_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Prenez-vous des corticostéroïdes comme la prednisone ou la cortisone en comprimé, ou en avez-vous déjà pris?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_93a	OST_CSTAGE_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OST_CST_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous pris des corticostéroïdes pour la dernière fois?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_93b	OST_CST_MTNB_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OST_CST_WBF4 = YES]		
Depuis votre naissance, pendant combien de mois avez-vous pris des corticostéroïdes?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE DE MOIS EXACT, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE.		
	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_94	OST_BP_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ALWAYS ASK IF COMPREHENSIVE]		
Avez-vous déjà eu mal au dos, la plupart des jours, pendant au moins un mois?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_94a	OST_BP_DUR_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OST_BP_WBF4 = YES]		
Pendant combien de temps?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE.		
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS (MASK: MIN=0, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE D'ANNÉES (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_95	OST_BCKPPM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OST_BP_WBF4 = YES]		
Avez-vous ressenti cette douleur au cours des douze derniers mois?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_96	OST_BCKPLOC_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF OST_BP_WBF4 = YES]		
Dans quelle partie de votre dos la douleur se situe-t-elle ou se situait-elle?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
UPPER	1	Haut (au-dessus des omoplates)
MIDDLE	2	Milieu
LOWER	3	Bas (sous la taille)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_97	CCT_UTHYR_WBF4	
[ASK IF CCT_UTHYR_PAST ≠ YES OR CCC_UTHYR_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_97a	CCT_UTHYRAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_UTHYR_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_97b	CCT_UTHYRCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_UTHYR_WBF4 = NO AND CCT_UTHYR_TRF3 = YES OR CCC_UTHYR_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_98	CCT_OTHYR_WBF4	
[ASK IF CCT_OTHYR_PAST ≠ YES OR CCC_OTHYR_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_98a	CCT_OTHYRAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_OTHYR_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_98b	CCT_OTHYRCHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_OTHYR_WBF4 = NO AND CCT_OTHYR_TRF3 = YES OR CCC_OTHYR_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99	CCT_KIDN_WBF4	
[ASK IF CCT_KIDN_PAST ≠ YES OR CCC_KIDN_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99a	CCT_KIDNAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_KIDN_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99b	CCT_KIDN_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_KIDN_WBF4 = NO AND CCT_KIDN_TRF3 = YES OR CCC_KIDN_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLVCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99c	CCT_KIDNSTN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez des pierres aux reins?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99d	CCT_KIDNSTNAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_KIDNSTN_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez des pierres aux reins?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99e	CCT_KIDNSTN_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_KIDNSTN_WBF4 = NO AND CCT_KIDNSTN_3 = YES OR CCC_KIDNSTN_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez des pierres aux reins. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99f	CCC_DITYP_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF COMPREHENSIVE AND CCT_KIDN_WBF4 = YES]		
Recevez-vous présentement des traitements de dialyse? (Si oui, quel type de dialyse?)		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SELUE RÉPONSE		
HEMODIALYSIS	1	Hémodialyse
PERITONEAL	2	Dialyse péritonéale
NO	3	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_99g	CCC_DITIM_WBF4 (Cohorte globale seulement)	
[ASK IF CCC_DITYP_WBF4 = HEMODIALYSIS]		
Quand avez-vous reçu votre dernier traitement de dialyse?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : VEUILLEZ INSCRIRE LA DATE ET L'HEURE, SI VOUS LES CONNAISSEZ. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE.		
DATE	Date	
TIME	Heure (hh:mm)	

CCT/CCC_100	CCT_HCV_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'hépatite C?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'HÉPATITE C EST UNE INFECTION CAUSÉE PAR UN VIRUS QUI S'ATTAQUE AU FOIE ET QUI PROVOQUE DE L'INFLAMMATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCTCCC_100a	CCT_HCVAGE_WBF4	
[ASK IF CCT_HCV_WBF4 = YES]		
À quel âge avez-vous reçu pour la première fois le diagnostic d'hépatite C?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_100b	CCT_HCV_CHANGE_WBF4	
[ASK IF CCT_HCV_WBF4 = NO AND CCT_HCV_TRF3 = YES OR CCC_HCV_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'hépatite C. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_100c	CCT_HCV_TRT_WBF4	
[ASK IF CCT_HCV_WBF4 = YES]		
Avez-vous déjà reçu des traitements pour l'hépatite C?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_100d	CCT_HCV_TXS_WBF4	
[ASK IF CCT_HCV_TRT_WBF4 = YES]		
Le traitement a-t-il permis d'éliminer le virus?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_100e	CCT_HCV_CURR_WBF4	
[ASK IF CCT_HCV_WBF4 = YES]		
Avez-vous l'hépatite C présentement?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_101	CCT_GERD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle diagnostiqué un reflux gastro-œsophagien?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_102	CCT_GERDTRT2_WBF4	
[ASK IF CCT_GERD_WBF4 = YES]		
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pris un médicament pour prévenir ou traiter un reflux gastro-œsophagien?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_102a	CCT_GERDSYM2_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des symptômes de brûlures d'estomac, d'indigestion ou de ballonnements, une sensation de brûlure dans la gorge ou la poitrine, une régurgitation des aliments ou un goût sûr ou amer dans la bouche?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_102b	CCT_GERDFQ2_WBF4	
[ASK IF CCT_GERDSYM2_WBF4 = YES]		
Avez-vous eu ces symptômes...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps
SOME_TIME	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_103	CCT_RHSN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle diagnostiqué une rhinite ou une sinusite?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_103a	CCT_RHSNSYM_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous des symptômes d'écoulement nasal, d'éternuements, de congestion nasale, de douleur ou d'obstruction au visage, de sécrétions nasales ou de sensation d'écoulement post-nasal?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : UN ÉCOULEMENT POST-NASAL EST L'ACCUMULATION DE MUCUS AU FOND DE LA GORGE. IL PEUT PROVOQUER UNE SENSATION DE CONGESTION, UN MAL DE GORGE OU UNE TOUX.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_103b	CCT_RHSNFQ_WBF4	
[ASK IF CCT_RHSNSYM_WBF4 = YES]		
Avez-vous ces symptômes...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SEASONAL	1	De manière saisonnière
THROUGH_YEAR	2	Tout au long de l'année
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_103c	CCT_RHSNTRT_WBF4	
[ASK IF CCT_RHSNSYM_WBF4 = YES]		
Prenez-vous un traitement régulièrement pour contrôler ces symptômes?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Neuropsychiatrique (DPR) (Cohorte globale seulement)

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

CCT/CCC_104	DPR_CLINDEP_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dépression clinique?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LA SÉVÉRITÉ DE LA DÉPRESSION VARIE D'ÉPISODES LÉGERS ET TEMPORAIRES DE TRISTESSE À UNE DÉPRESSION SÉVÈRE ET PERSISTANTE. UNE « DÉPRESSION CLINIQUE » DÉCRIT LA FORME PLUS SÉVÈRE DE DÉPRESSION, AUSSI APPELÉE « DÉPRESSION MAJEURE » OU « TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR ».	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_104a	DPR_CLINDEP_CHANGE_WBF4
[ASK IF DPR_CLINDEP_WBF4 = NO AND DPR_CLINDEP_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de dépression clinique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC_105	DPR_AGE_WBF4
[ASK IF DPR_CLINDEP_WBF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dépression clinique?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

CCT/CCC END

Infections (INF)

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Maintenant, voici quelques questions sur les infections que vous pourriez avoir eues récemment.

INF_1					
[ALWAYS ASK]					
Au cours de la dernière année, avez-vous vu un-e médecin pour l'une des raisons suivantes?					
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'INFLUENZA, COMMUNÉMENT APPELÉE LA GRIPPE, EST UNE MALADIE INFECTIEUSE CAUSÉE PAR DES VIRUS À ARN. ON COMPTE PARMIS LES SYMPTÔMES LES PLUS FRÉQUENTS LES FRISONS, LA FIÈVRE, LES MAUX DE GORGE, LA DOULEUR MUSCULAIRE, LES MAUX DE TÊTE SÉVÈRES, LA TOUX, LA FAIBLESSE OU LA FATIGUE ET UN MALAISE GÉNÉRALISÉ. L'INFLUENZA EST DIFFÉRENTE DU RHUME OU DE LA GRIPPE INTESTINALE (QUI EST EN FAIT UNE GASTROENTÉRITE).					
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR INFECTION					
		Oui	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
CCT_DRPNEU_WBF4	Pneumonie				
CCT_DRFLU_WBF4	Grippe (Influenza)				
CCT_DRUTI_WBF4	Infection des voies urinaires				
CCT_DRC19_WBF4	Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)				
CCT_DROT_WBF4	Toutes autres infections? Veuillez préciser : _____				

INF_END

Comportements préventifs en matière de santé (PHB)

Source : Agence de la santé publique du Canada. (2019). Sondage concernant la couverture de la vaccination contre la grippe saisonnière, 2018-2019 (Numéro de catalogue : H14-315/2019F-PDF). Sa Majesté la Reine du chef du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/aspc-phac/H14-315-2019-fra.pdf

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

PHB_1	PHB_FLUV1_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous reçu le vaccin contre la grippe saisonnière au cours de la dernière année?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PHB_2	PHB_PCV1_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À l'âge adulte, avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque, qui protège contre la pneumonie?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT-ES : CE VACCIN PEUT ÉGALEMENT S'APPELER PREVNAR-13 OU PNEUMOVAX-23.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PHB_2a	PHB_PCVAGE_WBF4	
[ASK IF PHB_PCV1_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous reçu votre dernier vaccin contre le pneumocoque?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

PHB_3	PHB_SHIN1_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À l'âge adulte, avez-vous déjà reçu le vaccin contre le zona?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LE ZONA EST ÉGALEMENT CONNU SOUS LE NOM D'HERPÈS ZOSTER. CE VACCIN PEUT ÉGALEMENT S'APPELER SHINGRIX OU ZOSTAVAX.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PHB_3a	PHB_SHINAGE_WBF4	
[ASK IF PHB_SHIN1_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous reçu votre dernier vaccin contre le zona?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

PHB_END

Parkinsonisme (PKD)

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

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Maintenant, voici quelques questions sur le parkinsonisme et la maladie de Parkinson. Même si vous n'êtes pas atteint·e de ces maladies ou des symptômes qui s'y rattachent, vos réponses nous aideront à estimer le pourcentage de personnes de cette étude qui ont ou n'ont pas ces maladies ou les symptômes qui s'y rattachent.

PKD_1	PKD_PARK_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson?	
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LE PARKINSONISME EST UNE AFFECTION QUI ENTRAÎNE UNE COMBINAISON DE MOUVEMENTS ANORMAUX ASSOCIÉS À LA MALADIE DE PARKINSON, TELS QUE DES TREMBLEMENTS, DE LA LENTEUR AU NIVEAU DES MOUVEMENTS, DES PROBLÈMES D'ÉLOCUTION OU DE LA RIGIDITÉ MUSCULAIRE. LES PERSONNES ATTEINTES DE PARKINSONISME NE SONT PAS TOUTES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON.</p> <p>LA MALADIE DE PARKINSON EST UNE AFFECTION DÉGÉNÉRATIVE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. AU DÉBUT DE LA MALADIE, LES SYMPTÔMES LES PLUS VISIBLES SONT ASSOCIÉS AUX MOUVEMENTS ET INCLUENT DES TREMBLEMENTS, DE LA RIGIDITÉ, UNE LENTEUR DU MOUVEMENT ET DE LA DIFFICULTÉ À MARCHER ET À AVOIR UNE DÉMARCHÉ NORMALE. PLUS TARD, DES TROUBLES COGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX PEUVENT APPARAÎTRE ET LA DÉMENCE DÉBUTE À UN STADE AVANCÉ DE LA MALADIE. D'AUTRES SYMPTÔMES PEUVENT SURVENIR, COMME DES PROBLÈMES SENSORIELS, DES TROUBLES DE SOMMEIL ET DES PROBLÈMES ÉMOTIONNELS.</p>	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

PKD_1a	PKD_PARK_CHANGE_WBF4	
[ASK IF PKD_PARK_WBF4 = NO AND (PKD_PARK_TRF3 = YES OR CCC_PARK_COF3 = YES)]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_2	PKD_AGE_WBF4	
[ASK IF PKD_PARK_WBF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à souffrir de parkinsonisme ou vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de la maladie de Parkinson?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E EST PRÉFÉRABLE. SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE/L'ANNÉE EXACT·E, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SANS VOUS ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS.		
NB	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

PKD_3	PKD_MED_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)				
[ALWAYS ASK IF TRACKING]					
Même si vous n'avez pas reçu un diagnostic de parkinsonisme ou de maladie de Parkinson, nous devons vous poser quelques questions sur les médicaments ou traitements qui sont habituellement utilisés pour traiter ces maladies.					
Prenez-vous actuellement l'un ou l'autre des médicaments suivants?					
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR MÉDICAMENT					
	Médicaments contre la maladie de Parkinson	Oui	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
PKD_MED_LEV_WBF4	Lévodopa/carbidopa (<i>Sinemet, Prolopa</i>)				
PKD_MED_LEN_WBF4	Lévodopa/entacapone (<i>Stalevo</i>)				
PKD_MED_PRA_WBF4	Pramipexole (<i>Mirapex</i>)				
PKD_MED_ROP_WBF4	Ropinirole (<i>ReQuip</i>)				
PKD_MED_RAS_WBF4	Rasagiline (<i>Azilect</i>)				
PKD_MED_SEL_WBF4	Sélégiline (<i>Deprenyl</i>)				
PKD_MED_ENT_WBF4	Entacapone (<i>Comtan</i>)				
PKD_MED_BEN_WBF4	Benzotropine (<i>Cogentin</i>)				
PKD_MED_ETH_WBF4	Ethopropazine (<i>Parsitan</i>)				
PKD_MED_PRO_WBF4	Procyclidine				
PKD_MED_TRI_WBF4	Trihexyphenidyl (<i>Artane</i>)				
PKD_MED_AMA_WBF4	Amantadine (<i>Symmetrel</i>)				
PKD_MED_ROT_WBF4	Timbre de rotigotine (<i>Neupro</i>)				
PKD_MED_LCI_WBF4	Gel intestinal de lévodopa/carbidopa (<i>Duodopa</i>)				

PKD_4	PKD_OTHMD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Suivez-vous un autre traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_5	PKD_EVRMED_WBF4	
[ASK IF PKD_OTHMD_WBF4 = NO]		
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_6	PKD_SHKE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Vos bras ou vos jambes tremblent-ils?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_6a	PKD_SHKSEV_WBF4	
[ASK IF PKD_SHKE_WBF4 = YES]		
Ce tremblement est-il plus important ou perceptible lorsque vos membres sont au repos ou lorsque vous vous en servez?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
RESTING	1	Au repos
DURING_USE_ACTION	2	Pendant l'utilisation
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_7	PKD_SMWRT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Votre écriture est-elle plus petite qu'auparavant?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_8	PKD_BUTON_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à attacher les boutons?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_9	PKD_VOICE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous a-t-on mentionné que votre voix est plus faible qu'auparavant?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_10	PKD_FEET_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Vos pieds bloquent-ils soudainement dans les entrées de porte?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_11	PKD_WALK_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Traînez-vous les pieds et/ou faites-vous de petits pas lorsque vous marchez?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_12	PKD_BAL_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Votre équilibre est-il mauvais?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_13	PKD_FACE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Votre visage est-il moins expressif qu'auparavant?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_14	PKD_RISE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous lever d'une chaise?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PKD_END

Épilepsie (EPI)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

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

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

EPI_1	EPI_CAUS_FEV_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu une crise d'épilepsie ou des convulsions en raison d'une forte fièvre quand vous étiez enfant?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	Ne sais pas
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

EPI_2	EPI_EVER_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
PROGRAMMING NOTE: BRING FORWARD [À PART LA CRISE (OU LES CRISES) D'ÉPILEPSIE EN RAISON D'UNE FORTE FIÈVRE] ONLY IF EPI_CAUS_FEV_WBF4 = YES OR POSSIBLE		
[À part la crise (ou les crises) d'épilepsie en raison d'une forte fièvre], avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de troubles épileptiques ou d'épilepsie?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : L'ÉPILEPSIE EST UN TROUBLE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL (TROUBLE NEUROLOGIQUE) DANS LEQUEL L'ACTIVITÉ DES CELLULES NERVEUSES EST PERTURBÉE, CE QUI CAUSE DES CRISES OU DES PÉRIODES OÙ LE COMPORTEMENT ET LES SENSATIONS SONT INHABITUELS, ET QUI PROVOQUE PARFOIS UNE PERTE DE CONSCIENCE.		
LES SYMPTÔMES D'UNE CRISE D'ÉPILEPSIE PEUVENT VARIER CONSIDÉRABLEMENT. CERTAINES PERSONNES ATTEINTES D'ÉPILEPSIE PEUVENT SIMPLEMENT REGARDER DANS LE VIDE PENDANT QUELQUES SECONDES PENDANT UNE CRISE, ALORS QUE D'AUTRES CONTRACTENT LEURS BRAS ET LEURS JAMBES DE MANIÈRE RÉPÉTÉE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	Ne sais pas
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

EPI_3	EPI_EPILSZ_WBF4	
ASK IF EPI_EVER_WBF4 ≠ NO]		
Avez-vous eu une crise d'épilepsie durant les cinq dernières années?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	Ne sais pas
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

EPI_4	EPI_MED_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà pris des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	Ne sais pas
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

EPI_5	EPI_CURRMED_WBF4	
[ASK IF EPI_MED_WBF4 ≠ NO]		
Présentement, prenez-vous des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	Ne sais pas
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

