

82-6025 F

82-6025 F istique Canada Statistics Canada

1988 C.3

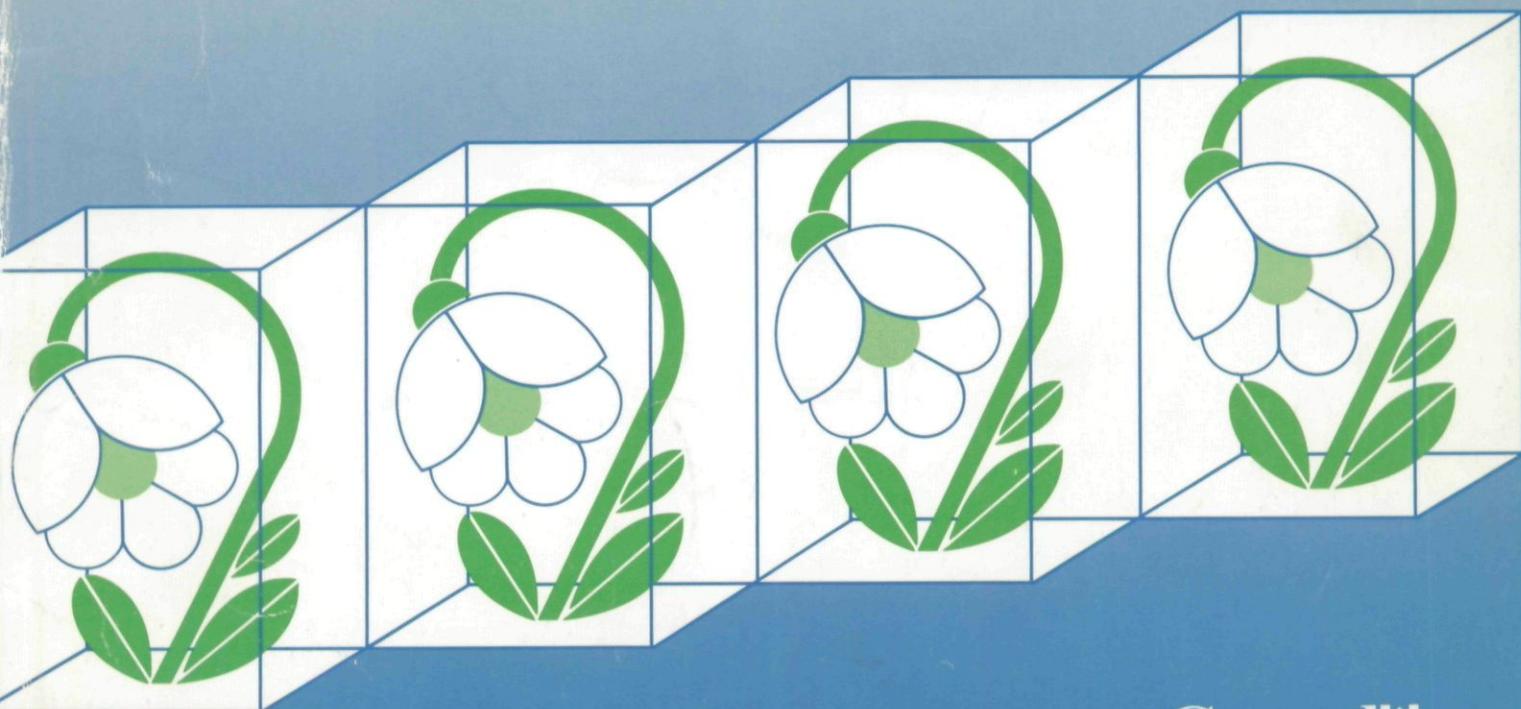
Enquête sur la santé et les limitations d'activités

82-6025 F

C.3

Guide de l'utilisateur

Juin 1988



Canada

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités

GUIDE DE L'UTILISATEUR

Programme de la base
de données sur l'incapacité
Statistique Canada
Ottawa, Ontario
juin 1988

This document is available in English

Table des matières

| | Page |
|--|-----------|
| 1. Contexte | 1 |
| 2. Objectifs de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités | 1 |
| 3. Définition de l'incapacité | 1 |
| 4. Résumé de la méthodologie de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités | 2 |
| 4.1 Plan de l'échantillonnage | 2 |
| 4.2 Collecte des données | 3 |
| 4.3 Traitement des données et estimation | 4 |
| 4.4 Limites des données | 4 |
| 5. Les données du recensement reliées à l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités | 5 |
| 6. Les produits offerts sur l'incapacité | 6 |
| 7. Les questionnaires | 7 |
| 7.1 Vue d'ensemble | 7 |
| 7.2 Analyse du contenu des questionnaires destinés aux adultes | 7 |
| 7.3 Analyse du contenu des questionnaires destinés aux enfants | 8 |
| Annexes | 11 |
| A. Formules de l'enquête | |
| B. Liste de certaines variables du recensement de 1986 | |
| C. Régions infraprovinciales de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités | |
| D. Les tableaux: quelles précisions donner pour commander ? | |

1. Contexte

En mai 1980, le Comité parlementaire spécial concernant les invalides et les handicapés a été formé avec le mandat de présenter un rapport à la Chambre des communes sur les besoins et les préoccupations des personnes ayant une incapacité au Canada. En février 1981, le Comité a publié ses conclusions dans le rapport intitulé *Obstacles*. Ce rapport incluait 130 recommandations demandant une action de la part du gouvernement du Canada.

Tout au long des recherches du Comité, on a noté qu'il y avait un manque de données, au niveau national, sur les personnes ayant une incapacité. La recommandation 113 enjoignait à Statistique Canada «d'accorder une haute priorité à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une stratégie à long terme devant générer des données complètes sur les personnes handicapées...»¹

La réponse de Statistique Canada a été d'élaborer un plan d'action qui soulignait les principales activités à entreprendre pour mettre sur pied une base de données nationale sur l'incapacité, base de données qui comprendrait tous les genres d'incapacités et toutes les régions géographiques du Canada.

Des représentants de ministères et d'organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, de sociétés d'État et d'associations de personnes ayant une incapacité ou de personnes qui se dévouent pour elles ont été rejoints afin de déterminer leurs exigences spécifiques en matière de données.

Statistique Canada a ensuite entrepris trois grandes activités de collecte de données. Il s'agit de :

- 1) la conduite de l'Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada (ESIC), comme supplément à l'Enquête sur la population active d'octobre 1983 et de juin 1984;
- 2) l'addition d'une question sur les limitations d'activités au questionnaire du recensement de la population de 1986 afin d'aider Statistique Canada à concevoir un cadre d'échantillon à partir duquel choisir les personnes devant participer à l'enquête postcensitaire, l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités; et
- 3) la conduite de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) qui a été menée auprès des ménages à l'automne 1986 et auprès des établissements au printemps 1987.

¹ *Obstacles*, rapport du Comité parlementaire spécial concernant les invalides et les handicapés, février 1981, p. 131.

2. Objectifs de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités

Les objectifs de l'ESLA étaient les suivants :

- 1) élargir le champ d'application de l'enquête pour inclure les personnes ayant une incapacité résidant au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans les réserves indiennes et dans les établissements;
- 2) interviewer un nombre suffisant de personnes ayant une incapacité afin de permettre la publication de données pour des régions infraprovinciales (comme les grandes municipalités et des groupes de petites municipalités) ainsi que des données sur les incapacités à faible incidence (comme la maladie d'Alzheimer); et
- 3) élargir la définition de l'incapacité pour inclure des personnes dont l'incapacité est due uniquement à l'existence d'une affection psychiatrique.

3. Définition de l'incapacité

«Dans le contexte de l'expérience de la santé, l'incapacité est toute réduction ou absence (résultant d'une déficience) de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale par un être humain»²

Avec le développement de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, l'Organisation mondiale de la santé a développé un cadre à l'intérieur duquel on peut mesurer la conséquence d'une maladie. Le concept d'«incapacité» a été mis en opération à travers une série de questions connues comme les «activités de tous les jours»³.

Dans le cadre de la banque de données nationale sur l'incapacité, l'approche des limitations fonctionnelles a été utilisée pour la population adulte (âgée de 15 ans et plus) à l'aide d'une version modifiée des questions portant sur les «activités de tous les jours».

² *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*, Organisation mondiale de la santé, 1980, p. 143.

³ *Mesurer l'incapacité*, Organisation de coopération et de développement économiques, étude spéciale n°5, 1982.

Les personnes ne sont pas considérées comme ayant une incapacité si elles utilisent un appareil spécial qui élimine complètement la limitation : par exemple, une personne utilisant une prothèse auditive et déclarant qu'il n'y a aucune limitation lorsqu'elle l'utilise ne serait pas incluse dans la banque de données.

La notion de durée a également été considérée comme paramètre additionnel : la limitation devait être présente pour au moins six mois, c'est-à-dire qu'elle avait duré ou devait durer au moins six mois.

Pour les enfants âgés de moins de 15 ans, les deux enquêtes (ESIC et ESLA) ont fait appel à une approche générale des limitations ainsi qu'à une liste d'affections chroniques et à une autre concernant les appareils spéciaux. Une réponse positive à l'une ou l'autre de ces trois catégories indiquait une incapacité.

4. Résumé de la méthodologie de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités

4.1 Plan de l'échantillonnage

La population cible de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) comprenait toutes les personnes ayant une incapacité physique ou psychologique qui résidaient au Canada au moment du recensement de 1986. Cette définition inclut les résidents des territoires septentrionaux et ceux des réserves indiennes ainsi que les résidents permanents de la plupart des logements collectifs et des établissements de soins de santé. Seuls sont exclus, pour des raisons opérationnelles, les résidents des établissements pénitentiaires et correctionnels.

L'ESLA comprend : l'enquête auprès des ménages, qui a été effectuée immédiatement après le recensement de la population de 1986, et l'enquête auprès des établissements, qui a été effectuée au printemps 1987.

L'enquête auprès des ménages

L'enquête auprès des ménages⁴ s'est déroulée en deux étapes. Pour la première étape, il a été décidé d'ajouter une question portant sur les limitations d'activités et les incapacités au questionnaire détaillé du recensement de 1986. Cette question figurait au n°20 du questionnaire, auquel 20 % des ménages ont répondu.

⁴On peut se procurer le document de travail concernant le plan de l'échantillon auprès de l'équipe de l'ESLA à Ottawa, en téléphonant au numéro 613-951-0025.

20. (a) Êtes-vous limité(e) dans vos activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique:

À la maison ?

Non, je ne suis pas limité(e)
Oui, je suis limité(e)

À l'école ou au travail ?

Non, je ne suis pas limité
Oui, je suis limité(e)
Sans objet

Dans d'autres activités, par ex., dans vos trajets entre la maison et votre lieu de travail ou dans vos loisirs ?

Non, je ne suis pas limité(e)
Oui, je suis limité(e)

(b) Avez-vous des incapacités ou handicaps à long terme ?

Non
Oui

Le questionnaire de l'ESLA relatif aux ménages devait être rempli lors de la seconde étape.

Cette question devait permettre d'identifier le plus grand nombre possible de personnes pouvant avoir une incapacité. On pouvait ensuite être en mesure de concentrer le maximum des ressources de l'enquête sur le groupe cible.

Relativement à l'enquête auprès des ménages de l'ESLA, il a été décidé que la détermination des répondants admissibles ferait partie intégrante des opérations sur le terrain du recensement de 1986. Parmi leurs tâches, les 23,530 représentants du recensement avaient à vérifier les questionnaires du recensement et à dresser des listes de personnes (selon les groupes d'âge sélectionnés) qui avaient répondu par l'affirmative à la question sur l'incapacité du questionnaire du recensement.

Deux ensembles principaux ont été constitués; le premier englobe les réserves indiennes et le second, les autres secteurs. Toutes les réserves indiennes ont été incluses dans l'enquête, et un échantillon des autres secteurs a été sélectionné. Près de 112,000 personnes ont été sélectionnées pour constituer l'échantillon «Oui», c'est-à-dire l'échantillon qui comprenait les personnes ayant répondu avoir des limitations à la question 20 du questionnaire détaillé du recensement.

Avant de procéder au recensement de 1986, on a effectué une vérification sur le terrain afin de déterminer si toutes les personnes ayant une incapacité répondraient «Oui» à la question sur l'incapacité du recensement de 1986. Pour identifier ces personnes, on s'est fondé sur les questions de sélection posées dans l'ESIC. Les résultats de cette vérification ont indiqué que de nombreuses personnes ayant une légère incapacité ainsi que certaines personnes âgées ne répondraient pas par l'affirmative à la question du recensement. C'est pour cette raison qu'il a été décidé de sélectionner, à partir des formules du recensement de 1986, un échantillon de personnes qui avaient répondu négativement à la question sur l'incapacité; il s'agit de l'échantillon «Non».

Environ 72,500 personnes ont été sélectionnées, et une interview a eu lieu auprès de chacune d'elles. L'enquêteur devait considérer l'interview terminée lorsqu'au moins une réponse positive était donnée à l'une des questions de sélection de l'ESLA.

Cinq pour cent des personnes interrogées ont changé la réponse qu'elles avaient auparavant donnée et ont répondu «Oui» au lieu de «Non». Trois mille cinq cents personnes sont ainsi venues s'ajouter à l'échantillon des personnes ayant une incapacité.

Le tirage de l'échantillon de l'ESLA s'est fait de façon à permettre la production d'estimations pour les caractéristiques des personnes en état d'incapacité dans au plus 237 régions infraprovinciales au Canada (voir la liste à l'Annexe C). Pour certaines sous-populations, il se peut qu'il faille combiner quelques-unes de ces régions infraprovinciales. On s'est de plus assuré de pouvoir produire des estimations au niveau provincial pour les autochtones vivant dans les réserves. Environ 184,500 personnes faisaient partie de l'échantillon de l'enquête auprès des ménages.

L'enquête auprès des établissements

Le recensement de la population de 1986 a permis de dresser une liste d'établissements pour le Canada. On s'est servi de cette liste lors de la première étape de sélection dans le cadre de l'enquête auprès des établissements. À partir de cette liste, on a choisi cinq genres d'établissements, qui sont compris dans l'ESLA. Ce sont :

- les orphelinats et les foyers pour enfants;
- les foyers de soins spéciaux et les établissements pour les personnes âgées et celles qui souffrent d'une maladie chronique;
- les centres hospitaliers;
- les établissements psychiatriques;
- les centres de traitement et les établissements pour les personnes ayant une incapacité physique.

Les établissements ont été regroupés en trois ensembles. Le premier englobe les établissements de petite taille (30 résidents permanents ou moins), le deuxième, les établissements de taille moyenne et le dernier, les établissements de grande taille. La définition d'un établissement de grande taille varie d'une province à l'autre. On a établi l'échantillon des établissements en fonction du genre et de la taille de ceux-ci.

Pour chacun des établissements, on a établi un échantillon de résidents selon la liste fournie par l'établissement. Cette liste comprenait les résidents qui vivaient, au 1^{er} mars 1987, dans l'établissement et qui avaient demeuré dans un établissement pendant une période continue de six mois ou plus.

La méthode de collecte favorisée consistait à mener une interview personnelle auprès de la personne sélectionnée. Toutefois, si cette dernière n'était pas en mesure de répondre elle-même, on faisait appel à un membre du personnel ou au plus proche parent. L'enquête auprès des établissements a été confiée à des interviewers expérimentés de Statistique Canada.

Les autres logements collectifs faisaient partie de l'enquête auprès des ménages (sauf les établissements pénitentiaires et correctionnels). L'échantillon de l'enquête auprès des établissements était représentatif de la taille et des catégories d'établissements et permettait de faire des estimations concernant les caractéristiques des résidents ayant une incapacité, au niveau provincial ou territorial. Pour les besoins de l'enquête, on a sélectionné 1,100 établissements; l'échantillon des résidents comptait 19,100 personnes.

4.2 Collecte des données

La collecte des données de l'enquête auprès des ménages s'est déroulée au cours de l'été 1986, immédiatement à la suite du travail sur le terrain du recensement de 1986. Pour mener les interviews, on

| Catégorie | Taux % |
|-------------------------------------|--------|
| Personnes ayant répondu | 90 |
| Personnes ayant refusé de répondre | 3 |
| Personnes n'ayant pas été rejointes | 6 |
| Autres cas | 1 |
| Total | 100 |

a retenu environ 1,200 représentants du recensement, qui ont reçu une formation additionnelle sur le contenu et les procédures de l'enquête. Ceux-ci ont recueilli les données en menant des interviews personnelles dans la plupart des cas concernant les personnes qui avaient répondu avoir des limitations à la question 20 du questionnaire détaillé du recensement l'échantillon «Oui». Ils ont par ailleurs procédé à des interviews téléphoniques dans la plupart des cas concernant les personnes qui avaient répondu n'avoir pas de limitations à la question 20 (l'échantillon «Non»).

Dans le cas des enfants, l'interview se déroulait en présence d'un parent ou d'un autre adulte. Dans le cas des adultes, on s'adressait directement à la personne sélectionnée; cependant, on a parfois mené l'interview auprès d'un autre membre du ménage, par exemple lorsque l'état physique ou psychologique du répondant l'empêchait de participer à l'enquête. Environ 12 % des interviews auprès des adultes ont eu lieu en faisant appel à un autre membre du ménage.

Le taux de réponse de l'enquête auprès des ménages a été de 90 %. Le tableau suivant présente des renseignements supplémentaires relatifs au taux de réponse.

La collecte des données auprès des établissements a été effectuée en mars et en avril 1987. Seules les interviews personnelles étaient acceptables pour les fins de cette enquête. Bien que les interviewers aient reçu la directive de s'adresser directement aux résidents adultes, cela n'a été possible que dans 42 % des cas, en raison, en grande partie, de la gravité de l'état de nombreux résidents. Toutes les autres interviews ont été effectuées avec l'aide du personnel des établissements ou du plus proche parent. Le taux de réponse de l'enquête auprès des établissements a été de 97 %.

4.3 Traitement des données et estimation

La saisie des données des enquêtes auprès des ménages et des établissements a été effectuée par le personnel des bureaux régionaux de Statistique Canada. Ces données ont ensuite été transmises au bureau central pour être traitées. La saisie terminée, les questionnaires des enquêtes ont été expédiés à Ottawa.

Tous les enregistrements de la base de données de l'ESLA ont fait l'objet d'une préparation informatique complexe qui a permis de vérifier la validité et la cohérence des réponses obtenues. Les données manquantes ou erronées ont été considérées comme étant «inconnues» ou, dans certains cas, déterminées à partir d'autres renseignements contenus dans le même questionnaire.

L'un des avantages d'une enquête postcensitaire, c'est que les données de l'enquête peuvent être reliées aux renseignements recueillis lors du recensement pour chacun des répondants participant à l'enquête. Ce lien n'a été établi que pour l'enquête auprès des ménages; en conséquence, pour cette partie de l'ESLA, chaque enregistrement contient maintenant les données de l'enquête de même que les données correspondantes du recensement pour chaque personne. (Pour obtenir plus de précisions, reportez-vous à la section 5.)

Dans le cadre d'une enquête probabiliste, comme c'est le cas de l'ESLA, chaque répondant de l'échantillon représente un sous-ensemble de la population étudiée. En conséquence, on attribue à chaque enregistrement de la base de données un poids correspondant au nombre de personnes représentées. De plus, le poids est modifié de façon à compenser les refus de répondre et les écarts entre la population observée et la population cible. Les résultats de l'enquête sont ensuite multipliés par le poids numérique, ce qui permet d'obtenir une estimation des réponses qu'on pourrait obtenir pour l'ensemble de la population. Les résultats de l'ESLA ont été pondérés pour représenter la population canadienne, à l'exclusion des personnes non admissibles pour les fins de l'enquête, soit les personnes vivant dans des établissements pénitentiaires et correctionnels, et dans les réserves indiennes non dénombrées lors du recensement de 1986.

4.4 Limites des données

Toutes les statistiques obtenues à partir de la base de données de l'ESLA sont des estimations fondées sur une enquête probabiliste menée auprès d'une fraction seulement de la population canadienne (environ une personne sur 25 dans la strate des personnes ayant répondu "oui" et une personne sur 300 dans la strate des personnes ayant répondu "non"). Par conséquent, ces statistiques sont susceptibles d'erreurs qu'on peut regrouper en deux catégories: l'erreur d'échantillonnage et les erreurs non dues à l'échantillonnage.

L'erreur d'échantillonnage est la différence entre une estimation dérivée de l'échantillon et celle qui aurait été obtenue par un recensement de la population utilisant les mêmes procédures de collecte de données. Dans le cadre d'un sondage probabiliste tel que l'ESLA, on peut estimer cette erreur à partir des données de l'enquête. La mesure de l'erreur utilisée est l'écart-type de l'estimation. Lorsque l'erreur d'échantillonnage d'une estimation est supérieure à 25% de l'estimation elle-même, on la considère comme étant trop peu fiable pour être publiée, et dans ce cas, le symbole "---" est imprimé dans la case

correspondante du tableau. Lorsque l'erreur estimée se situe entre 16.5% et 25%, l'estimation correspondante est accompagnée du symbole "*" dans le tableau. Il convient d'utiliser ces estimations avec prudence pour soutenir une conclusion.

Enfin, toute estimation dont l'erreur d'échantillonnage est inférieure à 16.5% peut être utilisée sans restriction.

Toutes les autres formes d'erreurs (erreurs d'observations, de réponse, de traitement et de non-réponse) sont des erreurs non dues à l'échantillonnage. En général, il est difficile d'identifier et d'évaluer l'importance de plusieurs de ces erreurs.

Les erreurs d'observation se produisent lorsqu'il existe des différences entre la population cible et la population échantillonnée. Dans le cas de l'ESLA, l'intégration de l'enquête à la structure du recensement de la population a permis de réduire grandement ce type d'erreur. Seules une certaine portion des réserves indiennes et des logements collectifs ont été systématiquement ignorés dans le processus d'échantillonnage, mais leur importance est négligeable au niveau de la population totale. Par conséquent, les erreurs d'observation ne devraient pas avoir d'influence significative sur les données de l'ESLA.

Toute enquête statistique souffre d'un certain pourcentage de non-réponse parmi l'échantillon sélectionné. La non-réponse est totale lorsque, pour une raison ou une autre une personne choisie n'a pu être interviewée pour les fins de l'enquête. La non-réponse est partielle lorsque seulement une partie du questionnaire a été complété.

L'erreur due à la non-réponse dépend du niveau, et, surtout, des différences qui peuvent exister entre les caractéristiques de l'échantillon des répondants et celles de l'échantillon des non-répondants. En principe plus ces différences sont marquées, plus l'impact sera grand sur l'exactitude des estimations.

En ce qui concerne l'ESLA, le taux de réponse obtenu (90%) se compare favorablement au taux habituellement observé dans ce type d'enquête. De plus, diverses mesures ont été mises en oeuvre pour diminuer le biais causé par le nombre de non-réponses, notamment en ajustant les données à la distribution de certaines caractéristiques démographiques obtenues par le recensement. Le taux de réponse était également élevé pour la plupart des questions particulières. Dans les tableaux, les non-réponses apparaissent sous la rubrique "inconnu" ou "non déclaré".

Il est prévu que des études plus poussées seront effectuées concernant la qualité des données. Les per-

sonnes intéressées peuvent communiquer avec l'équipe de projet de l'ESLA pour obtenir les résultats.

5. Les données du recensement reliées à l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités

L'échantillon de l'ESLA ayant été tiré de la base de données du recensement de 1986, les données du recensement ont plus tard été reliées à la base de données de l'ESLA afin qu'il soit possible d'offrir des renseignements plus complets pour chaque personne sélectionnée dans l'enquête auprès des ménages. Cette opération a été faite pour les échantillons «Oui» et «Non».

Les données du recensement qui sont offertes comprennent des variables relatives à la personne ainsi que, pour chaque personne, des variables relatives au ménage et à la famille. Les variables du recensement qui ont trait à la personne offrent un large éventail de renseignements, notamment l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le lieu de naissance, la citoyenneté, l'origine ethnique, la langue maternelle, la langue parlée à la maison.

Les variables sur le ménage comprennent la taille et le genre du ménage ainsi que des données relatives au logement dans lequel vit le ménage (par exemple le logement possédé ou loué par le membre du ménage, le type de logement et la date de construction, le nombre de pièces, le coût du loyer ou de l'hypothèque).

Comme le recensement divisait le ménage en familles «économiques» et «de recensement», des renseignements sont offerts pour ces deux entités (par exemple la structure de la famille, le statut de la personne sélectionnée au sein de la famille).

Aucune autre donnée du recensement n'est offerte pour les répondants de l'enquête auprès des établissements parce que ces personnes ont été choisies à partir de listes de résidents actuels fournies par l'établissement plutôt qu'à partir de la base de données du recensement. L'enquête auprès des établissements n'a permis de recueillir que des renseignements démographiques de base.

Grâce au lien avec le recensement de la population de 1986, il sera également possible de faire des rapprochements entre les personnes ayant une incapacité et les personnes n'ayant pas d'incapacité pour ce qui est des variables recueillies lors du recensement de la population de 1986.

La liste de certaines variables du recensement de

1986 se retrouve à l'Annexe B.

6. Les produits offerts sur l'incapacité

Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada (1983-1984)

On peut se procurer les publications dont la liste est donnée ci-dessous en téléphonant au 613-951-7276 ou en écrivant à : Vente des publications, pièce 1710, immeuble Principal, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6.

Prière d'inclure un chèque ou un mandat postal fait à l'ordre du Receveur général du Canada--Publications, et de donner tous les renseignements sur les publications demandées (numéro au catalogue, titre, langue).

On peut également commander les publications auprès des services consultatifs de n'importe quel centre de consultation régional de Statistique Canada, ou d'un agent autorisé ou d'autres libraires.

Statistique Canada offre maintenant un service de commande téléphonique sans frais. Les Canadiens peuvent utiliser ce service pour commander les produits de Statistique Canada ou pour demander les services offerts en composant le 1-800-267-6677.

- Rapport de l'Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada, numéro 82-555 au catalogue, anglais ou français, \$15 au Canada, \$16 dans les autres pays.

- Faits saillants de l'Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada, numéro 82-563 au catalogue, anglais ou français, \$7 au Canada, \$8 dans les autres pays.

On peut se procurer, au coût de \$1,000, un fichier de microdonnées auprès de la Division de la santé, Statistique Canada, Ottawa, (Ontario), K1A 0T6.

Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1986-1987

Les premières données de l'ESLA ont été rendues publiques le 31 mai 1988. Elles ont paru dans l'addenda du Quotidien, bulletin que publie Statistique Canada. Cet addenda présentait les faits saillants des données de l'ESLA.

On peut commander les produits dont la liste est donnée ci-dessous auprès des services consultatifs de n'importe quel centre de consultation régional de Statistique Canada ou en communiquant avec le personnel de l'ESLA à :

Enquête sur la santé et les limitations d'activités
Statistique Canada
3^e étage, section D-2, immeuble Jean-Talon
Parc Tunney's
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-0025

•Données sélectionnées pour le Canada, les provinces et les territoires

Cet ensemble de tableaux statistiques a été établi à partir de la base de données de l'ESLA et comprend une variété de tableaux pour les groupes suivants au niveau provincial :

- population du Canada ayant une incapacité
- enfants ayant une incapacité (âgés de 0 à 14 ans)
- adultes ayant une incapacité (âgés de 15 ans et plus)
- adultes ayant une incapacité (âgés de 15 à 64 ans)
- adultes ayant une incapacité (âgés de 65 ans et plus)

Numéro 41034 au catalogue, anglais ou français, \$15.

•Rapport des faits saillants

La publication de ce rapport est prévue pour l'automne 1988. Ce rapport contiendra des données sommaires sous forme de tableaux et de diagrammes de même qu'une première analyse et des conclusions.

•Rapports thématiques spéciaux

Les rapports de cette série offrent une analyse plus détaillée des problèmes spécifiques relatifs à la population ayant une incapacité.

•Fichier de microdonnées

Le fichier de microdonnées contient les données de l'ESLA relatives aux personnes de même que les données du recensement correspondantes (dont la confidentialité est assurée). Les données du recensement comprennent les variables relatives à la personne, au ménage et à la famille pour toutes les personnes sélectionnées pour participer à l'enquête (c'est-à-dire les échantillons «Oui» et «Non»). Il est ainsi possible de faire des rapprochements entre les personnes ayant une incapacité et les personnes n'ayant pas d'incapacité.

•Services spéciaux offerts sur demande

Les données de l'enquête peuvent être offertes sur disquettes de micro-ordinateur pour utilisation avec des progiciels de calcul de tableaux ou sous forme de listes sur papier. Ces deux produits seront offerts au prix coûtant. Des caractéristiques précises sont nécessaires (voir l'annexe D, «Les tableaux: quelles précisions donner pour commander ?»).

7. Les questionnaires

7.1 Vue d'ensemble

On a utilisé six questionnaires pour réaliser l'ESLA, soit quatre pour l'enquête auprès des ménages et deux pour l'enquête auprès des établissements. Le tableau de la page suivante indique de quelle façon ils ont été utilisés.

Le contenu des questionnaires a été élaboré à l'aide des résultats d'une consultation exhaustive menée auprès de fonctionnaires qui travaillent à la mise en oeuvre de programmes s'adressant aux personnes ayant une incapacité ainsi qu'auprès de personnes du secteur privé engagées dans des associations de personnes ayant une incapacité ou dans des associations qui se dévouent pour elles.

Le contenu de la formule 02 a été établi de manière à répondre de la façon la plus complète aux besoins exprimés lors des consultations. La formule 04 était une version abrégée de la formule 02; elle a été établie en fonction des données qui étaient appropriées à la localisation géographique des personnes. Quand cela était possible, les questions de la formule 04 étaient identiques à celles de la formule 02.

Les deux autres questionnaires s'adressant aux ménages étaient destinés aux enfants (14 ans et moins). La formule 03 était destinée aux régions pour lesquelles la formule 02 pour adultes a été établie. Quant à la formule 05, elle était destinée aux autres ménages de l'enquête et elle correspondait à la formule 04 pour adultes. Le contenu de la formule 03 a été établi de manière à répondre de la façon la plus complète aux besoins de données concernant les enfants ayant une incapacité.

Les deux questionnaires s'adressant aux établissements (formules 06 et 07) étaient semblables aux formules 02 et 03, mais ils étaient d'une portée plus réduite, car ils portaient uniquement sur les établissements.

Les sections 7.2 et 7.3 donnent des précisions supplémentaires sur le contenu des questionnaires.

En plus des données recueillies par l'ESLA, la base de données définitive comprendra des variables sélectionnées qui seront tirées du recensement de la population de 1986 concernant la personne observée. Elle comprendra également des renseignements du recensement de 1986 relatifs au ménage dans lequel réside la personne sélectionnée.

Une liste des données du recensement disponibles dans la base de données de l'ESLA se retrouve à l'Annexe B.

7.2 Analyse du contenu des questionnaires destinés aux adultes

Cette analyse a été établie d'après le contenu de la formule 02 parce qu'il s'agissait du questionnaire pour adultes le plus complet. Les formules 04 et 06 étaient des versions abrégées de la formule 02. Leurs questions ont été présentées dans un ordre différent.

Section A - Questions de sélection

Les questions de cette section ont servi à déterminer si le répondant était limité dans ses activités quotidiennes en raison d'une affection ou d'un problème de santé d'une durée de six mois ou plus. On demandait au répondant d'indiquer s'il avait des problèmes à accomplir ces activités, même à l'aide d'un appareil spécial, comme des verres, une prothèse auditive, un appareil orthopédique, etc. D'autres questions portaient sur les limitations dues à des difficultés d'apprentissage et à des affections ou problèmes d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental.

Section B - Appareils spéciaux

Le but de cette section était de déterminer quels sont les appareils spéciaux utilisés par le répondant ou dont il a besoin et qui lui permettent de faire certaines choses par lui-même et de se débrouiller. Des questions portaient également sur les médicaments pris par le répondant, que ces médicaments aient été prescrits ou non.

Section C - Services sociaux

Le but de cette section était d'obtenir des renseignements sur la façon dont l'affection ou le problème de santé du répondant réduit sa capacité à mener à bien les activités courantes du ménage, telles que préparer les repas, faire les emplettes, effectuer les tâches et les lourds travaux domestiques, gérer ses finances personnelles. Les questions visaient à déterminer de quelle aide ont besoin les personnes ayant une incapacité pour continuer à vivre de façon autonome.

Section D - L'emploi

Les questions de cette section devaient permettre d'avoir un aperçu des obstacles auxquels se heurtent les personnes ayant une incapacité. Il fallait voir quelle place celles-ci occupent sur le marché de travail et quelles sont les conséquences qu'entraînent ces obstacles dans la vie de celles qui travaillent, cherchent un emploi ou ont cessé de chercher un emploi.

Section E - Le niveau de scolarité

Le but de cette section était de déterminer l'incidence des affections physiques et des problèmes

de santé chroniques sur la formation scolaire des personnes ayant une incapacité.

Section F - Transport

Les questions de cette section portaient sur les problèmes que rencontrent les personnes ayant une incapacité dans l'utilisation du réseau local des transports et sur les difficultés qu'elles vivent lorsqu'elles effectuent de longs trajets, en avion, en autocar, en train ou en automobile.

Section G - Logement

Les questions de cette section portaient sur les installations particulières dont se sert le répondant ou dont il a besoin pour entrer chez lui, en sortir ou se déplacer à l'intérieur de chez lui.

Section H - Loisirs et mode de vie

Cette section portait sur la participation du répondant à des activités physiques et de loisirs ainsi que sur ses habitudes en matière de tabagisme, d'alcool et d'alimentation. Le but de cette section était d'apporter des éclaircissements quant à certains problèmes qui entravent ou limitent la participation du répondant à ces activités et de mieux cerner l'étendue de sa participation.

Section I - Profil économique

Le but de cette section était d'obtenir des renseignements sur les sommes supplémentaires que débourse le répondant ainsi que sur le montant de la prestation d'invalidité qu'il reçoit.

7.3 Analyse du contenu des questionnaires destinés aux enfants

Cette analyse a été établie d'après le contenu de la formule 03 parce qu'il s'agissait du questionnaire pour enfants le plus complet. Les formules 05 et 07 étaient des versions abrégées de la formule 03. Leurs questions ont été présentées dans un ordre différent.

Section A - Questions de sélection

Cette section a été conçue dans le but de déterminer quelles sont les maladies, les affections chroniques dont souffrent les enfants ayant une affection ou un problème de santé. Des questions ont également servi à déterminer quels sont les appareils spéciaux dont ceux-ci se servent et quelles sont les limitations vécues par ceux-ci dans leurs activités à la maison, à l'école ou au jeu. Par ailleurs, les questions portant sur les limitations visaient à déterminer s'ils éprouvent de la difficulté à accomplir une activité, même à l'aide d'un appareil spécial, comme des verres ou un appareil orthopédique.

Section B - Niveau de scolarité

Le but de cette section était de déterminer de quelle façon une affection chronique ou un problème de santé influe sur la formation scolaire des enfants ayant une incapacité. Les questions portaient, entre autres, sur les obstacles que ceux-ci rencontrent en matière d'accès à l'enseignement.

Les questionnaires de l'ESLA

| | Adultes (15 ans et plus) | Enfants (moins de 15 ans) |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉNAGES | | |
| régions du sud des provinces, centres urbains sélectionnés du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, et réserves indiennes du sud des provinces | FORMULE 02 | FORMULE 03 |
| régions du nord des provinces, Yukon et Territoires du Nord-Ouest (sauf les centres urbains sélectionnés), et réserves indiennes éloignées | FORMULE 04 | FORMULE 05 |
| ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS | FORMULE 06 | FORMULE 07 |

Section C - Transport

Les questions de cette section portaient sur les problèmes que rencontrent les enfants ayant une affection chronique ou un problème de santé lorsqu'ils effectuent de courts trajets ou lorsqu'ils parcourent de plus longues distances en avion, en autocar, en train ou en auto.

Section D - Logement

Cette section portait sur les installations particulières dont se servent les enfants ayant une incapacité ou dont ils ont besoin pour entrer chez eux, en sortir et se déplacer à l'intérieur de leur demeure.

Section E - Activités physiques

Certaines questions de cette section avaient pour but de déterminer quels sont les médicaments pris par les enfants souffrant d'une affection, que ces médicaments aient été prescrits ou non. D'autres questions portaient sur les problèmes vécus par les enfants ayant une incapacité (âgés de 10 à 14 ans) dans l'accomplissement d'activités physiques comme la marche, la natation, la bicyclette ou le base-ball.

Veillez noter que, pour les enfants âgés de 0 à 5 ans inclusivement, les seuls renseignements recueillis portaient sur la nature de l'incapacité (section A du questionnaire).

Appendix A :
Formules de l'enquête



Questionnaire 02

Enquête sur la santé et les limitations d'activités (Adultes - 15 ans et plus)

"Déclaration exigée en vertu de la Loi sur la statistique, Statuts du Canada, 1970-71-72, chapitre 15"

INTRODUCTION

STATISTIQUE CANADA MÈNE UNE ENQUÊTE SPÉCIALE POUR OBTENIR DES DONNÉES SUR LES CANADIENS, QUI, POUR DES RAISONS RELIÉES À LA SANTÉ, SONT LIMITÉS DANS LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QU'ILS PEUVENT FAIRE QUOTIDIENNEMENT. LES DONNÉES RECUEILLIES DANS L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS AUX ACTIVITÉS DEVRAIENT PERMETTRE D'IDENTIFIER LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR CES CANADIENS DANS DES DOMAINES COMME L'EMPLOI, L'ÉDUCATION, LES DÉPLACEMENTS, LE LOGEMENT ET LES LOISIRS.

État final du quest.

- Entièrement complété 1
- Partiellement " 2
- Refus 3
- Aucun contact 4
- Autre 5

DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

- Échantillon des "oui" 1
- Échantillon des "non" 2

| | | | | | | |
|------|--------|-------|----|--------|-------------------------------|-------------------|
| PROV | CÉF N° | SD N° | NV | Ménage | Type de formule 0 2 | N° de la personne |
|------|--------|-------|----|--------|-------------------------------|-------------------|

| | |
|--|-----------|
| Nom <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Nom Prénom </div> | Téléphone |
|--|-----------|

| |
|---|
| Adresse Rue et N° ou lot et concession ou location exacte Ville, village, canton, autre municipalité ou réserve indienne Province ou territoire Code Postal |
|---|

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|-------|--|--|--|--|------|------|-------|--|--|--|--|
| Date de naissance <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td colspan="4">Année</td> </tr> </table> | | | | | | | Jour | Mois | Année | | | | Sexe Homme 1 <input type="radio"/> Femme 2 <input type="radio"/> |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | | | | | |

Source de l'information

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| La personne de référence 1 <input type="radio"/> OU Substitut - Parent ou enfant 2 <input type="radio"/> - Autre membre de la famille 3 <input type="radio"/> - Autre 4 <input type="radio"/> | } Raison de la substitution | Hospitalisée 1 <input type="radio"/> Incapable de répondre 2 <input type="radio"/> Personne absente 3 <input type="radio"/> Autre 4 <input type="radio"/> |
|---|--------------------------------|--|

Registre des visites/Appels de l'interviewer

| N° de l'appel ou de la visite | Date | L'heure de l'appel ou de la visite | Interview | | | Commentaires |
|-------------------------------|------|------------------------------------|-----------|-----|--------------|--------------|
| | | | Début | Fin | Durée (min.) | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| DURÉE TOTALE (Minutes) | | | | | | |

Signature de l'interviewer _____
Date _____

SECTION A - QUESTIONS DE SÉLECTION

| | |
|--|---|
| <p>J'aimerais vous poser quelques questions sur votre capacité d'accomplir certaines activités même à l'aide d'appareils spéciaux, si vous en utilisez habituellement. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui devraient durer six mois ou plus.</p> | <p>Colonne de sélection Oui</p> |
| <p>1 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À ENTENDRE CE QUI SE DIT AU COURS D'UNE CONVERSATION NORMALE AVEC UNE AUTRE PERSONNE?</p> <p style="text-align: right;">Oui, éprouve des difficultés 1 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non, pas de difficulté... 2 <input type="radio"/> → Passez à 2</p> | <p>1 <input type="radio"/></p> <p>Passez à 1a</p> |
| <p>1a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</p> <p>Âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | |
| <p>1b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable 3 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable 4 <input type="radio"/></p> | |
| <p>1c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation normale avec une autre personne?</p> <p>Précisez <input type="text"/></p> | |
| <p>1d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> | |
| <p>2 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À ENTENDRE CE QUI SE DIT AU COURS D'UNE CONVERSATION EN GROUPE AVEC AU MOINS TROIS AUTRES PERSONNES?</p> <p style="text-align: right;">Oui, éprouve des difficultés 5 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non, pas de difficulté... 6 <input type="radio"/> → Passez à 3</p> | <p>5 <input type="radio"/></p> <p>Passez à 2a</p> |
| <p>2a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</p> <p>Âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | |
| <p>2b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable 7 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable 8 <input type="radio"/></p> | |
| <p>2c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?</p> <p>Même affection qu'à la question <input type="text"/> <input type="text"/> c → Passez à 3</p> <p>Précisez <input type="text"/></p> | |
| <p>2d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>3 À L'INTERVIEWER</p> <p>Si le "Oui" est coché à la question 1 ou 2,</p> <p>alors 1 <input type="radio"/> → Passez à 3a</p> <p>Autrement 2 <input type="radio"/> → Passez à 4</p> </div> | |

3a Êtes-vous capable de comprendre ce qu'on vous dit au moyen d'un appareil téléphonique ordinaire, avec une prothèse auditive si vous en portez une?
Oui 3 Non 4

3b J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des appareils spéciaux pour les mal entendant. Utilisez-vous actuellement ...
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.
une prothèse auditive? 1
un appareil de télécommunication pour les mal entendant, par exemple:
un télécopieur, un visior? 2
un décodeur des émissions sous-titrées? 3
un système d'amplification spécial, par exemple:
un système F.M. personnel? 4
un téléphone à volume réglable? 5
d'autres appareils pour les mal entendant? 6
(précisez) _____
aucun 7

3c Y a-t-il des appareils pour les mal entendant dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?
Oui 5 Non 6 → Passez à 3f

3d De quel(s) appareil(s) avez-vous besoin?
INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.
Prothèse auditive 1
Appareil de télécommunication pour les mal entendant, par exemple:
un télécopieur, un visior 2
Décodeur des émissions sous-titrées 3
Système d'amplification spécial, par exemple:
un système F.M. personnel 4
Téléphone à volume réglable 5
Autre(s) appareil(s) pour les mal entendant 6
(précisez) _____

3e Quel est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas cet (ces) appareil(s)?
INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.
L'affection n'était pas assez grave 1
Ne savait pas où les obtenir 2
Trop coûteux/Ne pouvait pas se le permettre 3
N'était(ent) pas disponible(s) 4
N'a(ont) jamais été prescrit(s) 5
Aucune raison spéciale 6
Autre raison 7

3f La prochaine question porte sur certaines capacités de communication que vous pouvez avoir. Êtes-vous capable ...
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.
d'utiliser un langage gestuel? 1
de lire sur les lèvres? 2
rien de ce qui précède 3

3g Parmi ces deux capacités, y en a-t-il dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?
Oui 5 Non 6

4 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À LIRE LES CARACTÈRES ORDINAIRES D'UN JOURNAL (AVEC DES VERRÉS SI VOUS EN PORTEZ HABITUELLEMENT)?

