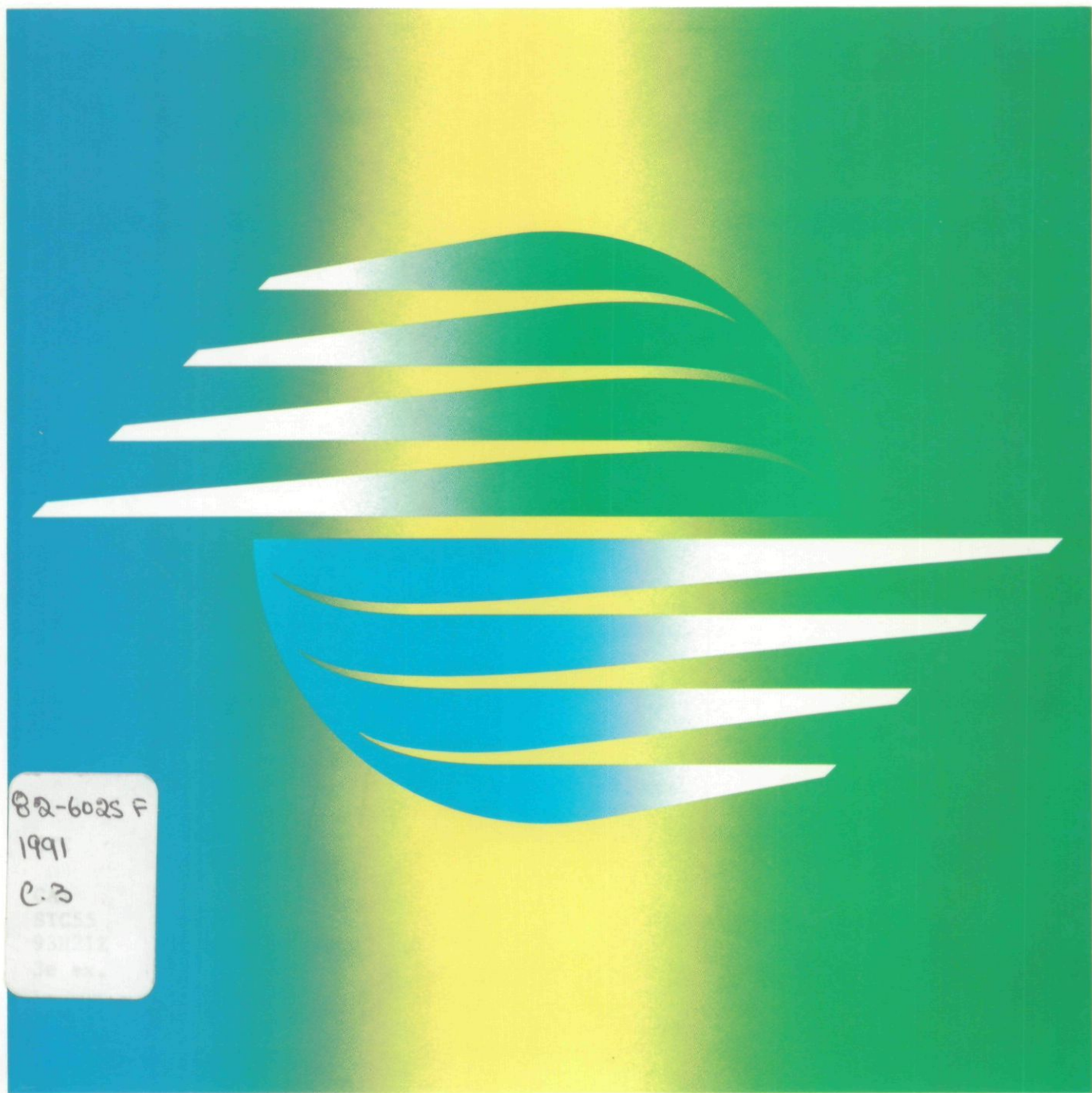


C.3



# Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991 Guide de l'utilisateur



82-6025 F  
1991  
C.3  
STCS  
931212  
30 000



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

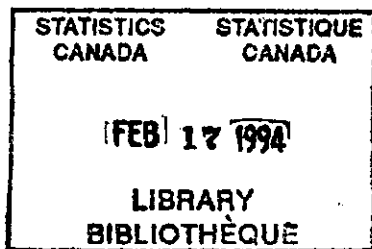
Canada





# Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991 Guide de l'utilisateur

# 54179



---

## **Remerciements**

*Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises et les administrations canadiennes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.*