EPI_6	EPI_CAUS_WBF4	Oui	Non	C'est possible	NSP	PNPR
[ALWAYS ASK]						
PROGRAMMING NOTE: BRING FORWARD [À PART LA CRISE (OU LES CRISES) D'ÉPILEPSIE EN RAISON D'UNE FORTE FIÈVRE] ONLY IF EPI_CAUS_FEV_WBF4 = YES OR POSSIBLE						
[À part la crise (ou les crises) d'épilepsie en raison d'une forte fièvre], avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants...						
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ						
		YES	NO	POSSIBLE	DK	RF
		1	2	3	8	9
EPI_CAUS_SEIZ_WBF4	i. <u>Une attaque, crise ou épisode de convulsions, peu importe les circonstances?</u>					
EPI_CAUS_TWIT_WBF4	ii. <u>Des mouvements incontrôlés d'une partie de votre corps ou de tout votre corps, comme des secousses musculaires, des mouvements saccadés, des tremblements ou devenir mou?</u>					
EPI_CAUS_MENT_WBF4	iii. <u>Un changement inexplicé de votre état mental ou de votre niveau de conscience, ou un épisode d'absence que vous ne pouviez pas contrôler?</u>					
EPI_CAUS_DREM_WBF4	iv. <u>Vous a-t-on déjà dit que, quand vous étiez un·e jeune enfant, vous rêvassiez ou vous regardiez dans le vide plus que les autres enfants?</u>					
EPI_CAUS_BDMV_WBF4	v. <u>Avez-vous déjà remarqué des mouvements corporels ou des sensations lorsque vous étiez en présence d'une lumière stroboscopique, de jeux vidéo, d'une lumière vacillante ou du soleil éblouissant?</u>					
EPI_CAUS_JERK_WBF4	vi. <u>Peu après votre réveil, le matin ou après une sieste, avez-vous déjà remarqué des secousses musculaires incontrôlables ou de la maladresse, comme échapper des choses ou les objets qui « volent » de vos mains?</u>					
EPI_CAUS_SPEL_WBF4	vii. <u>Avez-vous déjà éprouvé d'autres types d'épisodes inhabituels répétés?</u>					

EPI_7	EPI_CAUS5YR_WBF4	
[ASK IF EPI_CAUS_WBF4 = YES OR POSSIBLE FOR AT LEAST ONE SYMPTOM FROM EPI_CAUS_WBF4]		
Avez-vous eu [INSÉRER LE/LES SYMPTÔME(S) AUXQUELS LE/LA PARTICIPANT·E A RÉPONDU OUI OU C'EST POSSIBLE À LA QUESTION EPI_CAUS_WBF4. INSÉRER LE BOUT DE PHRASE QUI EST SOULIGNÉ] durant les cinq dernières années?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	Ne sais pas
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

EPI_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_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous de la difficulté à atteindre des objets ou à étendre vos bras au-dessus de vos épaules?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

FUL_1a	FUL_SHLDDG_WBF4
[ASK IF FUL_SHLD_WBF4 = YES]	
Diriez-vous que cette tâche est...	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
LITTLE_DIFFICULT	1 Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2 Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3 Très difficile
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

FUL_2	FUL_STOOP_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous de la difficulté à vous pencher, à vous accroupir ou à vous agenouiller?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

FUL_2a	FUL_STOOPDG_WBF4	
[ASK IF FUL_STOOP_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_3	FUL_PUSH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à pousser ou à tirer de gros objets comme un fauteuil?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_3a	FUL_PUSHDG_WBF4	
[ASK IF FUL_PUSH_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_4	FUL_LFT10_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à soulever des objets de dix livres (ou 4,5 kg), comme un sac d'épicerie lourd?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_4a	FUL_LFT10DG_WBF4	
[ASK IF FUL_LFT10_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_5	FUL_HDLG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à manipuler des petits objets, comme saisir une pièce de monnaie sur la table?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_5a	FUL_HDLGDG_WBF4	
[ASK IF FUL_HDLG_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_6	FUL_ST15_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à rester debout pendant un long moment, environ 15 minutes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_6a	FUL_ST15DG_WBF4	
[ASK IF FUL_ST15_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_7	FUL_SIT1H_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à rester assis·e pendant un long moment, disons une heure?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_7a	FUL_SIT1HDG_WBF4	
[ASK IF FUL_SIT1H_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_8	FUL_STDUP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous lever après avoir été assis·e sur une chaise?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_8a	FUL_STDUPDG_WBF4	
[ASK IF FUL_STDUPDG_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_9	FUL_FSTR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à monter et descendre les escaliers seul·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_9a	FUL_FSTRDG_WBF4	
[ASK IF FUL_FSTR_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_10	FUL_WK23B_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à marcher deux à trois pâtés de maisons?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_10a	FUL_WK23BDG_WBF4	
[ASK IF FUL_WK23B_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_11	FUL_MKBED_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à faire un lit?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_11a	FUL_MKBEDDG_WBF4	
[ASK IF FUL_MKBED_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_12	FUL_WSHBK_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous laver le dos?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_12a	FUL_WSHBKDG_WBF4	
[ASK IF FUL_WSHBK_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_13	FUL_KNCUT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à utiliser un couteau pour couper vos aliments?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_13a	FUL_KNCUTDG_WBF4	
[ASK IF FUL_KNCUT_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_14	FUL_FORC_WBF4	
[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.)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_14a	FUL_FORCDG_WBF4	
[ASK IF FUL_FORC_WBF4 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_DIFFICULT	1	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

FUL_END

Activités de base de la vie quotidienne (ADL)

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

Aperçu	<p>L'échelle des activités de base de la vie quotidienne (AVQ) vise à évaluer l'aptitude du/de la participant·e à exercer des activités quotidiennes de <u>base</u>. Les activités de base de la vie quotidienne sont considérées comme indispensables à une vie indépendante au sein de la communauté.</p> <p>On demande au/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.</p> <p>Les renseignements sur les activités de la vie quotidienne donneront un aperçu des problèmes auxquels peuvent faire face les personnes âgées au Canada dans leur vie quotidienne. Cette mesure est associée au besoin d'aidant·es naturel·les et de soins à domicile.</p>
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Maintenant, voici 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 de poser les mêmes questions à tout le monde.

ADL_1	ADL_ABLDR_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_2	ADL_HPDR_WBF4	
[ASK IF ADL_ABLDR_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_3	ADL_UNDR_WBF4	
[ASK IF ADL_HPDR_WBF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de vous habiller et vous déshabiller vous-même?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_4	ADL_ABLFD_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_5	ADL_HPFD_WBF4	
[ASK IF ADL_ABLFD_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_6	ADL_UNFD_WBF4	
[ASK IF ADL_HPFD_WBF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de vous nourrir vous-même?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_7	ADL_ABLAP_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_8	ADL_HPAP_WBF4	
[ASK IF ADL_ABLAP_WBF4 = NO]		
Pouvez-vous vous occuper de votre apparence avec un peu d'aide?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_9	ADL_UNAP_WBF4	
[ASK IF ADL_HPAP_WBF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de vous occuper de votre apparence?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_10	ADL_ABLWK_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous marcher sans aide?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS MARCHEZ AVEC UNE CANNE, SÉLECTIONNER « OUI ».		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_11	ADL_HPWK_WBF4	
[ASK IF ADL_ABLWK_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_12	ADL_UNWK_WBF4	
[ASK IF ADL_HPWK_WBF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de marcher?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_13	ADL_ABLBD_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_14	ADL_HPBD_WBF4	
[ASK IF ADL_ABLBD_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_15	ADL_UNBD_WBF4	
[ASK IF ADL_HPBD_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_16	ADL_ABLBT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous prendre un bain ou une douche sans aide?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_17	ADL_HPBT_WBF4	
[ASK IF ADL_ABLBT_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_18	ADL_UNBT_WBF4	
[ASK IF ADL_HPBT_WBF4 = NO]		
Êtes-vous complètement incapable de prendre un bain et une douche vous-même?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_19	ADL_BATH_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_20	ADL_INCNT_WBF4	
[ASK IF ADL_BATH_WBF4 = YES]		
À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ou de selles (le jour ou la nuit)? Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

ADL_END

Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAL)

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

Aperçu	<p>L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) vise à évaluer l'aptitude du/de la participant·e à exercer seul diverses activités quotidiennes.</p> <p>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.</p> <p>Les renseignements sur les activités instrumentales de la vie quotidienne donnent un aperçu des problèmes auxquels peuvent faire face les personnes âgées au Canada dans leur vie quotidienne. Cette mesure est associée au besoin d'aidant·es naturel·les et de soins à domicile.</p> <p>Ce module va de pair avec le module ADL.</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Maintenant, voici 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 de poser les mêmes questions à tout le monde.

IAL_1	IAL_ABLTEL_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_2	IAL_HPTTEL_WBF4	
[ASK IF IAL_ABLTEL_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_3	IAL_UNTEL_WBF4	
[ASK IF IAL_HPTTEL_WBF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable d'utiliser le téléphone?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_4	IAL_ABLTRV_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_5	IAL_HPTRV_WBF4	
[ASK IF IAL_ABLTRV_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_6	IAL_UNTRV_WBF4	
[ASK IF IAL_HPTRV_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_7	IAL_ABLGRO_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_8	IAL_HPGRO_WBF4	
[ASK IF IAL_ABLGRO_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_9	IAL_UNGRO_WBF4	
[ASK IF IAL_HPGRO_WBF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de faire du magasinage?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_10	IAL_ABLML_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_11	IAL_HPML_WBF4	
[ASK IF IAL_ABLML_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_12	IAL_UNML_WBF4	
[ASK IF IAL_HPML_WBF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de préparer les repas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_13	IAL_ABLWRK_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_14	IAL_HPWRK_WBF4	
[ASK IF IAL_ABLWRK_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_15	IAL_UNWRK_WBF4	
[ASK IF IAL_HPWRK_WBF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de faire l'entretien ménager de votre maison?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_16	IAL_ABLMED_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous prendre vos médicaments sans aide (vous pouvez respecter la posologie exacte, au bon moment)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS OUBLIEZ À L'OCCASION, SÉLECTIONNER « OUI ».		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_17	IAL_HPMED_WBF4	
[ASK IF IAL_ABLMED_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_18	IAL_UNMED_WBF4	
[ASK IF IAL_HPMED_WBF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de prendre vos médicaments?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_19	IAL_ABLMO_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous occuper de vos finances sans aide (vous pouvez faire les chèques, payer les factures, etc.)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS OUBLIEZ À L'OCCASION, SÉLECTIONNER « OUI ».		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_20	IAL_HPMO_WBF4	
[ASK IF IAL_ABLMO_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_21	IAL_UNMO_WBF4	
[ASK IF IAL_HPMO_WBF4 = NO]		
Êtes-vous totalement incapable de vous occuper de vos finances?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

IAL_END

Dépression (DEP)

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

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Pour les prochaines questions, veuillez penser à comment vous vous êtes senti·e au cours des sept derniers jours. Veuillez choisir la réponse qui convient le mieux.

DEP_1	DEP_BOTR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous été contrarié·e par des choses qui d'habitude ne vous dérangent pas?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_2	DEP_MIND_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_3	DEP_FLDP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti·e déprimé·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_4	DEP_FFRT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous eu l'impression que toute action vous demandait un effort?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_5	DEP_HPFL_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous été confiant·e en l'avenir?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

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

DEP_6	DEP_FRFL_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti·e craintif·ve ou larmoyant·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_7	DEP_RSTLS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence votre sommeil n'a-t-il pas été bon?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_8	DEP_HAPP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous été heureux·se?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_9	DEP_LONLY_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti·e seul·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_10	DEP_GTGO_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous senti·e que vous manquiez d'entrain?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

DEP_END

Évaluation de l'aire de mobilité (LSI) (Cohorte globale seulement)

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	<p>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.</p> <p>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.</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

Les questions suivantes concernent seulement vos activités du dernier mois.

LSI_1 – LSI_5					
[ALWAYS ASK]					
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION					
		Oui	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
LSI_ROOM_WBF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e dans des pièces de votre domicile, autres que celle où vous dormez?				
LSI_OUT_WBF4	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_WBF4	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_WBF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e dans votre ville, au-delà de votre voisinage?				
LSI_FAR_WBF4	Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé·e à l'extérieur de votre ville?				

LSI_6	LSI_RMFAQ_WBF4	
[ASK IF LSI_ROOM_WBF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e dans des pièces de votre domicile, autres que celle où vous dormez?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_7	LSI_OUTFAQ_WBF4	
[ASK IF LSI_OUT_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_8	LSI_NGHBFAQ_WBF4	
[ASK IF LSI_NGHB_WBF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e dans votre voisinage, au-delà de votre cour ou de votre immeuble d'habitation?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_9	LSI_TWNFQ_WBF4	
[ASK IF LSI_TOWN_WBF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e dans votre ville, au-delà de votre voisinage?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_10	LSI_FARFQ_WBF4	
[ASK IF LSI_FAR_WBF4 = YES]		
Combien de fois êtes-vous allé·e à l'extérieur de votre ville?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_11	LSI_RMAID_WBF4	
[ASK IF LSI_ROOM_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_12	LSI_OUTAID_WBF4	
[ASK IF LSI_OUT_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_13	LSI_NGHBAID_WBF4	
[ASK IF LSI_NGHB_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_14	LSI_TWNAID_WBF4	
[ASK IF LSI_TOWN_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LSI_15	LSI_FARAID_WBF4	
[ASK IF LSI_FAR_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PERSONAL_ASSISTANCE	1	Oui, aide d'une personne
EQUIPMENT_ONLY	2	Oui, aide technique
NO	3	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

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.
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Voici plusieurs questions générales sur votre santé mentale au fil du questionnaire. 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, voici une série d'énoncés que les gens peuvent utiliser pour décrire leur satisfaction à l'égard de leur vie. Veuillez indiquer si vous êtes en désaccord ou en accord avec chaque énoncé.

SLS_1	SLS_LIFE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_2	SLS_LIFENEG_WBF4	
[ASK IF SLS_LIFE_WBF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_3	SLS_LIFEPOS_WBF4	
[ASK IF SLS_LIFE_WBF4 = AGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_4	SLS_COND_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Mes conditions de vie sont excellentes.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_5	SLS_CONDNEG_WBF4	
[ASK IF SLS_COND_WBF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_6	SLS_CONDPOS_WBF4	
[ASK IF SLS_COND_WBF4 = AGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_7	SLS_SATS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Je suis satisfait·e de ma vie.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_8	SLS_SATSNEG_WBF4	
[ASK IF SLS_SATS_WBF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_9	SLS_SATSP0S_WBF4	
[ASK IF SLS_SATS_WBF4 = AGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_10	SLS_IMP_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_11	SLS_IMPNEG_WBF4	
[ASK IF SLS_IMP_WBF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_12	SLS_IMPPOS_WBF4	
[ASK IF SLS_IMP_WBF4 = AGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_13	SLS_OVER_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_14	SLS_OVERNEG_WBF4	
[ASK IF SLS_OVER_WBF4 = DISAGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_DISAGREE	1	Légèrement en désaccord
DISAGREE	2	En désaccord
STRONGLY_DISAGREE	3	Fortement en désaccord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_15	SLS_OVERPOS_WBF4	
[ASK IF SLS_OVER_WBF4 = AGREE]		
Diriez-vous...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SLIGHTLY_AGREE	1	Légèrement en accord
AGREE	2	En accord
STRONGLY_AGREE	3	Fortement en accord
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLS_END

Santé mentale positive (PMH)

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

Aperçu	<p>Les questions de ce module proviennent du formulaire abrégé Mental Health Continuum. Ces questions mesurent le bien-être émotionnel, psychologique et social des participant·es.</p> <p>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.</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

PMH_1 – PMH_14																									
[ALWAYS ASK]																									
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous eu l'impression...																									
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ																									
	<table border="1"> <tr> <td>Jamais</td> <td>Une fois ou deux</td> <td>Environ une fois par semaine</td> <td>Environ deux ou trois fois par semaine</td> <td>Presque tous les jours</td> <td>Tous les jours</td> <td>NSP / PR</td> <td>PNPR</td> </tr> <tr> <td>NEVER</td> <td>ONCE</td> <td>WEEK</td> <td>2TIMES WK</td> <td>ALMOST ALL</td> <td>DAILY</td> <td>DK_NA</td> <td>REFUSED</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </table>	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	PNPR	NEVER	ONCE	WEEK	2TIMES WK	ALMOST ALL	DAILY	DK_NA	REFUSED	1	2	3	4	5	6	8	9
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	PNPR																		
NEVER	ONCE	WEEK	2TIMES WK	ALMOST ALL	DAILY	DK_NA	REFUSED																		
1	2	3	4	5	6	8	9																		
PMH_HAPPY_WBF4	... d'être heureux / heureuse?																								
PMH_INTERST_WBF4	...d'être intéressé·e par la vie?																								
PMH_SATISFIED_WBF4	...d'être satisfait·e à l'égard de la vie?																								
PMH_IMPORTANT_WBF4	...que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société?																								
PMH_COMMUNIT_WBF4	...d'appartenir à une collectivité comme un groupe social, ou votre quartier?																								

		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	PNPR
		NEVER	ONCE	WEEK	2TIMES WK	ALMOST ALL	DAILY	DK_NA	REFUSED
		1	2	3	4	5	6	8	9
PMH_GOODPL_WBF4	...que notre société est un bon endroit, ou devient un bon endroit, pour tous/toutes?								
PMH_PPLGOD_WBF4	...que les gens sont fondamentalement bons?								
PMH_SOCIETYWRK_WBF4	...que le fonctionnement de la société a du sens pour vous?								
PMH_LIKEYOU_WBF4	...que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité?								
PMH_MANAGE_WBF4	...que vous étiez bon·ne pour gérer les responsabilités de votre quotidien?								
PMH_RELATIONSHIP_WBF4	...que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes?								
PMH_BETTER_WBF4	...que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne?								
PMH_CONFIDENT_WBF4	...d'être capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions?								
PMH_DIRECTION_WBF4	...que votre vie a un but ou une signification?								

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. Pour chacune des questions, dites-moi combien de fois vous avez éprouvé ces sentiments.