Oui, éprouve des difficultés 1 ○

Non, pas de difficulté ... 2 ○ → Passez à 5

Colonne de sélection
Oui
1 ○
Passez à 4a

4a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

4b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 3 ○
Non, capable 4 ○

4c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à lire les caractères ordinaires d'un journal?
Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 5
Précisez

4d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

5 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOIR CLAIREMENT LA FIGURE DE QUELQU'UN À 12 PIEDS/4 MÈTRES (par ex., d'un bout à l'autre d'une pièce) AVEC DES VERRÉS SI VOUS EN PORTEZ HABITUELLEMENT?

Oui, éprouve des difficultés 5 ○

Non, pas de difficulté ... 6 ○ → Passez à 6

5 ○
Passez à 5a

5a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

5b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 7 ○
Non, capable 8 ○

5c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à voir clairement la figure de quelqu'un à 12 pieds/4 mètres?
Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 6
Ou précisez

5d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

6 À L'INTERVIEWER

Si le "Oui" est coché à la question 4 ou 5,

alors 1 → Passez à 6a

Autrement 2 → Passez à 7

Colonne
de sélection
Oui

6a Un spécialiste des troubles de la vision vous a-t-il déclaré(e) légalement aveugle?

Oui 3

Non 4 → Passez à 6c

Ne sait pas/incertain 5

6b Êtes-vous capable de reconnaître une main placée en face de vos yeux et de compter le nombre de doigts qu'on vous montre?

Oui 6

Non 7

6c J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des appareils spéciaux pour les handicapés visuels. Utilisez-vous actuellement ...

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

des verres/lunettes/verres de contact? 1

des loupes ou d'autres appareils grossissant? 2

du matériel d'enregistrement (bande, cassette, etc.)? 3

une canne blanche? 4

d'autre(s) appareil(s) pour les handicapés visuels? 5

(précisez) _____

aucun 6

6d Y a-t-il des appareils pour les handicapés visuels dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?

Oui 7

Non 8

→ Passez à 7

6e De quel(s) appareil(s) avez-vous besoin?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Verres/lunettes/verres de contact 1

Loupes ou autres appareils grossissant 2

Appareil(s) pour les handicapés visuels 3

(précisez) _____

6f Quel est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas cet (ces) appareil(s)?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.

L'affection n'était pas assez grave 1

Ne savait pas où les obtenir 2

Trop coûteux/ne pouvait pas se le permettre 3

N'était(ent) pas disponible(s) 4

N'a(ont) jamais été prescrit(s) 5

Aucune raison spéciale 6

Autre raison 7

7 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À PARLER ET ÊTRE COMPRIS(E)?

Oui, éprouve des difficultés 1 ○

Non, pas de difficulté .. 2 ○ → Passez à 8

Colonne de sélection
Oui
1 ○
Passez à 7a

7a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

7b Jusqu'à quel point croyez-vous être capable de vous faire comprendre en parlant à ...

| | Entièrement | Partiellement | Pas du tout |
|--|-------------|---------------|-------------|
| a) des membres de votre famille? | 1 ○ | 2 ○ | 3 ○ |
| b) vos amis? | 4 ○ | 5 ○ | 6 ○ |
| c) d'autres personnes? | 7 ○ | 8 ○ | 9 ○ |

7c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à parler et être compris(e)?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 8

Précisez

7d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

8 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À MARCHER SUR UNE DISTANCE DE 400 VERGES/MÈTRES SANS VOUS REPOSER (environ trois pâtés de maisons)?

Oui, éprouve des difficultés 3 ○

Non, pas de difficulté .. 4 ○ → Passez à 9

3 ○
Passez à 8a

8a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

8b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 5 ○

Non, capable 6 ○

8c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à marcher sur une distance de 400 verges/mètres sans vous reposer?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 9

Précisez

8d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

9 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À MONTER ET DESCENDRE UN ESCALIER (environ 12 marches)?

Oui, éprouve des difficultés 7

Non, pas de difficulté ... 8 → Passez à 10

Colonne de sélection
Oui
Passez à 9a

9a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

9b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 1
Non, capable 2

9c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à monter et descendre un escalier?
Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 10
Précisez

9d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

10 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À TRANSPORTER UN OBJET DE 10 LIVRES SUR UNE DISTANCE DE 30 PIEDS/5 KILOGRAMMES SUR 10 MÈTRES (par ex., un sac d'épicerie)?

Oui, éprouve des difficultés 3

Non, pas de difficulté ... 4 → Passez à 11

Passez à 10a

10a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

10b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 5
Non, capable 6

10c Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à transporter un objet de 10 livres sur une distance de 30 pieds?
Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 11
Précisez

10d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

11 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS DÉPLACER D'UNE PIÈCE À UNE AUTRE?

Colonne
de sélection
Oui

Oui, éprouve des difficultés 7

Non, pas de difficulté .. 8 → Passez à 12

Passez à 11a

11a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

11b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 1

Non, capable 2

11c Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre?

Même affection qu'à la question c → Passez à 12

Précisez

11d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

12 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS TENIR DEBOUT PENDANT DE LONGUES PÉRIODES C'EST-À-DIRE PENDANT PLUS DE 20 MINUTES? RAPPELEZ-VOUS QU'IL S'AGIT DE PROBLÈMES QUI DEVRAIENT DURER 6 MOIS OU PLUS.

Oui, éprouve des difficultés 3

Non, pas de difficulté .. 4 → Passez à 13

Passez à 12a

12a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

12b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 5

Non, capable 6

12c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous tenir debout pendant de longues périodes?

Même affection qu'à la question c → Passez à 13

Précisez

12d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

15 EPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS METTRE AU LIT ET À SORTIR DU LIT?

Colonne
de sélection
Oui

Oui, éprouve des difficultés 7

Non, pas de difficulté ... 8 → Passez à 16

Passez à 15a

15a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

15b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 1

Non, capable 2

15c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous mettre au lit et à sortir du lit?

Même affection qu'à la question c → Passez à 16

Précisez

15d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

16 EPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS COUPER LES ONGLES D'ORTEILS?

Oui, éprouve des difficultés 3

Non, pas de difficulté ... 4 → Passez à 17

Passez à 16a

16a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

16b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 5

Non, capable 6

16c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous couper les ongles d'orteils?

Même affection qu'à la question c → Passez à 17

Précisez

16d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

17 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS SERVIR DE VOS DOIGTS POUR SAISIR OU MANIER UN OBJET?

Oui, éprouve des difficultés 1 ○
Non, pas de difficulté ... 2 ○ → Passez à 18

Colonne de sélection
Oui
1 ○
Passez à 17a

17a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

17b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 1 ○
Non, capable 2 ○

17c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet?
Même affection qu'à la question c → Passez à 18
Précisez

17d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

18 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À ÉTENDRE LE BRAS DANS N'IMPORTE QUELLE DIRECTION POUR PRENDRE QUELQUE CHOSE (par ex., au dessus de votre tête)?

Oui, éprouve des difficultés 3 ○
Non, pas de difficulté ... 4 ○ → Passez à 19

3 ○
Passez à 18a

18a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

18b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 5 ○
Non, capable 6 ○

18c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à étendre le bras dans n'importe quelle direction pour prendre quelque chose?
Même affection qu'à la question c → Passez à 19
Précisez

18d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

| | |
|---|----------------------------------|
| <p>20b À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités? Âge <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | Colonne de sélection (Oui) |
| <p>20c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui limite vos activités? Même affection qu'à la question <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> c → Passez à 21 Précisez <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> | |
| <p>20d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. </div> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> | |
| <p>21 UN PROFESSIONNEL DE L'ENSEIGNEMENT OU DE LA SANTÉ VOUS A-T-IL DÉJÀ DIT QUE VOUS AVIEZ DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE?</p> <p style="text-align: right;">Oui 4 ○ Non 5 ○ → Passez à 22</p> | |
| <p>21a Quel est le nom de votre difficulté d'apprentissage? Précisez <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> | ← Passez à 21a |
| <p>22 DE TEMPS À AUTRES, CHACUN ÉPROUVE DES DIFFICULTÉS À SE SOUVENIR DU NOM D'UNE PERSONNE FAMILIÈRE OU À APPRENDRE QUELQUE CHOSE DE NOUVEAU OU IL NOUS ARRIVE D'ÊTRE CONFUS PENDANT QUELQUES INSTANTS. TOUTEFOIS, AVEZ-VOUS EN PERMANENCE DES PROBLÈMES DE MÉMOIRE OU D'APPRENTISSAGE?</p> <p style="text-align: right;">Oui 6 ○ Non 7 ○ → Passez à 23</p> | |
| <p>22a À quel âge avez-vous commencé à avoir ces problèmes? Âge <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | ← Passez à 22a |
| <p>22b Ces problèmes sont-ils causés par un problème de santé ou une affection que vous aviez à la naissance? Oui 8 ○ Non 9 ○</p> | |
| <p>22c Quelle est l'affection qui vous cause ces problèmes? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Cochez toutes les cases qui s'appliquent. </div> <ul style="list-style-type: none"> Séquelles d'une attaque d'apoplexie 1 ○ Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale ou une méningite 2 ○ Blessure au cerveau 3 ○ Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin 4 ○ Affection liée au vieillissement 5 ○ Retard du développement (arriération mentale) 6 ○ Difficultés d'apprentissage 7 ○ Autre (précisez) _____ 8 ○ Ne sait pas 9 ○ </p> | |

| | | |
|-----------|---|---|
| 23 | À CAUSE D'UNE AFFECTION OU D'UN PROBLÈME CHRONIQUE D'ORDRE ÉMOTIF, PSYCHOLOGIQUE, NERVEUX OU MENTAL, ÊTES-VOUS LIMITÉ(E) DANS LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QUE VOUS POUVEZ FAIRE ... | Colonne de sélection Oui |
| | <p style="text-align: center;">(i) À LA MAISON?</p> <p>Oui, est limité(e) 1 <input type="radio"/></p> <p>Non 2 <input type="radio"/></p> | |
| | <p style="text-align: center;">(ii) À L'ÉCOLE OU AU TRAVAIL?</p> <p>Oui, est limité(e) 3 <input type="radio"/></p> <p>Non 4 <input type="radio"/></p> <p>Sans objet 5 <input type="radio"/></p> | |
| | <p style="text-align: center;">(iii) DANS VOS AUTRES OCCUPATIONS COMME LES DÉPLACEMENTS, LES SPORTS OU LES LOISIRS?</p> <p>Oui, est limité(e) 6 <input type="radio"/></p> <p>Non 7 <input type="radio"/></p> | |

23a À L'INTERVIEWER:

Si le "Oui" est coché à la question 23(i), 23(ii) ou 23(iii),

alors 1 → Passez à 23b

Autrement 2 → Passez à 24

23b À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités?

Âge (si moins d'un an, inscrivez 00)

23c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui limite vos activités?

Même affection qu'à la question

Précisez

24 À L'INTERVIEWER:

Si au moins un "Oui" est coché dans la colonne de sélection de la page 2 à 14,

alors 1 → Passez à la section B

Autrement 2 → **METTEZ FIN À L'INTERVIEW**
Remplir la couverture avant du questionnaire

SECTION B - APPAREILS SPÉCIAUX

Les questions suivantes se rapportent à l'influence de votre affection ou votre problème de santé sur la façon dont vous accomplissez vos activités quotidiennes. Ces questions ont été conçues pour une diversité de problèmes de santé ou d'affections et certaines pourraient ne pas s'appliquer dans votre cas

B1 Utilisez-vous ou avez-vous besoin d'appareils pour vous déplacer comme un fauteuil roulant ou des béquilles ou pour remplacer ou vous aider à avoir l'usage de vos mains et de vos bras comme un support de bras?

Oui 1 Non 2 → Passez à B7

B2 Quels appareils utilisez-vous?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Support de dos ou de jambes 01

Chaussures orthopédiques 02

Jambe ou pied artificiel (prothèse) 03

Canne (autre qu'une canne blanche) .. 04

Béquilles 05

Fauteuil roulant 06

Ambulateur 07

Autre(s) appareil(s) pour vous déplacer (précisez) 08

Main ou bras artificiel (prothèse) 09

Support de bras 10

Autre(s) appareil(s) pour les mains 11 ou les bras (précisez)

B3 Y a-t-il des appareils dont vous avez besoin pour vous déplacer ou pour vous assister dans l'usage de vos mains et de vos bras, mais que vous n'avez pas?

Oui 3 Non 4 → Passez à B6

B4 De quel(s) appareil(s) avez-vous besoin mais que vous n'avez pas?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Support de dos ou de jambes 01

Chaussures orthopédiques 02

Jambe ou pied artificiel (prothèse) 03

Canne (autre qu'une canne blanche) 04

Béquilles 05

Fauteuil roulant 06

Ambulateur 07

Autre(s) appareil(s) pour vous déplacer (précisez) 08

Main ou bras artificiel (prothèse) 09

Support de bras 10

Autre(s) appareil(s) pour les mains 11 ou les bras (précisez)

B5 Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas cet (ces) appareil(s)?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.

L'affection n'était pas assez grave 1

Ne savait pas où les obtenir 2

Trop coûteux/Ne pouvait pas se le permettre 3

N'était (ent) pas disponible(s) 4

N'a (ont) jamais été prescrit(s) 5

Aucune raison spéciale 6

Autre raison 7

B6 Avez-vous besoin de renseignements sur du matériel ou des appareils spéciaux qui sont appropriés à votre affection?

Oui 5 Non 6

B7 À cause de votre affection, prenez-vous régulièrement des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance, c'est-à-dire au moins une fois par semaine?

Oui 7 Non 8 → Passez à B10

B8 Combien de sortes de médicaments sur ordonnance prenez-vous chaque jour?

(Si aucun, inscrivez 00)

B9 Combien de sortes de médicaments sans ordonnance prenez-vous chaque semaine?

(Si aucun, inscrivez 00)

B10 Avez-vous besoin d'information, ou de plus d'information, concernant votre affection ou votre problème de santé?

Oui 1 Non 2

PASSEZ À LA SECTION C

SECTION C - SERVICES SOCIAUX

Le prochain groupe de questions concerne la façon dont vous affectuez vos activités quotidiennes.

C1 Qui prépare habituellement vos repas?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Vous seul 1 → Passez à C9
 Vous-même et quelqu'un d'autre 2
 Quelqu'un d'autre 3

C2 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5 → Passez à C10

C3 Êtes-vous aidé(e) par votre conjoint, votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée?

- Oui 6 → C4 Combien de fois vous aide-t-elle?
 Non 7
 ↓
 chaque jour 1
 une fois par semaine ou plus 2
 moins d'une fois par semaine 3

C5 Êtes-vous aidé(e) par un(e) ami(e) ou un voisin?

- Oui 4 → C6 Combien de fois vous aide-t-elle?
 Non 5
 ↓
 chaque jour 6
 une fois par semaine ou plus 7
 moins d'une fois par semaine 8

C7 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre, par exemple un membre d'un service de soins ou de repas à domicile ou un aide embauché à titre privé?

- Oui 1 → C8 Combien de fois recevez-vous ce service?
 Non 2
 ↓
 chaque jour 3
 une fois par semaine ou plus 4
 moins d'une fois par semaine 5

C9 En raison de votre affection, avez-vous besoin d'aide ou d'aide additionnelle pour préparer vos repas?

- Oui 6 Non 7

C10 Qui fait habituellement vos achats d'épicerie ou d'autres produits de première nécessité?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Vous seul 1 → Passez à C18
 Vous-même et quelqu'un d'autre 2
 Quelqu'un d'autre 3

C11 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5 → Passez à C19

C12 Êtes-vous aidé(e) par votre conjoint, votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée?

- Oui 6 → C13 Combien de fois vous aide-t-elle?
 Non 7
 ↓
 chaque jour 1
 une fois par semaine ou plus 2
 moins d'une fois par semaine 3

C14 Êtes-vous aidé(e) par un(e) ami(e) ou un voisin?

- Oui 4 → C15 Combien de fois vous aide-t-elle?
 Non 5
 ↓
 chaque jour 6
 une fois par semaine ou plus 7
 moins d'une fois par semaine 8

C16 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre, par exemple un membre d'un service de soins ou d'entretien à domicile ou un aide embauché à titre privé?

- Oui 1 → C17 Combien de fois recevez-vous ce service?
 Non 2
 ↓
 chaque jour 3
 une fois par semaine ou plus 4
 moins d'une fois par semaine 5

C18 À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide ou d'aide additionnelle pour vos achats d'épicerie ou d'autres produits de première nécessité?

- Oui 6 Non 7

C19 Qui s'occupe habituellement de vos travaux ménagers courants?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Vous seul 1 → Passez à C27
 Vous-même et quelqu'un d'autre 2
 Quelqu'un d'autre 3

C20 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5 → Passez à C28

C21 Êtes-vous aidé(e) par votre conjoint, votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée?

Oui 6 →

Non 7 ↓

C22 Combien de fois vous aide-t-il(elle)?

chaque jour 1

une fois par semaine ou plus 2

moins d'une fois par semaine 3

C23 Êtes-vous aidé(e) par un(e) ami(e) ou un voisin?

Oui 4 →

Non 5 ↓

C24 Combien de fois vous aide-t-il(elle)?

chaque jour 6

une fois par semaine ou plus 7

moins d'une fois par semaine 8

C25 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre, par exemple un membre d'un service de soins à domicile ou une aide embauché à titre privé?

Oui 1 →

Non 2 ↓

C26 Combien de fois recevez-vous ce service?

chaque jour 3

une fois par semaine ou plus 4

moins d'une fois par semaine 5

C27 À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide ou d'aide additionnelle pour faire vos travaux ménagers courants?

Oui 1 Non 2

C28 Qui s'occupe habituellement de vos gros travaux ménagers comme le lavage des murs, l'entretien extérieur ou le déneigement?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Personne 3 } Passez à C31

Vous seul 4 }

Vous-même et quelqu'un d'autre 5 } Passez à C29

Quelqu'un d'autre 6 }

Sans objet 7 → Passez à C32

C29 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 8 Non 9 → Passez à C32

C30 Qui vous aide habituellement?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Votre conjoint, votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée 1

Un(e) ami(e) ou un voisin 2

Quelqu'un d'autre, par ex., un aide embauché à titre privé ou le propriétaire ou le personnel d'un condominium 3

C31 À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide ou d'aide additionnelle pour faire vos gros travaux ménagers difficiles?

Oui 4 Non 5

C32 Qui s'occupe habituellement de vos finances personnelles, comme les activités bancaires ou le paiement des factures?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Vous seul 1 → Passez à C40

Vous-même et quelqu'un d'autre 2

Quelqu'un d'autre 3

C33 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 4 Non 5 → Passez à C41

C34 Êtes-vous aidé(e) par votre conjoint, votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée?

Oui 6 →

Non 7 ↓

C35 Combien de fois vous aide-t-il(elle)?

une fois par semaine ou plus 8

moins d'une fois par semaine 9

C36 Êtes-vous aidé(e) par un(e) ami(e) ou un voisin?

Oui 1 →

Non 2 ↓

C37 Combien de fois vous aide-t-il(elle)?

une fois par semaine ou plus 3

moins d'une fois par semaine 4

C38 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre, y compris un service juridique ou comptable?

Oui 5 →

Non 6 ↓

C39 Combien de fois recevez-vous ce service?

une fois par semaine ou plus 7

moins d'une fois par semaine 8

C40 À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide ou d'aide additionnelle pour voir à vos finances personnelles?
 Oui 1 Non 2

C41 À cause de votre affection, recevez-vous de l'aide pour vos soins personnels, par exemple pour vous laver, faire votre toilette, vous habiller et manger?
 Oui 3 Non 4 → Passez à C51

C42 Êtes-vous aidé(e) par votre conjoint, votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée?

Oui 5 → C43 En moyenne, combien de jours par semaine vous aide-t-il(elle)?
 Non 6

jours

C44 En moyenne, combien d'heures par jour vous aide-t-il(elle)?
 heures

C45 Êtes-vous aidé(e) par un(e) ami(e) ou un voisin?

Oui 7 → C46 En moyenne, combien de jours par semaine vous aide-t-il(elle)?
 Non 8

jours

C47 En moyenne, combien d'heures par jour vous aide-t-il(elle)?
 heures

C48 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre, par exemple un membre d'un service de soins ou d'entretien à domicile ou un aide embauché à titre privé?

Oui 1 → C49 En moyenne, combien de jours par semaine recevez-vous ce service?
 Non 2

jours

C50 En moyenne, combien d'heures par jour recevez-vous ce service?
 heures

C51 En raison de votre affection, avez-vous besoin d'aide ou d'aide additionnelle pour vos soins personnels?
 Oui 3 Non 4

C52 Comment vous déplacez-vous dans votre résidence?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Par vous-même 1 → Passez à C59

Parfois par vous-même et parfois avec l'aide d'une autre personne 2 } Passez à C53

Uniquement avec l'aide d'une autre personne 3

Pas du tout à cause de votre affection ou votre problème de santé 4 → Passez à C59

C53 Êtes-vous aidé(e) par votre conjoint, votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée?

Oui 5 → C54 Combien de fois vous aide-t-il(elle)?
 Non 6

chaque jour 7
 une fois par semaine ou plus 8
 moins d'une fois par semaine 9

C55 Êtes-vous aidé(e) par un(e) ami(e) ou un voisin?

Oui 1 → C56 Combien de fois vous aide-t-il(elle)?
 Non 2

chaque jour 3
 une fois par semaine ou plus 4
 moins d'une fois par semaine 5

C57 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre, par exemple un membre d'un service de soin ou d'entretien à domicile ou une aide embauché à titre privé?

Oui 1 → C58 Combien de fois recevez-vous ce service?
 Non 2

chaque jour 3
 une fois par semaine ou plus 4
 moins d'une fois par semaine 5

C59 À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide ou d'aide additionnelle pour vous déplacer dans votre résidence?

Oui 6 Non 7

C60 Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois?

(si aucune, inscrivez 00)

C61 En raison de votre affection ou de votre problème de santé, combien de fois au cours des trois derniers mois avez-vous consulté un:

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Nombre de fois (si aucune, inscrivez 00)

médecin?

chiropraticien?.....

infirmier/infirmière?.....

physiothérapeute/ergothérapeute/ thérapeute des troubles de la parole?

autre professionnel ou technicien de la santé, par exemple diététicien, psychologue, technicien en radiographie ou en laboratoire, opticien, dentiste?

PASSEZ À LA SECTION D

SECTION D - EMPLOI

D1 INTERVIEWER:

Transcrivez la date de naissance de la page couverture.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Jour Mois Année

Si la date de naissance est antérieure au 3 juin 1921, alors 1 → Passez à la section F

Autrement 2 → Passez à D2

D2 Les questions suivantes se rapportent aux effets de votre affection ou de votre problème de santé sur l'emploi.

La semaine dernière, pendant combien d'heures avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise, sans compter les travaux ménagers ni les travaux d'entretien ou de réparation de votre propre demeure? Considérez comme travail le travail sans rémunération dans une entreprise ou une ferme familiale.

Nombre d'heures, à l'heure près

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 → Passez à D8

Aucune 99

D3 La semaine dernière, étiez-vous ...

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Mis(e) à pied temporairement d'un emploi auquel il/elle compte retourner? 3 → Passez à D49

En vacances, malade, en grève ou lock-out ou absent(e) pour d'autres raisons? 4 → Passez à D8

Rien de ce qui précède 5

D4 La semaine dernière, existait-il des arrangements définis en vertu desquels vous deviez vous présenter à un nouvel emploi au cours des quatre prochaines semaines?

Oui 6 Non 7 → Passez à D6

D5 Auriez-vous pu commencer à travailler la semaine dernière si un emploi avait été disponible?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Oui, prêt(e) à accepter du travail 1

Non, avait déjà un emploi 2

Non, temporairement malade ou invalide ... 3 } Passez à D49

Non, pour des raisons personnelles ou familiales 4

Non, allait à l'école 5 } Passez à la section E

Non, autres raisons 6

D6 Avez-vous cherché un travail au cours des quatre dernières semaines? Par exemple, en vous adressant à un Centre d'emploi du Canada ou à des employeurs, en insérant une annonce dans les journaux ou en répondant à une annonce?

Oui 1 Non 2 → Passez à D63

D7 Auriez-vous pu commencer à travailler la semaine dernière si un emploi avait été disponible?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Oui, prêt(e) à accepter du travail 1

Non, temporairement malade ou invalide ... 3 } Passez à D45

Non, pour des raisons personnelles ou familiales 4

Non, allait à l'école 5 } Passez à la section E

Non, autres raisons 6

PERSONNES EMPLOYÉES

D8 Pendant combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement?

Nombre d'heures

D9 Était-ce un emploi à plein temps ou à temps partiel?

Plein temps Temps partiel

D10 Travaillez-vous pour votre employeur actuel le 3 juin 1986?

Oui 1
Non 2

D11 Pour qui travaillez-vous maintenant?

Nom de l'entreprise, de l'organisme public, etc.

Adresse

Numéro Rue

Ville, village, canton, autre municipalité ou réserve indienne.

Comté Province ou territoire

D12 Quelle était la nature de l'entreprise, de l'industrie ou du service? Par exemple, culture du blé, entretien des routes, magasin de chaussures au détail.

D13 Faisiez-vous le même genre de travail le 3 juin 1986 que celui que vous faites maintenant?

Oui 3 Non 4

D14 Quel genre de travail faites-vous? Par exemple, commis à la facturation, enseignant au secondaire, manoeuvre de l'industrie des aliments.

D15 Dans ce travail, quelles étaient vos activités ou fonctions les plus importantes?

D16 Dans cet emploi, travaillez-vous principalement:

pour un salaire, un traitement, des pourboires ou à commission? 5

sans rémunération, pour votre conjoint ou pour un parent, dans une entreprise ou une ferme familiale? 6

à votre compte, seule ou en association? 7

D17 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous déjà changé d'emploi ou le genre ou la quantité de travail que vous faisiez à un emploi ou une entreprise?

Oui 8 Non 9

D18 À cause de votre affection, vous est-il difficile actuellement de changer d'emploi ou d'obtenir un meilleur emploi?

Oui 1 Non 2

D19 Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez faire à votre entreprise ou votre emploi actuel à cause d'une affection ou d'un problème de santé?

Oui 3 Non 4 → Passez à D27

D20 Étiez-vous au service de votre employeur actuel au moment où votre affection ou votre problème de santé a commencé à limiter le genre ou la quantité de travail que vous pouviez faire?

Oui 5 → Passez à D22 Non 6

D21 Travaillez-vous à un autre emploi ou à une autre entreprise au moment où votre affection a commencé à limiter le genre ou la quantité de travail que vous pouviez faire?

Oui 7 Non 8 → Passez à D26

D22 Faites-vous maintenant le même genre ou la même quantité de travail que vous faisiez au moment où cette affection a commencé à vous limiter?

Oui 1 → Passez à D26 Non 2

D23 Faites-vous une quantité ou un genre différent de travail à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 3 Non 4

D24 Comparativement au travail que vous faisiez avant que votre affection commence à vous limiter, diriez-vous que le travail que vous faites maintenant est ...

plus important? 5

moins important? 6

à peu près semblable? 7

D25 Comparativement au travail que vous faisiez avant que votre affection commence à vous limiter, diriez-vous que ...

vous faites plus de travail maintenant? 1

vous faites moins de travail maintenant? 2

vous faites à peu près la même quantité de travail? 3

D26 À cause de votre affection, à quelle fréquence vous est-il difficile de faire ce qui suit à votre emploi actuel?

| | Tou-jours/ fréquem- ment | Occa- sionnel- lement | Rare- ment/ jamais | Pas une exigence de l'emploi |
|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Vous déplacer | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| Utiliser un escalier ou un plan incliné | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| Vous tenir debout pendant de longues périodes | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| Vous tenir debout, vous accroupir ou vous mettre à genoux | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |
| Vous servir du téléphone ... | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> |
| Rester assis pendant de longues périodes | 21 <input type="radio"/> | 22 <input type="radio"/> | 23 <input type="radio"/> | 24 <input type="radio"/> |
| Lever ou transporter des objets lourds | 25 <input type="radio"/> | 26 <input type="radio"/> | 27 <input type="radio"/> | 28 <input type="radio"/> |
| Dactylo-graphier | 29 <input type="radio"/> | 30 <input type="radio"/> | 31 <input type="radio"/> | 32 <input type="radio"/> |
| Lire | 33 <input type="radio"/> | 34 <input type="radio"/> | 35 <input type="radio"/> | 36 <input type="radio"/> |
| Parier et vous faire comprendre | 37 <input type="radio"/> | 38 <input type="radio"/> | 39 <input type="radio"/> | 40 <input type="radio"/> |

D27 Votre employeur actuel vous offre-t-il une formation en cours d'emploi ou des cours?

Travail à son compte, sans objet 1 → Passez à D40

Oui 2 → **D28** Votre affection limite-t-elle votre participation à ces cours ou vous empêche-t-elle de les suivre?

Non 3 ↓

Ne sait pas 4 ↓

Oui 5

Non 6

D29 Votre employeur offre-t-il un atelier protégé, c'est-à-dire, un endroit où on donne du travail spécifiquement à des personnes handicapées?

Oui 7 → **D30** À cause de votre affection, travaillez-vous dans cet atelier protégé?

Non 8 ↓

Ne sait pas 9 ↓

Oui 1

Non 2

D31 Sur le plan de la sécurité d'emploi, comment décririez-vous votre emploi actuel ...

excellent? 3 } Passez à D33

bon? 4 }

passable? 5 } → **D32** Votre sécurité d'emploi est-elle passable ou mauvaise à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

mauvais? 6 }

Oui 7

Non 8

D33 Comment décririez-vous vos chances d'avancement à votre emploi actuel? Diriez-vous que vos chances d'avancement sont ...

excellentes? 1 } Passez à D35

bonnes? 2 }

passables? 3 } → **D34** Vos chances d'avancement sont-elles passables ou mauvaises à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

mauvaises? 4 }

Oui 5

Non 6

D35 Votre employeur a-t-il un programme spécial pour augmenter l'embauche des personnes handicapées comme un programme d'égalité à l'emploi ou un programme d'action positive?

Oui 1 Non 8

Ne sait pas 9

D36 À cause de votre affection, votre employeur a-t-il mis à votre disposition du matériel spécial ou encore des installations ou des conditions spéciales, y compris un stationnement?

Oui 1 Non 2 → Passez à D38

D37 Qu'a-t-il mis à votre disposition?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Aide de quelqu'un 1

Matériel spécial 2

Horaire/calendrier spécial 3

Stationnement spécial ou gratuit 4

Caractéristiques architecturales spéciales, comme des rampes ou des salles de toilette accessibles 5

Fonctions modifiées/différentes 6

Autres 7

D38 À cause de votre affection, avez-vous besoin de matériel spécial ou encore d'installations ou de conditions spéciales que votre employeur n'a pas mis à votre disposition?

Oui 8 Non 9 → Passez à D40

D39 De quoi avez-vous besoin?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Aide de quelqu'un 1

Matériel spécial 2

Horaire/calendrier spécial 3

Stationnement spécial ou gratuit 4

Caractéristiques architecturales spéciales, par exemple des rampes ou des salles de toilette accessibles 5

Fonctions modifiées/différentes 6

Autres 7

D40 Au cours de la dernière semaine travaillée, quel était le principal moyen de transport que vous utilisiez pour vous rendre à votre travail? Je veux dire par là le moyen que vous avez utilisé pour parcourir la plus grande distance.

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Aucun, travaille à domicile 1

Véhicule motorisé privé 2

Transport en commun rapide/
métro/autobus ordinaire 3

Service spécial d'autobus/de
fourgonnettes pour handicapés 4

Train de banlieue 5

Taxi 6

Bicyclette 7

Marche au travail 8

Autre 9

D41 Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on refusé un emploi à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 1 →

Non 2

D42 Combien de fois?

C'une fois 5

2 à 4 fois 6

5 fois ou plus 7

D43 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous cherché un autre emploi?

Oui 3 →

Non 4

D44 Vous êtes-vous cherché un autre emploi principalement à cause de votre affection?

Oui 8

Non 9

PASSEZ À LA SECTION E

CHÔMEURS

D45 Quelles sont vos chances d'obtenir un emploi au cours des six prochains mois?

- Excellentes 1 }
 Bonnes 2 } **Passez à D47**
 Passables 3 }
 Mauvaises 4 } →

D46 Vos chances d'obtenir un emploi sont-elles passables ou mauvaises à cause de votre problème de santé ou de votre affection?

Oui 5
 Non 6

D47 Désirez-vous un emploi à plein temps ou à temps partiel?

- Plein temps ou temps partiel 7 } **Passez à D49**
 Plein temps seulement 8 }

→ Temps partiel seulement 9 → **D48** Est-ce à cause de votre affection?

Oui 1
 Non 2

D49 Quand avez-vous travaillé pour la dernière fois, ne serait-ce que quelques jours, sans compter les travaux ménagers ni les travaux d'entretien ou de réparation de votre propre demeure? Considérez comme travail le travail sans rémunération dans une entreprise ou une ferme familiale.

Année

Jamais travaillé 99 → **Passez à D55**

D50 À L'INTERVIEWER:

- Si a travaillé pour la dernière fois avant 1981, alors 1 → **Passez à D55**
 Autrement 2 → **Passez à D51**

D51 Pour qui avez-vous travaillé la dernière fois?

Nom de l'entreprise, de l'organisme public, etc.

Adresse

Numéro Rue

Ville, village, canton, autre municipalité ou réserve indienne

Comté, Province ou territoire

D52 Quelle était la nature de l'entreprise, de l'industrie ou du service? Par exemple, culture du blé, entretien des routes, magasin de chaussures au détail.

D53 Quel genre de travail faisiez-vous? Par exemple, commis à la facturation, enseignant au secondaire, manoeuvre de l'industrie des aliments.

D54 Dans ce travail, quelles étaient vos activités ou fonctions les plus importantes?

D55 Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pourriez faire à un emploi ou à une entreprise à cause d'une affection ou d'un problème de santé?

- Oui 3 Non 4 → **Passez à la section E**

D56 Travaillez-vous à un emploi ou à une entreprise au moment où votre affection a commencé à limiter le genre ou la quantité de travail que vous pouviez faire?

Oui 5

Non 6

D57 Votre affection est-elle la raison pour laquelle vous ne travaillez pas actuellement?

Oui 7

Non 8

D58 Votre affection a-t-elle une influence sur votre capacité de vous chercher du travail?

Oui 1

Non 2

D59 Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on refusé un emploi à cause de votre affection?

Oui 3

Non 4

D60 Combien de fois?

Une fois 5

2 à 4 fois 6

5 fois ou plus 7

D61 À cause de votre affection, vous est-il difficile de vous trouver du travail pour les raisons suivantes?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Accès difficile aux immeubles 1

Absence d'aide, de matériel ou d'appareils spéciaux 2

Transport inadéquat 3

Manque d'emploi adéquat 4

Autres 5
(précisez) _____

Rien de ce qui précède 6

D62 À cause de votre affection, avez-vous déjà suivi une formation ou des cours spéciaux pour améliorer vos chances d'obtenir un emploi?

Oui 7

Non 8

PASSEZ À LA SECTION E

HORS DE LA POPULATION ACTIVE

D63 Quand avez-vous travaillé pour la dernière fois à un emploi ou à une entreprise, ne serait-ce que quelques jours, sans compter les travaux ménagers ni les travaux d'entretien ou de réparation de votre propre demeure? Considérez comme travail le travail sans rémunération dans une entreprise ou une ferme familiale.

Année

Jamais travaillé 99 → Passez à D69

D64 À L'INTERVIEWER:

Si a travaillé pour la dernière fois avant 1981, alors 1

→ Passez à D69

Autrement, 2

→ Passez à D65

D65 Pour qui avez-vous travaillé pour la dernière fois?

Nom de l'entreprise, de l'organisme public, etc.

Adresse

Numéro

Rue

Ville, village, canton, autre municipalité ou réserve indienne

Comté,

Province ou territoire

D66 Quelle était la nature de l'entreprise, de l'industrie ou du service? Par exemple, culture du blé, entretien des routes, magasin de chaussures au détail.

D67 Quel genre de travail faisiez-vous? Par exemple, commis à la facturation, enseignant au secondaire, manoeuvre de l'industrie des aliments.

D68 Dans ce travail, quelles étaient vos activités ou fonctions les plus importantes?

D69 Êtes-vous totalement incapable de travailler à un emploi ou à une entreprise à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 3 → Passez à la section E

Non 4

D70 Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on refusé un emploi à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 3 →

Non 4 ↓

D71 Combien de fois?

Une fois 5

2 à 4 fois 6

5 fois ou plus 7

D72 À cause de votre affection, vous est-il difficile de vous trouver du travail pour les raisons suivantes?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Accès difficiles aux édifices 1

Absence d'aide, de matériel ou d'appareils spéciaux 2

Transport inadéquat 3

Manque d'emploi adéquat 4

Autres 5
(précisez) _____

Rien de ce qui précède 6

D73 Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pourriez faire à un emploi ou à une entreprise à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 5 Non 6 → Passez à la section E

D74 Vous êtes-vous cherché du travail au cours des 2 dernières années?

Oui 7 Non 8 → Passez à la section E

D75 Avez-vous cessé de chercher du travail principalement à cause de votre affection ou problème de santé?

Oui 1 Non 2

D76 En raison de votre affection, avez-vous déjà suivi une formation ou des cours spéciaux pour améliorer vos chances d'obtenir un emploi?

Oui 7 Non 8

D77 La semaine dernière, vouliez-vous un emploi?

Oui 1 Non 2 → Passez à D80

D78 Vouliez-vous un emploi à plein temps ou à temps partiel?

Plein temps ou temps partiel 3 } Passez à D80

Plein temps seulement 4 }

Temps partiel seulement 5 →

D79 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 6

Non 7

D80 Pensez-vous chercher du travail à n'importe quel moment au cours des 6 prochains mois?

Oui 8 Non 9 → Passez à la section E

D81 À votre avis, quelles sont vos chances de trouver un emploi au cours des 6 prochains mois?

Excellentes 1 } Passez à la section E

Bonnes 2 }

Passables 3 } →

Mauvaises 4 }

D82 Vos chances sont-elles passables ou mauvaises à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 5

Non 6

PASSEZ À LA SECTION E

SECTION E - INSTRUCTION

Les questions suivantes porteront sur l'instruction.