## Comment obtenir d'autres renseignements

Toutes demandes de renseignements au sujet des produits et services doivent être adressées à l'un des centres de consultation de Statistique Canada suivants:

St. John's	(709) 772-4073
Halifax	(902) 426-5331
Montréal	(514) 283-5725
Ottawa	(613) 951-8116
Toronto	(416) 973-6586
Winnipeg	(204) 983-4020
Regina	(306) 780-5405
Edmonton	(403) 495-3027
Calgary	(403) 292-6717
Vancouver	(604) 666-3691

Un numéro d'appel sans frais est offert, dans toutes les provinces et territoires, aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur du secteur de service local des centres régionaux de consultation.

Terre-Neuve et Labrador	1 800 563-4255
Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard	1 800 565-7192
Québec	1 800 361-2831
Ontario	1 800 263-1136
Manitoba	1 800 542-3404
Saskatchewan	1 800 667-7164
Alberta	1 800 282-3907
Sud de l'Alberta	1 800 472-9708
Colombie-Britannique (sud et centre)	1 800 663-1551

Yukon et nord de la C.-B. (territoire desservi par la Northwes Tel Inc.)	Zénith 08913
Territoires du Nord-Ouest (territoire desservi par la Northwes Tel Inc.)	appelez à frais virés au 403-495-3028

Pour connaître les numéros des appareils de télécommunications pour malentendants, veuillez vous reporter à la page 20 du présent guide.

Le présent guide vous est offert sur d'autres supports.

## Comment commander les produits

On peut se procurer les publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés et des autres librairies locales, par l'entremise du centre régional de consultation de Statistique Canada le plus près, ou en écrivant à la Section des ventes de publications, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. Pour de plus amples renseignements sur les produits et services électroniques, veuillez communiquer avec le centre régional de consultation le plus près. Vous trouverez à la fin de ce guide un bulletin de commerce.

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>DESCRIPTION ET OBJECTIFS</b>	<b>.2</b>
<b>CONTEXTE</b>	<b>.2</b>
<b>DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ</b>	<b>.3</b>
<b>RÉSUMÉ DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ESLA</b>	<b>.8</b>
Plan de l'échantillonnage	.8
Collecte des données	12
Traitement des données et estimations	13
Qualité des données	14
<b>LIEN ENTRE LA BASE DE DONNÉES DU RECENSEMENT ET CELLE DE L'ESLA</b>	<b>.15</b>
<b>PRODUITS ET PUBLICATIONS DE L'ESLA DE 1986</b>	<b>.17</b>
<b>COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'ESLA</b>	<b>.20</b>
<b>QUESTIONNAIRES</b>	<b>.21</b>
Contenu	.21
Explication du contenu du questionnaire destiné aux adultes	.21
Explication du contenu du questionnaire destiné aux enfants	.23
<b>ANNEXES</b>	
A. Différences entre l'ESLA de 1986 et l'ESLA de 1991	.25
B. Régions géographiques couvertes par l'ESLA de 1991	.29
C. Taille des échantillons : Canada, provinces, territoires, RMR	.31
D. Variables tirées du Recensement de 1991	.37
E. L'Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada (ESIC)	.43
F. Comment commander des totalisations personnalisées	.47
G. Formulaire de l'ESLA de 1991	.55

## **DESCRIPTION ET OBJECTIFS**

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) est une enquête postcensitaire que Statistique Canada a conçue pour recueillir de l'information afin de constituer une base de données nationale sur l'incapacité. On l'a tenue pour la première fois après le Recensement de la population de 1986, puis on l'a répétée après le Recensement de la population de 1991.

L'ESLA recueille des données sur :

- la nature et la gravité des incapacités;
- les obstacles auxquels font face les personnes ayant une incapacité dans les travaux ménagers, l'emploi, l'éducation, le logement, le transport, les finances et les loisirs;
- l'usage ou le besoin d'aides techniques;
- les frais supplémentaires liés à la présence d'une incapacité.