LON_1	LONE_OFTN_WBF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir un manque de compagnie?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
HARDLY_EVER	1 À peu près jamais
SOME_TIME	2 Parfois
OFTEN	3 Souvent
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

LON_2	LONE_LEFT_WBF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir l'impression d'être tenu·e à l'écart?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
HARDLY_EVER	1 À peu près jamais
SOME_TIME	2 Parfois
OFTEN	3 Souvent
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

LON_3	LONE_ISOL_WBF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'éprouver le sentiment d'être isolé·e des autres?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
HARDLY_EVER	1 À peu près jamais
SOME_TIME	2 Parfois
OFTEN	3 Souvent
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

LON_END

Réseaux sociaux (SN)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Maintenant, voici quelques questions sur les personnes qui vivent dans votre logement et sur leur lien avec vous. Voici également des questions sur vos enfants et s'ils/si elles habitent actuellement avec vous.

SN_1	SN_LIVH_NB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Combien de personnes, autres que vous, vivent dans votre domicile?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT-ES : ENTREZ VOS PROPRES INFORMATIONS À LA PERSONNE N° 1. ENREGISTRER L'INFORMATION POUR TOUS LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE.		
_____ (MASK: MIN=0, MAX=9)		
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre
a)	Quel lien la personne n° 2 a-t-elle avec vous (c'est-à-dire époux·se, parent, enfant, grand-parent, petit-enfant, etc.)?	
b)	Quel est le sexe de la personne n° 2?	
c)	Quel âge a la personne n° 2? (MASK: MIN=0, MAX=115)	

Membre du ménage (HM)		Lien		Sexe		Âge
HM#1	SN_LIVH_M1_R_WBF4	Participant-e	SN_LIVH_M1_S_WBF4		SN_LIVH_M1_A_WBF4	
HM#2	SN_LIVH_M2_R_WBF4		SN_LIVH_M2_S_WBF4		SN_LIVH_M2_A_WBF4	
HM#3	SN_LIVH_M3_R_WBF4		SN_LIVH_M3_S_WBF4		SN_LIVH_M3_A_WBF4	
HM#4	SN_LIVH_M4_R_WBF4		SN_LIVH_M4_S_WBF4		SN_LIVH_M4_A_WBF4	
HM#5	SN_LIVH_M5_R_WBF4		SN_LIVH_M5_S_WBF4		SN_LIVH_M5_A_WBF4	
HM#6	SN_LIVH_M6_R_WBF4		SN_LIVH_M6_S_WBF4		SN_LIVH_M6_A_WBF4	
HM#7	SN_LIVH_M7_R_WBF4		SN_LIVH_M7_S_WBF4		SN_LIVH_M7_A_WBF4	
HM#8	SN_LIVH_M8_R_WBF4		SN_LIVH_M8_S_WBF4		SN_LIVH_M8_A_WBF4	
HM#9	SN_LIVH_M9_R_WBF4		SN_LIVH_M9_S_WBF4		SN_LIVH_M9_A_WBF4	
HM#10	SN_LIVH_M10_R_WBF4		SN_LIVH_M10_S_WBF4		SN_LIVH_M10_A_WBF4	

SN_2	SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4
[ALWAYS ASK]	
S'il y a lieu, combien avez-vous de filles encore en vie (c'est-à-dire des filles biologiques, adoptées ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint·e)? _____ (MASK: MIN=0, MAX=30)	
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

SN_3	SN_SONLIV2_NB_WBF4
[ALWAYS ASK]	
S'il y a lieu, combien avez-vous de fils encore en vie (c'est-à-dire des fils biologiques, adoptés ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint·e)? _____ (MASK: MIN=0, MAX=30)	
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

SN_4	SN_CHILDBIO_NB_WBF4
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED)]	
Combien de vos enfants encore en vie sont vos enfants biologiques? _____ (MASK: MIN=0, MAX=30)	
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

SN_5	SN_CHILDADP_NB_WBF4
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED)]	
Combien de vos enfants encore en vie sont adopté·es? _____ (MASK: MIN=0, MAX=30)	
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

SN_6	SN_CHILDSTP3_NB_WBF4
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED)]	
Combien de vos enfants encore en vie proviennent d'une union précédente de votre conjoint·e? _____ (MASK: MIN=0, MAX=30)	
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

SN_7	SN_SEECHILD_WBF4	
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_WBF4 ≠ REFUSED)]		
Quand vous êtes-vous réuni-es pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos enfants vivant à l'extérieur de votre domicile?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_CHILD_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, tous les enfants vivent dans le domicile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SN_8	SN_SIBLIV_NB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
S'il y a lieu, combien avez-vous de frères et sœurs encore en vie?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	(MASK: MIN=0, MAX=50)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

SN_9	SN_SEESIB_WBF4	
[ASK IF SN_SIBLIV_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_SIBLIV_NB_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos frères et sœurs vivant à l'extérieur de votre domicile?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_SIB_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, tous les frères et sœurs vivent dans le domicile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SN_10	SN_RELLIV_NB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Environ combien d'autres membres toujours vivants votre famille compte-t-elle (parents, grands-parents, petits-enfants, nièces, neveux, cousins, tantes, oncles)?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : CETTE QUESTION INCLUT LA BELLE-FAMILLE DU/DE LA PARTICIPANT·E, C.-À-D. LE BEAU-PÈRE, LA BELLE-MÈRE, LA BELLE-SŒUR, LE BEAU-FRÈRE (N'INCLUT PAS LES PARENTS DU BEAU-PÈRE OU DE LA BELLE-MÈRE, N'INCLUT PAS L'ÉPOUX·SE OU LES ENFANTS DU BEAU-FRÈRE OU DE LA BELLE-SŒUR).		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____ (MASK: MIN=0, MAX=100)	
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

SN_11	SN_SEEREL_WBF4	
[ASK IF SN_RELLIV_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_RELLIV_NB_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs des autres membres de votre famille vivant à l'extérieur de votre domicile?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_REL_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, tous les membres de la famille vivent dans le domicile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SN_12	SN_FRND_NB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À l'exception des membres de votre famille, combien de personnes comptez-vous parmi vos ami·es proches, c'est-à-dire des personnes à qui vous pouvez vous confier et avec qui vous pouvez parler de sujets personnels?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____ (MASK: MIN=0, MAX=90)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

SN_13	SN_SEEFRND_WBF4	
[ASK IF SN_FRND_NB_WBF4 ≠ 0 AND SN_FRND_NB_WBF4 ≠ REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos ami·es proches vivant à l'extérieur de votre domicile?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_FRND_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, aucun·e ami·e ne vit à l'extérieur du domicile
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SN_14	SN_SEENEIBR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos voisin·es?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SN_END

Soutien social – Disponibilité (SSA)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

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

Nous nous tournons parfois vers les autres pour avoir de la compagnie, de l'aide ou une autre forme de soutien. Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin?

CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ

SSA_1	SSA_CONFBED_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_2	SSA_NDTLK_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_3	SSA_CRISIS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous conseille en situation de crise?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_4	SSA_TYTDR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous accompagner chez le/la médecin si vous en aviez besoin?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_5	SSA_SHLOV_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_6	SSA_GOODT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui partager du bon temps?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_7	SSA_INFO_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_8	SSA_CONFID_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_9	SSA_HUGS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous serrer dans ses bras?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_10	SSA_RELAX_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui vous détendre?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_11	SSA_MEALS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_12	SSA_ADVCE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_13	SSA_MINDOFF_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui faire des activités pour vous distraire?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_14	SSA_CHORES_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_15	SSA_SHFEAR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_16	SSA_SUGG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_17	SSA_ENJOY_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui faire des choses agréables?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_18	SSA_PROBLM_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui comprend vos problèmes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_19	SSA_LOVU_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_20	SSA_PET_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous un animal de compagnie?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SSA_END

Participation sociale (SPA)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Les questions qui suivent portent sur vos activités sociales.

SPA_1	SPA_SOAC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Lesquels de ces énoncés s'appliquent à vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT-ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SPA_SOAC_RNP_WBF4	01	Je lis un journal / quotidien (papier ou en ligne)
SPA_SOAC_HY_WBF4	02	J'ai un hobby ou un passe-temps
SPA_SOAC_HIC_WBF4	03	J'ai pris des vacances au Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_HOC_WBF4	04	J'ai pris des vacances à l'extérieur du Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_DT_WBF4	05	J'ai fait une excursion d'une journée ou une sortie dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_INT_WBF4	06	J'utilise Internet ou un courriel
SPA_SOAC_VOT_WBF4	07	J'ai voté lors des dernières élections fédérales, provinciales ou municipales
SPA_SOAC_NONE_WBF4	96	Aucun de ces énoncés ne s'applique à moi
SPA_SOAC_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
SPA_SOAC_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

Activités communautaires

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

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous participé à : **CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR ACTIVITÉ**

SPA_2	SPA_OUTS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités familiales ou avec des ami·es à l'extérieur du ménage?		
PAR EXEMPLE : DES ACTIVITÉS INFORMELLES ET FORMELLES COMME DES PETITES RENCONTRES SOCIALES, REPAS À L'EXTÉRIEUR DU MÉNAGE, MARIAGES OU RÉUNIONS.		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU DOMICILE, PLUTÔT QU'EN LIGNE.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_3	SPA_CHRCH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités à l'église ou religieuses comme des services, des comités ou des chœurs?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_4	SPA_SPORT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Des sports ou des activités physiques que vous pratiquez avec d'autres personnes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_5	SPA_EDUC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités éducatives et culturelles auxquelles participent d'autres personnes, comme assister à des cours, à des concerts, à des pièces de théâtre ou aller au musée?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_6	SPA_CLUB_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités organisées par un club social ou une société d'aide mutuelle?		
PAR EXEMPLE : CLUB LION, CHEVALIERS DE COLOMB, CLUB KIWANIS, LA LÉGION, LES FILLES D'ISABELLE, CLUB D'ÂGE D'OR, ETC.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_7	SPA_NEIBR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités d'une association communautaire, de quartier ou d'une association professionnelle?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_8	SPA_VOLUN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités bénévoles ou de bienfaisance?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_9	SPA_OTACT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Toute autre activité récréative à laquelle d'autres personnes participent comme les passe-temps, le jardinage, le poker, le bridge, les jeux de cartes et d'autres jeux?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU DOMICILE, PLUTÔT QU'EN LIGNE.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_10	SPA_MORAC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_11	SPA_PREVAC_WBF4	
[ASK IF SPA_MORAC_WBF4 = YES]		
Qu'est-ce qui vous a empêché·e de participer à plus d'activités sociales, récréatives ou de groupe?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SPA_PREVAC_CO_WBF4	01	Coût
SPA_PREVAC_TP_WBF4	02	Problèmes de transport
SPA_PREVAC_ANA_WBF4	03	Activités non disponibles dans la région
SPA_PREVAC_LNA_WBF4	04	Endroit physiquement inaccessible
SPA_PREVAC_TF_WBF4	05	Endroit trop éloigné
SPA_PREVAC_HC_WBF4	06	Problème de santé
SPA_PREVAC_TI_WBF4	07	Horaire des activités ne convient pas
SPA_PREVAC_GA_WBF4	08	Ne veut pas y aller seul·e
SPA_PREVAC_PR_WBF4	09	Responsabilités personnelles ou familiales
SPA_PREVAC_LRR_WBF4	10	Raisons liées à la langue
SPA_PREVAC_TB_WBF4	11	Trop occupé·e
SPA_PREVAC_AF_WBF4	12	Crainte ou préoccupation concernant la sécurité
SPA_PREVAC_GR_WBF4	13	Deuil
SPA_PREVAC_WH_WBF4	14	Conditions météorologiques
SPA_PREVAC_MO_WBF4	15	Manque de motivation, d'organisation ou d'information
SPA_PREVAC_RL_WBF4	16	Déménagement ou voyage
SPA_PREVAC_ANS_WBF4	17	Activités inintéressantes / non convenables
SPA_PREVAC_SC_WBF4	18	Barrières sociales (rejet, gêne, intimidation, etc.)
SPA_PREVAC_PH_WBF4	19	Mesures de santé publique / COVID
SPA_PREVAC_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
SPA_PREVAC_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
SPA_PREVAC_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

Cohésion sociale

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

SPA_12	SPA_COHES_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_STRONG	1	Très fort
SOMEWHAT_STRONG	2	Plutôt fort
SOMEWHAT_WEAK	3	Plutôt faible
VERY_WEAK	4	Très faible
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SPA_END

Trouble d'anxiété généralisée (GAD)

A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092-7

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB

Voici plusieurs questions générales sur votre santé mentale au fil du questionnaire. 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.

GAD_1																																															
[ALWAYS ASK]																																															
Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé·e par les problèmes suivants?																																															
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jamais</th> <th>Plusieurs jours</th> <th>Plus de la moitié des jours</th> <th>Presque tous les jours</th> <th>NSP / RF</th> <th>PNPR</th> </tr> <tr> <th>NOT_AT_ALL</th> <th>SEVERAL_DAYS</th> <th>MORE_THAN_HALF_THE_DAYS</th> <th>NEARLY EVERY_DAY</th> <th>DK_NA</th> <th>RF</th> </tr> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>8</th> <th>9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GAD_NERV_WBF4</td> <td>Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GAD_STPWOR_WBF4</td> <td>Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GAD_WORRTO_WBF4</td> <td>Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GAD_RELAX_WBF4</td> <td>Difficulté à se détendre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours	NSP / RF	PNPR	NOT_AT_ALL	SEVERAL_DAYS	MORE_THAN_HALF_THE_DAYS	NEARLY EVERY_DAY	DK_NA	RF	0	1	2	3	8	9	GAD_NERV_WBF4	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension						GAD_STPWOR_WBF4	Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes						GAD_WORRTO_WBF4	Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien						GAD_RELAX_WBF4	Difficulté à se détendre					
Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours	NSP / RF	PNPR																																										
NOT_AT_ALL	SEVERAL_DAYS	MORE_THAN_HALF_THE_DAYS	NEARLY EVERY_DAY	DK_NA	RF																																										
0	1	2	3	8	9																																										
GAD_NERV_WBF4	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension																																														
GAD_STPWOR_WBF4	Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes																																														
GAD_WORRTO_WBF4	Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien																																														
GAD_RELAX_WBF4	Difficulté à se détendre																																														

		Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours	NSP / RF	PNPR
		NOT_AT_ALL	SEVERAL_DAYS	MORE_THAN_HALF_THE_DAYS	NEARLY EVERY_DAY	DK_NA	RF
		0	1	2	3	8	9
GAD_RESTLS_WBF4	Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille						
GAD_ANNOY_WBF4	Devenir facilement contrarié·e ou irritable						
GAD_AFRAID_WBF4	Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver						

GAD_TOTAL_WBF4 = GAD_NERV_WBF4 + GAD_STPWOR_WBF4 + GAD_WORRTO_WBF4 + GAD_RELAX_WBF4 + GAD_RESTLS_WBF4 + GAD_ANNOY_WBF4 + GAD_AFRAID_WBF4

GAD_2	GAD_TOTAL2_WBF4	
[ASK IF GAD_TOTAL_WBF4 ≥ 1]		
Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NOT_DIFFICULT	1	Pas du tout difficile(s)
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile(s)
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile(s)
EXTREMELY_DIFFICULT	4	Extrêmement difficile(s)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

GAD_END

Trouble de stress post-traumatique (PSD) (Cohorte globale seulement)

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	<p>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.</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

Avez-vous déjà vécu un évènement si effrayant, horrible ou dérangeant, qu'au cours du dernier mois vous...

PSD_1	PSD_NGHTM_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PSD_2	PSD_AVOID_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PSD_3	PSD_GUARD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Étiez constamment sur vos gardes, vigilant·e ou facilement surpris·e?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PSD_4	PSD_DETACH_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

PSD_END

Soins reçus 1 / Soins à domicile (CR1)

Aperçu	<p>Ce module est le premier de deux portant sur les soins reçus à la maison au cours des 12 derniers mois. Ce premier module demande au/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.</p> <p>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.</p> <p>Les soins à domicile officiels constituent un aspect important de la réforme des soins de santé. Le système de santé et la personne qui reçoit les soins peuvent tous deux y gagner si certains types de soins sont donnés à domicile plutôt que dans un hôpital ou dans un établissement spécialisé.</p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

CR1_1	CR1_PRO_WBF4
[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?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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.	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
CR1_PRO_PR_WBF4	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_WBF4	02 Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
CR1_PRO_MG_WBF4	03 L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
CR1_PRO_MH_WBF4	04 La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
CR1_PRO_WK_WBF4	05 L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
CR1_PRO_TR_WBF4	06 Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
CR1_PRO_PT_WBF4	07 Physiothérapie
CR1_PRO_TA_WBF4	08 Entraînement et adaptation
CR1_PRO_MB_WBF4	09 Mobilité
CR1_PRO_FM_WBF4	10 Gestion financière
CR1_PRO_NONE_WBF4	96 Aucune
CR1_PRO_OTSP_WBF4	97 Autre : _____
CR1_PRO_DK_NA_WBF4	98 Ne sais pas / pas de réponse
CR1_PRO_REFUSED_WBF4	99 Préfère ne pas répondre

CR1_1a	CR1_IMPT_WBF4	
[ASK IF CR1_PRO_WBF4 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION]		
Lequel des services professionnels que vous avez mentionnés est le plus important pour vous?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNEZR L'ACTIVITÉ QUE VOUS CONSIDÉREZ COMME LA PLUS IMPORTANTE.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PROGRAMMING NOTE: ONLY BRING FORWARD RESPONSE OPTIONS SELECTED IN CR1_PRO_WBF4		
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_WBF4	
[ASK IF CR1_PRO_WBF4 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION]		
Pour quel type d'activité avez-vous reçu le plus d'aide?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QUE VOUS CONSIDÉREZ COMME LA PLUS IMPORTANTE.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PROGRAMMING NOTE: ONLY BRING FORWARD RESPONSE OPTIONS SELECTED IN CR1_PRO_WBF4		
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_WBF4	
[ASK IF CR1_PRO_WBF4 ≠ NONE AND CR1_PRO_WBF4 ≠ DK_NA AND CR1_PRO_WBF4 ≠ 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CR1_3a	CR1_PAY_COST1_WBF4	
[ASK IF CR1_PAY_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU COÛT.		
	_____	\$
DK_NA	99998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99999	Préfère ne pas répondre