E1 En avril 1986, étiez-vous inscrit(e) à une école, un collège ou une université?
 Oui 1 Non 2 → Passez à E16

E2 Était-ce au Canada?
 Oui 3 Non 4

E3 Étiez-vous inscrit comme étudiant à plein temps ou à temps partiel?
 Plein temps 5
 Temps partiel 6

E4 Suiviez-vous des cours par correspondance ou à domicile en avril 1986?
 Oui 7 Non 8

E5 Dans quel genre d'école étiez-vous inscrit(e)?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- École spéciale pour les personnes ayant une affection ou un problème de santé 1 → Passez à E8
- École primaire ou secondaire ordinaire 2 → Passez à E6
- Collège communautaire, CEGEP, institut technique, hôpital-école de soins infirmiers ou de technologie médicale 3 → Passez à E10
- Université ou école normale 4 → Passez à E12
- Autre 5 → Passez à E13

E6 À quel genre de programme étiez-vous inscrit(e)?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Formation générale surtout 4
- Métiers ou formation professionnelle surtout 5
- Autre 6

E7 À cette école primaire ou secondaire, étiez-vous inscrit(e) ...

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

uniquement à des classes spéciales pour les personnes ayant une affection ou un problème de santé? 1

uniquement à des classes ordinaires? 2 → Passez à E9

à certaines classes ordinaires et à certaines classes spéciales destinées aux personnes ayant une affection ou un problème de santé? 3

E8 Quel genre de formation receviez-vous à cette école?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Réadaptation 6
- Physiothérapie/thérapie de communication 7
- Cours de formation générale 8
- Métiers ou formation professionnelle 9

E9 En quelle année étiez-vous inscrit(e) en avril 1986?

Année } Passez à E13
 Aucune année en particulier 99

E10 À quel genre de programme étiez-vous inscrit(e)?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Programme menant à un certificat 7
- Programme menant à un diplôme 8
- Ne cherche pas à obtenir un diplôme ou un certificat 9 → Passez à E13

E11 Quelle est la durée du programme auquel vous étiez inscrit(e)?

- Un an ou moins 1
 - 13 mois à 2 ans 2
 - Plus de 2 ans 3
- } Passez à E13

E12 Quel genre de grade, diplôme ou certificat désiriez-vous obtenir?

INTERVIEWER Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Diplôme/certificat, y compris un brevet d'enseignement 4

Baccalauréat 5

Diplôme d'études supérieures (maîtrise, doctorat, études postdoctorales) 6

Aucun grade, diplôme ou certificat 7

E13 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous utilisé du matériel spécial ou bénéficié de conditions spéciales mis à votre disposition par cette école, ce collège ou cette université, par exemple un stationnement?

Oui 8 Non 9

E14 À cause de votre affection, aviez-vous besoin de conditions spéciales ou de matériel spécial qui n'étaient pas mis à votre disposition par cette école?

Oui 1 Non 2

E15 En avril dernier, quel était le principal moyen de transport que vous utilisiez pour vous rendre à l'école? Je veux dire par là le moyen que vous avez utilisé pour parcourir la plus grande distance.

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Aucun, étudie à domicile 1

Véhicule motorisé privé 2

Autobus scolaire ordinaire 3

Autobus/métro/tramway ordinaire 4

Service spécial d'autobus/de fourgonnettes pour handicapés 5

Bicyclette 6

Marche à l'école 7

Autre 8

Passez à E20

E16 Combien d'années scolaires avez-vous complétées?

Années → Passez à E18

ou

Aucune 99

E17 Est-ce principalement à cause de votre affection ou de votre problème de santé que vous n'avez complété aucune année scolaire?

Oui 3 }
Non 4 } Passez à la section F

E18 Aviez-vous votre affection avant de terminer toutes vos études ou votre formation officielles?

Oui 1
Non 2 → Passez à la section F

E19 Avez-vous mis fin à vos études à cause de votre affection ou de votre problème de santé actuel?

Oui 3 Non 4

E20 Les questions suivantes ont trait aux effets de votre affection ou problème de santé sur votre instruction. À cause de votre affection actuelle ...

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) avez-vous commencé l'école plus tard que la plupart des gens de votre âge? | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| b) avez-vous interrompu vos études pendant de longues périodes? | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| c) avez-vous déjà changé d'école? | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| d) avez-vous déjà changé votre orientation scolaire? | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| e) avez-vous déjà été inscrit(e) à une école spéciale ou à des cours spéciaux dans une école ordinaire? | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| f) avez-vous suivi moins de cours ou étudié moins de matières à l'école, au collège ou à l'université? | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| g) avez-vous suivi des cours par correspondance ou à domicile? | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| h) êtes-vous déjà retourné à l'école pour vous recycler? | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |

E21 Vous a-t-il fallu plus de temps pour obtenir votre niveau d'instruction actuel à cause de votre affection?

Oui 5 Non 6 → Passez à E23

E22 Combien de temps supplémentaire?

Années

Impossible à évaluer

E23 Quelle partie de vos études avez-vous faite au Canada?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

La totalité

La majorité

La moitié environ

Une certaine partie

Aucune partie

PASSEZ À LA SECTION F

SECTION F - DÉPLACEMENTS

J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que vous utilisez pour vos déplacements locaux. Cela comprend les déplacements pour vous rendre à un magasin ou à un travail ainsi que tous les autres trajets de moins de 50 milles (80 km).

F1 Votre affection ou votre problème de santé vous empêche-t-il de quitter votre domicile pour effectuer de courts trajets? Autrement dit, êtes-vous confiné(e) à votre résidence?

Oui 1 Non 2 → Passez à F3

F2 Certaines localités mettent un service spécial d'autobus ou de fourgonnettes à la disposition des personnes qui ont de la difficulté à utiliser les moyens de transport ordinaires. Lorsqu'ils utilisent ce service spécial, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prenne à domicile. Si ce service spécial était disponible dans votre communauté, seriez-vous capable d'effectuer de courts trajets?

Oui 3 }
Non 4 } Passez à F16

F3 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'un aide ou d'un compagnon pour effectuer de courts trajets?

Oui 5 Non 6

F4 À cause de votre affection, avez-vous de la difficulté à utiliser un véhicule automobile particulier...

| | Oui | Non | Ne sait pas |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| comme conducteur?.... | 1 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> |
| comme passager? | 4 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> |

F5 Certaines localités mettent un service spécial d'autobus ou de fourgonnettes à la disposition des personnes qui ont de la difficulté à utiliser le service local de transport en commun. Lorsqu'ils utilisent ce service spécial, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prenne à domicile. Avez-vous besoin d'un service de ce genre?

Oui 7 Non 8 }
Ne sait pas 9 } Passez à F9

F6 Un service de ce genre existe-t-il dans votre région?

Oui 1 Non 2 }
Ne sait pas 3 } Passez à F9

F7 À quelle fréquence utilisez-vous ce service?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Presque tous les jours toute l'année 1 }
Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2 } Passez à F9
Fréquemment 3 }
À l'occasion 4 }
Rarement/jamais 5 }

F8 Pourquoi n'utilisez-vous pas plus souvent ce service spécial d'autobus ou de fourgonnettes?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

N'en a pas besoin plus souvent 1
N'est pas admissible à ce service 2
Est inscrit sur une liste d'attente pour ce service 3
Service trop dispendieux 4
Horaire ne convient pas à ses besoins 5
Région desservie trop petite 6
Autre 7

F9 Existe-t-il dans votre région un service local de transport en commun, par exemple un service d'autobus, de transport rapide ou de métro?

Oui 8 Non 9 → Passez à F13

F10 À quelle fréquence utilisez-vous le service local de transport en commun?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Presque tous les jours toute l'année 1
Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2
Fréquemment 3
À l'occasion 4
Rarement/jamais 5

F11 Éprouvez-vous des difficultés à utiliser le service local de transport en commun à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui 6 Non 7 → Passez à F13

F12 Quel genre de difficultés éprouvez-vous?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Se rendre à l'arrêt 1
Attendre à l'arrêt 2
Monter à bord et descendre 3
Espace insuffisant pour s'asseoir ou se tenir debout dans le véhicule 4
Se tenir debout dans le véhicule lorsque celui-ci est en marche 5
Obtenir de l'information sur les horaires et les itinéraires..... 6
Manque de coopération du personnel 7
Autre 8

F13 Existe-t-il un service de taxis dans votre région?

Oui 1 Non 2 → Passez à F16

F14 À quelle fréquence utilisez-vous le service de taxis?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Presque tous les jours toute l'année 1
- Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2
- Fréquemment 3
- À l'occasion 4
- Rarement/jamais 5

F15 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 1 Non 2

F16 J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que vous utilisez pour vos déplacements sur de longues distances. Je veux dire par là les moyens de transport que vous utilisez pour les voyages de 50 milles (80 km) ou plus.

Votre affection ou votre problème de santé vous empêche-t-il d'effectuer de longs trajets?

- Oui 3
- Non 4

F17 Est-ce parce que les services de transport sur de longues distances ne conviennent pas à votre affection ou votre problème

- Oui 5 → Passez à F26
- Non 6 → Passez à la section G

F13 À cause de votre affection, avez-vous besoin d'un aide ou d'un compagnon pour effectuer de longs trajets?

- Oui 7 Non 8

F19 À cause de votre affection, avez-vous besoin d'installations ou de services de transport spéciaux pour effectuer de longs trajets?

- Oui 1
- Non 2
- Ne sait pas 3

F20 Pouvez-vous facilement obtenir des renseignements sur les installations et les services de transport spéciaux dont vous avez besoin pour effectuer de longs trajets?

- Oui 4 Non 5

F21 À cause de votre affection, éprouvez-vous des difficultés à prendre un avion, un autobus ou un train pour effectuer de longs trajets?

- Oui 6 Non 7 Ne sait pas 8
- Passez à F25

F22 Éprouvez-vous des difficultés à prendre:

- | | Oui | Non | Ne sait pas |
|-------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| un avion? | 1 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> |
| un autobus? | 4 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> |
| un train? | 7 <input type="radio"/> | 8 <input type="radio"/> | 9 <input type="radio"/> |

F23 Quel genre de difficultés éprouvez-vous?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Absence de moyens de transport adéquats pour se rendre à la gare/aéroport et en revenir 01
- Se déplacer dans la gare/aéroport 02
- Monter à bord ou descendre 03
- Entendre les annonces 04
- S'asseoir à bord 05
- Voir les affiches ou les avis 06
- Installations des salles de toilette 07
- Manque de coopération du personnel 08
- Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09
- Règles et règlements du transporteur 10
- Voyager en avion/autobus/train aggrave l'affection 11
- Autre 12

F24 Ces problèmes limitent-ils le nombre de longs trajets que vous effectuez?

- Oui 1 Non 2

F25 Combien de voyages de 50 milles (80 km) ou plus avez-vous fait entre le 1^{er} avril et le 30 juin, 1986 en ... (si aucun, inscrivez '00')

- | | | | |
|---|----------------------|----------------------|-------------------------|
| avion? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | } Passez à la section G |
| autobus? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| train? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| voiture, camionnette ou fourgonnette? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

F26 Quel genre de difficultés éprouvez-vous à prendre un avion, un autobus ou un train pour effectuer de longs trajets?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Absence de moyens de transport adéquats pour se rendre à la gare/aéroport et en revenir 01
- Se déplacer dans la gare/aéroport 02
- Monter à bord ou descendre 03
- Entendre les annonces 04
- S'asseoir à bord 05
- Voir les affiches ou les avis 06
- Installations des salles de toilette 07
- Manque de coopération du personnel 08
- Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09
- Règles et règlements du transporteur 10
- Voyager en avion/autobus/train aggrave l'affection 11
- Autre 12
- Aucune 13

PASSEZ À LA SECTION G

SECTION G - LOGEMENT

G1 À cause de votre affection, utilisez-vous pour entrer dans votre résidence actuelle et pour en sortir des dispositifs spéciaux, comme des rampes d'accès ou une entrée au niveau de la rue?
 Oui 1 Non 2 → Passez à G3

G2 Quels dispositifs spéciaux utilisez-vous?
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes d'accès 1
 Entrées élargies 2
 Entrée au niveau de la rue 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement 4
 Ascenseur ou appareil de levage 5
 Stationnement accessible 6
 Autre caractéristique architecturale 7

G3 Pour entrer dans votre résidence actuelle et pour en sortir, avez-vous besoin de dispositifs spéciaux que vous n'avez pas?
 Oui 3 Non 4 → Passez à G5

G4 De quels dispositifs spéciaux avez-vous besoin?
INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes d'accès 1
 Entrées élargies 2
 Entrée au niveau de la rue 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement 4
 Ascenseur ou appareil de levage 5
 Stationnement accessible 6
 Autre caractéristique architecturale 7

G5 À cause de votre affection, utilisez-vous des dispositifs spéciaux, comme des rampes, pour vous déplacer dans votre résidence?
 Oui 5 Non 6 → Passez à G7

G6 Quels dispositifs spéciaux utilisez-vous?
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes (y compris dans la salle de bain) .. 1
 Ascenseur ou appareil de levage 2
 Entrées ou corridors élargis 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement 4
 Autre dispositif spécial 5

G7 Pour vous déplacer dans votre résidence, avez-vous besoin de dispositifs spéciaux que vous n'avez pas?
 Oui 7 Non 8 → Passez à G9

G8 De quels dispositifs spéciaux avez-vous besoin mais que vous n'avez pas?
INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes (y compris dans la salle de bain)¹
 Ascenseur ou appareil de levage 2
 Entrées ou corridors élargis 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement 4
 Autre dispositif spécial 5

G9 Dans votre résidence, éprouvez-vous des difficultés à utiliser seul les appareils ou accessoires suivants?

| | Éprouve de la difficulté | N'éprouve aucune difficulté | Ne possède pas cet appareil ou accessoire |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---|
| Cuisinière | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> |
| Évier et comptoirs de cuisine | 04 <input type="radio"/> | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| Armoires de cuisine | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> | 09 <input type="radio"/> |
| Réfrigérateur | 10 <input type="radio"/> | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| Baignoire | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> |
| Toilette | 16 <input type="radio"/> | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| Lavabo | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> | 21 <input type="radio"/> |

G10 A-t-on modifié l'un ou l'autre des accessoires suivants à cause de votre affection?

| | Oui | Non |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Évier et comptoirs de cuisine ... | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| Armoires de cuisine | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| Baignoire | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| Toilette | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| Lavabo | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |

G11 Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on refusé la location d'un logement à cause de votre affection ou problème de santé?
 Oui 6 Non 7

G12 Si on vous refusait un logement ou un emploi uniquement à cause de votre affection ou de votre problème de santé, sauriez-vous où trouver de l'information sur vos droits?
 Oui 8 Non 9

PASSEZ À LA SECTION H

SECTION H - LOISIRS ET HABITUDES DE VIE

H1 J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos autres activités pendant vos loisirs. Combien d'heures par semaine consacrez-vous habituellement aux activités suivantes chez-vous?

| | 0 heure | 1 à 7 heures par semaine | Plus de 7 heures |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Regarder la télévision, écouter la radio, des disques ou des rubans, ou lire | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> |
| Parler au téléphone... | 04 <input type="radio"/> | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| Activités artistiques ou artisanales, jardinage ou autre passe temps | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> | 09 <input type="radio"/> |
| Activités sociales avec la famille ou des amis | 10 <input type="radio"/> | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |

H2 Combien de fois par mois participez-vous habituellement aux activités suivantes à l'extérieur de votre logement?

| | Jamais | 1 à 4 fois par mois | Plus de 5 fois par mois |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rendre visite à des amis ou des parents... | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> |
| Assister à des événements sportifs, des concerts, des pièces de théâtre ou des projections de film..... | 04 <input type="radio"/> | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| Aller à des musées, des lieux historiques, des bibliothèques ou des galeries d'art..... | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> | 09 <input type="radio"/> |
| Suivre des cours, participer à des séminaires | 10 <input type="radio"/> | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| Magasiner | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> |
| Assister à des manifestations religieuses ou faire du bénévolat | 16 <input type="radio"/> | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| Visiter des parcs nationaux ou provinciaux | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> | 21 <input type="radio"/> |
| Autres activités, par exemple aller à un bingo ou à un club, jouer aux cartes..... | 22 <input type="radio"/> | 23 <input type="radio"/> | 24 <input type="radio"/> |

H3 Êtes-vous satisfait(e) de vos activités de loisirs à l'extérieur de votre logement ou aimeriez-vous en faire plus?

| | | |
|------------------------|-------------------------|---------------|
| Satisfait(e) | 1 <input type="radio"/> | → Passez à H5 |
| Aimerais en faire plus | 2 <input type="radio"/> | |

H4 Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir davantage d'activités de loisirs?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

| | |
|--|-------------------------|
| A besoin d'être aidé(e) par quelqu'un ... | 1 <input type="radio"/> |
| A besoin d'appareils spéciaux, comme des supports ou un fauteuil roulant ... | 2 <input type="radio"/> |
| Moyens de transport inadéquats | 3 <input type="radio"/> |
| Lieu des activités trop éloigné | 4 <input type="radio"/> |
| Installations non adaptées à l'affection ou au problème de santé | 5 <input type="radio"/> |
| Incapable physiquement d'en faire plus | 6 <input type="radio"/> |
| Coût trop élevé | 7 <input type="radio"/> |
| Autre | 8 <input type="radio"/> |

H5 J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les activités physiques, les sports ou les exercices auxquels vous vous livrez pendant vos loisirs, par exemple la marche, le jogging, la natation ou la bicyclette.

Participez-vous à des activités physiques durant vos loisirs?

Oui 3 Non 4 → Passez à H7

H6 À quelle fréquence participez-vous habituellement à des activités physiques pendant vos loisirs?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Moins qu'une fois par mois | 5 <input type="radio"/> |
| De 1 à 3 fois par mois | 6 <input type="radio"/> |
| 1 ou 2 fois par semaine | 7 <input type="radio"/> |
| 3 fois par semaine ou plus | 8 <input type="radio"/> |

H7 Désirez-vous participer à plus d'activités physiques?

Oui 1 Non 2 → Passez à H9

H8 Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir davantage d'activités physiques? Nommez au plus 3 raisons.

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q"

| | |
|--|-------------------------|
| Timide/mal à l'aise | 1 <input type="radio"/> |
| Manque d'encouragement de la famille ou des amis | 2 <input type="radio"/> |
| Absence d'installations ou de programmes à distance accessible | 3 <input type="radio"/> |
| Installations, équipement ou programmes non adaptés à ses besoins | 4 <input type="radio"/> |
| Moyens de transport inadéquats | 5 <input type="radio"/> |
| Incapable physiquement d'en faire plus | 6 <input type="radio"/> |
| Coût trop élevé | 7 <input type="radio"/> |
| Autre | 8 <input type="radio"/> |

H9 Fumez-vous la cigarette?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

| | |
|---|-------------------------|
| Pas du tout | 3 <input type="radio"/> |
| Régulièrement, c.-à-d. habituellement à chaque jour | 4 <input type="radio"/> |
| À l'occasion | 5 <input type="radio"/> |

H10 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs ou d'autres boissons alcoolisées?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Non, jamais | 1 <input type="radio"/> |
| Oui: À chaque jour | 2 <input type="radio"/> |
| De 4 à 6 fois par semaine | 3 <input type="radio"/> |
| 2 ou 3 fois par semaine | 4 <input type="radio"/> |
| Une fois par semaine | 5 <input type="radio"/> |
| Un ou deux fois par mois | 6 <input type="radio"/> |
| Moins qu'une fois par mois | 7 <input type="radio"/> |

H11 En général, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont...

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

excellentes? 1

très bonnes? 2

bonnes? 3

passables? 4

mauvaises? 5

ne sait pas 6

H12 Que pourriez-vous faire, s'il y a lieu, pour améliorer vos habitudes alimentaires?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Manger plus d'aliments 1

Manger moins d'aliments 2

Manger une plus grande variété d'aliments 3

Manger à des intervalles plus réguliers..... 4

Rien 5

Ne sait pas 6

SECTION I - CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

11 Les gens doivent parfois acquitter eux-mêmes des FRAIS SUPPLÉMENTAIRES à cause de leur affection ou problème de santé. En 1985, avez-vous effectué des dépenses supplémentaires pour les médicaments ou les soins médicaux, l'instruction, le transport, le logement, les vêtements ou les appareils spéciaux, les services personnels, etc., qui N'ont PAS été complètement remboursées par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement?

Oui 1 Non 2 → Passez à la question 13

12 Pour chacun des postes suivants, veuillez estimer aussi précisément que possible les FRAIS SUPPLÉMENTAIRES que vous avez dû acquitter vous-même en 1985 à cause de votre affection.

| | | | Montant |
|--|-------------------------------|----|-----------------------------|
| Médicaments sur ordonnance et sans ordonnance..... | Aucun 1 <input type="radio"/> | ou | \$ <input type="text"/> .00 |
| Achat et entretien de vêtements, appareils et accessoires spéciaux utilisés à la maison, à l'école, au travail, en voyage, etc..... | Aucun 2 <input type="radio"/> | ou | \$ <input type="text"/> .00 |
| Soins de santé et soins médicaux non remboursés par un régime d'assurance, par exemple des frais d'hospitalisation ou des honoraires médicaux additionnels..... | Aucun 3 <input type="radio"/> | ou | \$ <input type="text"/> .00 |
| Frais que vous avez acquittés pour modifier votre logement en raison de votre affection..... | Aucun 4 <input type="radio"/> | ou | \$ <input type="text"/> .00 |
| Déplacements, par exemple les trajets aller-retour pour suivre des traitements ou une thérapie ou bénéficier d'autres services médicaux ou de réadaptation, ou dépenses supplémentaires découlant de la nécessité d'utiliser des moyens de transport plus coûteux..... | Aucun 5 <input type="radio"/> | ou | \$ <input type="text"/> .00 |
| Services personnels, par exemple services d'auxiliaires, de soins à domicile, d'entretien ménager, d'entretien extérieur..... | Aucun 6 <input type="radio"/> | ou | \$ <input type="text"/> .00 |
| Autre (précisez)..... | Aucun 7 <input type="radio"/> | ou | \$ <input type="text"/> .00 |

13 Quel numéro de la fiche "Q" correspond au revenu que vous avez reçu de toutes les sources avant impôt au cours de l'année 1985? Veuillez compter le revenu provenant d'un traitement, d'un salaire, d'un travail autonome, de pourboires, de pensions, de placements, de prestations d'assurance-chômage et tout revenu que vous recevez en raison de votre affection ou de votre problème de santé.

INTERVIEWER: Montrer la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

ou Ne sait pas 98

R 99

14 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous reçu des prestations ou une pension en 1985?

Oui 1 → Passez à 15 Non 2 → **FIN DE L'INTERVIEW.**
Remplir la couverture avant du questionnaire.

À L'USAGE DU
BUREAU-CHEF
SEULEMENT

Ne pas utiliser

16 Quel numéro de la fiche "Q" correspond au revenu total que vous avez reçu de ces sources?

INTERVIEWER: Montrer la fiche "Q".
Inscrivez le numéro approprié.

ou

Ne sait pas 98

R 99

FIN DE L'INTERVIEW.
Remplir la couverture
avant du questionnaire

17 Ce revenu comprend-il un paiement forfaitaire unique?

Oui 3

Non 4 → Passez à 19

R 5 → **FIN DE L'INTERVIEW.**
Remplir la couverture
avant du questionnaire

18 Quel montant avez-vous reçu?

\$.00

ou

Ne sait pas 6

R 7

→ Passez à 19

→ **FIN DE L'INTERVIEW.**
Remplir la couverture
avant du questionnaire

15 Parmi les sources suivantes, desquelles avez-vous reçu ces prestations ou cette pension:

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada 01

Pension d'invalidité du Régime de rentes du Québec 02

Indemnités de la Commission des accidents du travail 03

Prestations d'assurance-chômage en cas de maladie 04

Assurance-automobile provinciale 05

Régime privé d'assurance-invalidité 06

Assistance sociale/bien-être social 07

Pension d'invalidité des anciens combattants 08

Allocation aux anciens combattants 09

Pension d'anciens combattants d'un autre pays 10

Autres sources, par exemple aide financière fédérale ou provinciale aux handicapés, ou pensions d'autres pays non déclarées plus haut 11

19 Pour chacune des sources déclarées, veuillez estimer le plus précisément possible le montant reçu en 1985.

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

\$.00

FIN DE L'INTERVIEW.
Remplir la couverture avant du questionnaire

FICHE "Q" - ADULTES

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS

SÉLECTION - SECTION A

Meilleure description de votre affection:

MON AFFECTION...

01 était présente **À LA NAISSANCE**

02 est une **MALADIE** ou un mal

MON AFFECTION A ÉTÉ CAUSÉE PAR...

03 une **MALADIE** ou un mal (y compris son traitement)

04 le **MILIEU DE TRAVAIL**

05 une **ATTAQUE D'APOPLEXIE**

06 un **ACTE DE VIOLENCE** (guerre, crime)

07 le **VIEILLISSEMENT**

08 un **ACCIDENT AU TRAVAIL**

09 un **ACCIDENT DE LA ROUTE**

10 un autre **ACCIDENT**

11 une autre cause

12 ne sait pas

Question 22c

22c Quelle est l'affectation qui vous cause ces problèmes?

1. Séquelles d'une attaque d'apoplexie
2. Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale ou une méningite
3. Blessure au cerveau
4. Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin
5. Affection liée au vieillissement
6. Retard du développement (arriération mentale)
7. Difficultés d'apprentissage
8. Autre (précisez)
9. Ne sait pas

QUESTION H 8

H8 Raisons de ne pas avoir davantage d'activités physiques.
Nommez au plus trois raisons.

1. Timide/mal à l'aise
2. Manque d'encouragement de la famille ou des amis
3. Absence d'installations ou de programmes à une distance accessible
4. Installations, équipement ou programmes non adaptés à mes besoins
5. Moyens de transport inadéquats
6. Incapable physiquement d'en faire plus
7. Coût trop élevé
8. Autre

QUESTION I 3

I 3 Revenu total de toutes sources:

1. aucun
2. 1 - 4,999
3. 5,000 - 9,999
4. 10,000 - 14,999
5. 15,000 - 19,999
6. 20,000 - 24,999
7. 25,000 - 29,999
8. 30,000 et plus

QUESTION I 6

I 6 Le revenu total que vous avez reçu de ces sources:

1. 1 - 199
2. 200 - 499
3. 500 - 999
4. 1,000 - 1,999
5. 2,000 - 4,999
6. 5,000 - 9,999
7. 10,000 - 19,999
8. 20,000 et plus



Enquête sur la santé et les limitations d'activités (Enfants - moins de 15 ans)

Questionnaire 03

"Déclaration exigée en vertu de la Loi sur la statistique, Statuts du Canada, 1970-71-72, chapitre 15"

INTRODUCTION

STATISTIQUE CANADA MÈNE UNE ENQUÊTE SPÉCIALE POUR OBTENIR DES DONNÉES SUR LES CANADIENS, QUI, POUR DES RAISONS RELIÉES À LA SANTÉ, SONT LIMITÉS DANS LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QU'ILS PEUVENT FAIRE QUOTIDIENNEMENT. LES DONNÉES RECUEILLIES DANS L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS AUX ACTIVITÉS DEVRAIENT PERMETTRE D'IDENTIFIER LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR CES CANADIENS DANS DES DOMAINES COMME L'EMPLOI, L'ÉDUCATION, LES DÉPLACEMENTS, LE LOGEMENT ET LES LOISIRS.

État final du quest.

- Entièrement complété 1
- Partiellement " 2
- Refus 3
- Aucun contact 4
- Autre 5

DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

| | | | | | | |
|------|--------|-------|----|--------|------------------------|-------------------|
| PROV | CÉF No | SD No | NV | Ménage | Type de formule 0 3 | No de la personne |
|------|--------|-------|----|--------|------------------------|-------------------|

- Échantillon des "oui" 1
- Échantillon des "non" 2

| | | |
|-----|--------|-----------|
| Nom | | Téléphone |
| Nom | Prénom | |

| | | |
|--|------------------------|-------------|
| Adresse | | |
| Rue et No ou lot et concession ou location exacte | | |
| Ville, village, canton, autre municipalité ou réserve indienne | Province ou territoire | Code postal |

| | | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------|-------|-------------------------|
| Date de naissance | | | Sexe | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 9 <input type="text"/> | Homme | 1 <input type="radio"/> |
| Jour | Mois | Année | Femme | 2 <input type="radio"/> |

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Source de l'information | |
| Substitut - Parent ou enfant | 1 <input type="radio"/> |
| - Autre membre de la famille | 2 <input type="radio"/> |
| - Autre | 3 <input type="radio"/> |

Registre des visites/Appels de l'interviewer

| No de l'appel ou de la visite | Date | L'heure de l'appel ou de la visite | Interview | | | Commentaires |
|-------------------------------|------|------------------------------------|-----------|-----|--------------|--------------|
| | | | Début | Fin | Durée (min.) | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| DURÉE TOTALE (Minutes) | | | | | | |

Signature de l'interviewer

Date

SECTION A - SÉLECTION

| J'aimerais vous poser quelques questions sur la capacité de ... d'accomplir certaines activités même à l'aide d'appareils spéciaux si ... en utilise habituellement. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui devraient durer six mois ou plus. | | Colonne de sélection Oui |
|---|---|-----------------------------|
| 1 EST-CE QUE ... UTILISE UN DES APPAREILS SUIVANTS? VEUILLEZ NE MENTIONNER QUE LES APPAREILS QUI SERONT UTILISÉS POUR UNE PÉRIODE DE SIX MOIS OU PLUS. | | |
| UN FAUTEUIL ROULANT? | Oui Non ⁰² ○ | 01 ○ |
| DES BÉQUILLES OU D'AUTRES APPAREILS POUR MARCHER? | Oui Non ⁰⁴ ○ | 03 ○ |
| DES CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES PRESCRITES PAR UN MÉDECIN? | Oui Non ⁰⁶ ○ | 06 ○ |
| UNE JAMBE, UN BRAS, UNE MAIN OU UN PIED ARTIFICIEL? | Oui Non ⁰⁸ ○ | 07 ○ |
| UN APPAREIL AUDITIF? | Oui Non ¹⁰ ○ | 09 ○ |
| UNE AIDE VISUELLE AUTRE QUE DES LENTILLES CORRECTRICES? | Oui Non ¹² ○ | 11 ○ |
| UN APPAREIL ORTHOPÉDIQUE SAUF UN APPAREIL DENTAIRE? | Oui Non ¹⁴ ○ | 13 ○ |
| 2 ... , UTILISE-T-IL (ELLE) UN AUTRE APPAREIL SPÉCIAL? | | |
| | Oui (précisez) _____ | 10 ○ |
| | Non ²⁰ ○ | |
| 3 ... A-T-IL (ELLE) UNE AFFECTION OU UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE QUI EMPÊCHE OU LIMITE SA PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS SCOLAIRES, À DES JEUX OU À TOUTES AUTRES ACTIVITÉS PROPRES À UN ENFANT DE SON ÂGE? | | |
| | Oui Non ⁴⁰ ○ → Passez à 4 | 30 ○ Passez à 3a |
| 3a Quel âge avait ... lorsque cette affection ou ce problème de santé a commencé à limiter sa participation à ces activités? | | |
| Inscrivez l'âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00) | | |
| 3b Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui empêche ou limite la participation de ... à ces activités? | | |
| Précisez <input type="text"/> | | |
| 3c Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection? | | |
| <input type="text"/> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|--|--|---------|--|---------------|---------|--|--|---------|--|------------------|---------|--|--|---------|--|---|---------------|--|--|---------|--|--------------------------------------|---------------|--|--|---------|--|-------------------------------------|---------------|--|--|---------|--|---------------|---------------|--|--|---------|--|----------------|---------------|--|--|---------|--|------------------|---------------|--|--|---------|--|----------------------------|---------------|--|--|---------|--|--|
| <p>4 VA-T-IL (ELLE) À UNE ÉCOLE SPÉCIALE OU ASSISTE-T-IL (ELLE) À DES COURS SPÉCIAUX À L'ÉCOLE À CAUSE D'UNE AFFECTION OU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE?</p> <p style="text-align: right;">Oui 5○ Non 6○ → Passez à 5</p> | <p>Colonne de sélection Oui</p> <p>5○</p> <p>Passez à 4a</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4a Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que ... va à une école spéciale ou assiste à des cours spéciaux?</p> <p>Même affection qu'à la question 0 → Passez à 5</p> <p>Précisez <input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> | <p>↓</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> </div> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5 EST-CE QUE ... A UNE DES AFFECTIONS OU PROBLÈMES DE SANTÉ SUIVANTS?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALLERGIES DE TOUTE SORTE</td> <td style="width: 30%;">Oui 01○</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 02○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASTHME</td> <td>Oui 03○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 04○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BRONCHITE</td> <td>Oui 05○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 06○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES AFFECTIONS OU MALADIES DU POU MON</td> <td>Oui 07○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 08○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFFECTION OU MALADIE DU COEUR</td> <td>Oui 09○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 10○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFFECTION OU MALADIE DU REIN</td> <td>Oui 11○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 12○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CANCER</td> <td>Oui 13○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 14○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIABÈTE</td> <td>Oui 15○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 16○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ÉPILEPSIE</td> <td>Oui 17○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 18○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARALYSIE CÉRÉBRALE</td> <td>Oui 19○</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Non 20○</td> <td></td> </tr> </table> | ALLERGIES DE TOUTE SORTE | Oui 01○ | | | Non 02○ | | ASTHME | Oui 03○ | | | Non 04○ | | BRONCHITE | Oui 05○ | | | Non 06○ | | AUTRES AFFECTIONS OU MALADIES DU POU MON | Oui 07○ | | | Non 08○ | | AFFECTION OU MALADIE DU COEUR | Oui 09○ | | | Non 10○ | | AFFECTION OU MALADIE DU REIN | Oui 11○ | | | Non 12○ | | CANCER | Oui 13○ | | | Non 14○ | | DIABÈTE | Oui 15○ | | | Non 16○ | | ÉPILEPSIE | Oui 17○ | | | Non 18○ | | PARALYSIE CÉRÉBRALE | Oui 19○ | | | Non 20○ | | <p>07○</p> <p>09○</p> <p>11○</p> <p>13○</p> <p>15○</p> <p>17○</p> <p>19○</p> |
| ALLERGIES DE TOUTE SORTE | Oui 01○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 02○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASTHME | Oui 03○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 04○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRONCHITE | Oui 05○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 06○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRES AFFECTIONS OU MALADIES DU POU MON | Oui 07○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 08○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AFFECTION OU MALADIE DU COEUR | Oui 09○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 10○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AFFECTION OU MALADIE DU REIN | Oui 11○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 12○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANCER | Oui 13○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 14○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIABÈTE | Oui 15○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 16○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉPILEPSIE | Oui 17○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 18○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARALYSIE CÉRÉBRALE | Oui 19○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Non 20○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>INTERVIEWER: La liste des affections se continue à la page 4.</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 5 EST-CE QUE ... A UNE DES AFFECTIONS OU PROBLÈMES DE SANTÉ SUIVANTS? (continuation) | | Colonne de sélection |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| SCLÉROSE EN PLAQUES | Oui 21 <input type="radio"/> | Oui |
| | Non 22 <input type="radio"/> | |
| FIBROSE KYSTIQUE | Oui 23 <input type="radio"/> | 23 <input type="radio"/> |
| | Non 24 <input type="radio"/> | |
| DYSTROPHIE MUSCULAIRE | Oui 25 <input type="radio"/> | 25 <input type="radio"/> |
| | Non 26 <input type="radio"/> | |
| PARALYSIE DE TOUT GENRE | Oui 27 <input type="radio"/> | 27 <input type="radio"/> |
| | Non 28 <input type="radio"/> | |
| ARTHRITE OU RHUMATISME AIGUS | Oui 29 <input type="radio"/> | 29 <input type="radio"/> |
| | Non 30 <input type="radio"/> | |
| HYPERTENSION | Oui 31 <input type="radio"/> | 31 <input type="radio"/> |
| | Non 32 <input type="radio"/> | |
| HANDICAP MENTAL INCLUANT UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT OU UNE ARRIÉRATION MENTALE | Oui 33 <input type="radio"/> | 33 <input type="radio"/> |
| | Non 34 <input type="radio"/> | |
| DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE | Oui 35 <input type="radio"/> | 35 <input type="radio"/> |
| | Non 36 <input type="radio"/> | |
| BRAS, JAMBES, DOIGTS OU ORTEILS MANQUANTS | Oui 37 <input type="radio"/> | 37 <input type="radio"/> |
| | Non 38 <input type="radio"/> | |

| | | |
|--|--|-------------------------|
| 6 EST-CE QUE ... A DES TROUBLES DE LA VUE QUI NE SONT PAS CORRIGÉS PAR DES LENTILLES CORRECTRICES? | Oui 1 <input type="radio"/> | 1 <input type="radio"/> |
| | Non 2 <input type="radio"/> → Passez à 7 | |

| | |
|---|---|
| 6a Quelle est la PRINCIPALE affection ou le PRINCIPAL problème de santé qui fait que ... a des troubles de la vue? | |
| Même affection qu'à la question | 0 <input type="text"/> <input type="text"/> → Passez à 6c |
| Précisez | <input type="text"/> |
| 6b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection? | |
| | INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. |
| | <input type="text"/> |
| 6c Un spécialiste des troubles de la vision a-t-il déclaré ... légalement aveugle? | |
| Oui | 3 <input type="radio"/> |
| Non | 4 <input type="radio"/> → Passez à 7 |
| 6d ... est-il (elle) capable de reconnaître une main placée en face de ses yeux et de compter le nombre de doigts qu'on lui montre? | |
| Oui | 6 <input type="radio"/> |
| Non | 7 <input type="radio"/> |
| Ne sait pas/sans objet | 8 <input type="radio"/> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>7 À L'INTERVIEWER: Transcrivez la date de naissance sur la page couverture.</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> </p> <p style="text-align: center;"> Jour Mois Année </p> <p>Si la date de naissance est après le 3 juin 1981,</p> <p>alors 1 <input type="radio"/> → passez à 8</p> <p>Autrement 2 <input type="radio"/> → passez à 10.</p> | Colonne de sélection Oui | |
| 8 | EST-CE QUE ... A DES TROUBLES DE L'OUÏE? | Oui 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/> → Passez à 9 | 3 <input type="radio"/> Passez à 8a |
| 8a | Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que ... a des troubles de l'ouïe? Même affection qu'à la question 0 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → Passez à 9 Précisez <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | ↓ 8a |
| 8b | Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. </div> <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 40px;" type="checkbox"/> | | |
| 9 | ... SOUFFRE-T-IL (ELLE) D'UNE AUTRE AFFECTION OU PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE, QUI N'A PAS ÉTÉ MENTIONNÉ PRÉCÉDEMMENT ET QUI DEVRAIT DURER SIX MOIS OU PLUS? | Oui 6 <input type="radio"/> Non 7 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> Passez à 9a |
| 9a | Quel est cette autre affection ou problème de santé chronique? Précisez <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | ↓ 9a |
| 9b | Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. </div> <input style="width: 20px; height: 15px; margin-left: 40px;" type="checkbox"/> | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> METTEZ FIN À L'INTERVIEW. Remplissez la couverture avant du questionnaire </div> | | | |

Colonne
de sélection
Oui

10 EST-CE QUE ... A DES TROUBLES DE L'OUÏE?

Oui 3○
Non 4○ → Passez à 11

Passez à 10a

10a Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que ... a des troubles de l'ouïe?

Même affection qu'à la question 0 → Passez à 10c

Précisez

10b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

10c Est-ce que ... peut entendre ce qui se dit dans un appareil téléphonique ordinaire, avec un appareil auditif s'il (elle) en porte un?

Oui 3○

Non 4○

Ne sait pas 5○

10d Cette question porte sur certaines capacités de communication que ... peut avoir. Est-il (elle) capable:

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

d'utiliser un langage gestuel? 1○

de lire sur les lèvres? 2○

rien de ce qui précède 3○

11 ... ÉPROUVE-T-IL (ELLE) DES DIFFICULTÉS À PARLER ET À ÊTRE COMPRIS(E) À CAUSE D'UNE AFFECTION OU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ?

Oui 5○ → Passez à 11a

Non 6○ → Passez à 12.

11a Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que ... éprouve des difficultés à parler et à être compris(e)?

Même affection qu'à la question → Passez à 11c

Précisez

11b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

11c Jusqu'à quel point croyez-vous que ... est capable de se faire comprendre en parlant avec:

| | Entièrement | Partiellement | Pas du tout |
|--------------------------------|-------------|---------------|-------------|
| (i) des membres de sa famille? | 1○ | 2○ | 3○ |
| (ii) ses amis? | 4○ | 5○ | 6○ |
| (iii) d'autres personnes? | 7○ | 8○ | 9○ |

Colonne
de sélection
Oui

12 LES ENFANTS PEUVENT À L'OCCASION ÉPROUVER DES PROBLÈMES ÉMOTIFS OU NERVEUX. TOUTEFOIS, ... A-T-IL (ELLE) UNE AFFECTION OU UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE D'ORDRE ÉMOTIF, PSYCHOLOGIQUE, NERVEUX OU MENTAL QUI LIMITE LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QU'IL (ELLE) PEUT FAIRE À LA MAISON, À L'ÉCOLE OU AU JEU?

Oui, est limité(e) 1

Non 2 → Passez à 13

Passez à 12a

12a Quel âge avait ... lorsqu'il (elle) a commencé à être limité(e) dans ses activités à la maison, à l'école ou au jeu?