## **CONTEXTE**

En mai 1980, on mettait sur pied le **Comité parlementaire spécial concernant les invalides et les handicapés**. Ce comité lequel avait pour mandat d'étudier les besoins et les préoccupations des personnes ayant une incapacité au Canada et de présenter un rapport de ses conclusions à la Chambre des communes. En février 1981, le Comité publiait son rapport, intitulé *Obstacles*, dans lequel il recommandait au gouvernement 130 mesures qui lui permettraient d'aider à supprimer les obstacles auxquels font face les personnes ayant une incapacité.

La recommandation 113 enjoignait Statistique Canada d'«accorder une très haute priorité à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une stratégie à long terme visant à constituer une base de données sur les personnes handicapées au Canada».(1)

Statistique Canada a réagi en proposant de constituer une base de données nationale sur l'incapacité, dans laquelle on trouverait de l'information sur tous les genres d'incapacités et pour toutes les régions géographiques du Canada.

---

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

Pour savoir plus précisément quelles données recueillir, Statistique Canada a communiqué avec 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 les représentant. Mais cette première consultation n'était qu'un début. Après avoir déterminé l'ensemble des besoins en matière de données, Statistique Canada entreprit les activités de collecte de données, que voici :

- (1) l'Enquête sur la santé et l'invalidité au Canada (ESIC), tenue en octobre 1983 et en juin 1984 (voir la description à l'annexe E);
- (2) l'ajout d'une question sur les limitations d'activités et l'incapacité à long terme au questionnaire complet du Recensement de la population de 1986;
- (3) l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 (voir la description à l'annexe A);
- (4) l'ajout d'une question sur les limitations d'activités et l'incapacité à long terme au questionnaire complet du Recensement de la population de 1991;
- (5) l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991.

*«... 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 pour un être humain.» (2)*

La définition de l'incapacité donnée ci-dessus est tirée de la **Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDH)**, un modèle mis au point par l'Organisation mondiale de la santé.

---

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

---

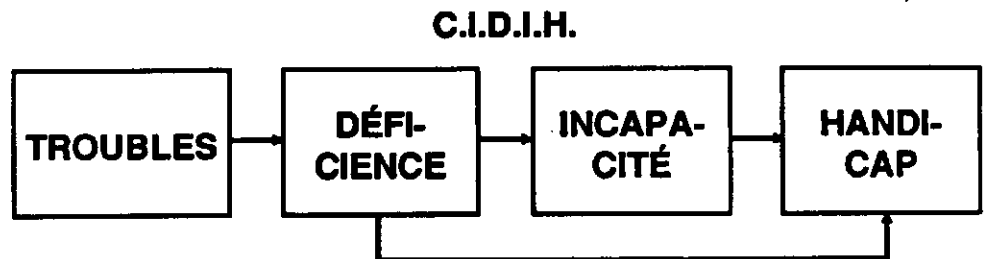
*«... l'incapacité est toute réduction ou absence (résultant d'une déficience) de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale pour un être humain.» (2)*

---

### **DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ**

Contrairement aux modèles d'ordre purement médical qui l'ont précédé, le CIDH propose un cadre nouveau pour expliquer et mesurer les «conséquences» des troubles ou maladies chroniques et progressifs, ou irréversibles.(3) Le fait de pouvoir classer ces conséquences se révèle des plus importants, car la capacité qu'ont les gens d'accomplir des activités et de remplir les fonctions sociales qu'on attend d'eux dépend en grande partie des effets de la maladie ou des troubles sur leur vie.

Le diagramme suivant montre comment les états -- troubles, déficience, Incapacité, handicap -- se succèdent et progressent d'après le modèle dont il est fait mention plus haut. Les trois dernières catégories sont les conséquences des troubles (maladie).



Les définitions suivantes vous éclaireront davantage sur ces termes :

Les **troubles** ou la **maladie**, c'est l'état intrinsèque, la cause de l'anormalité, qui peut être présent à la naissance ou survenir plus tard, par exemple la paralysie cérébrale, un accident cérébro-vasculaire, le spina-bifida et bien d'autres.