CR1_4	CR1_FRQ_NB_WBF4	
[ASK IF CR1_PRO_WBF4 ≠ NONE AND CR1_PRO_WBF4 ≠ DK_NA AND CR1_PRO_WBF4 ≠ 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES.		
	_____	(MASK: MIN=1, MAX=52)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CR1_5	CR1_HOUR_NB_WBF4	
[ASK IF CR1_PRO_WBF4 ≠ NONE AND CR1_PRO_WBF4 ≠ DK_NA AND CR1_PRO_WBF4 ≠ REFUSED]		
Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette personne ou cet organisme vous offrait-il cette aide?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT D'HEURES.		
	_____	(MASK: MIN=1, MAX=168)
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

CR1_END

Soins reçus 2 / Autres types de soins (CR2)

Aperçu	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Le module porte sur divers sujets liés aux soins non officiels reçus à domicile, dont l'identité de la personne qui apporte l'aide, ainsi que la durée et l'intensité des soins reçus.</p>
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

CR2_1	CR2_FAM_WBF4
[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?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : INCLURE L'AIDE REÇUE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF.	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
CR2_FAM_PR_WBF4	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_WBF4	02 Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
CR2_FAM_MG_WBF4	03 L'organisation et la planification de vos soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
CR2_FAM_MH_WBF4	04 La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
CR2_FAM_WK_WBF4	05 L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
CR2_FAM_TR_WBF4	06 Le transport pour faire vos courses ou pour vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
CR2_FAM_PT_WBF4	07 Physiothérapie
CR2_FAM_TA_WBF4	08 Entraînement et adaptation
CR2_FAM_CS_WBF4	09 Soutien social / émotionnel
CR2_FAM_MB_WBF4	10 Mobilité
CR2_FAM_MO_WBF4	11 Aide pécuniaire
CR2_FAM_FM_WBF4	12 Gestion financière
CR2_FAM_NONE_WBF4	96 Aucune
CR2_FAM_OTSP_WBF4	97 Autre : _____
CR2_FAM_DK_NA_WBF4	98 Ne sais pas / pas de réponse
CR2_FAM_REFUSED_WBF4	99 Préfère ne pas répondre

CR2_2	CR2_NMBR_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=50)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CR2_3	CR2_WKALL_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
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		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES.		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=52)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CR2_4	CR2_HOUR_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette ou ces personne(s) vous offrirai(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.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=168)	
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

CR2_5	CR2_MOST_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 = MORE THAN ONE RESPONSE OPTION]		
Pour quel type d'activité avez-vous reçu le plus d'aide?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER L'ACTIVITÉ QUE VOUS CONSIDÉREZ COMME LA PLUS IMPORTANTE.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PROGRAMMING NOTE: ONLY BRING FORWARD RESPONSE OPTIONS SELECTED IN CR2_FAM_WBF4		
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_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Nous aimerions en savoir un peu plus sur la personne qui a consacré le plus de temps et de ressources à vous aider avec cette activité [INSÉRER LA RÉPONSE DE CR2_MOST_WBF4; SI CR2_MOST_WBF4 A ÉTÉ SAUTÉE, INSÉRER LA RÉPONSE DE CR2_FAM_WBF4] .		
Est-ce que la personne qui vous a aidé·e le plus...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LIVING_IN_HOUSEHOLD	1	Habite dans votre ménage
LIVING_OUTSIDE_HOUSEHOLD	2	Habite à l'extérieur de votre ménage
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CR2_6a	CR2_PERS_FAR_WBF4	
[ASK IF CR2_PERS_WBF4 = LIVING_OUTSIDE_HOUSEHOLD]		
À combien d'heures ou de minutes de voiture cette personne habite-t-elle de chez vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
HOURS	_____	heures (MASK: MIN=0, MAX=24)
MINUTES	_____	minutes (MASK: MIN=0, MAX=60)
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

CR2_7	CR2_GNDR_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Est-ce que la personne qui vous a aidé·e le plus est de sexe masculin ou de sexe féminin?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MALE	1	De sexe masculin
FEMALE	2	De sexe féminin
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CR2_8	CR2_AGE_NB_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Quel âge a cette personne? _____ (MASK: MIN=3, MAX=110)		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

CR2_9	CR2_RELN_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Quel est le lien entre vous et cette personne? Est-ce votre...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CR2_10	CR2_DUR_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Depuis combien de temps recevez-vous de l'aide de cette personne?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CR2_11	CR2_WKMST_NB_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines avez-vous reçu de l'aide de la part de cette personne?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES.		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=52)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CR2_12	CR2_HRWK_NB_WBF4	
[ASK IF CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_NONE_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_DK_NA_WBF4 AND CR2_FAM_WBF4 ≠ CR2_FAM_REFUSED_WBF4]		
Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette personne vous offrait-elle de l'aide?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT D'HEURES.		
	_____ (MASK: MIN=1, MAX=168)	
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

CR2_13	CR2_DEVC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un des appareils fonctionnels ou technologies d'assistance suivants?		
<p>REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : Une définition couramment utilisée par les spécialistes des technologies d'assistance provient de la loi de 2004 sur les technologies d'assistance des États-Unis (Public Law 108-364) (Congrès du gouvernement des États-Unis, 2004). La Loi définit un appareil fonctionnel technologique comme tout « article, pièce d'équipement ou système, qu'il soit acheté dans un commerce, modifié ou personnalisé, utilisé pour augmenter, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes handicapées. »</p> <p>Les appareils fonctionnels et technologies d'assistance ont pour objectif principal de maintenir ou d'améliorer le fonctionnement et l'indépendance d'un individu afin de faciliter sa participation et d'améliorer son bien-être général. Ils peuvent également aider à prévenir les déficiences et les problèmes de santé secondaires. Voici quelques exemples d'appareils fonctionnels et de technologies d'assistance : les fauteuils roulants, les prothèses, les appareils auditifs, les aides visuelles et les logiciels et matériels informatiques spécialisés qui augmentent la mobilité, l'audition, la vision ou la communication.</p>		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
CR2_DEVC_CN_WBF4	01	Béquilles, canne ou bâton de marche
CR2_DEVC_WC_WBF4	02	Chaise roulante
CR2_DEVC_SC_WBF4	03	Triporteur / quadriporteur
CR2_DEVC_WK_WBF4	04	Marchette
CR2_DEVC_LG_WBF4	05	Attelle ou appareil de support pour le cou, le dos ou la jambe
CR2_DEVC_HD_WBF4	06	Attelle pour la main ou le bras
CR2_DEVC_BR_WBF4	07	Barres d'appui
CR2_DEVC_BT_WBF4	08	Matériel pour la salle de bain
CR2_DEVC_LT_WBF4	09	Aide au soulèvement du bain ou du lit ou autres appareils de soulèvement
CR2_DEVC_GR_WBF4	10	Appareil de préhension ou rallonges pour récupérer des objets
CR2_DEVC_UT_WBF4	11	Ustensiles spéciaux pour manger
CR2_DEVC_AL_WBF4	12	Alarme personnelle
CR2_DEVC_MD_WBF4	13	Distributeur de médicaments
CR2_DEVC_RA_WBF4	14	Assistant robotisé
CR2_DEVC_RP_WBF4	15	Prothèse robotique
CR2_DEVC_MA_WBF4	16	Aide-mémoires tels que minuteriers, horloges
CR2_DEVC_GT_WBF4	17	Dispositif de localisation GPS
CR2_DEVC_FA_WBF4	18	Système d'alerte en cas de chute
CR2_DEVC_VA_WBF4	19	Assistant virtuel tel que Google Nest ou Alexa d'Amazon
CR2_DEVC_TW_WBF4	20	Fauteuil roulant muni de différentes technologies
CR2_DEVC_VR_WBF4	21	Reconnaissance vocale, logiciel de reconnaissance vocale et de synthèse vocale
CR2_DEVC_WT_WBF4	22	Technologies portables telles que les montres intelligentes pour la surveillance à distance ou la communication
CR2_DEVC_MS_WBF4	23	Logiciel d'agrandissement
CR2_DEVC_VO_WBF4	24	Lecteurs d'écran
CR2_DEVC_VC_WBF4	25	Aides visuelles à la communication telles qu'un iPad ou une tablette
CR2_DEVC_NONE_WBF4	96	Aucun
CR2_DEVC_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
CR2_DEVC_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
CR2_DEVC_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

CR2_END

Prestation de soins (CAG)

Aperçu	<p>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.</p> <p>Le module porte sur divers sujets liés à l'aide prodiguée aux autres, dont le type d'aide prodiguée, le nombre total de personnes aidées, des renseignements sur la personne à laquelle le plus d'aide a été apportée, les répercussions de l'aide prodiguée sur le travail et la santé, ainsi que les aspects positifs et négatifs du fait de prodiguer de l'aide.</p> <p>Les renseignements obtenus dans le présent module serviront à fournir de l'information sur la prestation de soins ainsi que sur les caractéristiques des situations impliquant des aidant·es naturel·les.</p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les questions suivantes portent sur les formes d'aide que vous avez pu apporter à des personnes qui ont ou avaient un problème de santé ou des limitations. Veuillez inclure seulement l'aide apportée à des membres de votre famille, des 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_WBF4
[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?	
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : INCLURE L'AIDE APPORTÉE EN RAISON DE PROBLÈMES OU DE LIMITATIONS D'ORDRE PHYSIQUE, MENTAL OU COGNITIF OU EN RAISON DU VIEILLISSEMENT.	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
CAG_HLT_PR_WBF4	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_WBF4	02 Des traitements médicaux tels que changer des pansements, la prise de médicaments, ou tout autre soin médical
CAG_HLT_MG_WBF4	03 L'organisation et la planification de ses soins comme prendre des rendez-vous ou effectuer l'embauche d'aide professionnelle
CAG_HLT_MH_WBF4	04 La préparation de repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture
CAG_HLT_WK_WBF4	05 L'entretien de la maison ou des travaux extérieurs
CAG_HLT_TR_WBF4	06 Le transport pour faire ses courses ou pour se rendre à ses rendez-vous médicaux ou à une activité sociale
CAG_HLT_CS_WBF4	07 Soutien social / émotionnel
CAG_HLT_MB_WBF4	08 Mobilité
CAG_HLT_MO_WBF4	09 Aide pécuniaire
CAG_HLT_FM_WBF4	10 Gestion financière
CAG_HLT_NONE_WBF4	96 Aucune
CAG_HLT_OTSP_WBF4	97 Autre : _____
CAG_HLT_DK_NA_WBF4	98 Ne sais pas / pas de réponse
CAG_HLT_REFUSED_WBF4	99 Préfère ne pas répondre

CAG_2	CAG_PPL_NB_WBF4	
[ASK IF CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_NONE_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_WBF4]		
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?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : INCLUT TOUTES LES FORMES D'AIDE, PAS SEULEMENT L'AIDE FINANCIÈRE.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	_____	(MASK: MIN=1, MAX=50)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CAG_3	CAG_MOST_WBF4	
[ASK IF CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_NONE_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_WBF4]		
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...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CAG_4	CAG_GNDR_WBF4	
[ASK IF CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_NONE_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_WBF4]		
La personne à qui vous apportez le plus d'aide est-elle de sexe masculin ou de sexe féminin?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
MALE	1	De sexe masculin
FEMALE	2	De sexe féminin
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

CAG_5	CAG_RELN_WBF4	
[ASK IF CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_NONE_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_WBF4]		
Quel est le lien entre vous et cette personne? Est-ce votre...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CAG_6	CAG_WEEK_NB_WBF4	
[ASK IF CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_NONE_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_WBF4]		
Au cours des 12 derniers mois, pendant environ combien de semaines avez-vous apporté de l'aide à cette personne?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE SEMAINES.		
	(MASK: MIN=1, MAX=52)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

CAG_7	CAG_HRWK_NB_WBF4	
[ASK IF CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_NONE_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_DK_NA_WBF4 AND CAG_HLT_WBF4 ≠ CAG_HLT_REFUSED_WBF4]		
En moyenne, pendant environ combien d'heures par semaine avez-vous apporté de l'aide à cette personne?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT D'HEURES.		
	<u> </u> (MASK: MIN=1, MAX=168)	
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

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, voici 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_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INJ_2a	INJ_NMBR_NB_WBF4	
[ASK IF INJ_OCC_WBF4 = YES]		
Combien de fois vous êtes-vous blessé·e au cours des 12 derniers mois?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE BLESSURES.		
(MASK: MIN=1, MAX=30)		
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

INJ_2b	INJ_CAUS_WBF4	
[ASK IF INJ_OCC_WBF4 = YES]		
Quelle était la cause de cette (ces) blessure(s)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INJ_CAUS_FL_WBF4	01	Chute
INJ_CAUS_VH_WBF4	02	Accident de véhicule motorisé (y compris comme piéton·ne)
INJ_CAUS_WK_WBF4	03	Accident de travail
INJ_CAUS_NONE_WBF4	96	Aucune de ces réponses
INJ_CAUS_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
INJ_CAUS_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

INJ_3	INJ_HOW_WBF4	
[ASK IF INJ_OCC_WBF4 = YES]		
En pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, qu'est-ce qui s'est passé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

INJ_4	INJ_WHR_WBF4	
[ASK IF INJ_OCC_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

INJ_5	INJ_ACT_WBF4	
[ASK IF INJ_OCC_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

INJ_6	INJ_TYPE_WBF4	
[ASK IF INJ_OCC_WBF4 = YES]		
En pensant à la blessure la plus grave que vous avez subie, quel genre de blessure était-ce?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 elongations 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

INJ_7	INJ_BRKN_WBF4	
[ASK IF INJ_TYPE_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INJ_8	INJ_SITE_WBF4	
[ASK IF INJ_TYPE_WBF4 = BROKEN_BONES OR INJ_BRKN_WBF4 = YES]		
Quelle partie de votre corps a été fracturée?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INJ_SITE_ML_WBF4	01	Parties multiples
INJ_SITE_EYE_WBF4	02	Orbite de l'œil
INJ_SITE_HD_WBF4	03	Tête (sauf les yeux)
INJ_SITE_NE_WBF4	04	Cou
INJ_SITE_SH_WBF4	05	Épaule, bras
INJ_SITE_EL_WBF4	06	Coude, avant-bras
INJ_SITE_WR_WBF4	07	Poignet, main
INJ_SITE_HIP_WBF4	08	Hanche
INJ_SITE_TH_WBF4	09	Cuisse
INJ_SITE_KN_WBF4	10	Genou, partie inférieure de la jambe
INJ_SITE_AN_WBF4	11	Cheville, pied
INJ_SITE_UP_WBF4	12	Partie supérieure du dos ou de la colonne vertébrale
INJ_SITE_LO_WBF4	13	Partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale
INJ_SITE_CH_WBF4	14	Cage thoracique (sauf le dos et la colonne vertébrale)
INJ_SITE_AB_WBF4	15	Abdomen ou pelvis (sauf le dos et la colonne vertébrale)
INJ_SITE_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
INJ_SITE_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
INJ_SITE_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

INJ_END

Chutes (FAL)

Aperçu	<p>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.</p> <p>Les chutes représentent la plus fréquente cause de blessures chez les personnes âgées au Canada. Elles sont parmi les principales causes d'hospitalisation des 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.</p>
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED ONLY IF (INJ_CAUS_WBF4 = INJ_CAUS_FL_WBF4) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_HEIGHT)

Vous avez indiqué avoir subi une blessure en raison d'une chute. Voici 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_WBF4	
[ASK IF (INJ_CAUS_WBF4 = INJ_CAUS_FL_WBF4) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_HEIGHT)]		
Combien de fois êtes-vous tombé·e au cours des 12 derniers mois?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE CHUTES.		
	(MASK: MIN=1, MAX=30)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

FAL_2	FAL_MOST_WBF4
[ASK IF (INJ_CAUS_WBF4 = INJ_CAUS_FL_WBF4) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_HEIGHT)]	
Quel a été votre plus grave blessure ou problème attribuable à une chute au cours des 12 derniers mois?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

FAL_3a	FAL_ATTN_WBF4
[ASK IF (INJ_CAUS_WBF4 = INJ_CAUS_FL_WBF4) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

FAL_3b	FAL_HOSP_WBF4
[ASK IF (INJ_CAUS_WBF4 = INJ_CAUS_FL_WBF4) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_HEIGHT)]	
Avez-vous été hospitalisé·e pour cette blessure?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

FAL_3c	FAL_FU_WBF4
[ASK IF (INJ_CAUS_WBF4 = INJ_CAUS_FL_WBF4) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

FAL_4	FAL_WHERE_WBF4
[ASK IF (INJ_CAUS_WBF4 = INJ_CAUS_FL_WBF4) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_SAME_LEVEL) OR (INJ_HOW_WBF4 = FALL_HEIGHT)]	
À quel endroit cette chute a-t-elle eu lieu?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

FAL_5	FAL_HOW_WBF4
[ASK IF FAL_WHERE_WBF4 = INSIDE_HOME OR OUTSIDE_HOME]	
Comment votre chute a-t-elle eu lieu?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99 Préfère ne pas répondre

FAL_6	FAL_HOW2_WBF4	
[ASK IF FAL_WHERE_WBF4 = OUTDOORS]		
Comment votre chute a-t-elle eu lieu?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

FAL_END

Retraite (RET)

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

Les prochaines questions portent sur votre expérience de la retraite.