Inscrivez l'âge (si moins d'un an, inscrivez 00)

12b Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui limite les activités de ... à la maison, à l'école ou au jeu?

Même affection qu'à la question

Précisez

13 ... A-T-IL (ELLE) UNE AUTRE AFFECTION OU PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE QUI N'A PAS ÉTÉ MENTIONNÉ PRÉCÉDEMMENT ET QUI DEVRAIT DURER SIX MOIS OU PLUS

Oui 6

Non 7 → Passez à 14

Passez à 13a

13a Quel est cette autre affection ou problème de santé chronique?

Précisez

13b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

14 À L'INTERVIEWER:

S'il y a au moins un "Oui" indiqué dans la colonne de sélection, page 2 à 7,

alors 8 → Passez à la section B

autrement 9 → **METTEZ FIN À L'INTERVIEW.**
Remplissez la couverture avant du questionnaire

SECTION B - INSTRUCTION

B1 ... doit-il (elle) suivre des cours spéciaux à cause de son affection ou problème de santé?

Oui 1 →
Non 2

B2 Ces cours spéciaux sont-ils offerts par le système scolaire ordinaire de votre région?
Oui 3 Non 4

B3 En avril 1986, ... allait-il (elle) à l'école ou prenait-il (elle) des leçons particulières données par le système scolaire?
Oui 1 → Passez à B6
Non 2

B4 Avant avril 1986, est-ce que ... était déjà allé(e) à l'école?
Oui 3 → Passez à B11
Non 4

B5 Est-ce en raison de son affection ou de son problème de santé?
Oui 5 }
Non 6 } Passez à la section C

B6 À quel genre d'école ... allait-il(elle)?
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez une seule case.
Une école spéciale pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 1 → Passez à B8
Une école ordinaire offrant des cours spéciaux pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 6
Une école ordinaire 2

B7 À cette école ordinaire, quel genre de cours ... suivait-il (elle)?
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez une seule case.
Uniquement des cours spéciaux pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 1
Uniquement des cours ordinaires 2 → Passez à B9
Certains cours ordinaires et certains cours spéciaux pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 3

B8 Quel genre d'instruction, de formation ou de thérapie ... recevait-il (elle) en allant à cet école ou en suivant ces cours spéciaux?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Physiothérapie ou thérapie de communication 7
- Gestes de la vie quotidienne 8
- Formation générale 8
- Métiers ou formation professionnelle.. 9

B9 En quelle année ... était-il (elle) inscrit(e) en avril 1986?
Année
Aucune année en particulier 99

B10 En avril dernier, quel était le principal moyen de transport que ... utilisait pour se rendre à l'école? Je veux dire par là le moyen que ... utilisait pour parcourir la plus grande distance.

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez une seule case.

- Aucun, étudiait à domicile 1
- Véhicule motorisé privé 2
- Autobus scolaire ordinaire 3
- Autobus/métro/tramway ordinaire ... 4
- Service spécial d'autobus/de fourgonnettes pour handicapés 5
- Taxi 9
- Bicyclette 6
- Marchait à l'école 7
- Autre 8

B11 Avant avril 1986, ... a-t-il (elle) fréquenté une école spéciale pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé?
Oui 1 Non 2

B12 ... a-t-il (elle) commencé sa première année d'école plus tard que la plupart des enfants de son âge à cause de son affection?
Oui 1 Non 2

B13 ... a-t-il (elle) dû s'absenter de l'école pendant de longues périodes à cause de son affection?
Oui 3 Non 4

B14 À cause de son affection, ... a-t-il (elle) pris plus de temps pour atteindre son niveau d'instruction actuel?
Oui 5
Non 6 → Passez à la section C

B15 Combien d'années de plus?
Années
Impossible à évaluer 99

PASSEZ À LA SECTION C

SECTION C - DÉPLACEMENTS

| | |
|--|---|
| <p>C1 J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que ... utilise pour ses déplacements locaux. Ceci inclus les déplacements pour se rendre chez le médecin ou au cinéma ainsi que tous les autres trajets de moins de 50 milles/80 kilomètres.</p> <p>L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-il (elle) de quitter son domicile pour effectuer de courts trajets? Autrement dit, ... est-il (elle) confiné(e) chez-lui (elle)?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> → Passez à C13 Non 2 <input type="radio"/></p> | <p>C6 Existe-t-il dans votre région un service local de transport en commun, par exemple un service d'autobus ou de transport en commun rapide ou un métro? Ne tenez pas compte des autobus scolaires.</p> <p>Oui 8 <input type="radio"/> Non 9 <input type="radio"/> → Passez à C10</p> |
| <p>C2 Certaines localités mettent un service spécial d'autobus ou de fourgonnettes à la disposition des personnes qui ont de la difficulté à utiliser le service local de transport en commun. Lorsqu'ils utilisent ce service spécial, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prenne à domicile?</p> <p>... a-t-il (elle) besoin d'un service de ce genre?</p> <p>Oui 7 <input type="radio"/> Non 8 <input type="radio"/> } Passez à C6 Ne sait pas 9 <input type="radio"/></p> | <p>C7 Quelle est la fréquence à laquelle ... utilise le service local de transport en commun?</p> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez une seule case.</p> <p>Presque tous les jours toute l'année 1 <input type="radio"/> Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2 <input type="radio"/> Fréquemment 3 <input type="radio"/> À l'occasion 4 <input type="radio"/> Rarement/jamais 5 <input type="radio"/></p> |
| <p>C3 Un service de ce genre existe-t-il dans votre région?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> Non 2 <input type="radio"/> } Passez à C6 Ne sait pas 3 <input type="radio"/></p> | <p>C8 ... éprouve-t-il (elle) des difficultés à utiliser le service local de transport en commun à cause de son affection ou de son problème de santé?</p> <p>Oui 6 <input type="radio"/> Non 7 <input type="radio"/> } Passez à C10 Ne sait pas/sans objet 8 <input type="radio"/></p> |
| <p>C4 Quelle est la fréquence à laquelle ... utilise ce service?</p> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</p> <p>Presque tous les jours toute l'année 4 <input type="radio"/> Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 5 <input type="radio"/> } Passez à C6 Fréquemment 6 <input type="radio"/> À l'occasion 7 <input type="radio"/> Rarement/Jamais 8 <input type="radio"/></p> | <p>C9 Quel genre de difficulté éprouve-t-il (elle)?</p> <p>INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> <p>Se rendre à l'arrêt 1 <input type="radio"/> Attendre à l'arrêt 2 <input type="radio"/> Monter à bord et descendre 3 <input type="radio"/> Espace insuffisant pour s'asseoir ou se tenir debout dans le véhicule 4 <input type="radio"/> Se tenir debout dans le véhicule lorsque celui-ci est en marche 5 <input type="radio"/> Obtenir de l'information sur les horaires et les itinéraires 6 <input type="radio"/> Manque de coopération du personnel 7 <input type="radio"/> Autre 8 <input type="radio"/></p> |
| <p>C5 Pourquoi n'utilise-t-il (elle) pas plus souvent ce service spécial d'autobus ou de fourgonnettes?</p> <p>INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> <p>N'en a pas besoin plus souvent 1 <input type="radio"/> N'est pas admissible à ce service 2 <input type="radio"/> Est inscrit sur une liste d'attente pour ce service 3 <input type="radio"/> Service trop dispendieux 4 <input type="radio"/> Horaire ne convient pas à ses besoins 5 <input type="radio"/> Région desservie trop petite 6 <input type="radio"/> Autre 7 <input type="radio"/></p> | <p>C10 Existe-t-il un service de taxi dans votre région?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> Non 2 <input type="radio"/> → Passez à C13</p> <p>C11 Quelle est la fréquence à laquelle ... utilise le service de taxi?</p> <p>Presque tous les jours toute l'année 3 <input type="radio"/> Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 4 <input type="radio"/> Fréquemment 5 <input type="radio"/> À l'occasion 6 <input type="radio"/> Rarement/jamais 7 <input type="radio"/></p> <p>C12 Est-ce à cause de son affection ou de son problème de santé?</p> <p>Oui 8 <input type="radio"/> Non 9 <input type="radio"/></p> |

C13 J'aimerais vous interroger sur les moyens de transport que ... utilise pour effectuer de longs trajets. Je veux dire par là les moyens de transport qu'il (elle) utilise pour les déplacements de 50 milles/80 kilomètres ou plus.

L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-il (elle) de quitter son domicile pour effectuer de longs trajets?

Oui 3

Non 4



C14 Est-ce parce que les services de transport sur de longues distances ne parviennent pas à son affection ou son problème de santé?

Oui 5 → Passez à C20

Non 6 → Passez à la section D

C15 À cause de son affection, ... éprouve-t-il (elle) des difficultés à prendre un avion, l'autobus ou un train pour effectuer de longs trajets?

Oui 7

Non

8

Ne sait pas

9

} Passez à C19

C16 Éprouve-t-il (elle) des difficultés à prendre:

| | Oui | Non | Ne sait pas |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| un avion? | 1 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> |
| un autobus? | 4 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> |
| un train? | 7 <input type="radio"/> | 8 <input type="radio"/> | 9 <input type="radio"/> |

C17 Quel genre de difficultés éprouve-t-il (elle)?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Absence de moyens de transport pour se rendre à la gare/aéroport et en revenir 01

Se déplacer dans la gare/l'aéroport 02

Monter à bord ou descendre 03

Entendre les annonces 04

S'asseoir à bord 05

Voir les affiches ou les avis 06

Installations des salles de toilette 07

Manque de coopération du personnel 08

Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09

Règles et règlements du transporteur 10

Voyager en avion, en autobus ou en train aggrave l'affection 11

Autre 12

C18 Ces problèmes limitent-ils le nombre de trajets que ... effectue

Oui 1

Non 2

C19 Combien de long trajets a-t-il (elle) pris du 1^{er} avril au 30 juin, 1988:

(si aucun, inscrivez 00)

en avion?

en autobus?

en train?

en voiture, en camionnette ou en fourgonnette?

} Passez à la section D

C20 Quel genre de difficultés éprouve-t-il (elle) pour effectuer de longs trajets en avion, en autobus ou en train?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Absence de moyens de transport adéquats pour se rendre à la gare/l'aéroport et en revenir 01

Se déplacer dans la gare/l'aéroport ... 02

Monter à bord ou descendre 03

Entendre les annonces 04

S'asseoir à bord 05

Voir les affiches ou les avis 06

Installations des salles de toilette 07

Manque de coopération du personnel 08

Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09

Règles et règlements du transporteur 10

Voyager en avion, en autobus ou en train aggrave l'affection 11

Autre 12

Aucun 13

PASSEZ À LA SECTION D

SECTION D - LOGEMENT

D1 À cause de son affection, utilise-t-il (elle) pour entrer dans sa résidence actuelle et pour en sortir des dispositifs spéciaux, comme des rampes d'accès ou une entrée au niveau de la rue?
 Oui 1 Non 2 → Passez D3

D2 Quels dispositifs spéciaux utilise-t-il (elle)?
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes d'accès 1
 Entrées élargies 2
 Entrée au niveau de la rue 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement ... 4
 Ascenseur ou appareil de levage 5
 Stationnement accessible 6
 Autre caractéristique architecturale 7

D3 Pour entrer dans sa résidence actuelle et pour en sortir, a-t-il (elle) besoin de dispositifs spéciaux qu'il (elle) n'a pas?
 Oui 3 Non 4 → Passez à D5

D4 De quels dispositifs spéciaux a-t-il (elle) besoin mais qu'il (elle) n'a pas?
INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes d'accès 1
 Entrées élargies 2
 Entrée au niveau de la rue 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement ... 4
 Ascenseur ou appareil de levage 5
 Stationnement accessible 6
 Autre caractéristique architecturale ... 7

D5 À cause de son affection, utilise-t-il (elle) des dispositifs spéciaux, comme des rampes, pour se déplacer dans sa résidence?
 Oui 5 Non 6 → Passez à D7

D6 Quels dispositifs spéciaux utilise-t-il (elle)?
INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes (y compris dans la salle de bain) 1
 Ascenseur ou appareil de levage 2
 Entrées ou corridors élargis 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement 4
 Autre dispositif spécial 5

D7 Pour se déplacer dans sa résidence, a-t-il (elle) besoin de dispositifs spéciaux qu'il (elle) n'a pas?
 Oui 7 Non 8 → Passez à D9

D8 De quels dispositifs spéciaux a-t-il (elle) besoin mais qu'il (elle) n'a pas?
INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes (y compris dans la salle de bain) 1
 Ascenseur ou appareil de levage 2
 Entrées ou corridors élargis 3
 Portes qui s'ouvrent automatiquement ... 4
 Autre dispositif spécial 5

D9 Dans sa résidence, éprouve-t-il (elle) des difficultés à utiliser seul(e) les appareils ou accessoires suivants?

| | Éprouve de la difficulté | N'éprouve aucune difficulté | Ne possède pas cet appareil ou accessoire |
|-----------|--------------------------|-----------------------------|---|
| Baignoire | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> |
| Toilette | 16 <input type="radio"/> | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| Lavabo | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> | 21 <input type="radio"/> |

D10 A-t-on modifié l'un ou l'autre des accessoires suivants à cause de son affection?

| | Oui | Non |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Baignoire | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| Toilette | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| Lavabo | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |

D11 Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on refusé la location d'un logement à cause de son affection ou problème de santé?
 Oui 7 Non 8

D12 Si on vous refusait un logement uniquement à cause de son affection ou problème de santé, sauriez-vous où trouver de l'information sur vos droits?
 Oui 3 Non 4

PASSEZ À LA SECTION E

SECTION E - ACTIVITÉS PHYSIQUES

| | |
|---|---|
| <p>E1 En raison de son affection, ... prend-il (elle) des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine?</p> <p>Oui 8 <input type="radio"/> →</p> <p>Non 9 <input type="radio"/></p> | <p>E5 J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les activités physiques, les sports ou les exercices auxquels se livre ... pendant ses loisirs, par exemple, la marche, la bicyclette, la natation ou le base-ball.</p> <p>L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-il (elle) de participer à des activités physiques durant ses loisirs?</p> <p>Oui 3 <input type="radio"/> → Passez à la section F</p> <p>Non 4 <input type="radio"/></p> |
| <p>E2 Combien de sortes de médicaments sur ordonnance ... prend-il (elle) chaque jour? <input type="text"/> <input type="text"/> (si aucun, inscrivez 00)</p> <p>E3 Combien de sortes de médicaments sans ordonnance ... prend-il (elle) chaque semaine? <input type="text"/> <input type="text"/> (si aucun, inscrivez 00)</p> | <p>E6 Qu'est-ce qui empêche ... d'avoir davantage d'activités physiques? Nommez au plus trois raisons.</p> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q".</p> <p>Est timide, mal à l'aise 1 <input type="radio"/></p> <p>Absence d'installations ou de programmes accessibles 2 <input type="radio"/></p> <p>Installations, équipement ou programmes non adaptés à ses besoins 3 <input type="radio"/></p> <p>Moyens de transport inadéquats 4 <input type="radio"/></p> <p>Incapable physiquement d'en faire plus 5 <input type="radio"/></p> <p>Coût trop élevé 6 <input type="radio"/></p> <p>N'est pas intéressé(e) à en faire plus 7 <input type="radio"/></p> <p>Autre 8 <input type="radio"/></p> |
| <p>E4 À L'INTERVIEWER:</p> <p>Transcrivez la date de naissance de la page couverture.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Jour Mois Année</p> <p>Si la date de naissance est postérieure au 3 juin 1976</p> <p>alors 1 <input type="radio"/> → Passez à la section F</p> <p>Autrement 2 <input type="radio"/> → Passez à E5</p> | |

SECTION F - CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

F1 Les gens doivent parfois acquitter eux-mêmes des **FRAIS SUPPLÉMENTAIRES** à cause de l'affection ou du problème de santé de leurs enfants. En 1985, votre famille a-t-elle effectué des dépenses supplémentaires pour les médicaments ou les soins médicaux, l'éducation, le transport, le matériel ou les vêtements spéciaux, les soins personnels, le logement, etc., de ... qui N'ont PAS été remboursées complètement par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement?

Oui 1 Non 2 → **METTEZ FIN À L'INTERVIEW.**
Remplir la couverture avant du questionnaire.

F2 Pour chacun des postes suivants, veuillez estimer aussi précisément que possible les **FRAIS SUPPLÉMENTAIRES** que vous avez dû acquitter vous-mêmes en 1985 à cause de l'affection de ...

| | | Montant |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Médicaments sur ordonnance et sans ordonnance | Aucun 1 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| Achat et entretien des vêtements, appareils et accessoires spéciaux utilisés à la maison, à l'école, en voyage, etc. | Aucun 2 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| Soins de santé et soins médicaux non remboursés par un régime d'assurance, par exemple des frais d'hospitalisation ou des honoraires médicaux additionnels | Aucun 3 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| Frais que vous avez acquittés pour modifier votre demeure en raison de son affection | Aucun 4 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| Frais de scolarité supplémentaires ou spéciaux ou frais de résidence..... | Aucun 5 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| Déplacements, par exemple les trajets aller-retour poursuivre des traitements ou une thérapie ou bénéficier d'autres services médicaux ou de réadaptation, ou dépenses supplémentaires découlant de la nécessité d'utiliser des moyens de transport plus coûteux | Aucun 6 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| Services personnels, par exemple ceux dispensés par un aide, un gardien d'enfants spécialisé ou une personne assurant des soins à domicile | Aucun 7 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| Autre | Aucun 8 <input type="radio"/> | ou \$ <input type="text"/> .00 |
| (précisez) _____ | | |

METTEZ FIN À L'INTERVIEW.
Remplir la couverture avant du questionnaire.

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS

SÉLECTION - SECTION A

Meilleure description de l'affection:

L'AFFECTION:

1. était présente **À LA NAISSANCE**
2. est une **MALADIE** ou un mal
3. a été **CAUSÉE PAR UNE MALADIE** ou un mal (y compris son traitement)
4. a été causée par un **ACCIDENT**
5. autre cause
6. ne sait pas

QUESTION E 6

E6 Raisons de ne pas avoir davantage d'activités physiques.
Nommez au plus trois raisons.

1. Est timide, mal à l'aise
2. Absence d'installations ou de programmes à une distance accessible
3. Installations, équipement ou programmes non adaptés à ses besoins
4. Moyens de transport inadéquats
5. Incapable physiquement d'en faire plus
6. Coût trop élevé
7. N'est pas intéressé(e) à en faire plus
8. Autre



Enquête sur la santé et les limitations d'activités (Adultes - 15 ans et plus) POUR LES RÉGIONS DU NORD

Questionnaire 04

"Déclaration exigée en vertu de la Loi sur la statistique, Statuts du Canada, 1970-71-72, chapitre 15"

INTRODUCTION

STATISTIQUE CANADA MÈNE UNE ENQUÊTE SPÉCIALE POUR OBTENIR DES DONNÉES SUR LES CANADIENS, QUI, POUR DES RAISONS RELIÉES À LA SANTÉ, SONT LIMITÉS DANS LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QU'ILS PEUVENT FAIRE QUOTIDIENNEMENT. LES DONNÉES RECUEILLIES DANS L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS AUX ACTIVITÉS DEVRAIENT PERMETTRE D'IDENTIFIER LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR CES CANADIENS DANS DES DOMAINES COMME L'EMPLOI, L'ÉDUCATION, LES DÉPLACEMENTS, LE LOGEMENT ET LES LOISIRS.

État final du quest.

- Entièrement complété 1
- Partiellement " 2
- Refus 3
- Aucun contact 4
- Autre 5

DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

Échantillon des "oui" 1

Échantillon des "non" 2

| | | | | | | |
|------|--------|-------|----|--------|------------------------|-------------------|
| PROV | CÉF N° | SD N° | NV | Ménage | Type de formule 0 4 | N° de la personne |
|------|--------|-------|----|--------|------------------------|-------------------|

| | | |
|--------------|-----------------|-----------|
| Nom | | Téléphone |
| Nom | Prénom | |

| | | |
|---|---------------------------------|----------------------|
| Adresse | | |
| Rue et N° ou lot et concession ou location exacte | | |
| Ville, village, canton, autre municipalité ou réserve indienne | Province ou territoire | Code Postal |

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------|-------------------------|
| Date de naissance | | | Sexe | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Homme | 1 <input type="radio"/> |
| Jour | Mois | Année | Femme | 2 <input type="radio"/> |

Source de l'information

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| La personne de référence | 1 <input type="radio"/> | Raison de la substitution | Hospitalisée | 1 <input type="radio"/> |
| OU | | | Incapable de répondre | 2 <input type="radio"/> |
| Substitut - Parent ou enfant | 2 <input type="radio"/> | | Personne absente | 3 <input type="radio"/> |
| - Autre membre de la famille | 3 <input type="radio"/> | | Autre | 4 <input type="radio"/> |
| - Autre | 4 <input type="radio"/> | | | |

Registre des visites/Appels de l'interviewer

| N° de l'appel ou de la visite | Date | L'heure de l'appel ou de la visite | Interview | | | Commentaires |
|-------------------------------|------|------------------------------------|-----------|-----|--------------|--------------|
| | | | Début | Fin | Durée (min.) | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| DURÉE TOTALE (Minutes) | | | | | | |

Signature de l'interviewer _____ Date _____

SECTION A - QUESTIONS DE SÉLECTION

| | |
|--|-------------------------------------|
| <p>J'aimerais vous poser quelques questions sur votre capacité d'accomplir certaines activités même à l'aide d'appareils spéciaux, si vous en utilisez habituellement. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui devraient durer six mois ou plus.</p> | <p>Colonne de sélection Oui</p> |
| <p>1 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À ENTENDRE CE QUI SE DIT AU COURS D'UNE CONVERSATION NORMALE AVEC UNE AUTRE PERSONNE?</p> <p style="text-align: right;">Oui, éprouve des difficultés 1○</p> <p style="text-align: right;">Non, pas de difficulté... 2○ → Passez à 2</p> | <p>1○</p> <p>→ Passez à 1a</p> |
| <p>1a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</p> <p>Âge <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | <p>↓</p> |
| <p>1b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable 3○</p> <p>Non, capable 4○</p> | |
| <p>1c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation normale avec une autre personne?</p> <p>Précisez <input style="width: 100px;" type="text"/></p> | |
| <p>1d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> </div> <p style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> | |
| <p>2 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À ENTENDRE CE QUI SE DIT AU COURS D'UNE CONVERSATION EN GROUPE AVEC AU MOINS TROIS AUTRES PERSONNES?</p> <p style="text-align: right;">Oui, éprouve des difficultés 5○</p> <p style="text-align: right;">Non, pas de difficulté... 6○ → Passez à 3</p> | <p>5○</p> <p>→ Passez à 2a</p> |
| <p>2a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</p> <p>Âge <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | <p>↓</p> |
| <p>2b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable 7○</p> <p>Non, capable 8○</p> | |
| <p>2c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?</p> <p>Même affection qu'à la question <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> c → Passez à 3</p> <p>Précisez <input style="width: 100px;" type="text"/></p> | |
| <p>2d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> </div> <p style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>3 À L'INTERVIEWER</p> <p>Si le "Oui" est coché à la question 1 ou 2,</p> <p>alors 1○ → Passez à 3a</p> <p>Autrement 2○ → Passez à 4</p> </div> | |

| | |
|---|-------------------------------------|
| <p>3a Êtes-vous capable de comprendre ce qu'on vous dit au moyen d'un appareil téléphonique ordinaire, avec une prothèse auditive si vous en portez une?</p> <p>Oui 3○ Non 4○</p> | <p>Colonne de sélection Oui</p> |
| <p>3b J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des appareils spéciaux pour les personnes qui ont des troubles de l'ouïe. Utilisez-vous actuellement ...</p> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> <p>une prothèse auditive? 1○ un téléphone à volume réglable? 2○ d'autres appareils pour les personnes qui ont des troubles de l'ouïe? 3○ (précisez) _____ aucun 4○</p> | |
| <p>3c Y a-t-il des appareils pour les personnes qui ont des troubles de l'ouïe dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?</p> <p>Oui 5○ Non 6○ → Passez à 4</p> | |
| <p>3d De quel(s) appareil(s) avez-vous besoin?</p> <p>INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> <p>Prothèse auditive 1○ Téléphone à volume réglable 2○ Autre(s) appareil(s) pour les personnes qui ont des troubles de l'ouïe 3○ (précisez) _____</p> | |
| <p>3e Quel est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas cet (ces) appareil(s)?</p> <p>INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.</p> <p>L'affection n'était pas assez grave 1○ Ne savait pas où les obtenir 2○ Trop coûteux/Ne pouvait pas se le permettre 3○ N'était(ent) pas disponible(s) 4○ N'a(ont) jamais été prescrit(s) 5○ Aucune raison spéciale 6○ Autre raison 7○</p> | |

4 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À LIRE LES CARACTÈRES ORDINAIRES DE CETTE PAGE (AVEC DES VERRÉS SI VOUS EN PORTEZ HABITUELLEMENT)?

Colonne de sélection
Oui

Oui, éprouve des difficultés 1

Non, pas de difficulté ... 2 → Passez à 5

Passez à 4a

4a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

4b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 3

Non, capable 4

4c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à lire les caractères de cette page?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 5

Précisez

4d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

5 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOIR CLAIREMENT LA FIGURE DE QUELQU'UN À 12 PIEDS/4 MÈTRES (par ex., d'un bout à l'autre d'une pièce) AVEC DES VERRÉS SI VOUS EN PORTEZ HABITUELLEMENT?

5

Oui, éprouve des difficultés 5

Non, pas de difficulté ... 6 → Passez à 6

Passez à 5a

5a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

5b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 7

Non, capable 8

5c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à voir clairement la figure de quelqu'un à 12 pieds/4 mètres?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 6

Ou précisez

5d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

6 À L'INTERVIEWER

Si le "Oui" est coché à la question 4 ou 5,

alors 1 → Passez à 6a

Autrement 2 → Passez à 7

Colonne
de sélection
Oui

6a Un spécialiste des troubles de la vision vous a-t-il déclaré(e) légalement aveugle?

Oui 3

Non 4 → Passez à 6c

Ne sait pas/incertain 5

6b Êtes-vous capable de reconnaître une main placée en face de vos yeux et de compter le nombre de doigts qu'on vous montre?

Oui 6

Non 7

6c J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des appareils spéciaux pour les handicapés visuels. Utilisez-vous actuellement...

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

des verres/lunettes/verres de contact? 1

des loupes ou d'autres appareils grossissant? 2

d'autre(s) appareil(s) pour les handicapés visuels, par exemple,
une canne blanche? 3
(précisez) _____

aucun 4

6d Y a-t-il des appareils pour les handicapés visuels dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?

Oui 7

Non 8

→ Passez à 7

6e De quel(s) appareil(s) avez-vous besoin?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Verres/lunettes/verres de contact 1

Loupes ou autres appareils grossissant 2

Appareil(s) pour les handicapés visuels 3
(précisez) _____

6f Quel est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas cet (ces) appareil(s)?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.

L'affection n'était pas assez grave 1

Ne savait pas où les obtenir 2

Trop coûteux/ne pouvait pas se le permettre 3

N'était(ent) pas disponible(s) 4

N'a(ont) jamais été prescrit(s) 5

Aucune raison spéciale 6

Autre raison 7

7 À CAUSE D'UNE AFFECTION OU UN PROBLÈME DE SANTÉ ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À PARLER ET ÊTRE COMPRIS(E)?

Oui, éprouve des difficultés 1

Non, pas de difficulté 2 → Passez à 8

Colonne de sélection
Oui

1

Passez à 7a



7a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

7b Jusqu'à quel point croyez-vous être capable de vous faire comprendre en parlant à ...

| | Entièrement | Partiellement | Pas du tout |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| a) des membres de votre famille?..... | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| b) vos amis? | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| c) d'autres personnes? | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |

7c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à parler et être compris(e)?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 8

Précisez

7d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

8 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À MARCHER SUR UNE DISTANCE DE 400 VERGES/MÈTRES SANS VOUS REPOSER (environ un quart de mille)?

Oui, éprouve des difficultés 3

Non, pas de difficulté 4 → Passez à 9

3

Passez à 8a



8a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

8b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 5

Non, capable 6

8c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à marcher sur une distance de 400 verges/mètres sans vous reposer?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 9

Précisez

8d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

9 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À MONTER ET DESCENDRE UN ESCALIER, C'EST-À DIRE, ENVIRON 12 MARCHES?

Oui, éprouve des difficultés 7○

Non, pas de difficulté... 8○ → Passez à 10

Colonne de sélection
Oui

Passez à 9a

9a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

9b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 1○

Non, capable 2○

9c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à monter et descendre un escalier?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 10

Précisez

9d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

10 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À TRANSPORTER UN OBJET DE 10 LIVRES SUR UNE DISTANCE DE 30 PIEDS/5 KILOGRAMMES SUR 10 MÈTRES (par ex., un sac de farine de 10 livres)?

Oui, éprouve des difficultés 3○

Non, pas de difficulté... 4○ → Passez à 11

Passez à 10a

10a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

10b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 5○

Non, capable 6○

10c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à transporter un objet de 10 livres sur une distance de 30 pieds?

Même affection qu'à la question 0 c → Passez à 11

Précisez

10d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

| | |
|--|---|
| <p>11 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS DÉPLACER DANS UNE PIÈCE OU D'UNE PIÈCE À UNE AUTRE?</p> <p style="text-align: right;">Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non, pas de difficulté .. 8 <input type="radio"/> → Passez à 12</p> | <p>Colonne de sélection</p> <p>Oui</p> <p>7 <input type="radio"/></p> <p>Passez à 11a</p> |
|--|---|

11a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

11b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 1

Non, capable 2

11c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre?

Même affection qu'à la question c → Passez à 12

Précisez

11d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

| | |
|---|--|
| <p>12 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS TENIR DEBOUT PENDANT DE LONGUES PÉRIODES C'EST-À-DIRE PENDANT PLUS DE 20 MINUTES? ENCORE ICI, IL S'AGIT DE PROBLÈMES QUI DEVRAIENT DURER 6 MOIS OU PLUS.</p> <p style="text-align: right;">Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non, pas de difficulté .. 4 <input type="radio"/> → Passez à 13</p> | <p>3 <input type="radio"/></p> <p>Passez à 12a</p> |
|---|--|

12a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

12b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 5

Non, capable 6

12c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous tenir debout pendant de longues périodes?

Même affection qu'à la question c → Passez à 13

Précisez

12d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

15 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS METTRE AU LIT ET À SORTIR DU LIT?

Colonne
de sélection
Oui

Oui, éprouve des difficultés 7

Non, pas de difficulté ... 8 → Passez à 16

Passez à 15a

15a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

15b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 1

Non, capable 2

15c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous mettre au lit et à sortir du lit?

Même affection qu'à la question c → Passez à 16

Précisez

15d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

16 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS COUPER LES ONGLES D'ORTEILS OU ATTACHER LES LACETS DE VOS SOULIERS?

Oui, éprouve des difficultés 3

Non, pas de difficulté ... 4 → Passez à 17

Passez à 16a

16a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

16b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable 5

Non, capable 6

16c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous couper les ongles d'orteils ou attacher les lacets de vos souliers?

Même affection qu'à la question c → Passez à 17

Précisez

16d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

17 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À VOUS SERVIR DE VOS DOIGTS POUR SAISIR OU MANIER UN OBJET, PAR EXEMPLE, UTILISER UNE PAIRE DE CISEAUX OU DE PINCES?

Colonne de sélection
Oui

Oui, éprouve des difficultés 7○

Non, pas de difficulté ...8○ → Passez à 18

Passez à 17a

17a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

17b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 1○
Non, capable 2○

17c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet?
Même affection qu'à la question c → Passez à 18
Précisez

17d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

18 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À ÉTENDRE LE BRAS DANS N'IMPORTE QUELLE DIRECTION POUR PRENDRE QUELQUE CHOSE (par ex., au dessus de votre tête)?

3○

Oui, éprouve des difficultés 3○

Non, pas de difficulté ...4○ → Passez à 19

Passez à 18a

18a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?
Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

18b Êtes-vous totalement incapable de le faire?
Oui, totalement incapable 5○
Non, capable 6○

18c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à étendre le bras dans n'importe quelle direction pour prendre quelque chose?
Même affection qu'à la question c → Passez à 19
Précisez

18d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

| | |
|---|--|
| 19 ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À COUPER VOS ALIMENTS? <p style="text-align: right;">Oui, éprouve des difficultés 7○</p> <p style="text-align: right;">Non, pas de difficulté .. 8○ → Passez à 20</p> | Colonne de sélection Oui 7○ Passez à 19a |
| 19a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire? Âge <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00) | |
| 19b Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable 1○ Non, capable 2○ | |
| 19c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à couper vos aliments? Même affection qu'à la question <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> c → Passez à 20 Précisez <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | |
| 19d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px auto; width: fit-content;"> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> </div> | |
| 20 À CAUSE D'UNE AFFECTION OU UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE QUI DEVRAIT DURER 6 MOIS OU PLUS, ÊTES-VOUS LIMITÉ(E) DANS LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QUE VOUS POUVEZ FAIRE ... | |
| <div style="text-align: right;">(i) À LA MAISON?</div> <p style="text-align: right;">Oui, est limité(e) 3○</p> <p style="text-align: right;">Non 4○</p> | |
| <div style="text-align: right;">(ii) À L'ÉCOLE, AU TRAVAIL OU DANS D'AUTRES ACTIVITÉS POUR GAGNER VOTRE VIE COMME LA PÊCHE, LE TRAPPAGE OU L'ARTISANAT?</div> <p style="text-align: right;">Oui, est limité(e) 5○</p> <p style="text-align: right;">Non 6○</p> <p style="text-align: right;">Sans objet 7○</p> | |
| <div style="text-align: right;">(iii) DANS VOS AUTRES OCCUPATIONS COMME LES DÉPLACEMENTS, LES SPORTS OU LES LOISIRS?</div> <p style="text-align: right;">Oui, est limité(e) 8○</p> <p style="text-align: right;">Non 9○</p> | |
| 20a À L'INTERVIEWER: Si le "Oui" est coché à la question 20(i), 20(ii) ou 20(iii), alors 1○ → Passez à 20b Autrement 2○ → Passez à 21 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|----|---|----|---------------------------|----|--|----|--|----|---|----|-----------------------------------|----|------------------------|----|-------------------|
| <p>20b À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités? Âge <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | Colonne de sélection Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui limite vos activités? Même affection qu'à la question <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> c → Passez à 21 Précisez <input style="width: 100px;" type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20d Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre affection? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. </div> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21 UN PROFESSIONNEL DE L'ENSEIGNEMENT OU DE LA SANTÉ VOUS A-T-IL DÉJÀ DIT QUE VOUS AVIEZ DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE?</p> <p style="text-align: right;">Oui 4○ Non 5○ → Passez à 22</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21a Quel est le nom de votre difficulté d'apprentissage? Précisez <input style="width: 100px;" type="text"/></p> | ← Passez à 21a | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>22 DE TEMPS À AUTRES, CHACUN ÉPROUVE DES DIFFICULTÉS À SE SOUVENIR DU NOM D'UNE PERSONNE FAMILIÈRE OU À APPRENDRE QUELQUE CHOSE DE NOUVEAU OU IL NOUS ARRIVE D'ÊTRE CONFUS PENDANT QUELQUES INSTANTS. TOUTEFOIS, AVEZ-VOUS EN PERMANENCE DES PROBLÈMES DE MÉMOIRE OU D'APPRENTISSAGE?</p> <p style="text-align: right;">Oui 6○ Non 7○ → Passez à 23</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>22a À quel âge avez-vous commencé à avoir ces problèmes? Âge <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p> | ← Passez à 22a | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>22b Ces problèmes sont-ils causés par un problème de santé ou une affection que vous aviez à la naissance? Oui 8○ Non 9○</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>22c Quelle est l'affection qui vous cause ces problèmes? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Cochez toutes les cases qui s'appliquent. </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Séquelles d'une attaque d'apoplexie</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale ou une méningite</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Blessure au cerveau</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">4○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Affection liée au vieillissement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">5○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Retard du développement (arriération mentale)</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">6○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Difficultés d'apprentissage</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">7○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Autre (précisez) _____</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">8○</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ne sait pas</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">9○</td> </tr> </table> </p> | | Séquelles d'une attaque d'apoplexie | 1○ | Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale ou une méningite | 2○ | Blessure au cerveau | 3○ | Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin | 4○ | Affection liée au vieillissement | 5○ | Retard du développement (arriération mentale) | 6○ | Difficultés d'apprentissage | 7○ | Autre (précisez) _____ | 8○ | Ne sait pas |
| Séquelles d'une attaque d'apoplexie | 1○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale ou une méningite | 2○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Blessure au cerveau | 3○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin | 4○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Affection liée au vieillissement | 5○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retard du développement (arriération mentale) | 6○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Difficultés d'apprentissage | 7○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre (précisez) _____ | 8○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ne sait pas | 9○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 23 À CAUSE D'UNE AFFECTION OU D'UN PROBLÈME CHRONIQUE D'ORDRE ÉMOTIF, PSYCHOLOGIQUE, NERVEUX OU MENTAL, ÊTES-VOUS LIMITÉ(E) DANS LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QUE VOUS POUVEZ FAIRE... | Colonne de sélection Oui |
|---|-----------------------------|
| (i) À LA MAISON? Oui, est limité(e) 1○ Non 2○ | 1○ |
| (ii) À L'ÉCOLE, AU TRAVAIL OU DANS D'AUTRES ACTIVITÉS POUR GAGNER VOTRE VIE COMME LA PÊCHE, LE TRAPPAGE OU L'ARTISANAT? Oui, est limité(e) 3○ Non 4○ Sans objet 5○ | 3○ |
| (iii) DANS VOS AUTRES OCCUPATIONS COMME LES DÉPLACEMENTS, LES SPORTS OU LES LOISIRS? Oui, est limité(e) 6○ Non 7○ | 6○ |

23a À L'INTERVIEWER:
Si le "Oui" est coché à la question 23(i), 23(ii) ou 23(iii),
alors 1○ → Passez à 23b
Autrement 2○ → Passez à 24

23b À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités?
Âge (si moins d'un an, inscrivez 00)

23c Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui limite vos activités?
Même affection qu'à la question
Précisez

24 À L'INTERVIEWER:
Si au moins un "Oui" est coché dans la colonne de sélection de la page 2 à 14,
alors 1○ → Passez à la section B
Autrement 2○ → **METTEZ FIN À L'INTERVIEW.** Remplir la couverture avant du questionnaire.

SECTION B - APPAREILS SPÉCIAUX

Les questions suivantes se rapportent à l'influence de votre affection ou votre problème de santé sur la façon dont vous accomplissez vos activités quotidiennes. Ces questions ont été conçues pour une diversité de problèmes de santé ou d'affections et certaines pourraient ne pas s'appliquer dans votre cas.

B1 Utilisez-vous ou avez-vous besoin d'appareils pour vous déplacer comme un fauteuil roulant ou des béquilles ou pour remplacer ou vous aider à avoir l'usage de vos mains et de vos bras comme un support de bras?

Oui 1 Non 2 → Passez à B7

B2 Quels appareils utilisez-vous?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Support de dos ou de jambes 01

Chaussures spéciales prescrites par un médecin 02

Jambe ou pied artificiel (prothèse) 03

Canne (autre qu'une canne blanche) .. 04

Béquilles 05

Fauteuil roulant 06

Ambulateur 07

Autre(s) appareil(s) pour vous déplacer (précisez) 08

Main ou bras artificiel (prothèse) 09

Support de bras 10

Autre(s) appareil(s) pour les mains 11 ou les bras (précisez)

B3 Y a-t-il des appareils dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas, pour vous déplacer ou pour vous assister dans l'usage de vos mains et de vos bras?

Oui 3 Non 4 → Passez à B6

B4 De quel(s) appareil(s) avez-vous besoin mais que vous n'avez pas?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Support de dos ou de jambes 01

Chaussures spéciales prescrites par un médecin 02

Jambe ou pied artificiel (prothèse) 03

Canne (autre qu'une canne blanche) . 04

Béquilles 05

Fauteuil roulant 06

Ambulateur 07

Autre(s) appareil(s) pour vous déplacer (précisez) 08

Main ou bras artificiel (prothèse) 09

Support de bras 10

Autre(s) appareil(s) pour les mains 11 ou les bras (précisez)

B5 Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas cet (ces) appareil(s)?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- L'affection n'était pas assez grave 1
- Ne savait pas où les obtenir 2
- Trop coûteux/Ne pouvait pas se le permettre 3
- N'était (ent) pas disponible(s) 4
- N'a (ont) jamais été prescrit(s) 5
- Aucune raison spéciale 6
- Autre raison 7

B6 Avez-vous besoin de renseignements sur du matériel ou des appareils spéciaux qui sont appropriés à votre affection?

Oui 5 Non 6

B7 À cause de votre affection, prenez-vous régulièrement des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance, c'est-à-dire au moins une fois par semaine?

Oui 7 Non 8 → Passez à B10

B8 Combien de sortes de médicaments sur ordonnance prenez-vous chaque jour?