La **déficience** est une anormalité structurelle ou esthétique du corps humain causée par la maladie. Il s'agit d'un désordre de nature organique que l'on mesure par sa présence ou son absence, par exemple une blessure à la colonne vertébrale ou des dommages au cerveau consécutifs à un accident cérébro-vasculaire.

---

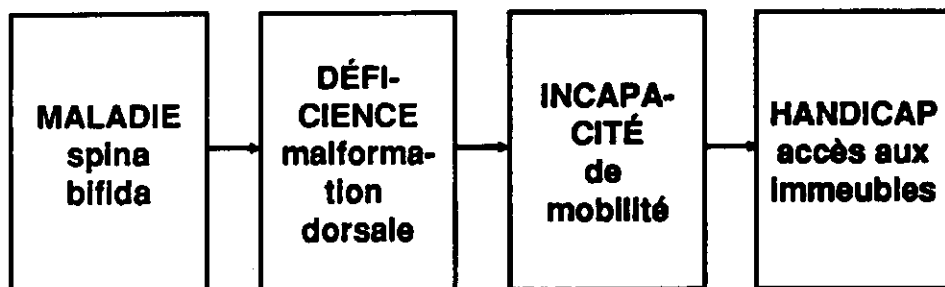
3 Les deux termes sont utilisés comme équivalents dans l'ensemble du document.



**L'incapacité** est l'effet qu'a la déficience sur le fonctionnement et l'activité de la personne. Il s'agit d'un désordre fonctionnel que l'on mesure en degrés de gravité, par exemple, l'incapacité pour une personne ayant une blessure à la colonne vertébrale de marcher ou l'obligation pour elle de se servir de béquilles ou d'autres aides pour franchir certaines distances.

Le **handicap** (appelé **obstacle** dans le modèle canadien) est un désavantage qui limite ou empêche l'accomplissement d'une activité jugée normale. Bien qu'il soit le résultat de la déficience ou de l'incapacité, le handicap est conjoncturel. Autrement dit, une personne qui se déplace en fauteuil roulant pourrait être incapable d'entrer dans un immeuble en l'absence des rampes nécessaires. Dans le cas contraire, la personne pourra y entrer du fait qu'aucun handicap (obstacle) ne l'y empêche.

Par exemple, les effets seraient les suivants pour une personne ayant le spina-bifida :



L'ESLA s'intéresse à l'étape de l'incapacité de ce modèle et elle le développe. La première partie du questionnaire de l'ESLA (section A) renferme une série de questions de sélection qui permettent de déterminer si, selon les critères de l'ESLA, le répondant a une incapacité. Les sections subséquentes du questionnaire, auxquelles le répondant ne répond que s'il a une incapacité selon les questions de la section A, portent sur les obstacles qui surgissent dans certains aspects de la vie quotidienne.

Trois questionnaires ont été utilisés pour la tenue de l'ESLA en 1991 : deux pour les adultes et un pour les enfants. Les questions de la section A des questionnaires destinés aux adultes ont été formulées à partir d'hypothèses différentes de celles retenues pour la formulation des questions de la section A du questionnaire destiné aux enfants, de sorte qu'on ne peut en comparer directement les résultats.

Les questionnaires destinés aux adultes reprenaient dans la section A une version modifiée des questions portant sur les «**activités de tous les jours**»(4) mises au point par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ces questions portent sur une série d'activités permettant de mesurer les répercussions de l'incapacité sur la vie des personnes ayant une déficience, c'est-à-dire les obstacles auxquels elles se heurtent au jour le jour. On pose ces questions au répondant pour savoir :

- s'il est limité dans certaines activités, comme monter ou descendre un escalier, couper des aliments, lire l'écriture d'un journal, etc. Cette méthode d'évaluation de la capacité d'exécuter des tâches données s'appelle l'«**approche des limitations fonctionnelles**» (questions A1 à A19, qui correspondent aux questions sur les activités de tous les jours);
- s'il est limité dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans ses loisirs à cause d'une affection physique ou psychologique;
- si un professionnel de la santé lui a déjà dit qu'il avait des troubles d'apprentissage ou un handicap mental, qu'il éprouvait un retard de développement ou qu'il était déficient mental;
- s'il a de la difficulté à apprendre ou s'il a des troubles de mémoire.