RET_1	RET_RTRD_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_PAST = NOT_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
RET_RTRD_PAST = use the first non-NULL value in (RET_RTRD_TRF3/COF3, RET_RTRD_TRF2/COF2, RET_RTRD_TRF1/COF1, RET_RTRD_TRM/COM)		
En ce moment, vous considérez-vous complètement retraité·e, partiellement retraité·e ou non-retraité·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_2	RET_RTRN_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_PAST = COMPLETELY_RETIRED]		
RET_RTRD_PAST = use the first non-NULL value in (RET_RTRD_TRF3/COF3, RET_RTRD_TRF2/COF2, RET_RTRD_TRF1/COF1, RET_RTRD_TRM/COM)		
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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_3	RET_SPSE_WBF4	
[ASK IF SDC_MRTL2_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

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

RET_4	RET_AGE_NB_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris votre retraite, complète ou partielle?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E.		
SI VOUS AVEZ PRIS VOTRE RETRAITE AVANT 40 ANS, INSCRIRE 40.		
	_____ (MASK: MIN=40, MAX=CURRENT AGE)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

RET_4a	RET_SPSEAG_NB_WBF4	
[ASK IF TRACKING <u>AND</u> RET_SPSE_WBF4 = YES]		
À quel âge votre conjoint·e / partenaire a-t-il(elle) pris sa retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E.		
SI VOTRE CONJOINT·E/PARTENAIRE A PRIS SA RETRAITE AVANT 40 ANS, INSCRIRE 40.		
	_____ (MASK: MIN=40, MAX=97)	
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

RET_5	RET_WHY_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RET_WHY_CM_WBF4	01	Vous aviez accumulé le nombre d'années de service requis pour être admissible à la retraite
RET_WHY_RE_WBF4	02	La retraite était possible sur le plan financier
RET_WHY_HL_WBF4	03	Raisons liées à la santé, au stress ou à une incapacité
RET_WHY_IN_WBF4	04	Mesures spéciales d'encouragement à la retraite offertes par l'employeur·se
RET_WHY_OR_WBF4	05	Restructuration organisationnelle ou poste supprimé
RET_WHY_PR_WBF4	06	Devait prendre soin d'un membre de la famille ou d'un·e ami·e
RET_WHY_MD_WBF4	07	Politique de retraite obligatoire de l'employeur·se
RET_WHY_HO_WBF4	08	Vous vouliez vous adonner à vos passe-temps ou à d'autres activités d'intérêt personnel
RET_WHY_ST_WBF4	09	Vous vouliez arrêter de travailler
RET_WHY_AG_WBF4	10	Un accord pris avec votre conjoint·e ou partenaire
RET_WHY_NA_WBF4	11	N'a jamais travaillé / parent ou époux·se au foyer
RET_WHY_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
RET_WHY_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
RET_WHY_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

RET_6	RET_DUEHLTH_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING <u>AND</u> RET_WHY_WBF4 = RET_WHY_HL_WBF4]		
Vous avez mentionné que vous aviez pris votre retraite en raison d'un problème de santé, de stress ou d'une incapacité. Était-ce à cause de votre santé physique, santé émotionnelle ou mentale, ou les deux?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PHYSICAL_HEALTH	1	Santé physique
MENTAL_HEALTH	2	Santé émotionnelle ou mentale (y compris le stress)
BOTH	3	À la fois, la santé physique et la santé émotionnelle ou mentale
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_7	RET_VOLUN_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Diriez-vous que votre retraite était volontaire, c'est-à-dire que vous avez pris votre retraite au moment désiré?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_8	RET_PREP_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Avez-vous fait l'une ou l'autre des choses suivantes pour vous préparer à la retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RET_PREP_DH_WBF4	01	Diminuer le nombre d'heures travaillées
RET_PREP_IH_WBF4	02	Augmenter le nombre d'heures travaillées
RET_PREP_CJ_WBF4	03	Changer d'emploi
RET_PREP_ILA_WBF4	04	Augmenter les loisirs ou passe-temps
RET_PREP_ED_WBF4	05	S'inscrire à un programme d'études ou de formation
RET_PREP_RSP_WBF4	06	Planification financière (cotisation à un REER ou d'autres investissements)
RET_PREP_INV_WBF4	07	Faire fructifier vos économies ou faire d'autres investissements
RET_PREP_POM_WBF4	08	Rembourser l'hypothèque ou les dettes
RET_PREP_DLA_WBF4	09	Déménager dans un logement plus petit
RET_PREP_NONE_WBF4	96	Aucune
RET_PREP_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
RET_PREP_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
RET_PREP_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

RET_9	RET_PENSPL_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Avant de prendre votre retraite, avez-vous déjà cotisé à un régime de retraite d'un·e employeur·se, autre que le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_10	RET_STDLIV_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Avant de prendre votre retraite, est-ce que vous pensiez que le revenu et les investissements de votre ménage seraient suffisants pour maintenir votre niveau de vie? Diriez-vous qu'ils étaient...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ADEQUATE	1	Suffisants
BARELY_ADEQUATE	2	À peine suffisants
INADEQUATE	3	Insuffisants
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_10a	RET_STDFNC_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[AK IF TRACKING AND RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Comment décririez-vous votre niveau de vie financière à la retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ADEQUATE	1	Adéquat
BARELY_ADEQUATE	2	À peine adéquat
INADEQUATE	3	Inadéquat
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_11	RET_BCKWRK_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RET_RTRN_WBF4 = YES]		
Quelles raisons, parmi les suivantes, ont motivé votre décision de retourner travailler après votre retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RET_BCKWRK_FC_WBF4	01	Considérations d'ordre financier
RET_BCKWRK_CD_WBF4	02	Les soins que vous donniez n'étaient plus requis
RET_BCKWRK_IH_WBF4	03	Amélioration de votre état de santé
RET_BCKWRK_LW_WBF4	04	Vous aimiez travailler/être actif·ve
RET_BCKWRK_WO_WBF4	05	Occasion intéressante
RET_BCKWRK_GR_WBF4	06	Vous préférez prendre votre retraite graduellement
RET_BCKWRK_MC_WBF4	07	Vous désiriez apporter une contribution
RET_BCKWRK_WC_WBF4	08	Vous vouliez un défi
RET_BCKWRK_NL_WBF4	09	Vous n'aimiez pas être à la retraite ou vous n'étiez pas prêt à prendre votre retraite
RET_BCKWRK_SR_WBF4	10	Services demandés par un·e employeur·se précédent·e
RET_BCKWRK_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
RET_BCKWRK_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
RET_BCKWRK_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

RET_12	RET_WKSAME_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RET_RTRN_WBF4 = YES]		
Était-ce pour le/la même employeur·se ou pour un·e employeur·se différent·e de celui avant votre retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
SAME_EMPLOYER	1	Le/la même employeur·se
DIFFERENT_EMPLOYER	2	Un·e employeur·se différent·e
OWN_BUSINESS	3	Travailleur·se autonome ou votre propre entreprise
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_13	RET_FOPTIME_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING <u>AND</u> RET_RTRN_WBF4 = YES]		
Était-ce principalement un travail à temps plein ou à temps partiel?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
FULL_TIME	1	Travail à temps plein
PART_TIME	2	Travail à temps partiel
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RET_14	RET_POCWORK_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING <u>AND</u> RET_RTRN_WBF4 = YES]		
Était-ce un travail permanent ou contractuel?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
PERMANENT_WORK	1	Travail permanent
CONTRACT_WORK	2	Travail contractuel
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

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.
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED ONLY IF RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED

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

LFP_1	LFP_LAST_NB_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_WBF4 = 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?		
Consignes aux participant·es : Le minimum est votre année de naissance plus 40. Le maximum est [current_year].		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ANNÉE EXACTE.		

DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

LFP_2	LFP_YRS_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Pendant combien d'années avez-vous travaillé à cet emploi?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LFP_3	LFP_HRWK_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LFP_4	LFP_SCHD_WBF4	
[ASK IF RET_RTRD_WBF4 = COMPLETELY_RETIRED OR PARTLY_RETIRED]		
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'horaire du travail que vous aviez à ce moment-là?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

LFP_END

Population active (LBF)

Aperçu	<p>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.</p> <p>Il existe de nombreux liens entre l'emploi et la santé. Par exemple, le chômage peut causer diverses maladies associées au stress, tandis que certaines professions sont plus susceptibles que d'autres de causer des lésions en raison des mouvements répétitifs.</p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

LBF_1	LBF_CURR_WBF4	
[ASK IF (RET_RTRN_WBF4 = YES) OR (RET_RTRD_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LBF_2	LBF_MANY_WBF4	
[ASK IF LBF_CURR_WBF4 = YES]		
Travaillez-vous actuellement à plusieurs emplois?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LBF_3	LBF_STTS_WBF4	
[ASK IF LBF_CURR_WBF4 = 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.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LBF_4	LBF_SCHD_WBF4	
[ASK IF LBF_CURR_WBF4 = YES]		
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

LBF_5	LBF_DURN_WBF4	
[ASK IF LBF_CURR_WBF4 = YES]		
Depuis combien d'années travaillez-vous pour votre employeur·se actuel·le ou pour votre entreprise actuelle?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

LBF_6	LBF_RSN_WBF4	
[ASK IF LBF_CURR_WBF4 = NO]		
Qu'est-ce qui décrit le mieux la raison pour laquelle vous ne travaillez pas?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

LBF_7	LBF_UNEM_WBF4	
[ASK IF LBF_CURR_WBF4 = NO]		
Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU TEMPS EXACT.		
SÉLECTIONNER 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	Préfère ne pas répondre

LBF_END

Questionnaire sur les limitations au travail (WLQ) (Cohorte globale seulement)

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)

RPL_1	RPL_AGE_WBF4	
[ASK IF LBF_CURR_WBF4 = YES]		
À quel âge prévoyez-vous prendre votre retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DE L'ÂGE EXACT.		
NB	_____ (MASK: MIN=CURRENT AGE, MAX=100)	
NOT_APPLICABLE	996	Sans objet, ne prévoit pas prendre sa retraite
DK_NA	998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

RPL_2	RPL_WHYNT_WBF4	
[ASK IF RPL_AGE_WBF4 = NOT_APPLICABLE OR DK_NA]		
[Si non] Est-ce parce que :		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

RPL_3	RPL_RSN_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RPL_AGE_WBF4 = GREATER THAN 65]		
L'âge de 65 ans est souvent considéré comme l'âge normal de départ à la retraite, même si plusieurs Canadiens et Canadiennes prennent leur retraite plus tôt ou plus tard.		
Quelles sont les raisons qui vous poussent à travailler après 65 ans?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RPL_RSN_FIN_WBF4	01	Besoin financier
RPL_RSN_ENJ_WBF4	02	Relations sociales
RPL_RSN_HLT_WBF4	03	Ma santé me permet de continuer à travailler
RPL_RSN_LIK_WBF4	04	J'aime travailler/être actif·ve
RPL_RSN_INT_WBF4	05	Occasion intéressante
RPL_RSN_RWD_WBF4	06	Perspective d'emploi avantageuse financièrement
RPL_RSN_COL_WBF4	07	Je peux continuer à travailler et à recevoir des prestations de retraite
RPL_RSN_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
RPL_RSN_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
RPL_RSN_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

RPL_4	RPL_MOST_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RPL_RSN_WBF4 = MORE THAN 1 RESPONSE OPTION]		
Selon vous, quelle est la raison principale qui vous pousse à continuer à travailler?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
FINANCIAL_NEED	01	Besoin financier
ENJOY_WORK	02	Relations sociales
HEALTH_ALLOW	03	Ma santé me permet de continuer à travailler
LIKE_WORK	04	J'aime travailler/être actif·ve
WORK_OPPORTUNITY	05	Occasion intéressante
FINANCIAL_REWARD	06	Perspective d'emploi avantageuse financièrement
COLLECT_BENEFIT	07	Je peux continuer à travailler et à recevoir des prestations de retraite
OTSP	97	Autre
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

RPL_5	RPL_PREP_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RPL_AGE_WBF4 ≠ NOT_APPLICABLE AND RPL_AGE_WBF4 ≠ DK_NA AND RPL_AGE_WBF4 ≠ REFUSED]		
Avez-vous fait l'une ou l'autre des choses suivantes pour vous préparer à la retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RPL_PREP_DH_WBF4	01	Diminuer le nombre d'heures travaillées
RPL_PREP_IH_WBF4	02	Augmenter le nombre d'heures travaillées
RPL_PREP_CJ_WBF4	03	Changer d'emploi
RPL_PREP_IPA_WBF4	04	Augmenter l'activité physique
RPL_PREP_ILA_WBF4	05	Augmenter les loisirs ou passe-temps
RPL_PREP_ED_WBF4	06	S'inscrire à un programme d'études ou de formation
RPL_PREP_RET_WBF4	07	S'informer sur la retraite
RPL_PREP_RSP_WBF4	08	Planification financière (cotisation à un REER ou d'autres investissements)
RPL_PREP_INV_WBF4	09	Faire fructifier vos économies ou faire d'autres investissements
RPL_PREP_POM_WBF4	10	Rembourser l'hypothèque ou les dettes
RPL_PREP_DLA_WBF4	11	Déménager dans un logement plus petit
RPL_PREP_NONE_WBF4	96	Aucune
RPL_PREP_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
RPL_PREP_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
RPL_PREP_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

RPL_6	RPL_PENSPL_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RET_RTRD_WBF4 = NOT_RETIRED]		
Avez-vous déjà cotisé à un régime de retraite d'un·e employeur·se, autre que le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RPL_7	RPL_STDLIV_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RPL_AGE_WBF4 ≠ NOT_APPLICABLE AND RPL_AGE_WBF4 ≠ DK_NA AND RPL_AGE_WBF4 ≠ REFUSED]		
Avant de prendre votre retraite, est-ce que vous pensiez que le revenu et les investissements de votre ménage seraient suffisants pour maintenir votre niveau de vie? Diriez-vous qu'ils étaient...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ADEQUATE	1	Suffisants
BARELY_ADEQUATE	2	À peine suffisants
INADEQUATE	3	Insuffisants
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

RPL_8	RPL_WHYR_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND RPL_AGE_WBF4 ≠ NOT_APPLICABLE AND RPL_AGE_WBF4 ≠ DK_NA AND RPL_AGE_WBF4 ≠ REFUSED]		
Les gens prennent leur retraite pour de nombreuses raisons. Quelle(s) raison(s), parmi les suivantes, pourrai(en)t motiver votre décision de prendre votre retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RPL_WHYR_PC_WBF4	01	Devoir prendre soin d'un membre de la famille
RPL_WHYR_AR_WBF4	02	Avoir des revenus suffisants pour la retraite (p. ex. : pensions, investissements)
RPL_WHYR_MP_WBF4	03	Politique de retraite obligatoire de l'employeur·se
RPL_WHYR_EP_WBF4	04	Mesures d'encouragement hâtif à la retraite offertes par l'employeur·se
RPL_WHYR_JE_WBF4	05	Poste supprimé et ne veut pas recommencer à nouveau
RPL_WHYR_WS_WBF4	06	Volonté d'arrêter de travailler
RPL_WHYR_SD_WBF4	07	Volonté de commencer une nouvelle carrière ou d'avoir un emploi à temps partiel
RPL_WHYR_HL_WBF4	08	Raisons liées à la santé/handicap/stress
RPL_WHYR_HO_WBF4	09	Désir de s'adonner à des passe-temps ou à d'autres activités d'intérêt personnel
RPL_WHYR_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
RPL_WHYR_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
RPL_WHYR_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

RPL_9	RPL_INFSP_WBF4 (Cohorte de surveillance seulement)	
[ASK IF TRACKING AND (RPL_AGE_WBF4 ≠ NOT_APPLICABLE AND RPL_AGE_WBF4 ≠ DK_NA AND RPL_AGE_WBF4 ≠ REFUSED) AND (MARITAL STATUS = MARRIED OR COMMON_LAW2)]		
Parfois, les raisons qui motivent la décision de prendre sa retraite sont influencées par leur époux·se ou conjoint·e de fait. Quelle(s) raison(s), parmi les suivantes, pourrai(en)t motiver votre décision de prendre votre retraite?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
RPL_INFSP_SH_WBF4	01	La santé de votre époux·se ou conjoint·e de fait
RPL_INFSP_SI_WBF4	02	Les revenus pour la retraite de votre époux·se ou conjoint·e de fait
RPL_INFSP_PS_WBF4	03	La pression de votre époux·se ou conjoint·e de fait pour continuer ou cesser de travailler
RPL_INFSP_TSR_WBF4	04	Le moment où votre époux·se conjoint·e de fait prend sa retraite
RPL_INFSP_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
RPL_INFSP_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
RPL_INFSP_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

RPL_END

Revenu (INC)

Aperçu	<p>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.</p> <p>Des questions de suivi sont posées au sujet des prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec. Comme la situation financière ne se limite pas uniquement au revenu, on demande également aux 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.</p> <p>Il s'agit là d'un sujet délicat, mais ces renseignements sont importants pour l'étude des tendances et des comportements liés à la santé. Même si les régimes d'assurance couvrent une vaste part des coûts des soins de santé au Canada, le revenu joue quand même un rôle important sur la santé des gens, en particulier dans le cas des 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.</p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Revenu familial

INC_1	INC_SRCE_WBF4
[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?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
INC_SRCE_WG_WBF4	01 Salaires et traitements
INC_SRCE_SE_WBF4	02 Revenu d'un travail autonome
INC_SRCE_IN_WBF4	03 Dividendes et intérêts (p. ex. obligations, épargnes)
INC_SRCE_EI_WBF4	04 Prestations d'assurance-emploi
INC_SRCE_CM_WBF4	05 Indemnités d'accident du travail
INC_SRCE_BN_WBF4	06 Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec
INC_SRCE_PN_WBF4	07 Pensions de retraite d'un·e employeur·se et rentes
INC_SRCE_GV_WBF4	08 REER/FERR (régime enregistré d'épargne-retraite/fonds enregistré de revenu de retraite)
INC_SRCE_OLD_WBF4	09 Sécurité de la vieillesse
INC_SRCE_GIS_WBF4	10 Supplément de revenu garanti
INC_SRCE_WF_WBF4	11 Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être social
INC_SRCE_CH_WBF4	12 Prestation pour enfants

INC_1	INC_SRCE_WBF4 (suite)	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INC_SRCE_SP_WBF4	13	Pension alimentaire - aux enfants
INC_SRCE_AL_WBF4	14	Pension alimentaire – au/à la conjoint·e
INC_SRCE_CP_WBF4	15	Gain en capital (p. ex. profits de la vente d'action)
INC_SRCE_NONE_WBF4	96	Aucune
INC_SRCE_OTSP_WBF4	97	Autre (p. ex. revenu de location, pension des Ancien·nes combattant·es)
INC_SRCE_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
INC_SRCE_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