(Si aucun, inscrivez 00)

B9 Combien de sortes de médicaments sans ordonnance prenez-vous chaque semaine?

(Si aucun, inscrivez 00)

B10 Avez-vous besoin d'information, ou de plus d'information, concernant votre affection ou votre problème de santé?

Oui 1 Non 2

PASSEZ À LA SECTION C

SECTION C - SERVICES SOCIAUX

Le prochain groupe de questions concerne la façon dont vous affectuez vos activités quotidiennes.

C1 Qui prépare habituellement vos repas?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Vous seul 1 → Passez à C3
- Vous-même et quelqu'un d'autre 2
- Quelqu'un d'autre 3

C2 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5

C3 Qui fait habituellement vos achats d'épicerie ou d'autres produits de première nécessité?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Vous seul 1 → Passez à C5
- Vous-même et quelqu'un d'autre 2
- Quelqu'un d'autre 3

C4 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5

C5 Qui s'occupe habituellement de vos travaux ménagers courants?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Vous seul 1 → Passez à C7
- Vous-même et quelqu'un d'autre 2
- Quelqu'un d'autre 3

C6 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5

C7 Qui s'occupe habituellement de vos gros travaux ménagers comme couper du bois, transporter l'eau ou déneiger?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Personne 3 Passez à C9
- Vous seul 4
- Vous-même et quelqu'un d'autre 5 Passez à C8
- Quelqu'un d'autre 6
- Sans objet 7 → Passez à C9

C8 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 9

C9 À cause de votre affection, recevez-vous de l'aide pour vos soins personnels, par exemple pour vous laver, faire votre toilette, vous habiller et manger?

- Oui 3 Non 4

C10 Comment vous déplacez-vous dans votre résidence?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Par vous-même 1
- Parfois par vous-même et parfois avec l'aide d'une autre personne 2
- Uniquement avec l'aide d'une autre personne 3
- Pas du tout à cause de votre affection ou votre problème de santé 4

C11 Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois?

(si aucune, inscrivez 00)

C12 En raison de votre affection ou de votre problème de santé, combien de fois au cours des trois derniers mois avez-vous consulté un:

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Nombre de fois (si aucune, inscrivez 00)

- médecin?
- infirmier/infirmière?
- physiothérapeute/ergothérapeute/thérapeute des troubles de la parole?
- autre professionnel ou technicien de la santé, par exemple psychologue, opticien, dentiste, conseiller de la santé?

PASSEZ À LA SECTION D

SECTION D - EMPLOI

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|-------|--|--|--|------|--|------|-------|--|--|---|
| <p>D1 INTERVIEWER:</p> <p>Transcrivez la date de naissance de la page couverture.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Jour</td> <td>Mois</td> <td colspan="3">Année</td> </tr> </table> <p>Si la date de naissance est antérieure au 3 juin 1921, alors 1 <input type="radio"/> → Passez à la section F</p> <p>Autrement 2 <input type="radio"/> → Passez à D2</p> | | | | | | | Jour | | Mois | Année | | | <p>D3 Êtes-vous totalement incapable de travailler à un emploi ou à une entreprise ou à d'autres activités pour assurer la vie de votre famille?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/></p> <p>Non 2 <input type="radio"/></p> |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Jour | | Mois | Année | | | | | | | | | | |
| <p>D2 Les questions suivantes se rapportent aux effets de votre affection ou de votre problème de santé sur le travail à un emploi ou à une entreprise ou dans d'autres activités pour assurer la vie de votre famille, par exemple, la pêche, le trappage ou l'artisanat?</p> <p>À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous déjà changé d'emploi ou le genre ou la quantité de travail que vous faisiez à un emploi ou d'autres activités pour assurer la vie de votre famille?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> Non 2 <input type="radio"/></p> <p>Sans objet 3 <input type="radio"/></p> | | | | | | | | | | | | | |

SECTION E - INSTRUCTION

Les questions suivantes porteront sur l'instruction.

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>E1 En avril 1986, étiez-vous inscrite) à une école, un collège ou une université ou une école de métiers ou de formation professionnelle, incluant des cours par correspondance?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> Non 2 <input type="radio"/> → Passez à E6</p> | <p>E4 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous utilisé du matériel spécial comme un livre enregistré sur ruban ou bénéficié de conditions spéciales mis à votre disposition par cette école, par exemple l'aide d'une personne?</p> <p>Oui 8 <input type="radio"/> Non 9 <input type="radio"/></p> | | |
| <p>E2 Suiviez-vous des cours par correspondance ou à domicile en avril 1986?</p> <p>Oui 7 <input type="radio"/> Non 8 <input type="radio"/></p> | <p>E5 À cause de votre affection, aviez-vous besoin de conditions spéciales ou de matériel spécial qui n'étaient pas mis à votre disposition par cette école?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> Non 2 <input type="radio"/></p> | | |
| <p>E3 Dans quel genre d'école étiez-vous inscrite)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</p> </div> <p>École spéciale pour les personnes ayant une affection ou un problème de santé 1 <input type="radio"/></p> <p>École primaire ou secondaire ordinaire 2 <input type="radio"/></p> <p>Collège communautaire, CEGEP, institut technique, hôpital-école de soins infirmiers ou de technologie médicale 3 <input type="radio"/></p> <p>Université ou école normale 4 <input type="radio"/></p> <p>Autre 5 <input type="radio"/></p> | | | |
| <p>E6 Combien d'années scolaires avez-vous complétées?</p> <p>Années <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> → Passez à la section F</p> <p>ou</p> <p>Aucune 99 <input type="radio"/></p> | | | |
| | | | |
| <p>E7 Est-ce principalement à cause de votre affection ou de votre problème de santé que vous n'avez complété aucune année scolaire?</p> <p>Oui 3 <input type="radio"/></p> <p>Non 4 <input type="radio"/></p> | | | |
| <p>PASSEZ À LA SECTION F</p> | | | |

SECTION F - DEPLACEMENTS

J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que vous utilisez pour vos déplacements locaux. Cela comprend les déplacements pour vous rendre chez des amis, à un magasin ou tout autre trajet de moins de 50 milles (80 km).

F1 Votre affection ou votre problème de santé vous empêche-t-il de quitter votre domicile pour effectuer de courts trajets? Autrement dit, êtes-vous confiné(e) à votre résidence?
 Oui 1○ → Passez à F3 Non 2○

F2 À cause de votre affection, avez-vous de la difficulté à utiliser une automobile, une camionnette, une motoneige ou un bateau ...
 Oui Non Ne sait pas
 comme conducteur? ... 1○ 2○ 3○
 comme passager? ... 4○ 5○ 6○

F3 J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que vous utilisez pour vos déplacements sur de longues distances. Je veux dire par là les moyens de transport que vous utilisez pour les voyages de 50 milles (80 km) ou plus.
 Votre affection ou votre problème de santé vous empêche-t-il d'effectuer de longs trajets?

Oui 3○ → F4 Est-ce parce que les services de transport sur de longues distances ne conviennent pas à votre affection ou votre problème
 Non 4○
 Oui 5○ → Passez à F9
 Non 6○ → Passez à la section G

F5 À cause de votre affection, éprouvez-vous des difficultés à prendre un avion, un autobus ou un train pour effectuer de longs trajets?
 Oui 6○ Non 7○ } Passez à F8
 Ne sait pas 8○

F6 Éprouvez-vous des difficultés à prendre:
 Oui Non Ne sait pas
 un avion? ... 1○ 2○ 3○
 un autobus? ... 4○ 5○ 6○
 un train? ... 7○ 8○ 9○

F7 Quel genre de difficultés éprouvez-vous?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Absence de moyens de transport adéquats pour se rendre à la gare/aéroport et en revenir 01○
- Se déplacer dans la gare/aéroport 02○
- Monter à bord ou descendre 03○
- Entendre les annonces 04○
- S'asseoir à bord 05○
- Voir les affiches ou les avis 06○
- Installations des salles de toilette 07○
- Manque de coopération du personnel 08○
- Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09○
- Règles et règlements du transporteur 10○
- Voyager en avion/autobus/train aggrave l'affection 11○
- Autre 12○

F8 Combien de voyages de 50 milles (80 km) ou plus avez-vous fait entre le 1er avril et le 30 juin, 1986 en ... (si aucun, inscrivez '00')

- avion?
 - autobus?
 - train?
 - voiture, camionnette, bateau ou moto-neige?
- } Passez à la section G

F9 Quel genre de difficultés éprouvez-vous à prendre un avion, un autobus ou un train pour effectuer de long trajets?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Absence de moyens de transport adéquats pour se rendre à la gare/aéroport et en revenir 01○
- Se déplacer dans la gare/aéroport 02○
- Monter à bord ou descendre 03○
- Entendre les annonces 04○
- S'asseoir à bord 05○
- Voir les affiches ou les avis 06○
- Installations des salles de toilette 07○
- Manque de coopération du personnel 08○
- Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09○
- Règles et règlements du transporteur 10○
- Voyager en avion/autobus/train aggrave l'affection 11○
- Autre 12○
- Aucune 13○

PASSEZ À LA SECTION G

SECTION G - INFORMATION

G1 Si on vous refusait un logement ou un emploi uniquement à cause de votre affection ou de votre problème de santé, sauriez-vous où trouver de l'information sur vos droits?

Oui 8○ Non 9○

SECTION H - LOISIRS ET HABITUDES DE VIE

H1 J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos autres activités pendant vos loisirs. Combien d'heures par semaine consacrez-vous habituellement aux activités suivantes chez-vous?

| | 0 heure | 1 à 7 heures par semaine | Plus de 7 heures |
|--|---------|--------------------------|------------------|
| Regarder la télévision, écouter la radio, des disques ou des rubans, ou lire | 01○ | 02○ | 03○ |
| Parler au téléphone | 04○ | 05○ | 06○ |
| Activités artistiques ou artisanales ou autre passe-temps | 07○ | 08○ | 09○ |
| Activités sociales avec la famille ou des amis | 10○ | 11○ | 12○ |

H2 Combien de fois par mois participez-vous habituellement aux activités suivantes à l'extérieur de votre logement?

| | Jamais | 1 à 4 fois par mois | Plus de 5 fois par mois |
|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Rendre visite à des amis ou des parents... | 01○ | 02○ | 03○ |
| Assister à des événements sportifs ou des projections de film | 04○ | 05○ | 06○ |
| Suivre des cours | 10○ | 11○ | 12○ |
| Magasiner | 13○ | 14○ | 15○ |
| Assister à des manifestations religieuses ou faire du bénévolat | 16○ | 17○ | 18○ |
| Visiter des parcs nationaux ou provinciaux | 19○ | 20○ | 21○ |
| Autres activités, par exemple aller à un bingo ou à un club, jouer aux cartes | 22○ | 23○ | 24○ |

H3 Êtes-vous satisfait(e) de vos activités de loisirs à l'extérieur de votre logement ou aimeriez-vous en faire plus?

Satisfait(e) 1○ → Passez à H5
 Aimerais en faire plus 2○

H4 Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir davantage d'activités de loisirs?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- A besoin d'être aidé(e) par quelqu'un ... 1○
- A besoin d'appareils spéciaux, comme des supports ou un fauteuil roulant .. 2○
- Moyens de transport inadéquats
- Lieu des activités trop éloigné
- Installations non adaptées à l'affec- tion ou au problème de santé
- Incapable physiquement d'en faire plus
- Coût trop élevé
- Autre

H5 J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les activités physiques, les sports ou les exercices auxquels vous vous livrez pendant vos loisirs, par exemple jouer aux quilles, au hockey ou au ballon-balais.

Participez-vous à des activités physiques durant vos loisirs?

Oui 3○ Non 4○ → Passez à H7

H6 À quelle fréquence participez-vous habituellement à des activités physiques pendant vos loisirs?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Moins qu'une fois par mois
- De 1 à 3 fois par mois
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois par semaine ou plus

H7 Désirez-vous participer à plus d'activités physiques?

Oui 1○ Non 2○ → Passez à H9

H8 Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir davantage d'activités physiques? Nommez au plus 3 raisons.

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q"

- Timide/mal à l'aise 1○
- Manque d'encouragement de la famille ou des amis 2○
- Absence d'installations ou de programmes à distance accessible 3○
- Installations, équipement ou programmes non adaptés à ses besoins 4○
- Moyens de transport inadéquats 5○
- Incapable physiquement d'en faire plus 6○
- Coût trop élevé 7○
- Autre 9○

H9 Fumez-vous la cigarette?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Pas du tout 3○
- Régulièrement, c.-à-d. habituellement à chaque jour 4○
- À l'occasion 5○

H10 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs ou d'autres boissons alcoolisées?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Non: Jamais 1○
- Oui: À chaque jour 2○
- De 4 à 6 fois par semaine 3○
- 2 ou 3 fois par semaine 4○
- Une fois par semaine 5○
- Un ou deux fois par mois 6○
- Moins qu'une fois par mois 7○

H11 En général, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont...

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- excellentes? 1○
- très bonnes? 2○
- bonnes? 3○
- passables? 4○
- mauvaises? 5○
- ne sait pas 6○

H12 Que pourriez-vous faire, s'il y a lieu, pour améliorer vos habitudes alimentaires?

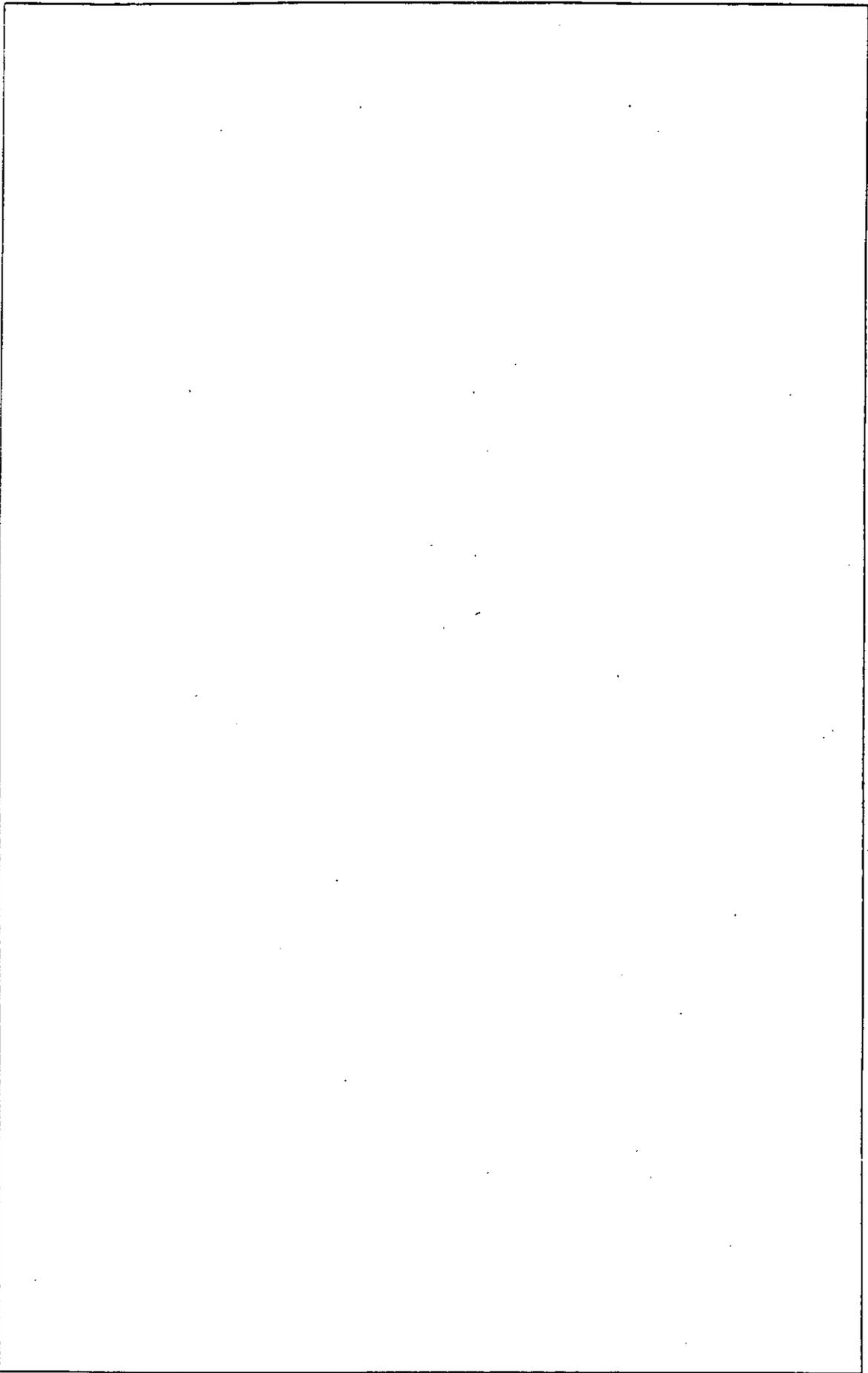
INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Manger plus d'aliments 1○
- Manger moins d'aliments 2○
- Manger une plus grande variété d'aliments 3○
- Manger à des intervalles plus réguliers..... 4○
- Rien 5○
- Ne sait pas 6○

PASSEZ À LA SECTION I

SECTION I - CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

| | |
|--|--|
| <p>11 Les gens doivent parfois acquitter eux-mêmes des FRAIS SUPPLÉMENTAIRES à cause de leur affection ou problème de santé. En 1985, avez-vous effectué des dépenses supplémentaires pour les médicaments ou les soins médicaux, l'instruction, le transport, les vêtements ou les appareils spéciaux, les services personnels, etc., qui N'ont PAS été complètement remboursées par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> → Passez à 13</p> | <p>À L'USAGE DU BUREAU-CHEF SEULEMENT</p> <p>Ne pas utiliser</p> |
| <p>12 Quel est le montant des frais supplémentaires dus à votre affection ou votre problème de santé?</p> <p>\$ <input style="width: 50px;" type="text"/> .00</p> | |
| <p>13 Quel numéro de la fiche "Q" correspond au revenu que vous avez reçu de toutes les sources avant impôt au cours de l'année 1985? Veuillez compter le revenu provenant d'un traitement, d'un salaire, d'un travail autonome, de pourboires, de pensions, de placements, de prestations d'assurance-chômage et tout revenu que vous recevez en raison de votre affection ou de votre problème de santé.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <p>INTERVIEWER: Montrer la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> </div> <p><input style="width: 30px;" type="text"/> OU</p> <p>R 98 <input type="radio"/></p> <p>Ne sait pas ... 99 <input type="radio"/></p> | |
| <p>14 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous reçu des prestations ou une pension en 1985?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> → FIN DE L'INTERVIEW. Remplir la couverture avant du questionnaire.</p> | <p>16 Quel numéro de la fiche "Q" correspond au revenu total que vous avez reçu de ces sources?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <p>INTERVIEWER: Montrer la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> </div> <p><input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>OU</p> <p>R 98 <input type="radio"/></p> <p>Ne sait pas ... 99 <input type="radio"/></p> <p style="margin-left: 150px;">} FIN DE L'INTERVIEW. Remplir la couverture avant du questionnaire.</p> |
| <p>15 Parmi les sources suivantes, desquelles avez-vous reçu ces prestations ou cette pension:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> </div> <p>Pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada 01 <input type="radio"/></p> <p>Pension d'invalidité du Régime de rentes du Québec 02 <input type="radio"/></p> <p>Indemnités de la Commission des accidents du travail 03 <input type="radio"/></p> <p>Prestations d'assurance-chômage en cas de maladie 04 <input type="radio"/></p> <p>Assurance-automobile provinciale 05 <input type="radio"/></p> <p>Régime privé d'assurance-invalidité 06 <input type="radio"/></p> <p>Assistance sociale/bien-être social 07 <input type="radio"/></p> <p>Pension d'invalidité des anciens combattants 08 <input type="radio"/></p> <p>Allocation aux anciens combattants 09 <input type="radio"/></p> <p>Pension d'anciens combattants d'un autre pays 10 <input type="radio"/></p> <p>Autres sources, par exemple aide financière fédérale ou provinciale aux handicapés, ou pensions d'autres pays non déclarées plus haut 11 <input type="radio"/></p> | <p>17 Pour chacune des sources déclarées, veuillez estimer le plus précisément possible le montant reçu en 1985.</p> <p>..... \$ <input style="width: 50px;" type="text"/> .00</p> |
| <p>FIN DE L'INTERVIEW. Remplir la couverture avant du questionnaire.</p> | |



FICHE "Q" - ADULTES

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS

SÉLECTION - SECTION A

Meilleure description de votre affection:

MON AFFECTION...

01 était présente **À LA NAISSANCE**

02 est une **MALADIE** ou un mal

MON AFFECTION A ÉTÉ CAUSÉE PAR...

03 une **MALADIE** ou un mal (y compris son traitement)

04 le **MILIEU DE TRAVAIL**

05 une **ATTAQUE D'APOPLEXIE**

06 un **ACTE DE VIOLENCE** (guerre, crime)

07 le **VIEILLISSEMENT**

08 un **ACCIDENT AU TRAVAIL**

09 un **ACCIDENT DE LA ROUTE**

10 un autre **ACCIDENT**

11 une autre cause

12 ne sait pas

Question 22c

22c Quelle est l'affection qui vous cause ces problèmes?

1. Séquelles d'une attaque d'apoplexie
2. Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale ou une méningite
3. Blessure au cerveau
4. Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin
5. Affection liée au vieillissement
6. Retard du développement (arriération mentale)
7. Difficultés d'apprentissage
8. Autre (précisez)
9. Ne sait pas

QUESTION H 8

H8 Raisons de ne pas avoir davantage d'activités physiques.
Nommez au plus trois raisons.

1. Timide/mal à l'aise
2. Manque d'encouragement de la famille ou des amis
3. Absence d'installations ou de programmes à une distance accessible
4. Installations, équipement ou programmes non adaptés à mes besoins
5. Moyens de transport inadéquats
6. Incapable physiquement d'en faire plus
7. Coût trop élevé
8. Autre

QUESTION I 3

I 3 Revenu total de toutes sources:

1. aucun
2. 1 - 4,999
3. 5,000 - 9,999
4. 10,000 - 14,999
5. 15,000 - 19,999
6. 20,000 - 24,999
7. 25,000 - 29,999
8. 30,000 et plus

QUESTION I 6

I 6 Le revenu total que vous avez reçu de ces sources:

1. 1 - 199
2. 200 - 499
3. 500 - 999
4. 1,000 - 1,999
5. 2,000 - 4,999
6. 5,000 - 9,999
7. 10,000 - 19,999
8. 20,000 et plus

Enquête sur la santé et les limitations d'activités (Enfants - moins de 15 ans) POUR LES RÉGIONS DU NORD

Questionnaire 05

"Déclaration exigée en vertu de la Loi sur la statistique, Statuts du Canada, 1970-71-72, chapitre 15"

INTRODUCTION

STATISTIQUE CANADA MÈNE UNE ENQUÊTE SPÉCIALE POUR OBTENIR DES DONNÉES SUR LES CANADIENS, QUI, POUR DES RAISONS RELIÉES À LA SANTÉ, SONT LIMITÉS DANS LE GENRE OU LA QUANTITÉ D'ACTIVITÉS QU'ILS PEUVENT FAIRE QUOTIDIENNEMENT. LES DONNÉES RECUEILLIES DANS L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS AUX ACTIVITÉS DEVRAIENT PERMETTRE D'IDENTIFIER LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR CES CANADIENS DANS DES DOMAINES COMME L'EMPLOI, L'ÉDUCATION, LES DÉPLACEMENTS, LE LOGEMENT ET LES LOISIRS.

État final du quest.

- Entièrement complété 1
- Partiellement " 2
- Refus 3
- Aucun contact 4
- Autre 5

DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

| | | | | | | |
|------|--------|-------|----|--------|-------------------------------|-------------------|
| PROV | CÉF N° | SD N° | NV | Ménage | Type de formule 0 5 | N° de la personne |
|------|--------|-------|----|--------|-------------------------------|-------------------|

- Échantillon des "oui" 1
- Échantillon des "non" 2

| | | |
|-----|--------|-----------|
| Nom | | Téléphone |
| Nom | Prénom | |

| | | |
|--|------------------------|-------------|
| Adresse | | |
| Rue et N° ou lot et concession ou location exacte | | |
| Ville, village, canton, autre municipalité ou réserve indienne | Province ou territoire | Code postal |

| | | | | |
|----------------------|----------------------|--|-------|-------------------------|
| Date de naissance | | | Sexe | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> | Homme | <input type="radio"/> 1 |
| Jour | Mois | Année | Femme | <input type="radio"/> 2 |

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Source de l'information | |
| Substitut - Parent ou enfant | <input type="radio"/> 1 |
| - Autre membre de la famille | <input type="radio"/> 2 |
| - Autre | <input type="radio"/> 3 |

Registre des visites/Appels de l'interviewer

| N° de l'appel ou de la visite | Date | L'heure de l'appel ou de la visite | Interview | | | Commentaires |
|-------------------------------|------|------------------------------------|-----------|-----|--------------|--------------|
| | | | Début | Fin | Durée (min.) | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| DURÉE TOTALE (Minutes) | | | | | | |

Signature de l'interviewer

Date

SECTION A - SÉLECTION

| J'aimerais vous poser quelques questions sur la capacité de ... d'accomplir certaines activités même à l'aide d'appareils spéciaux si ... en utilise habituellement. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui devraient durer six mois ou plus. | | Colonne de sélection Oui |
|---|--|-----------------------------|
| 1 EST-CE QUE ... UTILISE UN DES APPAREILS SUIVANTS? VEUILLEZ NE MENTIONNER QUE LES APPAREILS QUI SERONT UTILISÉS POUR UNE PÉRIODE DE SIX MOIS OU PLUS. | | |
| UN FAUTEUIL ROULANT? | Oui Non ⁰² ○ | 01○ |
| DES BÉQUILLES OU D'AUTRES APPAREILS POUR MARCHER? | Oui Non ⁰⁴ ○ | 03○ |
| DES CHAUSSURES PRESCRITES PAR UN MÉDECIN? | Oui Non ⁰⁶ ○ | 05○ |
| UNE JAMBE, UN BRAS, UNE MAIN OU UN PIED ARTIFICIEL? | Oui Non ⁰⁸ ○ | 07○ |
| UN APPAREIL AUDITIF? | Oui Non ¹⁰ ○ | 09○ |
| UNE AIDE VISUELLE AUTRE QUE DES LUNETTES OU DES VERRES DE CONTACT? | Oui Non ¹² ○ | 11○ |
| UN APPAREIL ORTHOPÉDIQUE SAUF UN APPAREIL DENTAIRE? | Oui Non ¹⁴ ○ | 13○ |
| 2 ... UTILISE-T-IL (ELLE) UN AUTRE APPAREIL SPÉCIAL? | | |
| | Oui (Précisez) _____ Non ²⁰ ○ | 1○ |
| 3 A-T-IL (ELLE) UNE AFFECTION OU UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE QUI EMPÊCHE OU LIMITE SA PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS SCOLAIRES, À DES JEUX OU À TOUTES AUTRES ACTIVITÉS PROPRES À UN ENFANT DE SON ÂGE? | | |
| | Oui Non ⁴⁰ ○ → Passer à 4 | 3○ Passer à 3a |
| 3a Quel âge avait ... lorsque cette affection ou ce problème de santé a commencé à limiter sa participation à ces activités? Inscrivez l'âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00) | | ↓ |
| 3b Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui empêche ou limite la participation de ... à ces activités? Précisez <input type="text"/> | | |
| 3c Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection? <input type="text"/> INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. <input type="text"/> | | |

Colonne
de sélection
Oui

4 VA-T-IL (ELLE) À UNE ÉCOLE SPÉCIALE OU ASSISTE-T-IL (ELLE) À DES COURS SPÉCIAUX À L'ÉCOLE À CAUSE D'UNE AFFECTION OU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE?

Oui 50

Non 60 → Passez à 5

Passez à 4a

4a Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que ... va à une école spéciale ou assiste à des cours spéciaux?

Même affection qu'à la question → Passez à 5

ou précisez

4b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

5 EST-CE QUE ... A UNE DES AFFECTIONS OU PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES SUIVANTS?

ALLERGIES DE TOUTE SORTE

Oui 01

Non 02

ASTHME

Oui 03

Non 04

BRONCHITE

Oui 05

Non 06

AUTRES AFFECTIONS OU MALADIES DU
POUMON

Oui 07

Non 08

AFFECTION OU MALADIE DU COEUR

Oui 09

Non 10

AFFECTION OU MALADIE DU REIN

Oui 11

Non 12

CANCER

Oui 13

Non 14

DIABÈTE

Oui 15

Non 16

ÉPILEPSIE

Oui 17

Non 18

PARALYSIE CÉRÉBRALE

Oui 19

Non 20

INTERVIEWER: La liste des affections se
continue à la page 4.

| 5 EST-CE QUE ... A UNE DES AFFECTIONS OU PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES SUIVANTS? (continuation) | | Colonne de sélection O si |
|---|---|--|
| SCLÉROSE EN PLAQUES | Oui Non 23 <input type="radio"/> | 21 <input type="radio"/> |
| FIBROSE KYSTIQUE | Oui Non 24 <input type="radio"/> | 23 <input type="radio"/> |
| DYSTROPHIE MUSCULAIRE | Oui Non 26 <input type="radio"/> | 25 <input type="radio"/> |
| PARALYSIE DE TOUT GENRE | Oui Non 28 <input type="radio"/> | 27 <input type="radio"/> |
| ARTHRITE OU RHUMATISME AIGUS | Oui Non 30 <input type="radio"/> | 29 <input type="radio"/> |
| HYPERTENSION | Oui Non 32 <input type="radio"/> | 31 <input type="radio"/> |
| HANDICAP MENTAL INCLUANT UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT OU UNE ARRIERATION MENTALE | Oui Non 34 <input type="radio"/> | 33 <input type="radio"/> |
| DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE | Oui Non 36 <input type="radio"/> | 35 <input type="radio"/> |
| BRAS, JAMBE, DOIGTS OU ORTEILS MANQUANT | Oui Non 38 <input type="radio"/> | 37 <input type="radio"/> |
| 6 EST-CE QUE ... A DES TROUBLES DE LA VUE QUI NE SONT PAS CORRIGÉS PAR DES LUNETTES OU DES VERRES DE CONTACT? | | |
| Oui Non 2 <input type="radio"/> → Passez à 7 | | 1 <input type="radio"/> Passez à 6a |
| 6a Quelle est la PRINCIPALE affection ou le PRINCIPAL problème de santé qui fait que ... a des troubles de la vue? Même affection qu'à la question <input type="text" value="0"/> → Passez à 6c ou précisez <input type="text"/> | | |
| 6b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection? INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. <input type="text"/> | | |
| 6c Un spécialiste des troubles de la vision a-t-il déclaré ... légalement aveugle? Oui 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/> → Passez à 7 | | |
| 6d ... est-il (elle) capable de reconnaître une main placée en face de ses yeux et de compter le nombre de doigts qu'on lui montre? Oui 6 <input type="radio"/> Non 7 <input type="radio"/> Ne sait pas/sans objet 8 <input type="radio"/> | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---|---|--|--|------|------|-------|--|--|--|---|
| <p>7 À L'INTERVIEWER:</p> <p>Transcrivez la date de naissance sur la page couverture.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Jour</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Année</td> </tr> </table> <p>Si la date de naissance est après le 3 juin 1981,</p> <p>alors 1 <input type="radio"/> → passez à 8</p> <p>Autrement 2 <input type="radio"/> → passez à 10.</p> | | | 1 | 9 | | | Jour | Mois | Année | | | | <p>Colonne de sélection Oui</p> |
| | | 1 | 9 | | | | | | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | | | | | |
| <p>8 EST-CE QUE ... A DES TROUBLES DE L'OUÏE?</p> <p style="text-align: right;">Oui 3 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non 4 <input type="radio"/> → Passez à 9</p> | <p>3 <input type="radio"/></p> <p>Passez à 8a</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>8a Quel est le PRINCIPAL problème de santé ou la PRINCIPALE affection qui fait que ... a des troubles de l'ouïe?</p> <p>Même affection qu'à la question 0 <input type="text"/> → Passez à 9</p> <p>ou précisez <input type="text"/></p> | <p>↓</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>8b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> </div> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>9 ... SOUFFRE-T-IL (ELLE) D'UNE AUTRE AFFECTION OU PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE QUI N'A PAS ÉTÉ MENTIONNÉ PRÉCÉDEMMENT ET QUI DEVRAIT DURER SIX MOIS OU PLUS?</p> <p style="text-align: right;">Oui 6 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non 7 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">METTEZ FIN À L'INTERVIEW. Remplissez la couverture avant du questionnaire</p> | <p>6 <input type="radio"/></p> <p>Passez à 9a</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>9a Quel est cette autre affection ou problème de santé chronique?</p> <p>précisez <input type="text"/></p> | <p>↓</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>9b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.</p> </div> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>METTEZ FIN À L'INTERVIEW. Remplissez la couverture avant du questionnaire.</p> </div> | | | | | | | | | | | | | |

Colonne
de sélection
Oui

10 EST-CE QUE ... A DES TROUBLES DE L'OUÏE?

Oui 3○

Non 4○ → Passez à 11

Passez à 10a

10a Quel est le **PRINCIPAL** problème de santé ou la **PRINCIPALE** affection qui fait que ... a des troubles de l'ouïe?

Même affection qu'à la question → Passez à 10c

ou précisez

10b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

10c Est-ce que ... peut entendre ce qui se dit dans un appareil téléphonique ordinaire, avec un appareil auditif s'il (elle) en porte un?

Oui 3○

Non 4○

Ne sait pas 5○

11 ... ÉPROUVE-T-IL(ELLE) DES DIFFICULTÉS À PARLER ET À ÊTRE COMPRIS(E) À CAUSE D'UNE AFFECTION OU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ?

Oui 5○ → Passez à 11a

Non 6○ → Passez à 12.

11a Quel est le **PRINCIPAL** problème de santé ou la **PRINCIPALE** affection qui fait que ... éprouve des difficultés à parler et à être compris(e)?

Même affection qu'à la question → Passez à 11c

ou précisez

11b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

11c Jusqu'à quel point croyez-vous que ... est capable de se faire comprendre en parlant avec:

| | Entièrement | Partiellement | Pas du tout |
|--------------------------------|-------------|---------------|-------------|
| (i) des membres de sa famille? | 1○ | 2○ | 3○ |
| (ii) ses amis? | 4○ | 5○ | 6○ |
| (iii) d'autres personnes? | 7○ | 8○ | 9○ |

SECTION B - INSTRUCTION

| | | |
|--|---|---|
| <p>B1 ... doit-il (elle) suivre des cours spéciaux à cause de son affection ou problème de santé?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> →</p> <p>Non, 2 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> | <p>B2 Ces cours spéciaux sont-ils offerts par le système scolaire ordinaire de votre région?</p> <p>Oui 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/></p> | <p>B7 À cette école ordinaire, quel genre de cours ... suivait-il (elle)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez une seule case.</p> </div> <p>Uniquement des cours spéciaux pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 1 <input type="radio"/></p> <p>Uniquement des cours ordinaires 2 <input type="radio"/></p> <p>Certains cours ordinaires et certains cours spéciaux pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 3 <input type="radio"/></p> |
| <p>B3 En avril 1986, ... allait-il (elle) à l'école ou prenait-il (elle) des leçons particulières données par le système scolaire?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> → Passez à B6</p> <p>Non 2 <input type="radio"/></p> | <p>PASSEZ À LA SECTION C</p> | |
| <p>B4 Avant avril 1986, est-ce que ... était déjà allé(e) à l'école?</p> <p>Oui 3 <input type="radio"/> → Passez à B8</p> <p>Non 4 <input type="radio"/></p> | <p>B8 Avant avril 1986, ... a-t-il (elle) fréquenté une école spéciale pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé?</p> <p>Oui 1 <input type="radio"/> Non 2 <input type="radio"/></p> | |
| <p>B5 Est-ce en raison de son affection ou de son problème de santé?</p> <p>Oui 5 <input type="radio"/> } → Passez à la section C</p> <p>Non 6 <input type="radio"/> }</p> | <p>B6 À quel genre d'école ... allait-il(elle)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez une seule case.</p> </div> <p>Une école spéciale pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 1 <input type="radio"/> → Passez à la section C</p> <p>Une école ordinaire offrant des cours spéciaux pour les enfants ayant une affection ou un problème de santé 6 <input type="radio"/></p> <p>Une école ordinaire 2 <input type="radio"/></p> | |

SECTION C - DÉPLACEMENTS

C1 J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que ... utilise pour ses déplacements locaux. Ceci inclus les déplacements pour se rendre chez le médecin ou visiter des parents ou des amis ainsi que tous les autres trajets de moins de 50 milles/80 kilomètres.

L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-il (elle) de quitter son domicile pour effectuer de courts trajets? Autrement dit, ... est-il (elle) confiné(e) chez-lui (elle)?

Oui 1 Non 2

C2 J'aimerais vous interroger sur les moyens de transport que ... utilise pour effectuer de longs trajets. Je veux dire par là les moyens de transport qu'il (elle) utilise pour les déplacements de 50 milles/80 kilomètres ou plus.

L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-il (elle) de quitter son domicile pour effectuer de longs trajets?

Oui 3 Non 4

C3. Est-ce parce que les services de transport sur de longues distances ne conviennent pas à son affection ou son problème de santé?

Oui 5 → Passez à C8

Non 6 → Passez à la section D

C4 À cause de son affection, ... éprouve-t-il (elle) des difficultés à prendre un avion, l'autobus ou un train pour effectuer de longs trajets?

Oui 7 Non 8 Ne sait pas 9 } Passez à C7

C5 Éprouve-t-il (elle) des difficultés à prendre:

| | Oui | Non | Ne sait pas |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| un avion? | 1 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> |
| un autobus? | 4 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> |
| un train? | 7 <input type="radio"/> | 8 <input type="radio"/> | 9 <input type="radio"/> |

C6 Quel genre de difficultés éprouve-t-il (elle)?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Absence de moyens de transport adéquats pour se rendre à la gare/l'aéroport et en revenir 01
- Se déplacer dans la gare/l'aéroport 02
- Monter à bord ou descendre 03
- Entendre les annonces 04
- S'asseoir à bord 05
- Voir les affiches ou les avis 06
- Installations des salles de toilette 07
- Manque de coopération du personnel 08
- Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09
- Règles et règlements du transporteur 10
- Voyager en avion, en autobus ou en train aggrave l'affection 11
- Autre 12

C7 Combien de long trajets a-t-il (elle) pris du 1^{er} avril au 30 juin 1986 ... (si aucun, inscrivez 00)

| | | | |
|--|----------------------|---|-----------------------|
| en avion? | <input type="text"/> | } | Passez à la section D |
| en autobus? | <input type="text"/> | | |
| en train? | <input type="text"/> | | |
| en voiture, en camion, en bateau, ou en motoneige? | <input type="text"/> | | |

C8 Quel genre de difficultés éprouve-t-il (elle) pour effectuer de longs trajets en avion, en autobus ou en train?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Absence de moyens de transport adéquats pour se rendre à la gare/l'aéroport et en revenir 01
- Se déplacer dans la gare/l'aéroport ... 02
- Monter à bord ou descendre 03
- Entendre les annonces 04
- S'asseoir à bord 05
- Voir les affiches ou les avis 06
- Installations des salles de toilette 07
- Manque de coopération du personnel 08
- Transporter un fauteuil roulant ou d'autres appareils spéciaux 09
- Règles et règlements du transporteur 10
- Voyager en avion, en autobus ou en train aggrave l'affection 11
- Autre 12
- Aucun 13

PASSEZ À LA SECTION D

SECTION D - INFORMATION

D1 Si on vous refusait un logement uniquement à cause de son affection ou problème de santé, sauriez-vous où trouver de l'information sur vos droits?

Oui 3○ Non 4○

SECTION E - ACTIVITÉS PHYSIQUES

E1 À cause de son affection, ... prend-il (elle) des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine?

Oui 8○
Non 9○

E2 Combien de sortes de médicaments sur ordonnance ...prend-il (elle) chaque jour?

(Si aucun, inscrivez 00)

E3 Combien de sortes de médicaments sans ordonnance ...prend-il (elle) chaque semaine?

(Si aucun, inscrivez 00)

E5 J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les activités physiques, les sports ou les exercices auxquels se livre ... pendant ses loisirs, par exemple, le baseball, le ballon-balais ou le patinage.

L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-il (elle) de participer à des activités physiques durant ses loisirs?

Oui 3○ → Passez à la section F
Non 4○

E6 Qu'est-ce qui empêche ... de faire ou d'avoir davantage d'activités physiques? Nommez au plus trois raisons.

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q".

- Est timide, mal à l'aise 1○
- Absence d'installations ou de programmes accessibles 2○
- Installations, équipement ou programmes non adaptés à ses besoins 3○
- Moyens de transport inadéquats 4○
- Incapable physiquement d'en faire plus 5○
- Coût trop élevé 6○
- N'est pas intéressé(e) à en faire plus..... 7○
- Autre 8○

E4 À L'INTERVIEWER:

Transcrivez la date de naissance de la page couverture.