---

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

S'il répond «oui» à l'une de ces questions de sélection et si son affection a duré ou devrait durer au moins six mois, ses réponses sont ajoutées à la base de données sur l'incapacité. Il faut noter que les réponses à ces questions traduisent la «perception» qu'ont les répondants de leur situation et que, par conséquent, elles sont de nature subjective.

Il faut remarquer également qu'un adulte n'est pas classé comme une personne ayant une incapacité s'il utilise une aide technique qui lui permet de surmonter ses limitations (par exemple, un malentendant qui entend grâce à un appareil auditif n'est pas considéré comme une personne ayant une déficience auditive). Donc, le seul fait pour un adulte d'utiliser une aide technique n'est pas en soi révélateur d'une incapacité.

Dans le cas de l'enquête menée auprès des enfants (0 à 14 ans), ceux-ci sont considérés comme ayant une incapacité (et les réponses à leur sujet sont ajoutées à la base de données) s'ils répondent «oui» à l'une des questions suivantes :

- ont une affection chronique, tel le diabète ou la dystrophie musculaire (même si cette affection n'entrave en rien leur vie présente);
- utilisent une aide technique telle que des béquilles, un appareil auditif ou un support (excluant les appareils orthodontiques);
- ont une affection ou un problème de santé chronique qui empêche ou limite leur participation à des activités scolaires, à des jeux ou à toute autre activité propre à des enfants de leur âge;
- sont inscrits à une école spéciale, à des cours spéciaux ou à un programme individualisé;
- ont de la difficulté à voir, à entendre ou à parler;
- ont un problème de santé chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental;
- ont une autre limitation d'ordre général.

---

*Il faut remarquer également que le répondant n'est pas classé comme une personne ayant une incapacité s'il utilise une aide technique qui lui permet de surmonter ses limitations.*

---

## **RÉSUMÉ DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ESLA**

### ***Plan de l'échantillonnage***

La population cible de l'ESLA comprenait toutes les personnes ayant une incapacité physique ou psychologique qui, au moment du Recensement de 1991, vivaient au Canada, y compris les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest et les résidents permanents de la plupart des logements collectifs et des établissements de santé. Les réserves indiennes ont été couvertes dans le cadre de l'Enquête auprès des peuples autochtones, menée également par Statistique Canada. En sont exclus pour des raisons opérationnelles les résidents des établissements pénitentiaires et correctionnels, des camps militaires, des terrains de camping et des parcs, des soupes populaires, des navires marchands, des vaisseaux de la garde côtière et des foyers collectifs pour enfants.

L'ESLA a deux composantes : l'enquête auprès des ménages, tenue immédiatement après le Recensement de 1991, et l'enquête auprès des établissements, réalisée au début de 1992. La prochaine section explique de façon plus détaillée la méthodologie employée pour chaque enquête.

### ***L'enquête auprès des ménages***

L'enquête auprès des ménages s'est déroulée en deux étapes. La première consistait à ajouter deux questions de présélection au questionnaire complet du Recensement de 1991, et la deuxième, à mener l'enquête proprement dite auprès des adultes et des enfants.

Les deux questions de présélection du Recensement (numérotées 18 et 19 et portant respectivement sur les limitations d'activités et la présence d'incapacités chroniques) ont été conçues pour identifier la population cible de l'enquête avant que cette dernière n'ait lieu. Elles étaient identiques dans leur contenu à celles utilisées en 1986, mais on les avait séparées en deux parties. De là, on pouvait canaliser les ressources de l'enquête dans l'étude de ce groupe plutôt que dans l'observation de la population en général. Ces questions ont été ajoutées au formulaire complet du Recensement de 1991, qui a été distribué au cinquième des ménages. Elles se lisaient comme suit :



<b>LIMITATIONS D'ACTIVITÉ</b>	
18. Cette personne est-elle limitée dans ses activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique:	À la maison? <input type="radio"/> Non, pas limitée <input type="radio"/> Oui, limitée
	À l'école ou au travail? <input type="radio"/> Non, pas limitée <input type="radio"/> Oui, limitée <input type="radio"/> Sans objet
	Dans d'autres activités, par ex., dans ses trajets entre la maison et son lieu de travail ou dans ses loisirs? <input type="radio"/> Non, pas limitée <input type="radio"/> Oui, limitée
19. Cette personne a-t-elle des incapacités ou handicaps de longue durée?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui

La sélection de l'échantillon des répondants faisait partie intégrante des opérations sur le terrain du Recensement de 1991. Une équipe de chacun des bureaux du Recensement s'est vu confier la tâche de dresser une liste de personnes à inclure dans l'échantillon de l'ESLA.