INC_2	INC_FRST_WBF4	
[ASK IF INC_SRCE_WBF4 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_WBF4].		
INC_FRST_WBF4	1	Source la plus élevée
INC_SCND_WBF4	2	2 ^e source la plus élevée
INC_THRD_WBF4	3	3 ^e source la plus élevée
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INC_3	INC_TOT_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Revenu personnel

INC_4	INC_PSRCE_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Si l'on pense à votre revenu <u>personnel</u> total, quelles en ont été les sources de revenus au cours des 12 derniers mois?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
INC_PSRCE_WG_WBF4	01 Salaires et traitements
INC_PSRCE_SE_WBF4	02 Revenu d'un travail autonome
INC_PSRCE_IN_WBF4	03 Dividendes et intérêts (p. ex. obligations, épargnes)
INC_PSRCE_EI_WBF4	04 Prestations d'assurance-emploi
INC_PSRCE_CM_WBF4	05 Indemnités d'accident du travail
INC_PSRCE_BN_WBF4	06 Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec
INC_PSRCE_PN_WBF4	07 Pensions de retraite d'un·e employeur·se et rentes
INC_PSRCE_GV_WBF4	08 REER/FERR (régime enregistré d'épargne-retraite/fonds enregistré de revenu de retraite)
INC_PSRCE_OLD_WBF4	09 Sécurité de la vieillesse
INC_PSRCE_GIS_WBF4	10 Supplément de revenu garanti
INC_PSRCE_WF_WBF4	11 Allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être social
INC_PSRCE_CH_WBF4	12 Prestation pour enfants
INC_PSRCE_SP_WBF4	13 Pension alimentaire - aux enfants
INC_PSRCE_AL_WBF4	14 Pension alimentaire – au/à la conjoint·e
INC_PSRCE_CP_WBF4	15 Gain en capital (p. ex. profits de la vente d'action)
INC_PSRCE_NONE_WBF4	96 Aucune
INC_PSRCE_OTSP_WBF4	97 Autre (p. ex. revenu de location, pension des Ancien·nes combattant·es) _____
INC_PSRCE_DK_NA_WBF4	98 Ne sais pas / pas de réponse
INC_PSRCE_REFUSED_WBF4	99 Préfère ne pas répondre

INC_5	INC_PFRST_WBF4
[ASK IF INC_PSRCE_WBF4 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 <u>personnel</u> , en commençant par la plus élevée? [RECALL RESPONSE FROM INC_PSRCE_WBF4] .	
INC_PFRST_WBF4	1 Source la plus élevée
INC_PSCND_WBF4	2 2 ^e source la plus élevée
INC_PTHRD_WBF4	3 3 ^e source la plus élevée
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

INC_6	INC_PTOT_WBF4	
[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_WBF4]		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : CETTE QUESTION PORTE SUR VOTRE REVENU PERSONNEL TOTAL. SI LE REVENU TOTAL DE VOTRE MÉNAGE EST INFÉRIEUR À VOTRE REVENU PERSONNEL TOTAL, VEUILLEZ CORRIGER LE REVENU TOTAL DU MÉNAGE ET VOTRE REVENU PERSONNEL TOTAL AU BESOIN.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INC_END

Utilisation des soins de santé (HCU)

Aperçu	<p>Ce module porte sur divers sujets liés à l'utilisation des services de soins de santé, y compris si le/la participant·e a un·e médecin régulier·ère, consulte des spécialistes ou consulte des praticien·nes de médecine non traditionnelle.</p> <p>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.</p>
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Voici maintenant 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?					
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION					
		Oui	Non	NSP / PR	PNPR
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
HCU_FAMPHY_WBF4	Un·e omnipraticien·ne, un·e médecin de famille				
HCU_SPEC_WBF4	Un·e médecin spécialiste (comme cardiologue, gynécologue ou ophtalmologiste)				
HCU_PSYCH_WBF4	Un·e professionnel·le de la santé mentale (comme psychologue ou psychiatre)				
HCU_PHYSIO_WBF4	Un·e physiothérapeute, ergothérapeute ou chiropraticien·ne				
HCU_NP_WBF4	Un·e infirmier·ère praticien·ne				

HCU_1a-HCU_5a				
[ASK IF ANY OF HCU_1 – HCU_5 = YES]				
Au cours des 12 derniers mois, <u>combien de fois</u> avez-vous consulté un·e des professionnel·les de la santé suivant·es à propos de votre santé physique ou mentale?				
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.				
		INSCRIRE LE NOMBRE EXACT (MASK: MIN=1, MAX=365)	NSP / PR	PNPR
			DK_NA	RF
			8	9
HCU_FAMPHY_NB_WBF4 [ASK IF HCU_FAMPHY_WBF4 = YES]	Un·e omnipraticien·ne, un·e médecin de famille			
HCU_SPEC_NB_WBF4 [ASK IF HCU_SPEC_WBF4 = YES]	Un·e médecin spécialiste (comme cardiologue, gynécologue ou ophtalmologiste)			
HCU_PSYCH_NB_WBF4 [ASK IF HCU_PSYCH_WBF4 = YES]	Un·e professionnel·le de la santé mentale (comme psychologue ou psychiatre)			
HCU_PHYSIO_NB_WBF4 [ASK IF HCU_PHYSIO_WBF4 = YES]	Un·e physiothérapeute, ergothérapeute ou chiropraticien·ne			
HCU_NP_NB_WBF4 [ASK IF HCU_NP_WBF4 = YES]	Un·e infirmier·ère praticien·ne			

HCU_6	HCU_EMEREG_WBF4		
[ALWAYS ASK]			
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été à l'urgence?			
YES	1	Oui	
NO	2	Non	
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse	
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre	

HCU_6a	HCU_EMEREG_NB_WBF4		
[ASK IF HCU_EMEREG_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse	
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre	

HCU_7	HCU_HLOVRNT_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HCU_7a	HCU_HLOVRNT_NB_WBF4	
[ASK HCU_HLOVRNT_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	999	Préfère ne pas répondre

HCU_8	HCU_HAVEFAM_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HCU_9	HCU_FAMQL_WBF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
GOOD	2	Bonne
FAIR	3	Passable
POOR	4	Mauvaise
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HCU_10	HCU_FAMAPP_WBF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_WBF4 = 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)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HCU_11	HCU_OFFHR_WBF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

HCU_12	HCU_COORD_WBF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_WBF4 = 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...?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HCU_13	HCU_NOFAM_WBF4	
[ASK IF HCU_HAVEFAM_WBF4 = NO]		
Pourquoi n'avez-vous PAS de médecin de famille, d'omnipraticien·ne ou d'infirmier·ère praticien·ne?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_NOFAM_TAKE_WBF4	01	Aucun·e ne prend de nouveau patient dans la région
HCU_NOFAM_AVAIL_WBF4	02	Il n'y en a pas dans la région
HCU_NOFAM_CONT_WBF4	03	N'a pas essayé d'en avoir un·e
HCU_NOFAM_LEFT_WBF4	04	En avait un·e qui est parti·e ou s'est retiré·e
HCU_NOFAM_SWIT_WBF4	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_WBF4	06	Expérience négative avec un·e médecin de famille, un·e autre médecin ou le système de soins de santé
HCU_NOFAM_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
HCU_NOFAM_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
HCU_NOFAM_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

HCU_14	HCU_FAMV_WBF4	
[ASK IF HCU_FAMPHY_WBF4 = NO AND HCU_NP_WBF4 = NO AND HCU_HAVEFAM_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_FAMV_NEED_WBF4	01	Pas nécessaire
HCU_FAMV_APPT_WBF4	02	Difficulté à obtenir un rendez-vous
HCU_FAMV_TRAN_WBF4	03	Problème de transport
HCU_FAMV_LANG_WBF4	04	Problèmes de langue
HCU_FAMV_CANC_WBF4	05	Rendez-vous annulé ou reporté par le/la médecin ou l'infirmier·ère praticien·ne
HCU_FAMV_LEAV_WBF4	06	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
HCU_FAMV_PERS_WBF4	07	Responsabilités personnelles ou familiales
HCU_FAMV_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
HCU_FAMV_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
HCU_FAMV_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

HCU_15	HCU_SPEV_WBF4	
[ASK IF HCU_SPEC_WBF4 = NO]		
Pourquoi n'avez-vous PAS vu un·e médecin spécialiste (comme cardiologue, gynécologue ou ophtalmologiste) au cours des 12 derniers mois?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_SPEV_NEED_WBF4	01	Pas nécessaire
HCU_SPEV_REFE_WBF4	02	Difficulté à être référé·e vers le/la spécialiste
HCU_SPEV_APPT_WBF4	03	Difficulté à obtenir un rendez-vous
HCU_SPEV_SPEC_WBF4	04	Absence de spécialiste dans la région
HCU_SPEV_TRAN_WBF4	05	Problème de transport
HCU_SPEV_LANG_WBF4	06	Problèmes de langue
HCU_SPEV_PERS_WBF4	07	Responsabilités personnelles ou familiales
HCU_SPEV_CANC_WBF4	08	Rendez-vous annulé ou reporté par le/la spécialiste ou le/la médecin
HCU_SPEV_WAIT_WBF4	09	Attend toujours le rendez-vous
HCU_SPEV_LEAV_WBF4	10	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
HCU_SPEV_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
HCU_SPEV_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
HCU_SPEV_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

HCU_16	HCU_DIGITAL_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À part pour la prise de rendez-vous, au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'un des moyens technologiques suivants pour communiquer avec <u>un·e fournisseur·se de soins de santé</u> au sujet de vos soins médicaux?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HCU_DIGITAL_WEB_WBF4	01	Courriel, site Web ou portail
HCU_DIGITAL_VID_WBF4	02	Appel vidéo
HCU_DIGITAL_MSG_WBF4	03	Messagerie texte / messagerie électronique
HCU_DIGITAL_TEL_WBF4	04	Téléphone (appel vocal uniquement)
HCU_DIGITAL_NA_WBF4	96	Ne s'applique pas
HCU_DIGITAL_OTSP_WBF4	97	Autres moyens, veuillez préciser : _____
HCU_DIGITAL_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
HCU_DIGITAL_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

HCU_17	HCU_ACCESS_WBF4	
[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.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNAWARE	03	Ne sais 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HCU_18	HCU_CONFL_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous reçu des informations contradictoires sur vos soins de santé et vos besoins de la part de <u>vos fournisseur·es de soins de santé</u> ?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HCU_19	HCU_TIME_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence <u>vos fournisseur·ses de soins de santé</u> vous ont-ils/elles consacré assez de temps?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HCU_20	HCU_EXPLAIN_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence <u>vos fournisseur-es de soins de santé</u> vous ont-ils/elles expliqué les choses d'une manière plus facile à comprendre?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

HCU_END

Besoins de santé non comblés (MET)

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

MET_1	MET_NEED_WBF4
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

MET_2	MET_RSN_WBF4
[ASK IF MET_NEED_WBF4 = YES]	
Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
MET_RSN_AREA_WBF4	01 Non disponibles - dans la région
MET_RSN_TIME_WBF4	02 Non disponibles - à ce moment-là (p. ex. médecin en vacances, heures inopportunes)
MET_RSN_WAIT_WBF4	03 Temps d'attente trop long
MET_RSN_INAD_WBF4	04 Considérés comme inadéquats
MET_RSN_COST_WBF4	05 Coût
MET_RSN_BUSY_WBF4	06 Trop occupé·e
MET_RSN_AROD_WBF4	07 Ne s'en est pas occupé·e / indifférent·e
MET_RSN_SEEK_WBF4	08 A décidé de ne pas se faire soigner
MET_RSN_NECE_WBF4	09 Pas nécessaire - selon le/la médecin
MET_RSN_TRAN_WBF4	10 Pas de transport disponible
MET_RSN_OTSP_WBF4	97 Autre : _____
MET_RSN_DK_NA_WBF4	98 Ne sais pas / pas de réponse
MET_RSN_REFUSED_WBF4	99 Préfère ne pas répondre

MET_END

Consommation de médicaments (MED) (Cohorte de surveillance seulement)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO TRACKING PARTICIPANTS ONLY

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

MED_1	MED_USE1_WBF4
[ASK IF NO OR DK_NA OR REFUSED TO ALL MEDS IN PKD SECTION]	
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris un ou plusieurs médicaments sur ordonnance?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : UN MÉDICAMENT SUR ORDONNANCE EST UN MÉDICAMENT QUI EST DISPONIBLE SEULEMENT CHEZ UN·E PHARMACIEN·NE AVEC DES CONSIGNES ÉCRITES D'UN·E MÉDECIN OU D'UN·E DENTISTE. CETTE QUESTION NE PORTE PAS SUR LES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE QUI PEUVENT ÊTRE ACHETÉS SANS CES CONSIGNES ÉCRITES.	
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
DAILY	1 Chaque jour
EVERY_WEEK	2 Chaque semaine, mais pas chaque jour
LESS_EVERY_WEEK	3 Moins que chaque semaine
NEVER	4 Jamais
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

MED_1a	MED_USE2_WBF4	
[ASK IF ANY MEDICATION IN PKD_MED_WBF4 = YES]		
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris un ou plusieurs médicaments sur ordonnance?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : UN MÉDICAMENT SUR ORDONNANCE EST UN MÉDICAMENT QUI EST DISPONIBLE SEULEMENT CHEZ UN·E PHARMACIEN·NE AVEC DES CONSIGNES ÉCRITES D'UN·E MÉDECIN OU D'UN·E DENTISTE. CETTE QUESTION NE PORTE PAS SUR LES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE QUI PEUVENT ÊTRE ACHETÉS SANS CES CONSIGNES ÉCRITES.		
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
DAILY	1	Chaque jour
EVERY_WEEK	2	Chaque semaine, mais pas chaque jour
LESS_EVERY_WEEK	3	Moins que chaque semaine
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MED_2	MED_USEQTY2_WBF4	
[ASK IF (MED_USE1_WBF4 ≠ NEVER AND MED_USE1_WBF4 ≠ DK_NA AND MED_USE1_WBF4 ≠ REFUSED) OR (MED_USE2_WBF4 ≠ DK_NA AND MED_USE2_WBF4 ≠ REFUSED)]		
Au cours du dernier mois, combien de médicaments sur ordonnance avez-vous pris?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
ONE	1	Un
TWO	2	Deux
THREE	3	Trois
FOUR	4	Quatre
FIVE_NINE	5	Cinq à neuf
TEN_PLUS	6	Dix ou plus
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MED_END

Usage de suppléments alimentaires (DSU) (Cohorte de surveillance seulement)

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

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO TRACKING PARTICIPANTS ONLY

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

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

DSU_1-DSU_9	DSU_VIT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Le mois dernier, avez-vous pris :		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT-ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
DSU_VIT_MLTV_WBF4	01	Des suppléments de multivitamines
DSU_VIT_CAL_WBF4	02	Des suppléments de calcium
DSU_VIT_VITD_WBF4	03	Des suppléments de vitamine D
DSU_VIT_VITB12_WBF4	04	Des suppléments de vitamine B12
DSU_VIT_IRON_WBF4	05	Des suppléments de fer
DSU_VIT_VITC_WBF4	06	Des suppléments de vitamine C
DSU_VIT_OMG_WBF4	07	Des suppléments d'oméga-3
DSU_VIT_PRO_WBF4	08	Des suppléments protéinés (p. ex. boissons protéinées, poudre de protéine)
DSU_VIT_PROB_WBF4	09	Probiotiques
DSU_VIT_NONE_WBF4	96	Aucun
DSU_VIT_OTSP_WBF4	97	D'autres suppléments _____
DSU_VIT_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
DSU_VIT_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

DSU_END

Environnements construits (ENV)

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

ENV_1-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 AUX PARTICIPANT·ES : SI VOUS HABITEZ DANS UNE ZONE RURALE, VOTRE PERCEPTION DE VOTRE VOISINAGE POURRAIT ÊTRE DIFFÉRENTE DE LA DÉFINITION DONNÉE, C.-À-D. UNE ZONE AUTOUR DE VOTRE DOMICILE ÉQUIVALANT À UNE MARCHÉ DE 20 MINUTES OU D'ENVIRON UN KILOMÈTRE. UTILISEZ LA DÉFINITION DE VOISINAGE QUI S'APPLIQUE LE MIEUX À LA COMMUNAUTÉ DANS LAQUELLE VOUS VIVEZ.							
SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ							
		Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	NSP / PR	PNPR
		STRONGLY _AGREE	AGREE	DISAGREE	STRONGLY _DISAGREE	DK_ NA	RF
		1	2	3	4	8	9
ENV_FLPRTAREA_WBF4	Je ressens vraiment une appartenance à ce voisinage						
ENV_VNDLSM_WBF4	Le vandalisme ou les graffitis sont un grave problème dans ce voisinage						
ENV_FLLNLY_WBF4	Je me sens souvent seul·e dans ce voisinage						
ENV_PPLTRST_WBF4	On peut faire confiance à la plupart des gens dans ce voisinage						
ENV_AFRDWLK_WBF4	Les gens auraient peur de marcher seuls dans ce voisinage après la tombée de la nuit						
ENV_PPLFRNDLY_WBF4	La plupart des gens de ce voisinage sont gentils						

		Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	NSP / PR	PNPR
		STRONGLY_AGREE	AGREE	DISAGREE	STRONGLY_DISAGREE	DK_NA	RF
		1	2	3	4	8	9
ENV_PPLTKADV_WBF4	Les gens de ce voisinage vont profiter de vous						
ENV_CLEAN_WBF4	Ce voisinage est gardé bien propre						
ENV_PPLHLP_WBF4	Si vous éprouviez des ennuis, un bon nombre de personnes de ce voisinage vous aideraient						

ENV_END

Transport, mobilité, migration (TRA)

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

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

Nous aimerions maintenant aborder la manière dont vous vous déplacez dans votre quartier. Nous vous poserons des questions sur les moyens de transport que vous utilisez.