Jour Mois Année

Si la date de naissance est postérieure au 3 juin 1976

alors 1○ → Passez à la section F
Autrement 2○ → Passez à E5

SECTION F - CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

F1 Les gens doivent parfois acquitter eux-mêmes des FRAIS SUPPLÉMENTAIRES à cause de l'affection ou du problème de santé de leurs enfants. En 1985, votre famille a-t-elle effectué des dépenses supplémentaires pour les médicaments ou les soins médicaux, l'éducation, le transport, le matériel ou les vêtements spéciaux, le logement, les soins personnels, etc., de ... qui N'ont PAS été remboursés complètement par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement?

Oui 1○ Non 2○ → METTEZ FIN À L'INTERVIEW.
Remplir la couverture avant du questionnaire.

F2 Quel est le montant total des frais supplémentaires que vous avez dû acquitter vous-mêmes en 1985 à cause de l'affection de ...?

\$.00

METTEZ FIN À L'INTERVIEW.
Remplir la couverture avant du questionnaire.

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS

SÉLECTION - SECTION A

Meilleure description de l'affection:

L'AFFECTION:

1. était présente **À LA NAISSANCE**
2. est une **MALADIE** ou un mal
3. a été **CAUSÉE PAR UNE MALADIE** ou un mal (y ompris son traitement)
4. a été causée par un **ACCIDENT**
5. autre cause
6. ne sait pas

QUESTION E 8

E6 Raisons de ne pas avoir davantage d'activités physiques.
Nommez au plus trois raisons.

1. Est timide, mal à l'aise
2. Absence d'installations ou de programmes à une distance accessible
3. Installations, équipement ou programmes non adaptés à ses besoins
4. Moyens de transport inadéquats
5. Incapable physiquement d'en faire plus
6. Coût trop élevé
7. N'est pas intéressé(e) à en faire plus
8. Autre



Enquête sur la santé et les limitations d'activités dans les institutions (Adultes)

Questionnaire 06

"Renseignements recueillis en vertu de la Loi sur la statistique, Statuts du Canada, 1970-71-72, chapitre 15"

INTRODUCTION

Statistique Canada mène une enquête spéciale pour obtenir des données sur les canadiens, qui, pour des raisons reliées à la santé, sont limités dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire quotidiennement. Les données recueillies dans l'enquête sur la santé et les limitations aux activités devraient permettre d'identifier les problèmes rencontrés par ces canadiens dans des domaines comme les appareils spéciaux, les déplacements et le logement. La participation à cette enquête est volontaire.

État final du quest.

- Entièrement complété 1
- Partiellement 2
- Refus 3
- Aucun contact 4
- Autre 5

DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

| | | | | | | | |
|------|--------|-------|----|--------|-------------------------------|-------------------|--|
| PROV | CÉF N° | SD N° | NV | Ménage | Type de formule 0 6 | N° de la personne | La personne de réf. <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | Substitut <input type="checkbox"/> 2 |

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Nom de l'institution | Téléphone |
|-------------------------------|-----------|

| | | |
|--|------------------------|-------------|
| Adresse | | |
| Rue et N° | | |
| Ville, village, canton, autre municipalité | Province ou territoire | Code postal |

| |
|---------------------|
| Commentaires |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|----------------------------|------|
| Signature de l'interviewer | Date |
|----------------------------|------|

SECTION A - ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Cette section comprend des questions sur votre capacité d'accomplir certaines activités, même à l'aide d'appareils spéciaux si vous en utilisez habituellement. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui devraient durer six mois ou plus. Ces questions ont été conçues pour une diversité de problèmes de santé ou d'affections et certaines pourraient ne pas s'appliquer dans votre cas.

| | Oui | |
|--|-----|---|
| 1. Éprouvez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 400 verges/mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons)? Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 2 | → | 1a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 5 <input type="checkbox"/> Non, capable 6 <input type="checkbox"/> } Passez à 2 |
| 2. Éprouvez-vous des difficultés à monter et descendre un escalier, c'est-à-dire environ 12 marches? Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> → Passez à 3 | → | 2a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 1 <input type="checkbox"/> Non, capable 2 <input type="checkbox"/> } Passez à 3 |
| 3. Éprouvez-vous des difficultés à transporter un objet de 10 livres sur une distance de 30 pi./5 kg sur 10 m (par ex., un sac d'épicerie)? Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 4 | → | 3a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 5 <input type="checkbox"/> Non, capable 6 <input type="checkbox"/> } Passez à 4 |
| 4. Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre? Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> → Passez à 5 | → | 4a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 1 <input type="checkbox"/> Non, capable 2 <input type="checkbox"/> } Passez à 5 |
| 5. Éprouvez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant de longues périodes, c'est-à-dire pendant plus de 20 min.? Encore ici, il s'agit de problèmes qui devraient durer six mois ou plus. Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 6 | → | 5a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 5 <input type="checkbox"/> Non, capable 6 <input type="checkbox"/> } Passez à 6 |
| 6. Lorsque vous êtes debout, éprouvez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par ex., un soulier)? Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> → Passez à 7 | → | 6a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 1 <input type="checkbox"/> Non, capable 2 <input type="checkbox"/> } Passez à 7 |
| 7. Éprouvez-vous des difficultés à vous habiller et vous déshabiller? Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 8 | → | 7a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 5 <input type="checkbox"/> Non, capable 6 <input type="checkbox"/> } Passez à 8 |
| 8. Éprouvez-vous des difficultés à vous mettre au lit et à sortir du lit? Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> → Passez à 9 | → | 8a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 1 <input type="checkbox"/> Non, capable 2 <input type="checkbox"/> } Passez à 9 |
| 9. Éprouvez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteil? Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 10 | → | 9a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 5 <input type="checkbox"/> Non, capable 6 <input type="checkbox"/> } Passez à 10 |
| 10. Éprouvez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet? Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> → Passez à 11 | → | 10a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 1 <input type="checkbox"/> Non, capable 2 <input type="checkbox"/> } Passez à 11 |
| 11. Éprouvez-vous des difficultés à étendre le bras dans n'importe quelle direction pour prendre quelque chose (par ex., au dessus de votre tête)? Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 12 | → | 11a. Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ... 5 <input type="checkbox"/> Non, capable 6 <input type="checkbox"/> } Passez à 12 |

| | Oui | |
|---|----------|---|
| <p>12. Éprouvez-vous des difficultés à couper vos aliments?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Non 8 <input type="checkbox"/> → Passez à 13</p> | <p>→</p> | <p>12a. Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable ... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Non, capable 2 <input type="checkbox"/> } Passez à 13</p> |
| <p>13. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation normale avec une autre personne?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 14</p> | <p>→</p> | <p>13a. Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable ... 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Non, capable 6 <input type="checkbox"/> } Passez à 14</p> |
| <p>14. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Non 8 <input type="checkbox"/> → Passez à 15</p> | <p>→</p> | <p>14a. Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable ... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Non, capable 2 <input type="checkbox"/> } Passez à 15</p> |
| <p>15. Êtes-vous capable de comprendre ce qu'on vous dit au moyen d'un appareil téléphonique ordinaire, avec une prothèse auditive si vous en portez une?</p> <p>Oui 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Non 4 <input type="checkbox"/> } Passez à 16</p> <p>Ne sais pas 5 <input type="checkbox"/></p> | | |
| <p>16. Éprouvez-vous des difficultés à lire les caractères ordinaires d'un journal, avec des verres si vous en portez habituellement?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Non 2 <input type="checkbox"/> → Passez à 17</p> | <p>→</p> | <p>16a. Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable ... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Non, capable 4 <input type="checkbox"/> } Passez à 17</p> |
| <p>17. Éprouvez-vous des difficultés à voir clairement la figure de quelqu'un à 12 pieds/4 mètres (par ex., d'un bout à l'autre d'une pièce) avec des verres si vous en portez habituellement?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Non 6 <input type="checkbox"/> → Passez à 18</p> | <p>→</p> | <p>17a. Êtes-vous totalement incapable de le faire?</p> <p>Oui, totalement incapable ... 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Non, capable 8 <input type="checkbox"/> } Passez à 18</p> |
| <p>18. À L'INTERVIEWER:</p> <p>Si le "Oui" est coché à la question 16 ou 17, alors 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Autrement 2 <input type="checkbox"/> → Passez à 19</p> | <p>→</p> | <p>18a. Un spécialiste des troubles de la vision vous a-t-il déclaré(e) légalement aveugle?</p> <p>Oui 3 <input type="checkbox"/> → Passez à 18b</p> <p>Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 18c</p> <p>Ne sais pas/Incertain 5 <input type="checkbox"/> → Passez à 18b</p> |
| | | <p>18b. Êtes-vous capable de reconnaître une main placée en face de vos yeux et de compter le nombre de doigts qu'on vous montre?</p> <p>Oui 6 <input type="checkbox"/> Non 7 <input type="checkbox"/></p> |
| | | <p>18c. J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des appareils spéciaux pour les handicapés visuels. Utilisez-vous actuellement ...</p> <p>des verres/lunettes/verres de contact? Oui ... 1 <input type="checkbox"/> Non .. 2 <input type="checkbox"/></p> <p>des loupes ou autres appareils grossissants? Oui ... 3 <input type="checkbox"/> Non .. 4 <input type="checkbox"/></p> <p>une canne blanche? Oui 5 <input type="checkbox"/> Non .. 6 <input type="checkbox"/></p> <p>d'autres appareils pour les handicapés visuels? Oui ... 7 <input type="checkbox"/> Non .. 8 <input type="checkbox"/></p> <p>(précisez) _____</p> |

| | Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <p>19. Éprouvez-vous des difficultés à parler et être comprise?)</p> <p>Oui, éprouve des difficultés 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Non 2 <input type="checkbox"/> → Passez à 20</p> | <p>19a. Jusqu'à quel point croyez-vous que vous êtes capable de vous faire comprendre en parlant avec:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Entièrement</th> <th>Partiellement</th> <th>Pas du tout</th> <th>Ne sais pas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>i) les membres de votre famille?</td> <td>01 <input type="checkbox"/></td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ii) vos amis?</td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> <td>06 <input type="checkbox"/></td> <td>07 <input type="checkbox"/></td> <td>08 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>iii) le personnel de la résidence/institution?</td> <td>09 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>iv) d'autres personnes?</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | Entièrement | Partiellement | Pas du tout | Ne sais pas | i) les membres de votre famille? | 01 <input type="checkbox"/> | 02 <input type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> | 04 <input type="checkbox"/> | ii) vos amis? | 05 <input type="checkbox"/> | 06 <input type="checkbox"/> | 07 <input type="checkbox"/> | 08 <input type="checkbox"/> | iii) le personnel de la résidence/institution? | 09 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> | iv) d'autres personnes? | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> | |
| | Entièrement | Partiellement | Pas du tout | Ne sais pas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) les membres de votre famille? | 01 <input type="checkbox"/> | 02 <input type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> | 04 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ii) vos amis? | 05 <input type="checkbox"/> | 06 <input type="checkbox"/> | 07 <input type="checkbox"/> | 08 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| iii) le personnel de la résidence/institution? | 09 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| iv) d'autres personnes? | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20. À L'INTERVIEWER: Si le "Oui" est coché à la question 1 à 19</p> <p>Alors 1 <input type="checkbox"/> → Passez à 20a</p> <p>Autrement 2 <input type="checkbox"/> → Passez à 21</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20a. Quel est le principal problème de santé ou affection à cause duquel vous éprouvez des difficultés à accomplir les activités précédentes?</p> <p>Précisez <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20b. Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux cette affection?</p> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20c. Y a-t-il d'autre affection ou problème de santé qui vous cause des difficultés dans l'accomplissement des activités précédentes?</p> <p>Oui 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 21</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20d. Quel est cette affection ou ce problème de santé?</p> <p>Précisez <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20e. Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux cette affection?</p> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21. À cause d'une affection ou un problème de santé chronique qui devrait durer 6 mois ou plus, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire</p> <p>(i) dans la résidence/l'institution?</p> <p>Oui, est limité(e) 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/></p> <p>(ii) à l'extérieur de la résidence/institution comme les déplacements ou les loisirs?</p> <p>Oui, est limité(e) 5 <input type="checkbox"/> Non 6 <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21a. À L'INTERVIEWER:</p> <p>Si le "Oui" est coché à la question 21(i) ou 21(ii)</p> <p>Alors 1 <input type="checkbox"/> → Passez à 21b</p> <p>Autrement 2 <input type="checkbox"/> → Passez à 22</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21b. Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui limite vos activités?</p> <p>Précisez <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21c. Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux cette affection?</p> <p>INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21d. Y a-t-il une autre affection ou problème de santé chronique qui limite le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire?</p> <p>Oui 3 <input type="checkbox"/> → Passez à 21e</p> <p>Non 4 <input type="checkbox"/> → Passez à 22</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

21e. Quel est cette affection ou problème de santé chronique?
 Précisez

21f. Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux cette affection?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

22. De temps à autres, chacun éprouve des difficultés à se souvenir du nom d'une personne familière ou à apprendre quelque chose de nouveau ou il nous arrive d'être confus pendant quelques instants. Toutefois, avez-vous en permanence des problèmes sérieux de mémoire ou d'apprentissage?
 Oui 6 → Passez à 22a
 Non 7 → Passez à 23

22a. Ces problèmes sont-ils causés par un problème de santé ou une affection que vous aviez à la naissance?
 Oui 8
 Non 9

22b. Quelle est l'affection qui vous cause ces problèmes?
INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Séquelles d'une attaque d'apoplexie 1
 Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale
 ou une méningite 2
 Blessure au cerveau 3
 Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin 4
 Affection liée au vieillissement 5
 Retard du développement (arriération mentale) 6
 Difficultés d'apprentissage 7
 Autre 8
 (précisez) _____
 Ne sait pas 9

23. À cause d'une affection ou d'un problème chronique d'ordre émotif, psychiatrique, nerveux ou mental, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire ...
 (i) dans la résidence/institution?
 Oui, est limité(e) 1 Non 2
 (ii) à l'extérieur de la résidence/institution comme les déplacements ou les loisirs?
 Oui, est limité(e) 3 Non 4

23a. À L'INTERVIEWER:
 Si le "Oui" est coché à la question 23(i), 23(ii)
 Alors 1 → Passez à 23b
 Autrement 2 → Passez à 24

23b. Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui limite vos activités?
 Précisez

24. Quel est votre date de naissance?

 Jour Mois Année

25. Demeuriez-vous à la résidence/institution le jour du recensement, le 3 juin 1986?
 Oui 3 Non 4

26. À L'INTERVIEWER:
 Sexe: Homme 1 Femme 2

PASSEZ À LA SECTION B

SECTION B - APPAREILS SPÉCIAUX ET ASSISTANCE

Le prochain groupe de questions concerne l'assistance dont vous pourriez avoir besoin pour effectuer certaines activités.

B1 Quels appareils utilisez-vous?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Une prothèse auditive 01
- Autre(s) appareil(s) pour les mal entendant 02
- Support de dos ou de jambes 03
- Chaussures orthopédiques 04
- Jambe ou pied artificiel 05
- Canne (autre qu'une canne blanche) 06
- Béquilles 07
- Fauteuil roulant manuel 08
- Fauteuil roulant électrique 09
- Ambulateur (marchette) 10
- Autre(s) appareil(s) pour vous déplacer 11
(précisez) _____
- Appareil(s) pour les mains ou les bras, par ex. une prothèse ou un support de bras 12
(précisez) _____
- Rien de ce qui précède 13

B2 Qui fait habituellement vos achats de vêtements ou d'autres produits de première nécessité?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Moi seul(e) 1 → Passez à B6
- Moi-même et quelqu'un d'autre 2
- Quelqu'un d'autre 3

B3 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5 → Passez à B6

B4 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un qui travaille dans ou habite la résidence/institution y compris une personne bénévole?

- Oui 6 Non 7

B5 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un en dehors de la résidence/institution, par ex. un conjoint, un parent, un enfant ou un autre parent, ou un ami?

- Oui 8 Non 9

B6 Qui s'occupe habituellement de vos finances personnelles, comme les activités bancaires ou le paiement des factures?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Moi seul(e) 1 → Passez à B11
- Moi-même et quelqu'un d'autre 2
- Quelqu'un d'autre 3

B7 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui 4 Non 5 → Passez à B11

B8 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre qui travaille dans ou habite la résidence/institution, y compris une personne bénévole?

- Oui 6 Non 7

B9 Êtes-vous aidé(e) par un service juridique ou comptable en dehors de la résidence/institution?

- Oui 1 Non 2 Ne sais pas 3

B10 Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre en dehors de la résidence/institution, par ex. un conjoint, un parent, un enfant ou un autre parent, ou un ami?

- Oui 3 Non 4 Ne sais pas 5

B11 À cause de votre affection, recevez-vous de l'aide pour vos soins personnels, par exemple pour vous laver, faire votre toilette, vous habiller et manger?

- Oui 1 Non 2 → Passez à B14

B12 En moyenne, combien de jours par semaine recevez-vous cette aide pour les soins personnels?

B13 En moyenne, combien d'heures êtes-vous aidé(e) par jour?

B14 Comment vous déplacez-vous dans la résidence?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- Par moi-même 1
- Parfois par moi-même et parfois avec l'aide d'une autre personne 2
- Uniquement avec l'aide d'une autre personne 3
- N'as du tout à cause de mon affection ou de mon problème de santé 4

PASSEZ À LA SECTION C

SECTION C - DÉPLACEMENTS

J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que vous utilisez pour vos déplacements locaux. Cela comprend les déplacements pour magasiner ou aller à un rendez-vous chez le médecin ainsi que tous les autres trajets de moins de 50 milles (80 km).

| | |
|---|--|
| <p>C1 Votre affection ou votre problème de santé vous empêche-t-il de quitter la résidence pour effectuer de courts trajets?</p> <p>Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> → Passez à C3</p> | <p>C9 Existe-t-il dans cette région un service local de transport en commun, par exemple un service d'autobus, de transport rapide ou de métro?</p> <p>Oui 08 <input type="checkbox"/> Non 09 <input type="checkbox"/> } Passez à C13 ↓ Ne sais pas ... 10 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>C2 Certaines localités mettent un service spécial d'autobus ou de fourgonnettes à la disposition des personnes qui ont de la difficulté à utiliser les moyens de transport ordinaires. Lorsqu'ils utilisent ce service spécial, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prenne à domicile. Si ce service spécial était disponible dans la communauté, seriez-vous capable d'effectuer de courts trajets?</p> <p>Oui 3 <input type="checkbox"/> } Passez à la Section D Non 4 <input type="checkbox"/></p> | <p>C10 À quelle fréquence utilisez-vous le service local de transport en commun?</p> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</p> <p>Presque tous les jours toute l'année 1 <input type="checkbox"/> Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2 <input type="checkbox"/> Fréquemment 3 <input type="checkbox"/> À l'occasion 4 <input type="checkbox"/> Rarement/jamais 5 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>C3 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'un aide ou d'un compagnon pour effectuer de courts trajets?</p> <p>Oui 5 <input type="checkbox"/> Non 6 <input type="checkbox"/></p> | <p>C11 Éprouvez-vous des difficultés à utiliser le service local de transport en commun à cause de votre affection ou de votre problème de santé?</p> <p>Oui 6 <input type="checkbox"/> Non 7 <input type="checkbox"/> → Passez à C13</p> |
| <p>C4 À cause de votre affection, avez-vous de la difficulté à utiliser un véhicule automobile particulier comme passager?</p> <p>Oui 4 <input type="checkbox"/> Non 5 <input type="checkbox"/> Ne sais pas 6 <input type="checkbox"/></p> | <p>C12 Quel genre de difficultés éprouvez-vous?</p> <p>INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> <p>Se rendre à l'arrêt 1 <input type="checkbox"/> Attendre à l'arrêt 2 <input type="checkbox"/> Monter à bord et descendre 3 <input type="checkbox"/> Espace insuffisant pour s'asseoir ou se tenir debout dans le véhicule 4 <input type="checkbox"/> Se tenir debout dans le véhicule lorsque celui-ci est en marche 5 <input type="checkbox"/> Obtenir de l'information sur les horaires et les itinéraires 6 <input type="checkbox"/> Manque de coopération du personnel 7 <input type="checkbox"/> Autre 8 <input type="checkbox"/> Ne sais pas 9 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>C5 Certaines localités mettent un service spécial d'autobus ou de fourgonnettes à la disposition des personnes qui ont de la difficulté à utiliser le service local de transport en commun. Lorsqu'ils utilisent ce service spécial, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prenne à domicile. Avez-vous besoin d'un service de ce genre?</p> <p>Oui 7 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> } Passez à C9 ↓ Ne sais pas 9 <input type="checkbox"/></p> | <p>C13 Existe-t-il un service de taxis dans cette région?</p> <p>Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> } Passez à la Section D ↓ Ne sais pas 3 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>C6 Un service de ce genre existe-t-il dans la région?</p> <p>Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> } Passez à C9 ↓ Ne sais pas 3 <input type="checkbox"/></p> | <p>C14 À quelle fréquence utilisez-vous le service de taxis?</p> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</p> <p>Presque tous les jours toute l'année 1 <input type="checkbox"/> Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2 <input type="checkbox"/> Fréquemment 3 <input type="checkbox"/> À l'occasion 4 <input type="checkbox"/> Rarement/jamais 5 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>C7 À quelle fréquence utilisez-vous ce service?</p> <p>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</p> <p>Presque tous les jours toute l'année 1 <input type="checkbox"/> } Passez à C9 Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2 <input type="checkbox"/> Fréquemment 3 <input type="checkbox"/> À l'occasion 4 <input type="checkbox"/> Rarement/jamais 5 <input type="checkbox"/></p> | <p>C15 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?</p> <p>Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PASSEZ À LA SECTION D</p> |
| <p>C8 Pourquoi n'utilisez-vous pas plus souvent ce service spécial d'autobus ou de fourgonnettes?</p> <p>INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> <p>N'en ai pas besoin plus souvent 1 <input type="checkbox"/> Ne suis pas admissible à ce service 2 <input type="checkbox"/> Suis inscrit sur une liste d'attente pour ce service 3 <input type="checkbox"/> Service trop dispendieux 4 <input type="checkbox"/> Horaire ne convient pas à mes besoins 5 <input type="checkbox"/> Région desservie trop petite 6 <input type="checkbox"/> Autre 7 <input type="checkbox"/></p> | |

SECTION D - LOGEMENT - INSTRUCTION ET DÉPENSES

D1 À cause de votre affection, avez-vous besoin des dispositifs spéciaux pour entrer dans la résidence/institution et pour en sortir ou pour vous y déplacer?
 Oui Non —————> **Passer à D3**

D2 De quels dispositifs spéciaux avez-vous besoin pour entrer dans la résidence/institution et en sortir ou pour vous y déplacer?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

| | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Rampe d'accès | 01 <input type="checkbox"/> | Stationnement accessible | 06 <input type="checkbox"/> |
| Entrées élargies ou hall d'entrée | 02 <input type="checkbox"/> | Autre caractéristique architecturale | 07 <input type="checkbox"/> |
| Entrée au niveau de la rue | 03 <input type="checkbox"/> | Rampes (y compris dans la salle de bain) | 08 <input type="checkbox"/> |
| Portes qui s'ouvrent automatiquement | 04 <input type="checkbox"/> | Autre dispositif spécial | 09 <input type="checkbox"/> |
| Ascenseur ou appareil de levage | 05 <input type="checkbox"/> | | |

D3 a. Jusqu'en quelle année avez-vous fréquenté l'école secondaire ou primaire?
 le plus haut niveau (1re à 13e année, terminée ou non) à l'école secondaire ou primaire **OU** Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle —————> **Passer à D5**

D3 b. Combien d'années d'études avez-vous terminées à l'université?
 89 Aucune 90 Moins d'une année (de cours terminés)
 Le nombre d'années terminées à l'université

D3 c. Combien d'années d'études avez-vous terminées dans un établissement autre qu'une université ou une école secondaire ou primaire? Comptez les années d'études dans des collèges communautaires, instituts techniques, cégeps (enseignement général et professionnel), écoles de métiers et collèges commerciaux privés, écoles de sciences infirmières décernant un diplôme, etc.
 89 Aucune 90 Moins d'une d'année (de cours terminés)
 Le nombre d'années terminées

D4 Quel grades, certificats ou diplômes détenez-vous?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Aucun | 01 <input type="checkbox"/> | Baccalauréat(s) (par ex., BA, BSc, BA Sc, LLB) | 06 <input type="checkbox"/> |
| Certificat d'études secondaires | 02 <input type="checkbox"/> | Certificat ou diplôme universitaire supérieur au baccalauréat | 07 <input type="checkbox"/> |
| Certificat ou diplôme de métier | 03 <input type="checkbox"/> | Maîtrise(s) (par ex., MA, M.Sc, M.Ed) | 08 <input type="checkbox"/> |
| Autre certificat ou diplôme non universitaire (obtenu, par ex., d'un collège communautaire, cégep, institut technique) | 04 <input type="checkbox"/> | Diplôme en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie (MD DDS, DMD, DMV, OD) | 09 <input type="checkbox"/> |
| Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat | 05 <input type="checkbox"/> | Doctorat acquis (par ex., PHD, D.Sc, D.Ed) | 10 <input type="checkbox"/> |

D5 Les gens doivent parfois acquitter eux-mêmes des frais supplémentaires à cause de l'affection ou du problème de santé. En 1986 avez-vous effectué des dépenses supplémentaires pour les médicaments ou les soins médicaux, l'éducation, le transport, le matériel ou les vêtements spéciaux, les soins personnels, le logement, etc. qui n'ont pas été remboursées complètement par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement?
 Oui Non —————> **METTEZ FIN À L'INTERVIEW**
 (Remplir la couverture avant du questionnaire)

D6 Pour chacun des postes suivants, veuillez estimer aussi précisément que possible les frais supplémentaires que vous avez dû acquitter vous-mêmes en 1986 à cause de votre affection.

| | | Montant | |
|---|-----------------------------------|---------|--------------------------|
| Médicaments sur ordonnance et sans ordonnance | Aucun <input type="checkbox"/> ou | \$ | <input type="text"/> .00 |
| Achat et entretien des vêtements, appareils et accessoires spéciaux utilisés à la maison, à l'école, en voyage, etc. | Aucun <input type="checkbox"/> ou | \$ | <input type="text"/> .00 |
| Soins de santé et soins médicaux non remboursés par un régime d'assurance, par exemple des frais d'hospitalisation ou des honoraires médicaux additionnels | Aucun <input type="checkbox"/> ou | \$ | <input type="text"/> .00 |
| Déplacements, par exemple les trajets aller-retour pour suivre des traitements ou une thérapie ou bénéficier d'autres services médicaux ou de réadaptation, ou dépenses supplémentaires découlant de la nécessité d'utiliser des moyens de transport plus coûteux | Aucun <input type="checkbox"/> ou | \$ | <input type="text"/> .00 |
| Autre (précisez) | Aucun <input type="checkbox"/> ou | \$ | <input type="text"/> .00 |

METTEZ FIN À L'INTERVIEW (Remplir la couverture avant du questionnaire)

FICHE "Q" - ADULTES

SÉLECTION - SECTION A

Meilleure description de votre affection:

MON AFFECTION ...

- 01 était présente **À LA NAISSANCE**
- 02 est une **MALADIE** ou un mal

OU

MON AFFECTION A ÉTÉ CAUSÉE PAR ..

- 03 une **MALADIE** ou un mal (y compris son traitement)
- 04 le **MILIEU DE TRAVAIL**
- 05 une **ATTAQUE D'APOPLEXIE**
- 06 un **ACTE DE VIOLENCE**(crime)
- 07 le **VEILLISSEMENT**
- 08 un **ACCIDENT AU TRAVAIL**
- 09 un **ACCIDENT DE LA ROUTE**
- 10 une **BLESSURE DE GUERRE**
- 11 un autre **ACCIDENT**
- 12 une autre cause
- 13 ne sait pas

Question 22b

22b Quelle est l'affection qui vous cause ces problèmes?

- 1. Séquelles d'une attaque d'apoplexie
- 2. Maladie ou affection touchant le cerveau, comme une tumeur cérébrale ou une méningite
- 3. Blessure au cerveau
- 4. Maladie d'Alzheimer diagnostiquée par un médecin
- 5. Affection liée au vieillissement
- 6. Retard du développement (arriération mentale)
- 7. Difficultés d'apprentissage
- 8. Autre (précisez)
- 9. Ne sait pas

SECTION A - DESCRIPTION DES LIMITATIONS

Cette section comprend des questions sur la capacité de ... d'accomplir certaines activités, même à l'aide d'appareils spéciaux s'il(elle) en utilise habituellement. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui devraient durer six mois ou plus. Ces questions ont été conçues pour une diversité de problèmes de santé ou d'affections et certaines pourraient ne pas s'appliquer dans le cas de ...

1 Est-ce que ... utilise un des appareils suivants? Veuillez ne mentionner que les appareils qui seront utilisés pour une période de six mois ou plus.

Un fauteuil roulant manuel? Oui 01 Non 02

Un fauteuil roulant électrique? Oui 03 Non 04

Des béquilles ou d'autres appareils pour marcher? Oui 05 Non 06

Des chaussures orthopédiques prescrites par un médecin? Oui 07 Non 08

Une jambe, un bras, une main ou un pied artificiel? Oui 09 Non 10

Un appareil auditif? Oui 11 Non 12

Une aide visuelle autre que des lentilles correctrices? Oui 13 Non 14

Un appareil orthopédique sauf un appareil dentaire? Oui 15 Non 16

2 ... utilise-t-il (elle) un autre appareil spécial?

Oui 1 _____ (précisez) _____

Non 2

3 ... a-t-il (elle) une affection ou un problème de santé chronique qui empêche ou limite sa participation à des activités scolaires, à des jeux ou à toutes autres activités propres à un enfant de son âge?

Oui 3 Non 4 _____ → Passez à 4

3a Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui empêche ou limite la participation de ... à ces activités?

Précisez

3b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

4 Va-t-il (elle) à une école spéciale ou assiste-t-il(elle) à des cours spéciaux à l'école à cause d'une affection ou d'un problème de santé chronique?

Oui 1 Non 2 _____ → Passez à 5

4a Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que ... va à une école spéciale ou assiste à des cours spéciaux?

Précisez

4b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

5 Est-ce que ... a une des affections ou problèmes de santé suivants?

- | | | | | |
|--|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|
| Allergies de toute sorte | Oui | 01 <input type="checkbox"/> | Non | 02 <input type="checkbox"/> |
| Asthme | Oui | 03 <input type="checkbox"/> | Non | 04 <input type="checkbox"/> |
| Bronchite | Oui | 05 <input type="checkbox"/> | Non | 06 <input type="checkbox"/> |
| Autres affections ou maladies du poumon | Oui | 07 <input type="checkbox"/> | Non | 08 <input type="checkbox"/> |
| Affection ou maladie du coeur | Oui | 09 <input type="checkbox"/> | Non | 10 <input type="checkbox"/> |
| Affection ou maladie du rein | Oui | 11 <input type="checkbox"/> | Non | 12 <input type="checkbox"/> |
| Cancer | Oui | 13 <input type="checkbox"/> | Non | 14 <input type="checkbox"/> |
| Diabète | Oui | 15 <input type="checkbox"/> | Non | 16 <input type="checkbox"/> |
| Épilepsie | Oui | 17 <input type="checkbox"/> | Non | 18 <input type="checkbox"/> |
| Paralysie cérébrale | Oui | 19 <input type="checkbox"/> | Non | 20 <input type="checkbox"/> |
| Sclérose en plaques | Oui | 21 <input type="checkbox"/> | Non | 22 <input type="checkbox"/> |
| Fibrose kystique | Oui | 23 <input type="checkbox"/> | Non | 24 <input type="checkbox"/> |
| Dystrophie musculaire | Oui | 25 <input type="checkbox"/> | Non | 26 <input type="checkbox"/> |
| Paralysie de tout genre | Oui | 27 <input type="checkbox"/> | Non | 28 <input type="checkbox"/> |
| Arthrite ou rhumatisme aigus | Oui | 29 <input type="checkbox"/> | Non | 30 <input type="checkbox"/> |
| Hypertension | Oui | 31 <input type="checkbox"/> | Non | 32 <input type="checkbox"/> |
| Handicap mental incluant un retard du développement ou une arriération mentale ou des lésions du cerveau | Oui | 33 <input type="checkbox"/> | Non | 34 <input type="checkbox"/> |
| Difficultés d'apprentissage | Oui | 35 <input type="checkbox"/> | Non | 36 <input type="checkbox"/> |
| Bras, jambes, doigts ou orteils manquants | Oui | 37 <input type="checkbox"/> | Non | 38 <input type="checkbox"/> |

6 Est-ce que ... a des troubles de la vision qui ne sont pas corrigés par des lentilles correctrices?

Oui 1 Non 2 —————> Passez à 7

6a Quel est le principal affection ou la principale problème de santé qui fait que ... à des troubles de la vision?

Précisez

6b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

6c Un spécialiste des troubles de la vision a-t-il déclaré ... légalement aveugle?

Oui 3 Non 4 —————> Passez à 7

6d ... est-il (elle) capable de reconnaître une main placée en face de ses yeux et de compter le nombre de doigts qu'on lui montre?

Oui 5 Non 6 Ne sait pas/sans objet 7

7 Est-ce que ... a des troubles de l'ouïe?
 Oui 3 Non 4 → Passez à 8

7a Quel est le principale problème de santé ou la principal affection qui fait que ... a des troubles de l'ouïe?
 Précisez

7b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?
 INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

7c Est-ce que ... peut entendre ce qui se dit dans un appareil téléphonique ordinaire, avec un appareil auditif, s'il (elle) en porte un?
 Oui 3 Non 4 Ne sait pas 5

8 Sexe:
 Homme 1 Femme 2

9 ... demeurait-t-il (elle) à la résidence/institution le jour du recensement, le 3 juin 1986?
 Oui 3 Non 4

10 Quel est la date de naissance de ... ?
 1 9
 Jour Mois Année

11 À L'INTERVIEWER:
 Si la date de naissance est après le 1 mars 1962,
 alors 1 → passez à 12
 Autrement 2 → passez à 13

12 ... souffre-t-il (elle) d'une autre affection ou problème de santé chronique, qui n'a pas été mentionné précédemment et qui devrait durer six mois ou plus?
 Oui 5 Non 6 → METTEZ FIN À L'INTERVIEW. Remplissez la couverture avant du questionnaire.

12a Quel est cette autre affection ou problème de santé chronique?
 Précisez

12b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?
 INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié. → METTEZ FIN À L'INTERVIEW. Remplissez la couverture avant du questionnaire.

13 ... éprouve-t-il (elle) des difficultés à parler et à être compris(e) à cause d'une affection ou d'un problème de santé?
 Oui 4 Non 5 → Passez à 14

13a Jusqu'à quel point croyez-vous que ... est capable de se faire comprendre en parlant avec:

| | Entièrement | Partiellement | Pas du tout |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (i) des membres de sa famille? | 01 <input type="checkbox"/> | 02 <input type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> |
| (ii) ses amis? | 04 <input type="checkbox"/> | 05 <input type="checkbox"/> | 06 <input type="checkbox"/> |
| (iii) membres du personnel de la résidence/institution? | 07 <input type="checkbox"/> | 08 <input type="checkbox"/> | 09 <input type="checkbox"/> |
| (iv) d'autres personnes? | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |

14 Les enfants peuvent à l'occasion éprouver des problèmes émotifs ou nerveux. Toutefois, ... a-t-il (elle) une affection ou un problème de santé chronique d'ordre émotif, psychiatrique, nerveux ou mental qui limite le genre ou la quantité d'activités qu'il (elle) peut faire dans cette résidence, à l'école ou au jeu?

Oui, est limité(e) 1 Non 2 —————> Passez à 15

14a Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui limite les activités de ... dans cette résidence/institution, à l'école ou au jeu?

Précisez

15 ... a-t-il (elle) une autre affection ou problème de santé chronique qui n'a pas été mentionné précédemment et qui devrait durer six mois ou plus?

Oui 3 Non 4 —————> Passez à la Section B

15a Quel est cette autre affection ou problème de santé chronique?

Précisez

15b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux cette affection?

INTERVIEWER: Montrez la fiche "Q". Inscrivez le numéro approprié.

SECTION B - INSTRUCTION

B1 ... doit-il (elle) suivre des cours spéciaux à cause de son affection ou problème de santé?

Oui 1 Non 2

B2 Quel genre d'instruction, de formation ou de thérapie ... recevait-il (elle) en septembre, 1986?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Physiothérapie ou thérapie de communication 06

Gestes de la vie quotidienne 07

Formation générale 08

Métiers ou formation professionnelle 09

Aucune 10 —————> Passez à B4

B3 En quelle année ... était-il (elle) inscrit(e) en septembre 1986?

Année —————> Passez à la Section C

Aucune année en particulier 99 —————> Passez à B4

B4 Jusqu'en quelle année (sans l'avoir nécessairement terminée) ... a-t-il (elle) fréquenté l'école secondaire ou primaire?

Le plus haut niveau (1^{ère} à 13^e année, terminée ou non) à l'école secondaire ou primaire

ou

90 Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle

PASSEZ À LA SECTION C

C1 J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que ... utilise pour ses déplacements locaux. Ceci inclus les déplacements pour se rendre chez le médecin ou au cinéma ainsi que tous les autres trajets de moins de 50 milles/80 kilomètres.

L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-il (elle) de quitter cette résidence/institution pour effectuer de courts trajets?

Oui 1 → Passez à la section D

Non 2

C2 Certaines localités mettent un service spécial d'autobus ou de fourgonnettes à la disposition des personnes qui ont de la difficulté à utiliser le service local de transport en commun. Lorsqu'ils utilisent ce service spécial, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prenne à domicile.

... a-t-il (elle) besoin d'un service de ce genre?

Oui 3 Non 4 } Passez à C6
Ne sait pas 5

C3 Un service de ce genre existe-t-il dans votre région?

Oui 1 Non 2 } Passez à C6
Ne sait pas 3

C4 Quelle est la fréquence à laquelle ... utilise ce service?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

Presque tous les jours toute l'année 4 }
Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 5 } Passez à C6
Fréquemment 6
À l'occasion 7
Rarement/Jamais 8

C5 Pourquoi n'utilise-t-il (elle) pas plus souvent ce service spécial d'autobus ou de fourgonnettes?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

N'en a pas besoin plus souvent 1
N'est pas admissible à ce service 2
Est inscrit sur une liste d'attente pour ce service 3
Service trop dispendieux 4
Horaire ne convient pas à ses besoins 5
Région desservie trop petite 6
Autre 7

C6 Existe-t-il dans votre région un service local de transport en commun, par exemple un service d'autobus ou de transport en commun rapide ou un métro? Ne tenez pas compte des autobus scolaires.

Oui 8 Non 9 → Passez à la section D

C7 Quelle est la fréquence à laquelle ... utilise le service local de transport en commun?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez une seule case.

Presque tous les jours toute l'année 1
Presque tous les jours à certaines périodes de l'année 2
Fréquemment 3
À l'occasion 4
Rarement/jamais 5

C8 ... éprouve-t-il (elle) des difficultés à utiliser le service local de transport en commun à cause de son affection ou de son problème de santé?

Oui 6 Non 7 } Passez à la section D
Ne sait pas/sans objet 8

C9 Quel genre de difficulté éprouve-t-il (elle)?

INTERVIEWER: Ne lisez pas la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Se rendre à l'arrêt 1
Attendre à l'arrêt 2
Monter à bord et descendre 3
Espace insuffisant pour s'asseoir ou se tenir debout dans le véhicule 4
Se tenir debout dans le véhicule lorsque celui-ci est en marche 5
Obtenir de l'information sur les horaires et les itinéraires 6
Manque de coopération du personnel 7
Autre 8

PASSEZ À LA SECTION D

SECTION D - LOGEMENT - DÉPENSES

D1 À cause de son affection, a-t-il (elle) besoin pour entrer dans cette résidence et pour en sortir de dispositifs spéciaux, comme des rampes d'accès ou une entrée au niveau de la rue?

Oui Non —————> Passez à D3

D2 De quels dispositifs spéciaux a-t-il (elle) besoin?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes d'accès 1

Entrées élargies 2

Entrée au niveau de la rue 3

Portes qui s'ouvrent automatiquement 4

Ascenseur ou appareil de levage 5

Stationnement accessible 6

Autre caractéristique architecturale 7

D3 À cause de son affection, utilise-t-il (elle) des dispositifs spéciaux, comme des rampes, pour se déplacer dans sa résidence?

Oui Non —————> Passez à D5

D4 Quels dispositifs spéciaux utilise-t-il (elle)?

INTERVIEWER: Lisez la liste. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Rampes (y compris dans la salle de bain) 1

Ascenseur ou appareil de levage 2

Entrées ou corridors élargis 3

Portes qui s'ouvrent automatiquement 4

Autre dispositif spécial 5

D5 Les gens doivent parfois acquitter eux-mêmes des frais supplémentaires à cause de l'affection ou du problème de santé de leurs enfants. En 1986, sa famille a-t-elle effectué des dépenses supplémentaires pour les médicaments ou les soins médicaux, l'éducation, le transport, le matériel ou les vêtements spéciaux, etc., de . . . qui n'ont pas été remboursées complètement par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement?