Les essais sur le terrain réalisés avant le Recensement de 1986 ont révélé que de nombreuses personnes ayant une incapacité ne répondaient pas «oui» aux questions sur les limitations d'activités. Même si, en général, ces personnes étaient plus actives et avaient des incapacités moins graves, elles représentaient un segment particulier des personnes ayant une incapacité de sorte qu'il fallait quand même les inclure dans l'échantillon pour éviter de trop biaiser les estimations. Par conséquent, on a donc décidé d'inclure dans l'ESLA un échantillon de personnes qui avaient répondu «non» aux questions sur l'incapacité du Recensement de 1991. Ce groupe est devenu l'échantillon «Non» et celui qui avait répondu par l'affirmative, l'échantillon «Oui».

---

*Des personnes interviewées, 5 % ont changé leur «Non» pour un «Oui», de sorte que 6 000 autres personnes sont venues grossir l'échantillon des personnes ayant une incapacité.*

---

Environ 35 000 personnes ont été choisies pour faire partie de l'échantillon «Oui» et 113 000, pour faire partie de l'échantillon «Non», ce qui donne, pour l'enquête auprès des ménages, un échantillon total de 148 000 adultes et enfants.

En moyenne, 20 % des répondants de l'échantillon «Oui», soit 7 000 personnes, n'avaient effectivement pas d'incapacité selon les critères de l'ESLA.

Toutes les personnes de l'échantillon «Non» ont été interviewées. Si elles répondaient oui à au moins une des questions de sélection, on remplissait le questionnaire en entier, sinon on mettait fin à l'entrevue. Des personnes interviewées, 5 % ont changé leur «Non» pour un «Oui», de sorte que 5 600 autres personnes sont venues grossir l'échantillon des personnes ayant une incapacité.

L'ESLA permet d'établir des estimations sur les résidents des dix provinces et des deux territoires faisant partie des groupes d'âge suivants (voir l'annexe C pour les tailles d'échantillons) :

- les enfants (de la naissance à 14 ans);
- les adultes (15 à 34 ans, 35 à 54 ans et 55 à 64 ans);
- les personnes âgées (65 ans et plus).

Des estimations sont également disponibles pour les résidents de huit régions métropolitaines de recensement, soit celles de Halifax, de Montréal, de Toronto, de Winnipeg, de Regina, de Calgary, d'Edmonton et de Vancouver, faisant partie des groupes d'âge suivants (voir l'annexe C pour la taille des échantillons) :

- 15 à 34 ans;
- 35 à 54 ans;
- 55 à 64 ans.

En vertu d'une entente conclue avec le gouvernement de l'Ontario, Statistique Canada a prélevé un échantillon additionnel dans neuf régions métropolitaines de recensement (Oshawa, Hamilton, St. Catharines-Niagara, Kitchener, London, Windsor, Sudbury, Thunder Bay et la partie ontarienne de la RMR d'Ottawa) et cinq régions économiques de l'Ontario. Les estimations pour ces régions ne porteront que sur les adultes (15 à 64 ans).

Le Recensement de la population de 1991 a dressé la liste des établissements dont l'ESLA s'est servie lors de la première étape de sélection de son volet auprès des établissements. Les établissements retenus pour l'ESLA à même cette liste se divisaient en six catégories, que voici :

- maisons de repos;
- foyers pour personnes âgées;
- hôpitaux généraux, maternités, etc.;
- hôpitaux pour personnes souffrant de maladies chroniques;
- hôpitaux psychiatriques;
- centres de traitement et établissements pour handicapés physiques.