TRA_1	TRA_DSTATUS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation de conduite? (Inclure les automobiles, les fourgonnettes, les camions et les motocyclettes.)		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

TRA_2	TRA_DFREQ_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL]		
À quelle fréquence conduisez-vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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	97	Pas du tout
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

TRA_2a	TRA_CMNTR1_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL]		
Au cours de la dernière année, quel est le moyen de transport que vous avez utilisé <u>le plus couramment</u> ?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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 ».		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

TRA_2b	TRA_CMNTR2_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 ≠ UNRESTRICTED_DL AND TRA_DSTATUS_WBF4 ≠ RESTRICTED_DL]		
Au cours de la dernière année, quel est le moyen de transport que vous avez utilisé <u>le plus couramment</u> ?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : DANS LA CATÉGORIE DU TRANSPORT EN COMMUN, INCLURE LES DÉPLACEMENTS 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 ».		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

TRA_3	TRA_TYPTR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du dernier mois, quels moyens de transport suivants avez-vous utilisés?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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 ».		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_TYPTR_PAS_WBF4	01	Passager·ère dans un véhicule automobile (y compris comme conducteur·rice)
TRA_TYPTR_TAX_WBF4	02	Taxi
TRA_TYPTR_PUB_WBF4	03	Transport en commun comme autobus, transport en commun rapide, métro ou train
TRA_TYPTR_ACC_WBF4	04	Transport adapté
TRA_TYPTR_CYC_WBF4	05	Bicyclette
TRA_TYPTR_WAL_WBF4	06	Marche
TRA_TYPTR_WHE_WBF4	07	Fauteuil roulant ou voiturette motorisée / triporteur / quadriporteur
TRA_TYPTR_NONE_WBF4	96	Aucun
TRA_TYPTR_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TRA_TYPTR_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

TRA_4	TRA_PUBTR_WBF4	
[ASK IF TRA_TYPTR_WBF4 ≠ TRA_TYPTR_PUB_WBF4 AND TRA_TYPTR_WBF4 ≠ TRA_TYPTR_DK_NA_WBF4 AND TRA_TYPTR_WBF4 ≠ TRA_TYPTR_REFUSED_WBF4]		
Pourquoi n'avez-vous pas utilisé le transport en commun?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_PUBTR_NN_WBF4	01	Pas besoin du service
TRA_PUBTR_PNU_WBF4	02	Préfère ne pas l'utiliser
TRA_PUBTR_UNA_WBF4	03	Le service n'est pas offert dans votre secteur
TRA_PUBTR_HEA_WBF4	04	Restriction en raison d'un problème de santé
TRA_PUBTR_INC_WBF4	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_WBF4	06	Prix trop élevé
TRA_PUBTR_NAV_WBF4	07	Le service ne permet pas d'aller où vous deviez vous rendre
TRA_PUBTR_AWR_WBF4	08	Vous ne connaissez pas les services de transport en commun locaux
TRA_PUBTR_SCH_WBF4	09	L'horaire ne correspond pas à vos besoins
TRA_PUBTR_NSF_WBF4	10	Le service n'est pas sécuritaire
TRA_PUBTR_ACC_WBF4	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_WBF4	12	Les installations sont inconfortables
TRA_PUBTR_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
TRA_PUBTR_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TRA_PUBTR_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

TRA_5	TRA_ACCTR_WBF4	
[ASK IF TRA_TYPTR_WBF4 ≠ TRA_TYPTR_ACC_WBF4 AND TRA_TYPTR_WBF4 ≠ TRA_TYPTR_DK_NA_WBF4 AND TRA_TYPTR_WBF4 ≠ TRA_TYPTR_REFUSED_WBF4]		
Pourquoi n'avez-vous pas utilisé le transport adapté?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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 ».		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_ACCTR_NN_WBF4	01	Pas besoin du service
TRA_ACCTR_PNU_WBF4	02	Préfère ne pas l'utiliser
TRA_ACCTR_UNA_WBF4	03	Le service n'est pas offert dans votre secteur
TRA_ACCTR_HEA_WBF4	04	Restriction en raison d'un problème de santé
TRA_ACCTR_INC_WBF4	05	L'horaire ou le parcours offert n'est pas pratique (durée du trajet trop longue, peu pratique)
TRA_ACCTR_COS_WBF4	06	Prix trop élevé
TRA_ACCTR_OVB_WBF4	07	Le service n'est pas disponible en raison de la surréservation
TRA_ACCTR_CNB_WBF4	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_WBF4	97	Autre : _____
TRA_ACCTR_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TRA_ACCTR_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

TRA_6	TRA_PUBTRFRQ_WBF4	
[ASK IF TRA_TYPTR_WBF4 = TRA_TYPTR_PUB_WBF4]		
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris le transport en commun?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : 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).		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

TRA_7	TRA_TRIP_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_TRIP_WK_WBF4	01	Se rendre au travail et en revenir
TRA_TRIP_BK_WBF4	02	Aller à la banque/caisse et à d'autres rendez-vous professionnels
TRA_TRIP_MD_WBF4	03	Rendez-vous médicaux
TRA_TRIP_GR_WBF4	04	L'épicerie
TRA_TRIP_RI_WBF4	05	Magasinage récréatif, restaurants
TRA_TRIP_RO_WBF4	06	Visites récréatives au parc ou autres espaces extérieurs
TRA_TRIP_CH_WBF4	07	Église/célébrations religieuses
TRA_TRIP_FM_WBF4	08	Rendre visite à des ami·es et à la famille
TRA_TRIP_SO_WBF4	09	Activités sociales (p. ex., centres de loisirs pour aîné·es)
TRA_TRIP_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
TRA_TRIP_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TRA_TRIP_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

TRA_8	TRA_AVOID_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 = UNRESTRICTED_DL OR RESTRICTED_DL]		
Tentez-vous d'éviter l'une ou l'autre des situations suivantes :		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_AVOID_RA_WBF4	01	Les bretelles d'accès
TRA_AVOID_CR_WBF4	02	Les carrefours giratoires/ronds-points
TRA_AVOID_FW_WBF4	03	Les arrêts à quatre sens sans feux de circulation
TRA_AVOID_UN_WBF4	04	Les routes inconnues ou les détours
TRA_AVOID_HV_WBF4	05	La congestion ou l'heure de pointe en ville
TRA_AVOID_ML_WBF4	06	La congestion ou l'heure de pointe sur les autoroutes à voies multiples ou à chaussée séparée
TRA_AVOID_SL_WBF4	07	La congestion ou l'heure de pointe sur les autoroutes à une seule voie ou sans chaussée séparée
TRA_AVOID_TL_WBF4	08	Les virages à gauche avec des feux de circulation
TRA_AVOID_NL_WBF4	09	Les virages à gauche sans feux de circulation ou arrêts
TRA_AVOID_LG_WBF4	10	Conduire à côté de gros camions
TRA_AVOID_BS_WBF4	11	Traverser une rue passante ou s'y engager sans feux de circulation
TRA_AVOID_YD_WBF4	12	Céder le passage (lorsqu'il y a un signal Cédez)
TRA_AVOID_SN_WBF4	13	Conduire sous la pluie battante ou dans la neige
TRA_AVOID_DW_WBF4	14	Conduire à l'aube ou au crépuscule
TRA_AVOID_NT_WBF4	15	Conduire la nuit
TRA_AVOID_NONE_WBF4	96	Non, je ne tente pas d'éviter l'une ou l'autre de ces situations
TRA_AVOID_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
TRA_AVOID_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TRA_AVOID_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

TRA_9	TRA_DRVST_YR_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 = CURRENTLY_NO_DL]		
Depuis combien d'années environ avez-vous cessé de conduire?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : TENTER DE FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT, INSCRIRE « 00 » SI MOINS D'UN AN.		
	_____	(MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

TRA_9a	TRA_CEASE_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 = CURRENTLY_NO_DL]		
Quels sont les facteurs ou les événements qui vous ont mené à cesser de conduire?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_CEASE_ND_WBF4	01	Je n'avais plus besoin de conduire
TRA_CEASE_EN_WBF4	02	Je n'aimais plus conduire
TRA_CEASE_CO_WBF4	03	Le coût de l'essence et de l'entretien de ma voiture était trop dispendieux
TRA_CEASE_SF_WBF4	04	Je sentais que je n'étais plus un·e conducteur·rice sécuritaire
TRA_CEASE_NR_WBF4	05	J'étais nerveux·se ou intimidé·e en conduisant
TRA_CEASE_DR_WBF4	06	Mon/Ma médecin m'a conseillé d'arrêter de conduire
TRA_CEASE_FF_WBF4	07	Quelqu'un d'autre m'a conseillé d'arrêter de conduire (p. ex. membre de la famille ou ami·e)
TRA_CEASE_PT_WBF4	08	Meilleure disponibilité du transport en commun
TRA_CEASE_DP_WBF4	09	Événements liés à la conduite, comme une collision ou des points d'inaptitude
TRA_CEASE_RE_WBF4	10	Renouvellement du permis de conduire ou besoin de passer un test de conduite
TRA_CEASE_IN_WBF4	11	Incapable de satisfaire aux conditions nécessaires pour renouveler le permis de conduire
TRA_CEASE_PC_WBF4	12	Problème ou limitation physique
TRA_CEASE_DV_WBF4	13	Vision qui se détériore
TRA_CEASE_LC_WBF4	14	Moins de confiance pour conduire
TRA_CEASE_NONE_WBF4	96	Aucune raison
TRA_CEASE_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
TRA_CEASE_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TRA_CEASE_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

TRA_10	TRA_MED_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 = 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

TRA_10a	TRA_MEDTPC_WBF4	
[ASK IF TRA_MED_WBF4 = 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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TRA_MEDTPC_CON_WBF4	01	Problème de sécurité potentiel lié à un problème de santé que vous avez
TRA_MEDTPC_MED_WBF4	02	Problème de sécurité potentiel lié à un médicament sur ordonnance
TRA_MEDTPC_HRB_WBF4	03	Problème de sécurité potentiel lié à un médicament en vente libre ou à des produits/suppléments de phytothérapie
TRA_MEDTPC_ACC_WBF4	04	Un accident automobile ou un quasi-accident dans lequel vous étiez impliqué·e
TRA_MEDTPC_INF_WBF4	05	Infraction au Code de la route (p. ex. contravention pour vitesse)
TRA_MEDTPC_THR_WBF4	06	Demande de consultation pour une évaluation de la conduite par un·e ergothérapeute
TRA_MEDTPC_LCS_WBF4	07	Demande de consultation pour une évaluation de la conduite par une agence de délivrance de permis
TRA_MEDTPC_TRN_WBF4	08	Cours de perfectionnement en matière de conduite
TRA_MEDTPC_ADV_WBF4	09	Renseignements généraux/conseils de votre médecin
TRA_MEDTPC_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
TRA_MEDTPC_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
TRA_MEDTPC_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

TRA_11	TRA_ACCID_WBF4	
[ASK IF TRA_DSTATUS_WBF4 ≠ 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

TRA_END

Patrimoine (WEA)

Aperçu	<p>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.</p> <p>Importance du module : Bien que ce sujet soit délicat, cette information est importante pour étudier l'impact du patrimoine sur les tendances en matière de santé et sur le comportement. Même si de nombreuses dépenses en santé sont couvertes par les assurances, le revenu joue un rôle de premier plan dans la santé des individus, surtout des 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.</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Maintenant, voici quelques questions sur votre situation financière globale.

WEA_1	WEA_SVNGS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Lesquels parmi les régimes d'épargne ou de placement suivants possédez-vous (ou votre époux·se / conjoint·e de fait)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_SVNGS_ACC_WBF4	01	Compte dans une banque, une caisse populaire ou un autre établissement
WEA_SVNGS_RRSP_WBF4	02	REER
WEA_SVNGS_INV_WBF4	03	Placements en dehors des REER
WEA_SVNGS_NONE_WBF4	96	Aucun
WEA_SVNGS_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
WEA_SVNGS_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

WEA_2	WEA_SVNGSVL_WBF4	
[ASK IF WEA_SVNGS_WBF4 ≠ WEA_SVNGS_NONE_WBF4 AND WEA_SVNGS_WBF4 ≠ WEA_SVNGS_DK_NA_WBF4 AND WEA_SVNGS_WBF4 ≠ WEA_SVNGS_REFUSED_WBF4]		
Quelle est la valeur totale approximative de ces épargnes et de ces placements?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WEA_3	WEA_LFINS_WBF4	
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WEA_4	WEA_ASSETS_WBF4	
[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.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_ASSETS_HSE_WBF4	01	Maison, appartement ou propriété de plaisance, y compris les multi propriétés, sauf la résidence principale
WEA_ASSETS_PRES_WBF4	02	Résidence principale
WEA_ASSETS_FBS_WBF4	03	Exploitation agricole ou actifs de société (comme un atelier, un entrepôt ou un garage)
WEA_ASSETS_OTL_WBF4	04	Autres terrains
WEA_ASSETS_MOWD_WBF4	05	Emprunts par des tiers
WEA_ASSETS_TRST_WBF4	06	Fiducie
WEA_ASSETS_CINH_WBF4	07	Contrat / entente ou héritage
WEA_ASSETS_NONE_WBF4	96	Aucun
WEA_ASSETS_OTSP_WBF4	97	Autres actifs (y compris des œuvres d'art ou objets de collection, comme des antiquités ou des bijoux) _____
WEA_ASSETS_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
WEA_ASSETS_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

WEA_5	WEA_DEBT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que vous (ou votre époux·se / conjoint·e de fait) avez contracté l'une ou l'autre des dettes suivantes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_DEBT_CCRD_WBF4	01	Dettes de cartes de crédit ou de cartes privatives
WEA_DEBT_DBI_WBF4	02	Dettes contractées auprès d'amis·es, de membres de la famille ou d'autres personnes
WEA_DEBT_LNS_WBF4	03	Prêts contractés auprès de banques ou d'institutions financières, y compris les découverts, sauf les prêts hypothécaires
WEA_DEBT_NONE_WBF4	96	Aucune
WEA_DEBT_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
WEA_DEBT_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

WEA_6	WEA_FNSTATUS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la gestion de vos finances (et celle de votre époux·se / conjoint·e de fait)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WEA_7	WEA_INCNEEDS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À votre avis, dans quelle mesure votre revenu vous permet-il de satisfaire vos besoins fondamentaux?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_WELL	1	Tout à fait
ADEQUATELY	2	Raisonnement
SOME_DIFFICULTY	3	Avec certaines difficultés
NOT_VERY_WELL	4	Pas vraiment
TOTALLY_INADEQUATELY	5	Pas du tout
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WEA_8	WEA_THNGS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Le fait de ne pas avoir suffisamment d'argent vous empêche-t-il de faire ce qui suit?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WEA_THNGS_FOD_WBF4	01	Acheter vos produits alimentaires préférés
WEA_THNGS_FFO_WBF4	02	Inviter les membres de votre famille ou vos ami·es à prendre un verre ou un repas
WEA_THNGS_POF_WBF4	03	Acheter un vêtement pour un événement social ou une fête de famille
WEA_THNGS_HMR_WBF4	04	Entretenir votre maison
WEA_THNGS_REL_WBF4	05	Remplacer ou réparer les appareils électriques
WEA_THNGS_TRSP_WBF4	06	Payer les tarifs ou les autres frais de transport en direction ou en provenance de vos lieux de destination
WEA_THNGS_PRES_WBF4	07	Acheter des cadeaux aux membres de votre famille ou à vos ami·es
WEA_THNGS_HLDY_WBF4	08	Choisir le genre de vacances que vous souhaiteriez
WEA_THNGS_TRSLF_WBF4	09	Vous offrir une gâterie de temps à autre
WEA_THNGS_NONE_WBF4	96	Aucune de ces réponses / ne s'applique pas
WEA_THNGS_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
WEA_THNGS_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

WEA_9	WEA_ORGMONEY_WBF4	
[ASK IF SDC_MRTL2_WBF4 = 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.		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

WEA_10	WEA_FNDEC_WBF4	
[ASK IF SDC_MRTL2_WBF4 = MARRIED OR COMMON_LAW2]		
Dans votre ménage, qui a le dernier mot lorsqu'il s'agit de prendre des décisions financières importantes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

WEA_11	WEA_SUFFUND_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LITTLE_OR_NO	1	Peu ou pas probable
SOME	2	Probable
HIGH	3	Très probable
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WEA_12	WEA_INHERT_WBF4	
[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 \$?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE	1	Aucune
LOW	2	Faibles
MODERATE	3	Modérées
HIGH	4	Élevées
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

WEA_END

Réseautage social en ligne (INT)

Aperçu	<p>Les questions de ce module portent sur l'utilisation d'Internet, de courriels et de sites de réseautage social.</p> <p>Importance du module : L'information recueillie dans ce module aidera les 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.</p>
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

INT_1	INT_ACCESSHM_WBF4
[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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

INT_2	INT_FRQEMAIL_WBF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence utilisez-vous votre courriel?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

INT_3	INT_FRQWBSTS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence utilisez-vous Internet pour accéder à des sites Web?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INT_4	INT_FRQHLTH_WBF4	
[ASK IF INT_FRQWBSTS_WBF4 ≠ NEVER]		
À quelle fréquence utilisez-vous habituellement Internet pour chercher des informations sur la santé?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INT_5	INT_SCLNTWRK_WBF4	
[ASK IF INT_FRQWBSTS_WBF4 ≠ 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INT_6	INT_WYSSCL_WBF4	
[ASK IF INT_SCLNTWRK_WBF4 = YES]		
Pour quelle(s) raison(s) utilisez-vous les réseaux sociaux? Est-ce pour...		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
INT_WYSSCL_MNF_WBF4	01	Vous faire de nouveaux ami·es
INT_WYSSCL_FRI_WBF4	02	Rester en contact ou planifier des activités avec vos ami·es
INT_WYSSCL_FAM_WBF4	03	Rester en contact ou planifier des activités avec votre famille
INT_WYSSCL_PRO_WBF4	04	Vous promouvoir ou promouvoir votre travail
INT_WYSSCL_INF_WBF4	05	Partager des informations (par exemple, des photos, des centres d'intérêt)
INT_WYSSCL_OTSP_WBF4	97	Autre : _____
INT_WYSSCL_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
INT_WYSSCL_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