Oui Non —————> **METTEZ FIN À L'INTERVIEW**
Remplissez la couverture avant du questionnaire

D6 Pour chacun des postes suivants, veuillez estimer aussi précisément que possible les frais supplémentaires qui ont dû être acquittés en 1986 à cause de l'affection de . . .

| | | | Montant |
|---|--------------------------------|-------|--------------------------|
| Médicaments sur ordonnance et sans ordonnance | Aucun <input type="checkbox"/> | ou \$ | <input type="text"/> .00 |
| Achat et entretien des vêtements, appareils et accessoires spéciaux utilisés à la maison, à l'école, en voyage, etc. | Aucun <input type="checkbox"/> | ou \$ | <input type="text"/> .00 |
| Soins de santé et soins médicaux non remboursés par un régime d'assurance, par exemple des frais d'hospitalisation ou des honoraires médicaux additionnels | Aucun <input type="checkbox"/> | ou \$ | <input type="text"/> .00 |
| Frais de scolarité supplémentaires ou spéciaux ou frais de résidence | Aucun <input type="checkbox"/> | ou \$ | <input type="text"/> .00 |
| Déplacements, par exemple les trajets aller-retour pour suivre des traitements ou une thérapie ou bénéficier d'autres services médicaux ou de réadaptation, ou dépenses supplémentaires découlant de la nécessité d'utiliser des moyens de transport plus coûteux | Aucun <input type="checkbox"/> | ou \$ | <input type="text"/> .00 |
| Autre | Aucun <input type="checkbox"/> | ou \$ | <input type="text"/> .00 |
| (précisez) _____ | | | |

METTEZ FIN À L'INTERVIEW
Remplissez la couverture avant du questionnaire

FICHE "Q" - ENFANTS

SÉLECTION - SECTION A

Meilleure description de l'affection:

L'AFFECTION:

1. était présente **À LA NAISSANCE**
2. est une **MALADIE** ou un mal
3. a été **CAUSÉE PAR UNE MALADIE** ou un mal (y compris son traitement)
4. a été causée par un **ACCIDENT**
5. autre cause
6. ne sait pas

Appendix B:
Liste de certaines variables du
recensement de 1986



Liste de certaines variables du recensement de 1986

1. Variables du ménage:

| | |
|---------|--|
| #UNITS | - Nombre de personnes dans le ménage |
| BUILT | - Période de construction du logement |
| CDWEL | - Type de logement collectif |
| CMA | - Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement de résidence, 1986 |
| CMA5 | - Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement de résidence, 1981 |
| CONSTR | - Indicateur de logement en construction ou rénovation |
| DOCTP | - Classification du type de document |
| DTYPE | - Type de logement |
| FARMPOP | - Ménage dans la population agricole |
| FOPIND | - Indicateur de logement d'exploitant agricole |
| GROSRT | - Loyer brut |
| HHNUM | - Numéro de ménage |
| MORTG | - Paiements hypothécaires mensuels |
| OW_RT | - Personne responsable des paiements |
| RENT | - Loyer mensuel en argent |
| ROOMS | - Nombre de pièces |
| RUINDFG | - Indicateur d'une région urbaine rurale |
| RUSIZE | - Code de la taille de région rurale et urbaine |
| TAXES | - Montant annuel de l'impôt foncier |
| TENUR1 | - Mode d'occupation du logement |
| VALUE | - Valeur du logement |

2. Variables de la personne:

| | |
|---------|--|
| AGE | - Années d'âge |
| AGE_IMM | - Age à l'immigration |
| BIRT_PL | - Lieu de naissance |
| CFAMST | - Situation des particuliers dans la famille de recensement |
| CFINC | - Revenu total de la famille de recensement |
| CHDCR | - Credit d'impôt pour enfants |
| CITIZEN | - Citoyenneté |
| COWD | - Catégorie du travailleur |
| CQPPB | - Présentations du RPC ou du RRQ |
| DG_MFSR | - Principal domaine d'étude |
| DGRÉER | - Plus haut grade, certificat ou diplôme |
| EFAMST | - Situation des particuliers dans la famille économique |
| EFINC | - Revenu total de la famille économique |
| EIEFS | - Situation des particuliers dans la famille économique |
| EMPIN | - Revenu d'emploi |
| ETO123 | - Indicateur de réponse unique et multiple, l'origine ethnique |
| ETO25 à | |
| ETO42 | - L'origine ethnique |
| FAMAL | - Allocations familiales |
| FARMI | - Revenu provenant d'un travail autonome agricole |
| FARMO | - Exploitant agricole |
| FPTIM | - À plein temps ou à temps partiel |
| GOVTI | - Autres revenus du gouvernement |
| HGRADR | - Plus haut niveau atteint à l'école primaire ou secondaire |
| HHINC | - Revenu total du ménage |
| HLNSM | - Langue parlée à la maison: indicateur unique/multiple |
| HLN43 à | |
| HLN48 | - Langue parlée à la maison |
| HLOS | - Plus haut niveau |
| HMAIN | - Soutien du ménage |
| HOURS | - Heures travaillées pendant la semaine de référence |
| HWCLPR | - Epoux/épouse ou partenaire en union libre présent |
| IMMYEAR | - Années d'immigration |

| | |
|---------|---|
| IND70 | - Industrie, classification de 1970 |
| IND80 | - Industrie, classification de 1980 |
| INVST | - Revenu de placement |
| LFTAG | - Activité |
| LOINC | - État du faible revenu |
| LSTWK | - Date du dernier travail |
| MARST | - État matrimonial |
| MOB5 | - Mobilité - Résidence cinq ans auparavant |
| MTNSM | - Langue maternelle: indicateur unique/multiple |
| MTN27 à | |
| MTN32 | - Langue maternelle |
| OASGI | - PSV, SRG |
| OCC71 | - Professions, classification 1971 |
| OCC81 | - Professions, classifications de 1981 |
| OLN | - Langues officielles |
| OMP | - Dépenses principales de propriété |
| OTINC | - Autre revenu |
| PRESCH | - Présence d'enfants |
| PS OTR | - Nombre d'années d'autres études non universitaires |
| PS UVR | - Années d'études universitaires |
| RÉSDNT | - Résidence de l'exploitant agricole |
| RETIR | - Pensions de retraite |
| RLPERS | - Liens avec la personne 1 |
| SELFI | - Revenu provenant d'un travail autonome non agricole |
| SEX | - Sexe |
| TOTINC | - Revenu total |
| TRNUCR | - Certificat d'écoles de métiers et autres certificats non universitaires |
| UICBN | - Prestations d'assurance - chômage |
| WAGES | - Traitements et salaires |
| WEEKS | - Semaines travaillées em 1985 |
| WORKACT | - Travail |

Pour une description de ces variables, veuillez vous reporter au Dictionnaire de référence (numéro 99-101F au catalogue, \$35.00) disponible dans n'importe quel centre régional de consultation de Statistique Canada.

**Appendix C:
Régions infraprovinciales de
l'Enquête sur la santé et les
limitations d'activités**

ENQUETE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS

DESCRIPTION DES RÉGIONS INFRAPROVINCIALES

TERRE-NEUVE

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|---|
| 1 | 1 | 519 | ST. JOHN'S |
| 2 | 1 | 485 490 494 502 513 514 533 537 | CONCEPTION BAY SOUTH DIVISION NO. 1, SUBD. R WABANA PORTUGAL COVE ST. PHILLIPS ST. THOMAS HOGAN'S POND PARADISE |
| 3 | 1 | 505 507 509 515 526 542 545 551 557 559 | POUCH COVE FLATROCK TORBAY ST. JOHN'S METROPOLITAN AREA WEDGEWOOD PARK MOUNT PEARL GOULDS PETTY HARBOUR-MADDOX COVE BAY BULLS WITLESS BAY |
| 4 | 1 | 293 304 308 312 316 321 325 328 332 335 339 343 347 352 357 361 365 370 | DIVISION NO. 1, SUBD. Y DIVISION NO. 1, SUBD. E WHITEWAY HEART'S DELIGHT-ISLINGTON HEART'S DESIRE DIVISION NO. 1, SUBD. F HEART'S CONTENT NEW PERLICAN WINTERTON HANT'S HARBOUR DIVISION NO. 1, SUBD. G OLD PERLICAN BAY DE VERDE SMALL POINT-BROAD COVE-BLACKHEAD-ADAMS COVE DIVISION NO. 1, SUBD. H SALMON COVE VICTORIA CARBONEAR |

VOIR NOTE A LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

TERRE-NEUVE (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| | | 374 | DIVISION NO. 1, SUBD. I |
| | | 375 | BRYANT'S COVE |
| | | 377 | HARBOUR GRACE |
| | | 381 | HARBOUR GRACE SOUTH |
| | | 385 | UPPER ISLAND COVE |
| | | 391 | DIVISION NO. 1, SUBD. J |
| | | 394 | BISHOP'S COVE |
| | | 397 | TILTON |
| | | 399 | SPANIARD'S BAY |
| | | 405 | DIVISION NO. 1, SUBD. K |
| | | 409 | BAY ROBERTS |
| | | 415 | DIVISION NO. 1, SUBD. L |
| | | 421 | DIVISION NO. 1, SUBD. M |
| | | 426 | NORTH RIVER |
| | | 429 | CLARKE'S BEACH |
| | | 434 | SOUTH RIVER |
| | | 437 | CUPIDS |
| | | 441 | DIVISION NO. 1, SUBD. N |
| | | 446 | BRIGUS |
| | | 452 | DIVISION NO. 1, SUBD. O |
| | | 456 | COLLIERS |
| | | 461 | CONCEPTION HARBOUR |
| | | 464 | AVONDALE |
| | | 469 | HARBOUR MAIN-CHAPEL COVE-LAKEVIEW |
| | | 472 | HOLYROOD |
| 5 | 1 | 101 | DIVISION NO. 1, SUBD. V |
| | | 105 | PORTUGAL COVE SOUTH |
| | | 109 | BISCAY BAY |
| | | 113 | TREPASSEY |
| | | 120 | ST. SHOTT'S |
| | | 124 | DIVISION NO. 1. SUBD. U |
| | | 131 | RENEWS-CAPPAHAYDEN |
| | | 136 | FERMEUSE |
| | | 140 | PORT KIRWAN |
| | | 144 | AQUAFORTE |
| | | 149 | FERRYLAND |
| | | 155 | DIVISION NO. 1, SUBD. W |
| | | 169 | ST. VINCENT'S - ST. STEPHENS - PETER'S RIVER |
| | | 174 | GASKIERS-POINT LA HAYE |
| | | 178 | ST. MARY'S |
| | | 181 | RIVERHEAD |
| | | 186 | ADMIRAL'S BEACH |
| | | 192 | ST. JOSEPH'S |
| | | 197 | MOUNT CARMEL-MITCHELL'S BROOK-ST. CATHERINE'S |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

TERRE-NEUVE (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|--------------------------------------|
| | | 203 | DIVISION NO. 1, SUBD. X |
| | | 207 | COLINET |
| | | 214 | DIVISION NO. 1, SUBD. C |
| | | 219 | BRANCH |
| | | 225 | POINT LANCE |
| | | 228 | ST. BRIDE'S |
| | | 234 | DIVISION NO. 1. SUBD. B |
| | | 239 | PLACENTIA |
| | | 243 | FRESHWATER |
| | | 246 | JERSEY SIDE, PLACENTIA BAY |
| | | 250 | DUNVILLE |
| | | 254 | FOX HARBOUR |
| | | 259 | DIVISION NO. 1, SUBD. A |
| | | 263 | LONG HARBOUR-MOUNT ARLINGTON HEIGHTS |
| | | 267 | SOUTHERN HARBOUR |
| | | 270 | ARNOLD'S COVE |
| | | 274 | COME-BY-CHANCE |
| | | 277 | SUNNYSIDE |
| | | 281 | CHANCE COVE |
| | | 285 | NORMAN'S COVE-LONG COVE |
| | | 289 | CHAPEL ARM |
| | | 298 | WHITBOURNE |
| 6 | 2 | | DIVISION NO. 2 |
| 7 | 3 | | DIVISION NO. 3 |
| | 4 | | DIVISION NO. 4 |
| 8 | 5 | | DIVISION NO. 5 |
| 9 | 6 | | DIVISION NO. 6 |
| 10 | 7 | | DIVISION NO. 7 |
| 11 | 8 | | DIVISION NO. 8 |
| 12 | 9 | | DIVISION NO. 9 |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

TERRE-NEUVE (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|-----|----------------------------|
| | 13 | 10 | | DIVISION NO. 10 (LABRADOR) |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-------------------|---|
| 1 | 1 | | DIVISION NO. 1, À L'EXCLUSION DE LOT 38 |
| 2 | 1 | 051 | LOT 38 |
| | 2 | | DIVISION NO. 2, À L'EXCLUSION DES LOTS 67, 20 ET 21 |
| 3 | 2 | 036 038 039 | LOT 67 LOT 20 LOT 21 |
| | 3 | | PRINCE COUNTY |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

NOUVELLE-ÉCOSSE

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---------------------------------|--|
| 1 | 9 | 021 | HALIFAX |
| 2 | 9 | 022 | DARTMOUTH |
| 3 | 9 | 008 012 029 | HALIFAX, SUBD. A HALIFAX, SUBD. C SHUBENACADIE 13 |
| 4 | 9 | 001 018 019 024 | HALIFAX, SUBD. B HALIFAX, SUBD. D COLE HARBOUR 30 BEDFORD |
| 5 | 9 | 026 031 036 038 041 | HALIFAX, SUBD. E HALIFAX, SUBD. F HALIFAX, SUBD. G SHEET HARBOUR 36 HALIFAX, SUBD. H |
| 6 | 1 | | SHELBURNE COUNTY |
| | 2 | | YARMOUTH COUNTY |
| 7 | 3 | | DIGBY COUNTY |
| | 5 | | ANNAPOLIS COUNTY |
| 8 | 4 | | QUEENS COUNTY |
| | 6 | | LUNENBURG COUNTY |
| 9 | 7 | | KINGS COUNTY |
| 10 | 8 | | HANTS COUNTY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

NOUVELLE-ÉCOSSE (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|------------------------|
| 11 | 10 | | COLCHESTER COUNTY |
| 12 | 11 | | CUMBERLAND COUNTY |
| 13 | 12 | | PICTOU COUNTY |
| 14 | 13 | | GUYSBOROUGH COUNTY |
| | 14 | | ANTIGONISH COUNTY |
| 15 | 15 | | INVERNESS COUNTY |
| | 16 | | RICHMOND COUNTY |
| | 18 | | VICTORIA COUNTY |
| 16 | 17 | 014 | SYDNEY |
| | | 016 | CAPE BRETON, SUBD. A |
| | | 018 | NORTH SYDNEY |
| | | 019 | SYDNEY MINES |
| 17 | 17 | 001 | CAPE BRETON, SUBD. C |
| | | 004 | LOUISBOURG |
| | | 006 | CAPE BRETON, SUBD. B |
| | | 008 | MEMBERTOU 28B (SYDNEY) |
| | | 009 | GLACE BAY |
| | | 011 | DOMINION |
| | | 012 | NEW WATERFORD |
| | | 020 | ESKASONI 3 |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

NOUVEAU-BRUNSWICK

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--------------------------|--|
| 1 | 1 | 006 | SAINT JOHN |
| 2 | 7 | 022 | MONCTON |
| 3 | 10 | 032 | FREDERICTON |
| 4 | 2 | | CHARLOTTE COUNTY |
| 5 | 3 | | SUNBURY COUNTY |
| | 4 | | QUEENS COUNTY |
| 6 | 1 | 001 002 004 016 | SAINT MARTINS (SAINT JOHN COUNTY, ST. MARTINS À L'EXCLUSION DE SAINT JOHN) SIMONDS MUSQUASH |
| | 5 | | KINGS COUNTY |
| 7 | 6 | | ALBERT COUNTY |
| 8 | 7 | | WESTMORLAND COUNTY, À L'EXCLUSION DE MONCTON |
| 9 | 8 | | KENT COUNTY |
| 10 | 9 | | NORTHUMBERLAND COUNTY |
| 11 | 10 | | YORK COUNTY, À L'EXCLUSION DE FREDERICTON |
| 12 | 11 | | CARLETON COUNTY |
| | 12 | | VICTORIA COUNTY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

NOUVEAU-BRUNSWICK (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|---|
| 13 | 13 | | MADAWASKA COUNTY |
| 14 | 14 | | RESTIGOUCHE COUNTY |
| 15 | 15 | 006 008 010 011 012 013 014 015 016 017 034 036 037 038 | ALLARDVILLE BATHURST PABINEAU 11 BATHURST BERESFORD POINTE-VERTE PETIT-ROCHER BERESFORD NEW BANDON SAINT-LEOLIN BELLEDUNE BERTRAND NIGADOO GRANDE-ANSE |
| 16 | 15 | 001 002 004 019 020 021 024 026 027 028 029 031 032 | SAUMAREZ SHEILA TRACADIE PAQUETVILLE PAQUETVILLE SAINT-ISIDORE INKERMAN CARAQUET BAS-CARAQUET CARAQUET SHIPPAGAN SHIPPAGAN LAMÈQUE |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

QUÉBEC

| (1) RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|---------|----|---------------------------------|---|
| 1 | 65 | 260 300 | MONTREAL WESTMOUNT |
| 2 | 64 | | ÎLE-JÉSUS |
| 3 | 20 | 200 230 260 270 830 | LORETTEVILLE QUÉBEC VANIER NOTRE-DAME-DES-ANGES VILLAGE-DES-HURONS, WENDAKE |
| 4 | 79 | | HULL |
| 5 | 94 | 300 420 | CHICOUTIMI JONQUIÈRE |
| 6 | | | MRC 100, 110, 120, 130, 140, 150 |
| | 1 | | ÎLES-DE-LA-MADELEINE |
| | 2 | | GASPÉ-EST |
| | 3 | | GASPÉ-OUEST |
| | 4 | | BONAVENTURE |
| | 6 | 280 | CAPUCINS |
| 7 | | | MRC 160, 170, 180, 190 |
| | 5 | | MATAPÉDIA |
| | 6 | | DIVISION NO. 6, À L'EXCLUSION DE CAPUCINS |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|--|
| | 7 | 200 | SAINT-CHARLES-GARNIER |
| | | 220 | SAINT-FRANCOIS-XAVIER-DES-HAUTEURS |
| | | 240 | TRINITÉ-DES-MONTS |
| | | 250 | ESPRIT-SAINT |
| | | 350 | SAINT-NARCISSE-DE-RIMOUSKI |
| | | 360 | MONT-LEBEL |
| | | 370 | SAINT-MARCELLIN |
| | | 390 | SAINT-GABRIEL |
| | | 400 | FLEURIAULT |
| | | 410 | SAINTE-ANGÈLE-DE-MÉRICI |
| | | 430 | SAINTE-ANGÈLE-DE-MÉRICI |
| | | 460 | SAINT-JOSEPH-DE-LEPAGE |
| | | 480 | MONT-JOLI |
| | | 500 | SAINT-JEAN-BAPTISTE |
| | | 510 | SAINTE-FLAVIE |
| | | 520 | SAINT-DONAT |
| | | 530 | LUCEVILLE |
| | | 540 | SAINTE-LUCE |
| | | 550 | SAINT-ANACLET-DE-LESSARD |
| | | 560 | SAINTE-ANNE-DE-LA-POINTE-AU-PÈRE |
| | | 570 | RIMOUSKI-EST |
| | | 580 | RIMOUSKI |
| | | 600 | SAINTE-ODILE-SUR-RIMOUSKI |
| | | 620 | SAINTE-BLANDINE |
| | | 640 | SAINT-VALÉRIEN |
| | | 660 | BIC |
| | | 680 | SAINT-FABIEN |
| | | 700 | SAINT-EUGÈNE-DE-LADRIÈRE |
| | | 909 | RIMOUSKI, PARTIE RIVIÈRE-PATAPÉDIA-EST |
| | | 919 | RIMOUSKI, PARTIE LAC-DES-EAUX-MORTES |
| | | 929 | RIMOUSKI, PARTIE LAC-HURON |
| | | 970 | RIMOUSKI, PARTIE GRAND-LAC-TOURADI |
| 8 | | | MRC 300, 310, 315, 320, 325 |
| | 7 | 260 | BIENCOURT |
| | | 280 | LAC-DES-AIGLES |
| | | 310 | SAINT-GUY |
| | | 330 | SAINT-MÉDARD |
| | | 720 | SAINT-MATHIEU-DE-RIOUX |
| | | 740 | SAINT-SIMON |
| | | 980 | RIMOUSKI, PARTIE LAC-BOISBOUSCACHE |
| | 8 | | RIVIÈRE-DU-LOUP |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|--|---|
| | | 9 | | TÉMISCOUATA |
| | | 10 | | KAMOURASKA |
| | | 13 | | L'ISLET |
| | 9 | | | MRC 365, 370 |
| | | 21 | | LÉVIS |
| | 10 | | | MRC 330, 335, 355, 360 |
| | | 14 | | MONTMAGNY |
| | | 15 | | BELLECHASSE |
| | | 22 | | DIVISION NO. 22, À L'EXCLUSION DE SAINT-ODILON-DE-CRANBOURNE |
| | | 23 | 110 120 130 610 620 680 700 720 | SAINTE-AURÉLIE SAINT-ZACHARIE SAINT-ZACHARIE VALLÉE-JONCTION L'ENFANT-JÉSUS SAINTE-MARIE SAINT-ELZÉAR SAINT-ELZÉAR-DE-BEAUCE |
| | 11 | | | MRC 340, 345, 350, 510 |
| | | 22 | 210 | SAINT-ODILON-DE-CRANBOURNE |
| | | 23 | 150 170 180 200 | LINIÈRE SAINT-CÔME-DE-KENNEBEC SAINT-THÉOPHILE SAINT-RENÉ |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---------------------------------------|
| | | 220 | SAINT-MARTIN |
| | | 230 | SHENLEY |
| | | 240 | SAINT-HONORÉ |
| | | 260 | SAINT-ÉPHREM-DE-TRING |
| | | 270 | SAINT-ÉPHREM-DE-BEAUCE |
| | | 280 | LAC-POULIN |
| | | 290 | SAINT-BENOÎT-LABRE |
| | | 300 | SAINT-JEAN-DE-LA-LANDE |
| | | 310 | SAINT-GEORGES-OUEST |
| | | 320 | AUBERT-GALLION |
| | | 330 | SAINT-GEORGES |
| | | 340 | SAINT-GEORGES-EST |
| | | 350 | SAINT-PHILIBERT |
| | | 360 | SAINT-SIMON-LES-MINES |
| | | 370 | NOTRE-DAME-DES-PINS |
| | | 380 | BEAUCEVILLE |
| | | 390 | SAINT-FRANCOIS-DE-BEAUCE |
| | | 400 | SAINT-FRANCOIS-OUEST |
| | | 410 | SAINT-ALFRED |
| | | 420 | SAINT-VICTOR |
| | | 430 | SAINT-VICTOR-DE-TRING |
| | | 440 | SAINTE-CLOTILDE-DE-BEAUCE |
| | | 460 | EAST BROUGHTON |
| | | 480 | EAST BROUGHTON STATION |
| | | 500 | SACRÉ-COEUR-DE-JÉSUS |
| | | 520 | SAINT-JULES |
| | | 530 | TRING JONCTION |
| | | 550 | SAINT-FRÉDÉRIC |
| | | 560 | SAINT-JOSEPH-DES-ÉRABLES |
| | | 580 | SAINT-JOSEPH-DE-BEAUCE |
| | | 600 | SAINT-JOSEPH-DE-BEAUCE |
| | | 640 | SAINTS-ANGES |
| | | 740 | SAINT-SÉVERIN |
| | | 780 | SAINT-PIERRE-DE-BROUGHTON |
| | | 900 | BEAUCE, PARTIE LAC-DU-PORTAGE |
| | 24 | | FRONTENAC |
| | 26 | 110 | SAINTE-PRAXÈDE |
| | | 150 | STRATFORD |
| | | 200 | BEAULAC |
| | | 250 | GARTHBY |
| | | 600 | DISRAËLI |
| | | 620 | DISRAËLI |
| | | 640 | SAINT-JACQUES-LE-MAJEUR-DE-WOLFESTOWN |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|--|--|
| | | | 660 680 | SAINT-JULIEN SAINT-FORTUNAT |
| | | 27 | 110 130 150 170 190 210 220 240 260 280 290 400 420 470 | SAINTE-ANNE-DU-LAC SACRÉ-COEUR-DE-MARIE-PARTIE-SUD ROBERTSONVILLE SAINT-ANTOINE-DE-PONTBRIAND THETFORD-PARTIE-SUD SAINT-JOSEPH-DE-COLERAINE BLACK LAKE THETFORD MINES RIVIÈRE-BLANCHE SAINT-ADRIEN-D'IRLANDE IRELAND SAINT-JEAN-DE-BRÉBEUF KINNEAR'S MILLS SAINT-JACQUES-DE-LEEDS |
| | 12 | | | MRC 375, 405, 410 |
| | | 26 | 580 690 700 | SAINTE-MARTYRS-CANADIENS HAM-NORD NOTRE-DAME-DE-LOURDES-DE-HAM |
| | | 27 | 310 330 350 360 380 390 440 450 510 570 630 690 750 780 | VIANNEY BERNIERVILLE HALIFAX-SUD HALIFAX-NORD SAINTE-SOPHIE SAINT-PIERRE-BAPTISTE INVERNESS INVERNESS LYSTER LAURIERVILLE SAINTE-JULIE PLESSISVILLE PLESSISVILLE NOTRE-DAME-DE-LOURDES |
| | | 28 | 110 130 150 180 | SAINT-SYLVESTRE SAINT-SYLVESTRE SAINTE-AGATHE SAINTE-AGATHE |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|---|
| | | 200 | SAINT-PATRICE-DE-BEAURIVAGE |
| | | 230 | SAINT-NARCISSE-DE-BEAURIVAGE |
| | | 250 | SAINT-GILLES |
| | | 280 | SAINT-AGAPIT |
| | | 290 | SAINT-OCTAVE-DE-DOSQUET |
| | | 310 | VILLEROY |
| | | 340 | VAL-ALAIN |
| | | 370 | SAINT-JANVIER-DE-JOLY |
| | | 400 | SAINT-FLAVIEN |
| | | 420 | SAINT-FLAVIEN |
| | | 440 | LAURIER-STATION |
| | | 470 | NOTRE-DAME-DU-SACRÉ-COEUR-D'ISSOUDUN |
| | | 490 | SAINT-APOLLINAIRE |
| | | 510 | SAINT-ANTOINE-DE-TILLY |
| | | 550 | SAINTE-CROIX |
| | | 590 | SAINTE-CROIX |
| | | 630 | SAINT-ÉDOUARD-DE-LOTBINIÈRE |
| | | 660 | LOTBINIÈRE |
| | | 680 | LECLERCVILLE |
| | | 700 | SAINTE-EMMÉLIE |
| | 33 | 480 | SAINT-SAMUEL |
| | 34 | | DIVISION NO. 34, À L'EXCLUSION DE TROIS-LACS |
| | 41 | 120 160 | KINGSEY FALLS KINGSEY FALLS |
| 13 | | | MRC 415, 420, 425 |
| | 28 | 710 730 750 760 770 780 | SAINTE-FRANÇOISE FORTIERVILLE SAINTE-PHILOMÈNE-DE-FORTIERVILLE SAINT-JACQUES-DE-PARISVILLE DESCHAILLONS-SUR-SAINT-LAURENT DESCHAILLONS |
| | 33 | | DIVISION NO. 33, À L'EXCLUSION DE SAINT-SAMUEL |
| | 41 | | DIVISION NO. 41, À L'EXCLUSION DE KINGSEY FALLS |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|---|---|
| | | 42 | 120 200 300 340 420 440 460 480 530 580 640 660 680 700 830 | SAINT-JOACHIM-DE-COURVAL SAINT-BONAVENTURE SAINT-GUILLAUME SAINT-GUILLAUME SAINT-PIE-DE-GUIRE SAINT-ELPHÈGE SAINT-ZÉPHIRIN-DE-COURVAL LA VISITATION-DE-YAMASKA BAIE-DU-FÈBVRE PIERREVILLE SAINT-THOMAS-DE-PIERREVILLE NOTRE-DAME-DE-PIERREVILLE SAINT-FRANCOIS-DU-LAC SAINT-FRANCOIS-DU-LAC ODANAK 12 |
| | 14 | | | MRC 560 |
| | | 25 | 440 | WATERVILLE |
| | | 36 | | DIVISION NO. 36, À L'EXCLUSION D'ASCOT CORNER ET ORFORD |
| | 15 | | | MRC 520, 530, 540, 570, 580 |
| | | 25 | | DIVISION NO. 25, À L'EXCLUSION DE WATERVILLE |
| | | 26 | 300 350 380 400 430 450 480 530 560 710 720 740 | FONTAINEBLEAU SAINT-GÉRARD WEEDON-CENTRE WEEDON BISHOPTON MARBLETON DUDSWELL SAINT-CAMILLE SAINT-JOSEPH-DE-HAM-SUD SAINT-ADRIEN WOTTONVILLE WOTTON |
| | | 34 | 210 | TROIS-LACS |

VOIR NOTE A LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|--|
| | 35 | | RICHMOND |
| | 36 | 250 700 | ASCOT CORNER ORFORD |
| | 37 | | STANSTEAD |
| | 38 | 140 310 320 340 360 380 | POTTON SAINT-BENOÎT-DU-LAC AUSTIN EASTMAN BOLTON-EST SAINT-ÉTIENNE-DE-BOLTON |
| | 39 | 120 140 400 420 450 540 600 650 700 | STUKELY-SUD STUKELY-SUD LAWRENCEVILLE SAINTE-ANNE-DE-LA ROCHELLE BONSECOURS RACINE VALCOURT VALCOURT MARICOURT |
| 16 | | | MRC 600, 645 |
| | 38 | 180 220 280 400 450 500 600 700 780 | ABERCORN SUTTON SUTTON BOLTON-OUEST BROME LAC-BROME EAST FARNHAM BRIGHAM BROMONT |
| | 39 | 160 180 200 240 260 | WATERLOO WARDEN SHEFFORD GRANBY SAINT-ALPHONSE |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|---------|----|---|---|
| | | 280 320 340 360 380 | GRANBY SAINTE-CÉCILE-DE-MILTON ROXTON POND ROXTON POND SAINT-JOACHIM-DE-SHEFFORD |
| | 54 | 140 180 200 310 320 360 380 400 450 480 520 600 700 750 780 | FRELIGHSBURG PHILIPSBURG SAINT-ARMAND-OUEST SAINT-PIERRE-DE-VÉRONNE-À-PIKE-RIVER STANBRIDGE STATION BEDFORD BEDFORD STANBRIDGE DUNHAM COWANSVILLE SAINT-IGNACE-DE-STANBRIDGE NOTRE-DAME-DE-STANBRIDGE SAINTE-SABINE FARNHAM RAINVILLE |
| 17 | | | MRC 640, 650, 655 |
| | 39 | 680 730 750 780 | BÉTHANIE ROXTON FALLS ROXTON SAINT-VALÉRIEN-DE-MILTON |
| | 40 | | BAGOT |
| | 50 | 120 280 | SAINT-MARCEL SAINT-LOUIS |
| | 51 | 120 160 200 260 280 400 420 460 | SAINT-DAMASE SAINT-DAMASE NOTRE-DAME-DE-SAINT-HYACINTHE SAINTE-MADELEINE SAINTE-MARIE-MADELEINE LA PRÉSENTATION SAINT-THOMAS-D'AQUIN SAINT-HYACINTHE |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|--|
| | | 480 520 600 780 | SAINT-HYACINTHE-LE-CONFESSEUR SAINT-BARNABÉ SAINT-JUDE SAINT-BERNARD-PARTIE-SUD |
| | 52 | | DIVISION NO. 52, À L'EXCLUSION D'OTTERBURN PARK, ET MONT-SAINT-HILAIRE |
| 18 | | | MRC 660, 665 |
| | 42 | 380 720 740 760 780 | SAINT-DAVID SAINT-GÉRARD-MAJELLA YAMASKA-EST YAMASKA SAINT-MICHEL-D'YAMASKA |
| | 50 | | DIVISION NO. 50, À L'EXCLUSION DE SAINT-MARCEL ET SAINT-LOUIS |
| | 56 | 750 | BOUCHERVILLE |
| | 57 | 280 320 400 520 600 780 | SAINTE-JULIE VARENNES SAINT-AMABLE VERCHÈRES CALIXA-LAVALLÉE CONTRECOEUR |
| 19 | | | MRC 635 |
| | 51 | 320 340 700 740 | SAINT-CHARLES-SUR-RICHELIEU SAINT-CHARLES SAINT-DENIS SAINT-DENIS |
| | 52 | 700 780 | OTTERBURN PARK MONT-SAINT-HILAIRE |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|---------------------------------|---|
| | | 56 | 120 200 280 310 | CHAMBLY CARIGNAN SAINT-BASILE-LE-GRAND SAINT-BRUNO-DE-MONTARVILLE |
| | | 57 | 110 150 200 480 670 | MCMASTERVILLE BELOEIL SAINT-MATHIEU-DE-BELOEIL SAINT-MARC-SUR-RICHELIEU SAINT-ANTOINE-SUR-RICHELIEU |
| | 20 | | | MRC 610, 615 |
| | | 53 | | IBERVILLE |
| | | 54 | 220 240 260 280 | VENISE-EN-QUÉBEC CLARENCEVILLE SAINT-GEORGES-DE-CLARENCEVILLE NOYAN |
| | | 55 | | SAINT-JEAN |
| | | 66 | 120 | SAINT-JACQUES-LE-MINEUR |
| | | 67 | | NAPIERVILLE |
| | | 68 | 120 180 | HEMMINGFORD HEMMINGFORD |
| | | 69 | 120 | SAINTE-CLOTHILDE-DE-CHÂTEAUGUAY |
| | 21 | | | MRC 620, 625 |
| | | 68 | | DIVISION NO. 68, À L'EXCLUSION DE HEMMINGFORD |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|---|
| | 69 | 180 240 300 360 400 660 720 740 780 | SAINT-CHRYSOSTOME SAINT-JEAN-CHRYSOSTOME SAINT-URBAIN-PREMIER SAINTE-MARTINE SAINT-PAUL-DE-CHÂTEAUGUAY HOWICK TRÈS-SAINT-SACREMENT ORMSTOWN SAINT-MALACHIE-D'ORMSTOWN |
| | 70 | | BEAUHARNOIS |
| 22 | 20 | 110 140 170 510 | (RÉGION DE QUÉBEC) BEAUPORT CHARLESBOURG SAINT-ÉMILE LAC-SAINT-CHARLES |
| 23 | 20 | 290 320 350 400 430 | (RÉGION DE QUÉBEC) ANCIENNE-LORETTE SILLERY CAP-ROUGE SAINTE-FOY VAL-BÉLAIR |
| | 29 | 110 | SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES |
| 24 | | | MRC 632 |
| | 66 | | DIVISION NO. 66, À L'EXCLUSION DE BROSSARD ET SAINT-JACQUES-LE-MINEUR |
| | 69 | 480 540 600 | MERCIER LÉRY CHÂTEAUGUAY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|---------|----|---|--|
| 25 | 56 | 650 | MRC 634 LONGUEUIL |
| 26 | 56 | 400 450 | MRC 634 SAINT-HUBERT GREENFIELD PARK |
| 27 | 56 | 500 580 | MRC 634 LEMOYNE SAINT-LAMBERT |
| | 66 | 380 | BROSSARD |
| 28 | 65 | 200 | MONTRÉAL-NORD |
| 29 | 65 | 220 | SAINT-LÉONARD |
| 30 | 65 | 160 180 | MONTRÉAL-EST ANJOU |
| 31 | 65 | 320 340 | VERDUN LASALLE |
| 32 | 65 | 360 380 400 420 440 500 520 | MONTRÉAL-OUEST HAMPSTEAD SAINT-PIERRE LACHINE CÔTE-SAINT-LUC DORVAL ÎLE-DORVAL |
| 33 | 65 | 280 460 480 | OUTREMONT MONT-ROYAL SAINT-LAURENT |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|---|
| 34 | 65 | 540 560 580 600 700 720 740 | POINTE-CLAIRE ROXBORO DOLLARD-DES-ORMEAUX KIRKLAND PIERREFONDS SAINT-RAPHAËL-DE-L'ÎLE-BIZARD SAINTE-GENEVIEVE |
| 35 | | | MRC 628, SENNEVILLE, BAIE-D'URFÉ, STE ANNE-DE-BELLEVUE, BEACONSFIELD |
| | 65 | 620 640 660 680 | BEACONSFIELD BAIE-D'URFÉ SAINTE-ANNE-DE-BELLEVUE SENNEVILLE |
| | 71 | | SOULANGES |
| | 72 | | VAUDREUIL |
| 36 | | | MRC 910, 920, 930, 940, 990 |
| | 97 | | DIVISION NO. 97, À L'EXCLUSION DE BAIE-SAINTE-CATHERINE ET SAGUENAY, PARTIE SAGARD |
| | 98 | 450 | SCHEFFERVILLE |
| 37 | | | MRC 380, 385, 390, 395, 398 |
| | 11 | | CHARLEVOIX-EST |
| | 12 | | CHARLEVOIX-OUEST |
| | 16 | | MONTMORENCY NO. 2 |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|---|--|
| | | 17 | | MONTMORENCY NO. 1 |
| | | 20 | 490 530 540 560 | LAC-DELAGE SAINT-DUNSTAN-DU-LAC-BEAUPORT SAINT-GABRIEL-DE-VALCARTIER STONEHAM ET TEWKESBURY |
| | | 29 | 130 140 160 180 | SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER FOSSAMBAULT-SUR-LE-LAC SHANNON LAC-SAINT-JOSEPH |
| | | 97 | 530 985 | BAIE-SAINTE-CATHERINE SAGUENAY, PARTIE SAGARD |
| | 38 | | | MRC 378, 440, 470, 480 |
| | | 20 | 750 909 919 929 939 980 | LAC-ÉDOUARD QUÉBEC, PARTIE LAC-CROCHE QUÉBEC, PARTIE LAC-BLANC QUÉBEC, PARTIE LAC-DES-MOIRES QUÉBEC, PARTIE LAC-TOURLAY QUÉBEC, PARTIE KISKISSINK |
| | | 29 | 200 220 250 270 280 300 320 340 360 380 400 410 420 430 440 | PONT-ROUGE SAINTE-JEANNE-DE-PONT-ROUGE NEUVILLE POINTE-AUX-TREMBLES DONNACONA CAP-SANTÉ SAINT-BASILE-SUD SAINT-BASILE NOTRE-DAME-DE-PORTNEUF PORTNEUF DESCHAMBAULT SAINT-JOSEPH-DE-DESCHAMBAULT GRONDINES SAINT-GILBERT SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|---------|----|-----|---------------------------------------|
| | | 500 | SAINT-CASIMIR |
| | | 520 | SAINT-CASIMIR |
| | | 530 | SAINT-THURIBE |
| | | 540 | SAINT-ALBAN |
| | | 550 | SAINT-ALBAN |
| | | 560 | SAINTE-CHRISTINE |
| | | 580 | SAINT-LÉONARD-DE-PORTNEUF |
| | | 590 | LAC-SERGEANT |
| | | 600 | SAINT-RAYMOND |
| | | 620 | SAINT-RAYMOND |
| | | 650 | RIVIÈRE-À-PIERRE |
| | | 680 | NOTRE-DAME-DE-MONTAUBAN |
| | | 720 | SAINT-UBALDE |
| | | 780 | LAC-AUX-SABLES |
| | | 900 | PORTNEUF, PARTIE LINTON |
| | 32 | 350 | NOTRE-DAME-DU-MONT-CARMEL |
| | | 360 | SHAWINIGAN-SUD |
| | | 380 | LAC-À-LA-TORTUE |
| | | 430 | SAINT-SÉVERIN |
| | | 440 | SAINT-ADELPHÉ |
| | | 460 | SAINTE-THÈCLE |
| | | 480 | SAINTE-THÈCLE |
| | | 490 | SAINT-TITE |
| | | 500 | SAINT-TITE |
| | | 510 | HÉROUXVILLE |
| | | 530 | SAINT-GEORGES |
| | | 550 | GRAND-MÈRE |
| | | 560 | SAINT-JEAN-DES-PILES |
| | | 570 | GRANDES-PILES |
| | | 590 | SAINT-ROCH-DE-MEKINAC |
| | | 630 | BOUCHER |
| | | 660 | HAUTE-AURICIE |
| | | 700 | LA TUQUE |
| | | 740 | LANGELIER |
| | | 780 | PARENT |
| | | 880 | WEYMONTACHIE 23 |
| | | 909 | CHAMPLAIN, PARTIE PETIT-LAC-WAYAGAMAC |
| | | 919 | CHAMPLAIN, PARTIE LAC-LAPEYRÈRE |
| | | 929 | CHAMPLAIN, PARTIE LAC-MASKETSI |
| | | 959 | CHAMPLAIN, PARTIE RIVIERE-WINDIGO |
| | | 969 | CHAMPLAIN, PARTIE LAC-NORMAND |
| | | 979 | CHAMPLAIN, PARTIE LAC-DES-CINQ |
| | 43 | 440 | CHARETTE |
| | | 480 | SAINT-BONIFACE-DE-SHAWINIGAN |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|---|---|
| | | | 500 540 560 600 700 | BAIE-DE-SHAWINIGAN SHAWINIGAN SAINT-GÉRARD-DES-LAURENTIDES SAINT-MATHIEU SAINT-ÉLIE |
| | 39 | | | MRC 435 |
| | | 32 | 110 130 150 160 180 200 230 260 280 310 330 400 420 | LA PÉRADE SAINTE-ANNE-DE-LA-PÉRADE SAINT-PROSPER SAINT-FRANCOIS-XAVIER-DE-BATISCAN SAINTE-GENEVIEVE-DE-BATISCAN SAINT-LUC CHAMPLAIN SAINTE-MARTHE-DU-CAP-DE-LA-MADELEINE CAP-DE-LA-MADELEINE SAINT-LOUIS-DE-FRANCE SAINT-AURICE SAINT-NARCISSE SAINT-STANISLAS |
| | | 43 | 120 140 200 400 | TROIS-RIVIERES-OUEST TROIS-RIVIERES POINTE-DU-LAC SAINT-ÉTIENNE-DES-GRES |
| | 40 | | | MRC 450, 678, 680, 690 |
| | | 43 | 260 280 320 360 909 919 929 939 949 959 969 979 989 | YAMACHICHE SAINTE-ANNE-D'YAMACHICHE SAINT-SÉVERE SAINT-BARNABÉ SAINT-AURICE, PARTIE LAC-WAPIZAGONKE SAINT-AURICE, PARTIE LAC-MARCOTTE SAINT-AURICE, PARTIE LAC-MINAKI SAINT-AURICE, PARTIE RIVIERE-DE-LA-SAVANE SAINT-AURICE, PARTIE LAC-DEVENYNS SAINT-AURICE, PARTIE BAIE-OBOCA SAINT-AURICE, PARTIE LAC-AKONAPWEHIKAN SAINT-AURICE, PARTIE LAC-WAGWABIKA SAINT-AURICE, PARTIE LAC-PELLERIN |

VOIR NOTE A LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|---|
| | 47 | | MASKINONGÉ |
| | 49 | | BERTHIER |
| | 58 | | JOLIETTE |
| | 61 | 360 380 440 460 510 530 909 919 929 939 948 958 968 | RAWDON RAWDON LAC-PARÉ CHERTSEY NOTRE-DAME-DE-LA-MERCI SAINT-DONAT MONTCALM, PARTIE LAC-DES-DIX-MILLES MONTCALM, PARTIE CHUTE-DU-DIABLE MONTCALM, PARTIE BAIE-DES-CHALOUPE MONTCALM, PARTIE LAC-SANTÉ MONTCALM, PARTIE LAC-DOUAIRE MONTCALM, PARTIE LAC-LENÔTRE MONTCALM, PARTIE LAC-BRICAULT |
| 41 | | | MRC 676, 682 |
| | 61 | 110 200 220 240 280 300 340 400 420 | SAINTE-MARIE-SALOMÉ SAINT-ESPRIT SAINT-ALEXIS SAINT-ALEXIS SAINT-JACQUES SAINT-JACQUES SAINT-LIGUORI SAINTE-JULIENNE SAINT-CALIXTE |
| | 62 | 110 140 180 200 240 260 360 400 420 480 | SAINT-SULPICE L'ASSOMPTION L'ASSOMPTION REPENTIGNY LE GARDEUR CHARLEMAGNE L'ÉPIPHANIE L'ÉPIPHANIE SAINT-GÉRARD-MAJELLA SAINT-ROCH-DE-L'ACHIGAN |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|---|--|
| | | | 600 700 780 | SAINT-ROCH-OUEST LAURF ^N TIDES SAINT-LIN |
| | 42 | | | MRC 673, 674 |
| | | 62 | 280 310 510 | LACHENAIE MASCOUCHE LA PLAINE |
| | | 63 | 110 130 150 170 190 200 240 250 | BOISBRIAND ROSEMÈRE SAINTE-THÉRÈSE LORRAINE BLAINVILLE BOIS-DES-FILION TERREBONNE SAINTE-ANNE-DES-PLAINES |
| | 43 | | | MRC 671, 686, MIRABEL |
| | | 73 | | DIVISION NO. 73, À L'EXCLUSION DE SAINT-COLMBAN |
| | | 74 | 110 150 190 230 270 300 320 330 380 410 500 540 580 | SAINT-ANDRÉ-EST CARILLON SAINT-ANDRÉ-D'ARGENTEUIL LACHUTE BROWNSBURG CHATHAM GRENVILLE CALUMET GRENVILLE HARRINGTON WENTWORTH GORE MILLE-ISLES |
| | 44 | | | MRC 684, 687, 689 |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|--|
| | 61 | 480 550 | ENTRELACS VAL-DES-LACS |
| | 63 | 270 280 310 330 350 370 390 400 420 440 450 460 480 510 530 550 570 580 590 600 610 620 630 640 660 670 680 700 740 760 780 820 | NEW GLASGOW SAINTE-SOPHIE SAINT-ANTOINE SAINT-JÉRÔME LAFONTAINE BELLEFEUILLE SAINTE-ANNE-DES-LACS PRÉVOST SAINT-SAUVEUR-DES-MONTS SAINT-SAUVEUR MONT-ROLLAND PIEDMONT SAINT-HIPPOLYTE SAINTE-ADÈLE VAL-MORIN VAL-DAVID ESTÉREL SAINTE-MARGUERITE-DU-LAC-MASSON SAINTE-LUCIE-DES-LAURENTIDES LANTIER SAINTE-AGATHE-SUD SAINTE-AGATHE-DES-MONTS SAINTE-AGATHE IVRY-SUR-LE-LAC SAINT-FAUSTIN LAC-CARRÉ LAC-SUPÉRIEUR BRÉBEUF SAINT-JOVITE SAINT-JOVITE MONT-TREMBLANT DONCASTER 17 |
| | 73 | 750 | SAINT-COLOMBAN |
| | 74 | 440 460 620 660 680 720 | LAC-DES-SEIZE-ÎLES WENTWORTH-NORD MORIN HEIGHTS SAINT-ADOLPHE-D'HOWARD BARKMERE MONTCALM |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|--|--|
| | | | 760 780 | ARUNDEL HUBERDEAU |
| | | 75 | 620 | AMHERST |
| | | 76 | 120 150 200 260 | LA CONCEPTION LAC-TREMBLANT-NORD LABELLE LA MINERVE |
| 45 | | | | MRC 710, 730, 740, 750, PONTIAC, MASSON, BUCKINGHAM, ANGE-GARDIEN, LA PÊCHE, VAL-DES-MONTS, N.D.-DE-LA-SALETTE, AYLNER, HULL PARTIE-OUEST |
| | | 75 | | DIVISION NO. 75, À L'EXCLUSION D'AMHERST |
| | | 76 | 340 360 380 400 420 440 480 500 520 540 560 580 610 620 630 640 650 660 680 690 700 710 780 909 | NOTRE-DAME-DU-LAUS NOTRE-DAME-DE-PONTMAIN LAC-DU-CERF SAINT-AIMÉ-DU-LAC-DES-ÎLES KIAMIKA LAC-NOMININGUE LAC-SAGUAY SAINTE-VERONIQUE L'ANNONCIATION MARCHAND LA MACAZA L'ASCENSION CHUTE-SAINT-PHILIPPE VAL-BARRETTE LAC-DES-ÉCORCES BEAUX-RIVAGES MONT-LAURIER DES RUISSEaux LAC-SAINT-PAUL MONT-SAINT-MICHEL SAINTE-ANNE-DU-LAC FERME-NEUVE FERME-NEUVE LABELLE, PARTIE LAC-FÉRIOL |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|---|
| | | 910 929 970 | LABELLE, PARTIE LAC-MARIE-LEFRANC LABELLE, PARTIE LAC-ERNEST LABELLE, PARTIE PÉRODEAU |
| | 78 | | GATINEAU |
| | 80 | | PONTIAC |
| 46 | | | MRC 810, 820, 890 |
| | 83 | | TÉMISCAMINGUE |
| | 84 | 260 310 315 320 325 330 340 345 350 360 365 370 380 390 400 410 670 685 700 720 725 730 740 750 960 | CADILLAC DUPARQUET RAPIDE-DANSEUR ROQUEMAURE CLERVAL SAINTE-HÉLÈNE-DE-MANCEBOURG SAINT-LAURENT SAINTE-GERMAINE-BOULÉ PALMAROLLE COLOMBOURG MACAMIC MACAMIC POULARIES AUTHIER TASCHEREAU TASCHEREAU SAINT-JANVIER LA SARRE SAINT-JACQUES-DE-DUPUY CLERMONT LA REINE VAL-SAINT-GILLES NORMÉTAL SAINT-LAMBERT ABITIBI, PARTIE OEIL-DU-NORD |
| 47 | | | MRC 210, 230, 240, 260 |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| | 90 | | LAC-SAINT-JEAN-OUEST |
| | 93 | | LAC-SAINT-JEAN-EST |
| | 94 | | DIVISION NO. 94, À L'EXCLUSION DE CHICOUTIMI ET JONQUIÈRE |
| 48 | | | MRC 830, 850, DIVISION 98 RÉSIDUEL |
| | 84 | 180 | VAL-D'OR |
| | | 190 | VAL-SENNEVILLE |
| | | 200 | SULLIVAN |
| | | 210 | MALARTIC |
| | | 220 | VASSAN |
| | | 230 | LA CORNE |
| | | 240 | LA MOTTE |
| | | 270 | PREISSAC |
| | | 280 | SAINT-NORBERT-DE-MONT-BRUN |
| | | 290 | SAINT-JOSEPH-DE-CLÉRICY |
| | | 295 | LAC-DUFAULT |
| | | 300 | D'ALEMBERT |
| | | 305 | DESTOR |
| | | 420 | LAUNAY |
| | | 430 | TRÉCESSON |
| | | 433 | SAINTE-GERTRUDE-MANNEVILLE |
| | | 435 | SAINT-MATHIEU |
| | | 440 | SAINT-MARC-DE-FIGUERY |
| | | 445 | AMOS |
| | | 450 | AMOS-EST |
| | | 460 | SAINT-FÉLIX-DE-DALQUIER |
| | | 470 | LANDRIENNE |
| | | 490 | BARRAUTE |
| | | 500 | FIEDMONT-ET-BARRAUTE |
| | | 505 | DUBUISSON |
| | | 508 | RIVIÈRE-HÉVA |
| | | 510 | BELCOURT |
| | | 520 | CHAMPNEUF |
| | | 530 | SENNETERRE |
| | | 540 | SENNETERRE |
| | | 660 | SAINT-DOMINIQUE-DU-ROSAIRE |
| | | 665 | LA MORANDIÈRE |
| | | 669 | ROCHEBAUCOURT |
| | | 735 | AUTHIER-NORD |
| | | 770 | BERRY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

QUÉBEC (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| | | 810 | OBEDJIWAN 28 |
| | | 830 | LAC SIMON |
| | | 860 | PIKOGAN |
| | | 908 | ABITIBI, PARTIE MATCHI-MANITOU |
| | | 920 | ABITIBI, PARTIE OBEDJIWAN |
| | | 939 | ABITIBI, PARTIE LAC-DESPINASSY |
| | | 945 | ABILIBI, PARTIE LAC-BOUSQUET |
| | | 949 | ABITIBI, PARTIE LAC-FOUILLAC |
| | | 959 | ABITIBI, PARTIE LAC-SURIMAU |
| | | 969 | ABITIBI, PARTIE LAC-CHICOBİ |
| | | 975 | ABITIBI, PARTIE LAC-DUPARQUET |
| | | 979 | ABITIBI, PARTIE RIVIÈRE-OJIMA |
| | 98 | | DIVISION NO. 98, À L'EXCLUSION DE SCHEFFERVILLE |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT
 MRC = MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ

ONTARIO

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|-------------------|-------------------------------------|
| | 1 | 20 | 004 | TORONTO |
| | 2 | 20 | 008 | NORTH YORK |
| | 3 | 20 | 001 | SCARBOROUGH |
| | 4 | 21 | 005 | MISSISSAUGA |
| | 5 | 25 | 018 | HAMILTON |
| | 6 | 20 | 019 | ETOBICOKE |
| | 7 | 6 | 009 011 014 | VANIER ROCKCLIFFE PARK OTTAWA |
| | 8 | 39 | 036 | LONDON |
| | 9 | 37 | 039 | WINDSOR |
| | 10 | 21 | 010 | BRAMPTON |
| | 11 | 30 | 013 016 | KITCHENER WATERLOO |
| | 12 | 20 | 014 | YORK |
| | 13 | 53 | 007 | SUDBURY |
| | 14 | 57 | 061 | SAULT STE. MARIE |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ONTARIO (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| 15 | 58 | 004 | THUNDER BAY |
| 16 | 26 | 053 | ST. CATHARINES |
| 17 | 18 | 013 | OSHAWA |
| 18 | 24 | 002 | BURLINGTON |
| 19 | 20 | 006 | EAST YORK |
| 20 | 1 | | STORMONT, DUNDAS AND GLENGARRY UNITED COUNTIES |
| | 2 | | PRESCOTT AND RUSSELL UNITED COUNTIES |
| 21 | 6 | 001 | (REGIONAL MUNICIPALITY OF OTTAWA-CARLETON EAST À L'EXCLUSION D'OTTAWA, VANIER ET ROCKCLIFFE PARK) |
| | | 004 | |
| | | 006 | |
| | | 018 | |
| 22 | 6 | 012 | (REGIONAL MUNICIPALITY OF OTTAWA-CARLETON WEST) |
| | | 027 | |
| | | 030 | |
| | | 042 | |
| 23 | 7 | | LEEDS AND GRENVILLE UNITED COUNTIES |
| 24 | 9 | | LANARK COUNTY |
| | 47 | | RENFREW COUNTY |
| 25 | 10 | | FRONTENAC COUNTY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ONTARIO (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|---|
| | 11 | | LENNOX AND ADDINGTON COUNTY |
| 26 | 12 | | HASTINGS COUNTY |
| 27 | 13 | | PRINCE EDWARD COUNTY |
| | 14 | | NORTHUMBERLAND COUNTY |
| 28 | 15 | | PETERBOROUGH COUNTY |
| 29 | 16 | | VICTORIA COUNTY |
| | 44 | | MUSKOKA DISTRICT MUNICIPALITY |
| | 46 | | HALIBURTON COUNTY |
| 30 | 18 | | DURHAM REGIONAL MUNICIPALITY, À L'EXCLUSION D'OSHAWA |
| 31 | 19 | 036 038 044 | MARKHAM RICHMOND HILL WHITCHURCH-STOUFFVILLE |
| 32 | 19 | 028 046 048 049 054 070 076 | VAUGHAN AURORA NEWMARKET KING EAST GWILLIMBURY GEORGINA GEORGINA ISLAND 33 (YORK REGIONAL MUNICIPALITY À L'EXCLUSION DE RIP 31) |
| 33 | 21 | 024 | PEEL REGIONAL MUNICIPALITY, À L'EXCLUSION DE BRAMPTON ET MISSISSAUGA |
| | 22 | | DUFFERIN COUNTY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ONTARIO (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|--|
| 34 | 23 | | WELLINGTON COUNTY |
| 35 | 24 | 001 009 015 | OAKVILLE (HALTON REGIONAL MUNICIPALITY, MILTON À L'EXCLUSION DE BURLINGTON) HALTON HILLS |
| 36 | 25 | 003 009 014 026 030 | STONEY CREEK (HAMILTON-WENTWORTH REGIONAL GLANBROOK MUNICIPALITY, À L'EXCLUSION DE ANCASTER HAMILTON) DUNDAS FLAMBOROUGH |
| 37 | 26 | 037 043 047 | THOROLD NIAGARA FALLS NIAGARA-ON-THE-LAKE |
| 38 | 26 | 003 011 014 021 028 032 057 065 | FORT ERIE (NIAGARA REGIONAL MUNICIPALITY, PORT COLBORNE À L'EXCLUSION DES RIP 16 ET 37) WAINFLEET WEST LINCOLN PELHAM WELLAND LINCOLN GRIMSBY |
| 39 | 28 | | HALDIMAND-NORFOLK REGIONAL MUNICIPALITY |
| 40 | 29 | | BRANT COUNTY |
| 41 | 30 | 004 010 020 027 035 | NORTH DUMFRIES (WATERLOO REGIONAL MUNICIPALITY, CAMBRIDGE À L'EXCLUSION DE KITCHENER ET WILMOT WATERLOO) WELLESLEY WOOLWICH |
| 42 | 31 | | PERTH COUNTY |
| | 40 | | HURON COUNTY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ONTARIO (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|--|
| 43 | 32 | | OXFORD COUNTY |
| 44 | 34 | | ELGIN COUNTY |
| | 39 | | MIDDLESEX COUNTY, À L'EXCLUSION DE LONDON |
| 45 | 36 | | KENT COUNTY |
| 46 | 37 | | ESSEX COUNTY, À L'EXCLUSION DE WINDSOR |
| 47 | 38 | | LAMBTON COUNTY |
| 48 | 41 | | BRUCE COUNTY |
| | 42 | | GREY COUNTY |
| 49 | 43 | 001 004 006 008 011 012 016 021 022 024 026 041 042 | ADJALA (SIMCOE COUNTY PARTIE SUD) TECUMSETH TOTTENHAM BEETON WEST GWILLIMBURY BRADFORD INNISFIL ESSA COOKSTOWN ALLISTON TOSORONTIO VESPRA BARRIE |
| 50 | 43 | 029 031 032 034 036 041 | NOTTAWASAGA (SIMCOE COUNTY PARTIE NORD) COLLINGWOOD STAYNER CREEMORE SUNNIDALE VESPRA |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ONTARIO (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| | | 042 | BARRIE |
| | | 046 | ORO |
| | | 048 | MARA |
| | | 049 | RAMA |
| | | 050 | RAMA 32 |
| | | 051 | ORILLIA |
| | | 052 | ORILLIA |
| | | 056 | MEDONTE |
| | | 058 | COLDWATER |
| | | 061 | FLOS |
| | | 062 | ELMVALE |
| | | 064 | WASAGA BEACH |
| | | 068 | TINY |
| | | 069 | CHRISTIAN ISLAND 30 |
| | | 070 | CHRISTIAN ISLAND 30A |
| | | 071 | TAY |
| | | 072 | PENETANGUISHENE |
| | | 074 | MIDLAND |
| | | 076 | PORT MCNICOLL |
| | | 078 | VICTORIA HARBOUR |
| | | 079 | MATCHEDASH |
| 51 | 48 | | NIPISSING DISTRICT |
| | 54 | | TIMISKAMING DISTRICT |
| 52 | 49 | | PARRY SOUND DISTRICT |
| | 51 | | MANITOULIN DISTRICT |
| | 52 | | SUDBURY DISTRICT |
| | 53 | | SUDBURY REGIONAL MUNICIPALITY, À L'EXCLUSION DE SUDBURY |
| 53 | 56 | | COCHRANE DISTRICT |
| 54 | 57 | | ALGOMA DISTRICT, À L'EXCLUSION DE SAULT STE. MARIE |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ONTARIO (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|--|
| | 58 | | THUNDER BAY DISTRICT, À L'EXCLUSION DE THUNDER BAY |
| 55 | 59 | | RAINY RIVER DISTRICT |
| | 60 | | KENORA DISTRICT |

(1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

MANITOBA

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|--|
| 1 | 11 | | DIVISION NO. 11 (WINNIPEG) |
| 2 | 7 | 062 | BRANDON |
| 3 | 1 | | DIVISION NO. 1 |
| | 2 | | DIVISION NO. 2 |
| 4 | 3 | | DIVISION NO. 3 |
| | 10 | | DIVISION NO. 10 |
| 5 | 4 | | DIVISION NO. 4 |
| | 5 | | DIVISION NO. 5 |
| | 7 | | DIVISION NO. 7, À L'EXCLUSION DE BRANDON |
| 6 | 8 | | DIVISION NO. 8 |
| | 9 | | DIVISION NO. 9 |
| 7 | 12 | | DIVISION NO. 12 |
| | 13 | | DIVISION NO. 13 |
| 8 | 14 | | DIVISION NO. 14 |
| | 18 | | DIVISION NO. 18 |
| 9 | 6 | | DIVISION NO. 6 |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

MANITOBA (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|-----------------|
| | 15 | | DIVISION NO. 15 |
| | 16 | | DIVISION NO. 16 |
| 10 | 17 | | DIVISION NO. 17 |
| | 20 | | DIVISION NO. 20 |
| 11 | 19 | | DIVISION NO. 19 |
| | 21 | | DIVISION NO. 21 |
| 12 | 22 | | DIVISION NO. 22 |
| | 23 | | DIVISION NO. 23 |

(1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

SASKATCHEWAN

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| 1 | 6 | 027 | REGINA |
| 2 | 11 | 066 | SASKATOON |
| 3 | 7 | 039 | MOOSE JAW |
| 4 | 15 | 066 | PRINCE ALBERT |
| 5 | 1 | | DIVISION NO. 1 |
| | 2 | | DIVISION NO. 2 |
| 6 | 3 | | DIVISION NO. 3 |
| | 7 | | DIVISION NO. 7, À L'EXCLUSION DE MOOSEJAW |
| 7 | 4 | | DIVISION NO. 4 |
| | 8 | | DIVISION NO. 8 |
| 8 | 5 | | DIVISION NO. 5 |
| 9 | 6 | | DIVISION NO. 6, À L'EXCLUSION DE REGINA |
| 10 | 9 | | DIVISION NO. 9 |
| 11 | 10 | | DIVISION NO. 10 |
| 12 | 11 | | DIVISION NO. 11, À L'EXCLUSION DE SASKATOON |
| 13 | 12 | | DIVISION NO. 12 |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

SASKATCHEWAN (SUITE)

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|-----|---|
| | | 13 | | DIVISION NO. 13 |
| | 14 | 14 | | DIVISION NO. 14 |
| | 15 | 15 | | DIVISION NO. 15, À L'EXCLUSION DE PRINCE ALBERT |
| | 16 | 16 | | DIVISION NO. 16 |
| | | 17 | | DIVISION NO. 17 |
| | | 18 | | DIVISION NO. 18 |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

ALBERTA

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-------------------|--|
| 1 | 6 | 016 | CALGARY |
| 2 | 11 | 061 | EDMONTON |
| 3 | 2 | 012 | LETHBRIDGE |
| 4 | 8 | 011 | RED DEER |
| 5 | 1 | 006 | MEDICINE HAT |
| 6 | | | (SUD-EST DE L'ALBERTA) |
| | 1 | | DIVISION NO. 1, À L'EXCLUSION DE MEDICINE HAT |
| | 4 | | DIVISION NO. 4 |
| | 7 | | DIVISION NO. 7 |
| 7 | 2 | | DIVISION NO. 2, À L'EXCLUSION DE LETHBRIDGE |
| 8 | | | (SUD-OUEST DE L'ALBERTA) |
| | 3 | | DIVISION NO. 3 |
| | 15 | 001 003 007 | IMPROVEMENT DISTRICT NO. 4 IMPROVEMENT DISTRICT NO. 6 CROWSNEST PASS |
| 9 | 5 | | DIVISION NO. 5 |
| 10 | 6 | | DIVISION NO. 6, À L'EXCLUSION DE CALGARY |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ALBERTA (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|---|--|
| 11 | | | (CENTRE-OUEST DE L'ALBERTA) |
| | 9 | | DIVISION NO. 9 |
| | 14 | | DIVISION NO. 14 |
| | 15 | | DIVISION NO. 15 |
| | 18 | | DIVISION NO. 18 |
| 12 | 8 | | NEW DIVISION NO. 8, À L'EXCLUSION DE RED DEER |
| 13 | 10 | | DIVISION NO. 10 |
| 14 | 11 | 052 056 | (DIVISION 11 NORD-OUEST) STRATHCONA COUNTY NO. 20 FORT SASKATCHEWAN |
| 15 | 11 | 059 062 064 065 066 068 069 805 | (DIVISION 11 NORD-EST) STURGEON NO. 90 ST. ALBERT GIBBONS REDWATER BON ACCORD MORINVILLE LEGAL ALEXANDER 134 |
| 16 | 11 | 031 034 036 038 039 041 042 044 045 | (DIVISION 11 OUEST) DRAYTON VALLEY PARKLAND COUNTY NO. 31 ENTWISTLE SEBA BEACH BETULA BEACH POINT ALISON LAKEVIEW KAPASIWIN WABAMUN |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ALBERTA (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|--|
| | | 046 048 049 804 806 | EDMONTON BEACH STONY PLAIN SPRUCE GROVE STONY PLAIN 135 WABAMUN 133A |
| 17 | 11 | 001 002 003 004 005 006 008 009 011 012 013 014 016 018 019 020 021 022 023 024 026 801 802 803 | (DIVISION 11 SUD) WETASKIWIN COUNTY NO. 10 WETASKIWIN ARGENTIA BEACH GRANDVIEW POPLAR BAY CRYSTAL SPRINGS MA-ME-O BEACH SILVER BEACH MILLET LEDUC COUNTY NO. 25 BEAUMONT NEW SAREPTA LEDUC DEVON CALMAR SUNDANCE BEACH THORSBY ITASKA BEACH GOLDEN DAYS WARBURG BRETON ERMINESKIN 138 PIGEON LAKE 138A LOUIS BULL 138B |
| 18 | | | PAS UTILISÉE |
| 19 | 12 | | NOUVELLE DIVISION NO. 12 |
| 20 | 13 | | DIVISION NO. 13 |
| 21 | 16 | | DIVISION NO. 16 |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

ALBERTA (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|--------------------------|
| | 17 | | NOUVELLE DIVISION NO. 17 |
| 22 | 19 | | NOUVELLE DIVISION NO. 19 |

(1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

COLOMBIE-BRITANNIQUE

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|--|--|
| 1 | 15 | 018 022 803 | UNIVERSITY ENDOWMENT AREA VANCOUVER MUSQUEAM 2 |
| 2 | 15 | 004 007 801 | SURREY WHITE ROCK SEMIAHMOO |
| 3 | 15 | 025 | BURNABY |
| 4 | 15 | 015 | RICHMOND |
| 5 | 17 | 021 | SAANICH |
| 6 | 15 | 011 802 810 | DELTA TSAWNASSEN MUSQUEAM 4 |
| 7 | 53 | 023 | PRINCE GEORGE |
| 8 | 15 | 046 051 806 807 | NORTH VANCOUVER NORTH VANCOUVER BURNARD INLET 3 MISSION 1 |
| 9 | 33 | 042 | KAMLOOPS |
| 10 | 15 | 034 039 | COQUITLAM PORT COQUITLAM |
| 11 | 15 | 036 043 055 063 065 804 | BELCARRA PORT MOODY WEST VANCOUVER GREATER VANCOUVER, SUBD. A LIONS BAY COQUITLAM 2 |

(PARTIE DE GREATER
VANCOUVER REGIONAL
DISTRICT)

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

COLOMBIE-BRITANNIQUE (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-------------------|--|
| | | 805 808 809 | COQUITLAM 1 CAPILANO 5 BARNSTON ISLAND 3 |
| 12 | 15 | 029 | NEW WESTMINSTER |
| 13 | 17 | 030 034 | OAK BAY VICTORIA |
| 14 | 17 | | CAPITAL REGIONAL DISTRICT, À L'EXCLUSION D'OAK BAY, SAANICH ET VICTORIA |
| 15 | 1 | | EAST KOOTENAY REGIONAL DISTRICT |
| 16 | 3 | | CENTRAL KOOTENAY REGIONAL DISTRICT |
| | 5 | | KOOTENAY BOUNDARY REGIONAL DISTRICT |
| | 7 | | OKANAGAN - SIMILKAMEEN REGIONAL DISTRICT |
| 17 | | | PAS UTILISÉE |
| 18 | 9 | | FRASER-CHEAM REGIONAL DISTRICT |
| 19 | 11 | | CENTRAL FRASER VALLEY REGIONAL DISTRICT |
| 20 | 13 | | DEWDNEY-ALOUETTE REGIONAL DISTRICT |
| 21 | | | PAS UTILISÉE |
| 22 | 19 | | COWICHAN VALLEY REGIONAL DISTRICT |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

COLOMBIE-BRITANNIQUE (SUITE)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| | 23 | | ALBERNI-CLAYOQUOT REGIONAL DISTRICT |
| | 21 | | NANAIMO REGIONAL DISTRICT |
| 23 | 25 | | COMOX-STRATHCONA REGIONAL DISTRICT |
| | 43 | | MOUNT WADDINGTON REGIONAL DISTRICT |
| 24 | 27 | | POWELL RIVER REGIONAL DISTRICT |
| | 29 | | SUNSHINE COAST REGIONAL DISTRICT |
| | 31 | | SQUAMISH-LILLOOET REGIONAL DISTRICT |
| 25 | | | PAS UTILISÉE |
| 26 | 35 | | CENTRAL OKANAGAN REGIONAL DISTRICT |
| 27 | 33 | | THOMPSON-NICOLA REGIONAL DISTRICT, À L'EXCLUSION DE KAMLOOPS |
| | 37 | | NORTH OKANAGAN REGIONAL DISTRICT |
| | 39 | | COLUMBIA-SHUSWAP REGIONAL DISTRICT |
| 28 | 41 | | CARIBOO REGIONAL DISTRICT |
| | 51 | | BULKLEY-NECHAKO REGIONAL DISTRICT |
| 29 | 45 | | CENTRAL COAST REGIONAL DISTRICT |
| | 47 | | SKEENA-QUEEN CHARLOTTE REGIONAL DISTRICT |

VOIR NOTE À LA FIN DU TABLEAU PROVINCIAL.

COLOMBIE-BRITANNIQUE (SUITE)

(1)

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|---|
| | 49 | | KITIMAT-STIKINE REGIONAL DISTRICT |
| 30 | 53 | | FRASER - FORT GEORGE REGIONAL DISTRICT, À L'EXCLUSION DE PRINCE GEORGE |
| | 55 | | PEACE RIVER-LIARD REGIONAL DISTRICT |
| | 57 | | STIKINE REGION |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

YUKON

| RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|----|-----|--|
| 1 | 1 | 009 | WHITEHORSE |
| 2 | 1 | | TOUT LE YUKON, À L'EXCLUSION DE WHITEHORSE |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

| (1) | RIP | DR | SDR | DESCRIPTION |
|-----|-----|----|-------------------|--|
| | 1 | 6 | 023 | YELLOWKNIFE |
| | 2 | 6 | 001 008 016 | FORT SMITH PINE POINT HAY RIVER |
| | 3 | 4 | | BAFFIN REGION |
| | | 5 | | KEEWATIN REGION |
| | | 6 | | DIVISION NO. 6, À L'EXCLUSION DE YELLOWKNIFE, FORT SMITH, PINE POINT ET HAY RIVER |
| | | 7 | | INUVIK REGION |
| | | 8 | | KITIKMEOT REGION |

- (1) RIP = RÉGION INFRAPROVINCIALE
 DR = DIVISION DE RECENSEMENT
 SDR = SUBDIVISION DE RECENSEMENT

**Appendix D:
Les tableaux : quelles
précisions donner pour
commander ?**

Les tableaux: quelles précisions donner pour commander?

L'utilisateur doit donner des instructions précises lorsqu'il commande des tableaux relatifs aux données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA). De cette façon, les tableaux qui lui seront fournis pourront correspondre exactement à ses attentes.

Coûts

L'utilisateur qui commande des données n'ayant jamais été établies doit payer les frais qu'exige la composition de tableaux présentant ces données.

La somme demandée à l'utilisateur variera selon la complexité du tableau et la main-d'oeuvre et les frais d'informatique nécessaires pour établir et vérifier les données exigées. S'il s'agit de données concernant un secteur géographique non normalisé, les frais de géocodage seront également compris dans la facture remise à l'utilisateur. Les opérations de géocodage exigent que l'on procède au recodage des enregistrements en fonction du nouveau secteur géographique déterminé par l'utilisateur afin d'isoler, dans les tableaux, les enregistrements relatifs à ce secteur.

Le personnel qui s'occupe de l'enquête analyse les demandes qui lui parviennent et communique avec l'utilisateur afin de l'informer des frais et des délais. Il fait parvenir à l'utilisateur les tableaux demandés dès que ceux-ci sont terminés ainsi qu'une facture détaillée.

Présentation

L'utilisateur peut obtenir les tableaux sur papier ou sur disquette. S'il a des exigences particulières concernant l'étiquette relative à la disquette ou la disposition des données sur disquette, il doit le spécifier lorsqu'il fait sa demande.

Données confidentielles ou non garanties

Statistique Canada se réserve le droit de refuser de faire des tableaux ou de fournir des parties de tableaux dont il ne pourrait garantir la fiabilité ou qui contiendraient des données confidentielles d'une personne ayant participé à l'ESLA. Cela peut arriver lorsque les données se rapportent à un très petit segment géographique ou à un petit segment spécifique de la population.

La demande de tableaux

La demande de l'utilisateur doit comporter deux parties. Dans la première partie, celui-ci spécifie les variables ou les éléments qu'il désire voir traiter dans les tableaux demandés. Dans la deuxième, il donne les renseignements nécessaires à la composition des tableaux.

L'utilisateur doit prendre soin de bien dresser la liste des variables désirées. Chacune des variables doit être suivie d'un chiffre entre parenthèses correspondant au nombre de catégories qui se rapportent à la variable et la décomposent. Sont compris dans les catégories les totaux et les totaux partiels. L'utilisateur doit également inscrire les titres de ligne. Les titres de ligne correspondent aux noms des diverses catégories qui figureront dans les tableaux.

Exemple : Âge (5)

1. Total
2. 0 à 14 ans
3. 15 à 24 ans
4. 25 à 64 ans
5. 65 ans et plus

Lorsqu'il commande plus d'un tableau, l'utilisateur ne doit inscrire qu'une fois la variable pour laquelle il demande les mêmes catégories. S'il demande des catégories différentes, il donnera une seconde fois cette variable et indiquera les catégories désirées dans chaque cas.

**Exemple 1 :
Âge (5)**

1. Total
2. 0 à 14 ans
3. 15 à 24 ans
4. 25 à 64 ans
5. 65 ans et plus

Âge (7)

1. Total
2. 0 à 14 ans
3. 15 à 19 ans
4. 20 à 24 ans
5. 25 à 54 ans
6. 55 à 64 ans
7. 65 ans et plus

Exemple 2 : Lieu de naissance (4)

1. Total - tous les lieux de naissance
2. Nés dans la province de résidence
3. Nés dans une autre province
4. Nés à l'extérieur du Canada

Lieu de naissance (3)

1. Total
2. Nés au Canada
3. Nés à l'extérieur du Canada

S'il est nécessaire de regrouper des catégories du questionnaire de l'enquête pour obtenir de nouvelles catégories, l'utilisateur doit indiquer quels regroupements il désire.

Exemple : Question C28 - Qui s'occupe des gros travaux ménagers? (5)

1. Total
2. Personne
3. Vous-même avec ou sans aide
4. Quelqu'un d'autre
5. Sans objet

De même, s'il faut se reporter à plusieurs variables pour obtenir de nouvelles catégories, l'utilisateur doit prendre soin d'indiquer clairement ce qu'il désire.

Exemple : Situation vis-à-vis de l'incapacité (3)

1. Total de la population âgée de 15 ans et plus
2. Ayant une incapacité*
3. N'ayant pas d'incapacité**

* *Personnes qui ont répondu "oui" à au moins une des questions nos 1, 2, 4, 5 et 7 à 23 inclusivement du questionnaire de l'enquête.*

** *Le reste de la population âgée de 15 ans et plus.*

Pour chacun des tableaux demandés, l'utilisateur doit donner les renseignements suivants:

- 1) titre du tableau;
- 2) unité sur laquelle porte le calcul (ou univers);
- 3) région géographique pour laquelle sont demandées des données.

1) Titre du tableau

Le titre du tableau doit comprendre, en premier lieu, l'unité sur laquelle porte le calcul et, ensuite, les variables pour lesquelles on établit les recoupements. Chaque variable doit être précédée de "selon" et suivie du chiffre approprié entre parenthèses. Voici un exemple: personne ayant une incapacité selon l'âge (5), selon le sexe (3). Le chiffre entre parenthèses correspond au nombre de catégories qui se rapportent à la variable et la décomposent. Ce chiffre est identique à celui qui figure dans la liste des variables. Les variables seront recoupées par rapport aux autres variables. On peut facilement déterminer le nombre de cellules de la matrice en multipliant les chiffres entre parenthèses. Par exemple, un tableau croisé de la population ayant une incapacité au Canada selon l'âge (5), selon le sexe (3), selon l'état matrimonial (4) et selon le lieu de naissance (8) comportera 480 cellules, soit $5 \times 3 \times 4 \times 8$.

C'est à l'utilisateur de déterminer de quelle façon les données du tableau doivent être présentées. Celui-ci indiquera la disposition qui lui convient le mieux. Il pourra ainsi spécifier quelle variable doit figurer dans le haut du tableau et l'ordre dans lequel les autres variables doivent figurer à la gauche du tableau. Dans le titre, les variables doivent être inscrites selon l'ordre suivant: en premier, la variable du haut du tableau; en second, les autres variables présentées dans l'ordre où elles doivent figurer au tableau.

Généralement, les tableaux relatifs à l'enquête contiennent des estimations du nombre de per-

sonnes. Mais ils peuvent également inclure des calculs tels que les moyennes, les rapports et les pourcentages. Si l'utilisateur désire que l'on fasse ces calculs, il doit le mentionner dans le titre et donner les renseignements qui serviront à faire ces calculs.

2) Unité sur laquelle porte le calcul (univers)

L'unité sur laquelle porte le calcul, ou univers, à laquelle renvoie le titre du tableau, doit être indiquée d'une façon complète et précise. Il peut s'agir, par exemple:

- de la population ayant une incapacité au Canada;
- des enfants de moins de 15 ans ayant une incapacité;
- des personnes de 15 ans et plus résidant dans un établissement;
- des personnes ayant une incapacité qui utilisent ou ont besoin d'appareils spéciaux.

Chacun des exemples ci-haut illustre ce qu'on entend par unité sur laquelle porte le calcul et peut figurer dans les tableaux.

3) Région géographique

La ou les régions géographiques pour lesquelles on doit établir un tableau doivent être clairement énoncées.

Exemples:

- région métropolitaine de recensement de Montréal
- Canada et provinces
- provinces sélectionnées (Manitoba, Saskatchewan et Alberta)
- régions infraprovinciales 1, 2 et 3 situées à Terre-Neuve

Certaines données de l'enquête peuvent être publiées au niveau de la province et, dans certains cas, au niveau de la région métropolitaine de recensement (RMR) et au niveau infraprovincial. On ne diffuse les données que si on peut en assurer la fiabilité. Plus les estimations portent sur un petit secteur ou un petit segment, moins on est en mesure d'en garantir la fiabilité. La liste des régions infraprovinciales définies pour cette enquête est donnée à l'annexe C.

Demande type

VARIABLES:

Région (7)

1. Canada
2. Atlantique (Terre-Neuve, Ile-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse)
3. Québec
4. Ontario
5. Prairies (Manitoba, Saskatchewan, Alberta)
6. Colombie-Britannique
7. Yukon et Territoires du Nord-Ouest

Situation vis-à-vis de l'incapacité (3)

1. Population âgée de 15 ans et plus
2. Ayant une incapacité*
3. N'ayant pas d'incapacité**

* *Personnes qui ont répondu "oui" à au moins une des questions nos 1, 2, 4, 5 et 7 à 23 du questionnaire de l'enquête.*

** *Le reste de la population âgée de 15 ans et plus.*

Sexe (3)

1. Les deux sexes
2. Hommes
3. Femmes

État matrimonial (5)

1. Total
2. Actuellement mariés
3. Séparés ou divorcés
4. Veufs
5. Célibataires (jamais mariés)

TABLEAU:

Population âgée de 15 ans et plus résidant dans des ménages selon la région (7), selon la situation vis-à-vis de l'incapacité (3), selon le sexe (3) et selon l'état matrimonial (5).

Tableau remis à l'utilisateur

Tableau 1 : Population âgée de 15 ans et plus résidant dans des ménages selon la région (7), selon la situation vis-à-vis de l'incapacité (3), selon le sexe (3) et selon l'état matrimonial (5).

Yukon

Canada Atlantique Oc. Ont. Prairies C.-B. et T.N.O.

POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS

Les deux sexes

Total
Actuellement mariés
Séparés ou divorcés
Veufs
Célibataires (jamais mariés)

Femmes

Total
Actuellement mariés
Séparés ou divorcés
Veufs
Célibataires (jamais mariés)

Hommes

Total
Actuellement mariés
Séparés ou divorcés
Veufs
Célibataires (jamais mariés)