INT_6a	INT_FRQMNF_WBF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_WBF4 = INT_WYSSCL_MNF_WBF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour vous faire de nouveaux ami·es?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INT_6b	INT_FRQFRI_WBF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_WBF4 = INT_WYSSCL_FRI_WBF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour rester en contact ou planifier des activités avec vos ami·es?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INT_6c	INT_FRQFAM_WBF4
[ASK IF INT_WYSSCL_WBF4 = INT_WYSSCL_FAM_WBF4]	
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour rester en contact ou planifier des activités avec votre famille?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

INT_6d	INT_FRQPRO_WBF4
[ASK IF INT_WYSSCL_WBF4 = INT_WYSSCL_PRO_WBF4]	
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour vous promouvoir ou promouvoir votre travail?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

INT_6e	INT_FRQINF_WBF4
[ASK IF INT_WYSSCL_WBF4 = INT_WYSSCL_INF_WBF4]	
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour partager des informations (par exemple, des photos, des centres d'intérêt)?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

INT_6f	INT_FRQOTSP_WBF4	
[ASK IF INT_WYSSCL_WBF4 = INT_WYSSCL_OTSP_WBF4]		
À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux pour [AFFICHER TEXTUELLEMENT LES RÉPONSES DE INT_WYSSCL_OTSP_WBF4] ?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER 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 sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

INT_END

Métamémoire (MEM) (Cohorte globale seulement)

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.
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY

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_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de payer une facture à temps?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_2	MEM_MPLAC_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de perdre quelque chose dont vous vous servez quotidiennement, comme vos clés ou vos lunettes?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_3	MEM_RMNUM_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
NO_NEED	6	Ne sais pas / pas de réponse
DK_NA	8	Préfère ne pas répondre
REFUSED	9	Jamais

MEM_4	MEM_RCNME_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de ne pas vous souvenir du nom d'une personne que vous venez de rencontrer?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_5	MEM_LVTHG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier quelque chose que vous aviez prévu de prendre avec vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_6	MEM_FGAPT_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier un rendez-vous?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_7	MEM_FGTD0_WBF4	
[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·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_8	MEM_FGERD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de faire une course?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_9	MEM_SPWRD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à trouver le mot que vous cherchez?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_10	MEM_MBDTL_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_11	MEM_FGMED_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_12	MEM_NAMEK_WBF4
[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?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
NEVER	1 Jamais
RARELY	2 Rarement
SOMETIMES	3 Parfois
OFTEN	4 Souvent
ALLTIME	5 Toujours
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

MEM_13	MEM_PSMEG_WBF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier de transmettre un message?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
NEVER	1 Jamais
RARELY	2 Rarement
SOMETIMES	3 Parfois
OFTEN	4 Souvent
ALLTIME	5 Toujours
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

MEM_14	MEM_FGSAY_WBF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier ce que vous alliez dire au cours d'une conversation?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
NEVER	1 Jamais
RARELY	2 Rarement
SOMETIMES	3 Parfois
OFTEN	4 Souvent
ALLTIME	5 Toujours
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

MEM_15	MEM_FGANV_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_16	MEM_TELNM_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier un numéro de téléphone que vous utilisez fréquemment?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_17	MEM_RETELL_WBF4	
[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?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_18	MEM_PLAWY_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il de ne pas retrouver quelque chose que vous aviez rangé il y a quelques jours?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_19	MEM_BUYTH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier quelque chose que vous aviez l'intention d'acheter?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MEM_20	MEM_DTCNV_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier les détails d'une conversation récente?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
RARELY	2	Rarement
SOMETIMES	3	Parfois
OFTEN	4	Souvent
ALLTIME	5	Toujours
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

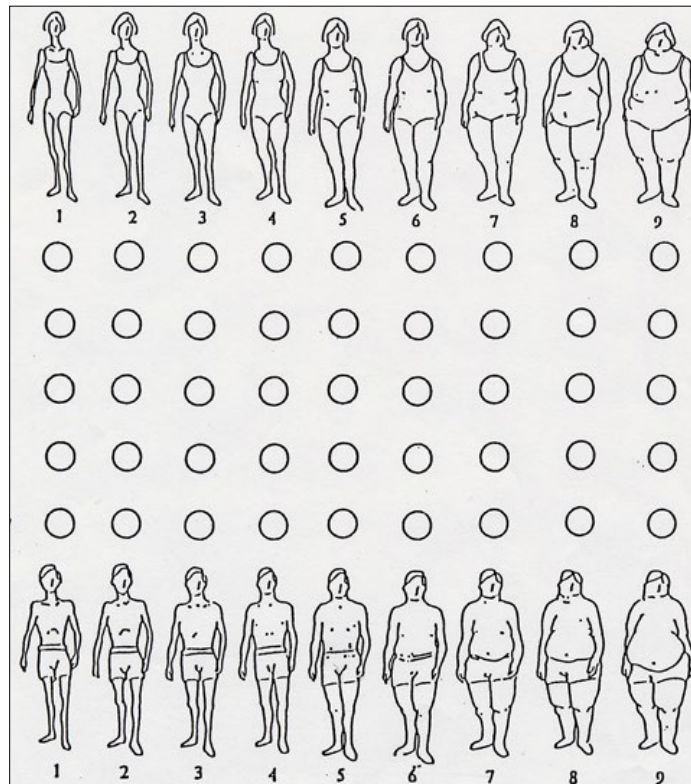
MEM_END

Perception du poids (WTP) (Cohorte globale seulement)

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.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY



CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : Répondez à la question qui suit en regardant l'image.

WTP_1a-WTP_1e				
[ALWAYS ASK]				
Quel schéma représente le mieux votre silhouette à chacun des âges suivants?				
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ				
			NSP / PR	PNPR
			DK_NA	RF
			8	9
WTP_IMAGE25_WBF4	25 ans	_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)		
WTP_IMAGE45_WBF4	45 ans	_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)		
[ASK IF CURRENT AGE ≥ 55]				
WTP_IMAGE55_WBF4	55 ans	_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)		
[ASK IF CURRENT AGE ≥ 65]				
WTP_IMAGE65_WBF4	65 ans	_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)		
WTP_IMAGECUR_WBF4	Actuellement	_____ INSCRIRE LE CHIFFRE (MASK: MIN=1, MAX=9)		

WTP_END

Sommeil (SLE) (Cohorte globale seulement)

Aperçu	Les questions sur le sommeil permettent à l'ÉLCV d'examiner la relation entre le sommeil et la santé. Il a été démontré que des facteurs comme la durée et les mouvements durant le sommeil sont liés à la mortalité et à des problèmes de santé, dont les maladies du cœur.
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**PROGRAMMING NOTES:
THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY.
THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB**

SLE_1	SLE_QLTY_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
À quel point êtes-vous satisfait·e / insatisfait·e de votre sommeil actuel?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_SATISFIED	1	Très satisfait·e
SATISFIED	2	Satisfait·e
NEUTRAL	3	Neutre
DISSATISFIED	4	Insatisfait·e
VERY_DISSATISFIED	5	Très insatisfait·e
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_2	SLE_HOUR_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , en moyenne combien d'heures de sommeil aviez-vous habituellement par nuit?		
REMARQUES AUX PARTICIPANT·ES : CHIFFRE PEUT ÊTRE DIFFÉRENT DU NOMBRE D'HEURES QUE VOUS PASSEZ AU LIT.		
	HEURES	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=0, MAX=24)
DK_NA	98	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	99	Préfère ne pas répondre

SLE_3	SLE_30MIN_WBF4
[ALWAYS ASK]	
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois vous a-t-il fallu plus de 30 minutes pour vous endormir?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
NEVER	1 Jamais
LESS_ONCE_WEEK	2 Moins d'une fois / semaine
1_2_TIME_WEEK	3 Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	4 3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	5 6 à 7 fois / semaine
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

SLE_3a	SLE_30DUR_WBF4
[ASK IF SLE_30MIN_WBF4 ≠ NEVER AND SLE_30MIN_WBF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_30MIN_WBF4 ≠ DK_NA AND SLE_30MIN_WBF4 ≠ REFUSED]	
Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à vous endormir?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
WK	Semaines _____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois _____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années _____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999 Préfère ne pas répondre

SLE_3b	SLE_30INTRF_WBF4
[ASK IF SLE_30MIN_WBF4 ≠ NEVER AND SLE_30MIN_WBF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_30MIN_WBF4 ≠ DK_NA AND SLE_30MIN_WBF4 ≠ REFUSED]	
À quel point considérez-vous que cette difficulté à vous endormir perturbe votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue dans la journée, capacité d'effectuer les tâches quotidiennes ou à travailler, concentration, mémoire, humeur, etc.)?	
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE	
NOT_AT_ALL	1 Aucunement
LITTLE	2 Légèrement
SOMEWHAT	3 Moyennement
MUCH	4 Très
VERY_MUCH	5 Extrêmement
DK_NA	8 Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9 Préfère ne pas répondre

SLE_4	SLE_MIDFQ_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois vous êtes-vous réveillé·e au milieu de la nuit ou très tôt le matin et avez eu de la difficulté à vous rendormir?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	2	Moins d'une fois / semaine
1_2_TIME_WEEK	3	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	4	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	5	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_4a	SLE_MIDDUR_WBF4	
[ASK IF SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ NEVER AND SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ DK_NA AND SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à rester endormi·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

SLE_4b	SLE_MIDINTRF_WBF4	
[ASK IF SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ NEVER AND SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ DK_NA AND SLE_MIDFQ_WBF4 ≠ REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à rester endormi·e perturbe votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue dans la journée, capacité d'effectuer les tâches quotidiennes ou à travailler, concentration, mémoire, humeur, etc.)?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NOT_AT_ALL	1	Aucunement
LITTLE	2	Légèrement
SOMEWHAT	3	Moyennement
MUCH	4	Très
VERY_MUCH	5	Extrêmement
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_5	SLE_STAYFQ_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois avez-vous ressenti de la difficulté à rester éveillé·e pendant vos heures normales d'éveil lorsque vous le désiriez?		
REMARQUE AUX PARTICIPANT·ES : SI FAIRE UNE SIESTE EST UNE ACTIVITÉ RÉGULIÈRE ET VOLONTAIRE, NE PAS LA « COMPTER ».		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	2	Moins d'une fois / semaine
1_2_TIME_WEEK	3	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	4	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	5	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_5a	SLE_STAYDUR_WBF4	
[ASK IF SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ NEVER AND SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ DK_NA AND SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous cette difficulté à rester éveillé·e?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

SLE_5b	SLE_STAYINTRF_WBF4	
[ASK IF SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ NEVER AND SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ DK_NA AND SLE_STAYFQ_WBF4 ≠ REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à rester éveillé·e perturbe votre fonctionnement quotidien?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
NOT_AT_ALL	1	Aucunement
LITTLE	2	Légèrement
SOMEWHAT	3	Moyennement
MUCH	4	Très
VERY_MUCH	5	Extrêmement
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_6	SLE_DREAM_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous a-t-on déjà dit que vous « mimiez » vos rêves en dormant (par exemple, frapper, gesticuler, faire semblant de courir, etc.) ou croyez-vous le faire?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_6a	SLE_DRMDUR_WBF4	
[ASK IF SLE_DREAM_WBF4 = YES]		
Depuis combien de temps « mimez-vous » vos rêves?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

SLE_7	SLE_LEGS_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Ressez-vous de l'inconfort dans vos jambes quand vous êtes assis·e ou allongé·e ou en avez-vous déjà ressenti?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_8	SLE_LGURG_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà éprouvé ou éprouvez-vous parfois le besoin récurrent ou la forte envie de bouger vos jambes quand vous êtes assis·e ou allongé·e?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_8a	SLE_LGDUR_WBF4	
[ASK IF SLE_LEGS_WBF4 = YES OR SLE_LGURG_WBF4 = YES]		
Depuis combien de temps éprouvez-vous cet inconfort ou ce besoin de bouger?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9999	Préfère ne pas répondre

SLE_8b	SLE_LGFQ_WBF4	
[ASK IF SLE_LEGS_WBF4 = YES OR SLE_LGURG_WBF4 = YES]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois (par semaine, en moyenne) avez-vous éprouvé cet inconfort ou ce besoin de bouger?		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_THAN_ONCE	1	Moins d'une fois
ONCE_TWICE	2	Une ou deux fois
3_4_TIMES	3	Trois ou quatre fois
MORE_4_TIMES	4	Plus de quatre fois
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_8c	SLE_LGIMPR_WBF4	
[ASK IF SLE_LEGS_WBF4 = YES OR SLE_LGURG_WBF4 = YES]		
Est-ce que cet inconfort ou ce besoin de bouger les jambes disparaît / s'améliore lorsque que vous êtes actif·ve ou lorsque vous bougez?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_8d	SLE_LGEVE_WBF4	
[ASK IF SLE_LEGS_WBF4 = YES OR SLE_LGURG_WBF4 = YES]		
Est-ce que cet inconfort ou ce besoin de bouger empire le soir ou la nuit comparativement au matin?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Les questions suivantes portent sur le ronflement. Le ronflement est répandu et il n'est habituellement pas grave. Toutefois, le ronflement pourrait altérer le sommeil de certaines personnes. Afin que nous puissions étudier le sommeil dans le cadre de l'ÉLCV, veuillez répondre aux questions suivantes.

SNO_1	SNO_SNORE_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous un ronflement sonore? Par « sonore », je veux dire suffisamment puissant pour être entendu à travers une porte fermée.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SNO_2	SNO_STOPBREATH_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
A-t-on observé des arrêts respiratoires pendant votre sommeil?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

SLE_END

Questionnaire sur le chronotype de Munich (MCT) (Cohorte globale seulement)

MCTQ Core, English, Version 2015-01. ©Till Roenneberg & co-workers

**PROGRAMMING NOTES:
THIS MODULE IS ADMINISTERED TO COMPREHENSIVE PARTICIPANTS ONLY
THIS MODULE IS PART OF DCS BY WEB**

Dans ce module, nous vous demandons de décrire vos habitudes de sommeil au cours des quatre dernières semaines. Nous demandons séparément les jours de travail et les jours de congé. Veuillez répondre aux questions en vous basant sur ce que vous avez ressenti au cours d'une semaine habituelle, qui comprend vos jours de travail réguliers et vos jours de congé.

MCT_1	MCT_REGWK_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
J'ai un horaire de travail régulier (cela inclut les femmes et les hommes au foyer).		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MCT_1a	MCT_WKDAY_NB_WBF4	
[ASK IF MCT_REGWK_WBF4 = YES]		
Je travaille _____ jours par semaine.		
	1	_____ (MASK: MIN=1, MAX=7)
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

Si vous répondez « Oui, 7 jours » ou « Non », veuillez considérer si vos heures de sommeil peuvent néanmoins différer entre les « jours de travail » et les « jours de congé » et remplissez le module en prenant ces informations en compte.

Veuillez utiliser un horaire de 24 heures (par exemple, 23 h au lieu de 11 h pm).

MCT_2-6		
[ALWAYS ASK]		
<u>Jours de travail</u>		
MCT_BED_WD_WBF4	HH:MM	Je me couche à ____ heures.
Notez que certaines personnes restent éveillées pendant un certain temps après s'être mises au lit.		
MCT_READY_WD_WBF4	HH:MM	En réalité, je me prépare à m'endormir à ____ heures.
MCT_SLEEP_WD_WBF4	MIN	J'ai besoin de ____ minutes pour m'endormir. (MASK: MIN=0, MAX=60)
MCT_WAKE_WD_WBF4	HH:MM	Je me réveille à ____ heures.
MCT_GETUP_WD_WBF4	MIN	Après ____ minutes, je me lève. (MASK: MIN=0, MAX=60)

MCT_7	MCT_ALARMWD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
J'utilise un réveil les jours de semaine.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MCT_8	MCT_BEFORE_WBF4	
[ASK IF MCT_ALARMWD_WBF4 = YES]		
Je me réveille régulièrement AVANT que le réveil sonne.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MCT_9-13		
[ALWAYS ASK]		
<u>Jours de congé</u>		
MCT_BED_FD_WBF4	HH:MM	Je me couche à ____ heures.
Notez que certaines personnes restent éveillées pendant un certain temps lorsqu'elles sont au lit.		
MCT_READY_FD_WBF4	HH:MM	En réalité, je me prépare à m'endormir à ____ heures.
MCT_SLEEP_FD_WBF4	MIN	J'ai besoin de ____ minutes pour m'endormir. (MASK: MIN=0, MAX=60)
MCT_WAKE_FD_WBF4	HH:MM	Je me réveille à ____ heures.
MCT_GETUP_FD_WBF4	MIN	Après ____ minutes, je me lève. (MASK: MIN=0, MAX=60)

MCT_14	MCT_ALARMFD_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Mon heure de réveil dépend de l'utilisation d'un réveil.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MCT_15	MCT_REASON_WBF4	
[ALWAYS ASK]		
Je ne peux <u>pas</u> choisir librement mes heures de sommeil les jours de congé en raison de situations particulières.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	Ne sais pas / pas de réponse
REFUSED	9	Préfère ne pas répondre

MCT_16	MCT_ALRMWHY_WBF4	
[ASK IF MCT_REASON_WBF4 = YES]		
Si oui :		
CONSIGNES AUX PARTICIPANT·ES : SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
MCT_ALRMWHY_CHP_WBF4	01	Enfants/animaux
MCT_ALRMWHY_HO_WBF4	02	Loisirs
MCT_ALRMWHY_OTSP_WBF4	97	Autre, par exemple : _____
MCT_ALRMWHY_DK_NA_WBF4	98	Ne sais pas / pas de réponse
MCT_ALRMWHY_REFUSED_WBF4	99	Préfère ne pas répondre

MCT_END

END