Les établissements ont été regroupés en trois catégories selon leur taille : petits, moyens et grands. Ces catégories étaient basées sur le nombre de résidents permanents de chaque établissement, c'est-à-dire ceux qui avaient habité un établissement sans interruption durant au moins six mois. Mais ce nombre variait d'une province à l'autre pour chaque catégorie.

Par exemple, un établissement de 50 résidents admissibles pourrait tomber dans la catégorie «moyen» dans une province et «grand» dans une autre.

On a établi un échantillon d'établissements en fonction de la taille et de la nature de ceux-ci. L'enquête a été réalisée auprès de tous les établissements de grande taille et auprès d'un échantillon des établissements de taille moyenne et d'un échantillon des établissements de petite taille.

Le directeur de chaque établissement était invité à dresser la liste de toutes les personnes de 15 ans et plus qui, le 1er février 1992, vivaient de façon interrompue dans un établissement depuis au moins six mois. De cette liste, on tirait un échantillon d'au plus 5 résidents par petit établissement, 10 résidents par établissement de taille moyenne et 30 résidents par grand établissement.

On a recensé les établissements du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest -- et leurs résidents admissibles -- en raison de la petitesse de ces établissements.

L'enquête auprès des établissements permet d'estimer le nombre de personnes ayant une incapacité dans chaque province et territoire. Environ 900 établissements ont été retenus pour ce volet de l'ESLA. L'échantillon comprenait environ 10 000 résidents.

## **Collecte des données**

### **Ménages**

Les données de l'enquête auprès des ménages ont été recueillies à l'automne de 1991, tout de suite après le Recensement de 1991. Les entrevues ont été réalisées par des recenseurs à qui l'on avait expliqué le contenu et montré la procédure.

La plupart des répondants de l'échantillon «Oui» ont été interviewés au téléphone. Des circonstances particulières ont également amené la tenue d'entrevues sur place (par exemple, des personnes âgées de 65 ans et plus ou des personnes qui voulaient ou avaient besoin que l'on procède ainsi parce qu'elles avaient des troubles de l'élocution ou de l'ouïe). Toutes les entrevues menées auprès des répondants de l'échantillon «Non» ont été faites au téléphone.

Dans le cas des enfants, on interviewait un parent ou un autre adulte. Mais si le parent ou le tuteur d'un enfant plus âgé (13 à 14 ans) insistait pour que l'enfant réponde lui-même aux questions, l'interviewer devait agréer à la demande.

Dans le cas des adultes, l'interviewer s'adressait dans la mesure du possible à la personne sélectionnée, que ce soit au téléphone ou sur place. Cela fut possible dans 83 % des cas. Certains des répondants ont toutefois été incapables de participer eux-mêmes à l'enquête en raison d'une affection physique ou psychologique ou parce qu'ils étaient absents au moment de sa tenue. On demandait alors à un autre membre du ménage de répondre aux questions en son nom.

L'enquête auprès des ménages s'est soldée par un taux de réponse de 87 %. Voici une ventilation plus détaillée des résultats.

Catégorie	Taux
En entier	86 %
En partie	1 %
Refus	4 %
Aucun contact	9 %
Total	100 %



Les données de l'enquête auprès des établissements ont été recueillies de janvier à mars 1992. Toutes les entrevues ont été faites sur place et, dans la mesure du possible, avec la personne sélectionnée. Mais de nombreux résidents ne pouvaient répondre eux-mêmes en raison de leur affection. L'entrevue était alors réalisée avec l'aide d'un membre du personnel de l'établissement ou d'un proche. Le taux de réponse de l'enquête auprès des établissements menée en 1991 a été de 96 %.

Les bureaux régionaux de Statistique Canada se sont occupés de saisir les données recueillies auprès des établissements. Ils ont ensuite envoyé au bureau central de Statistique Canada, à Ottawa, les données pour qu'elles y soient traitées et les questionnaires pour qu'ils y soient conservés à titre de référence.

Tous les enregistrements de la base de données de l'ESLA ont été soumis à des vérifications complexes afin de déterminer la validité et la cohérence des réponses obtenues. Les données manquantes, incomplètes ou erronées étaient considérées comme «inconnues» ou, dans certains cas, étaient estimées à partir d'autres renseignements contenus dans le même questionnaire.

L'un des avantages que présente une enquête postcensitaire telle que l'ESLA est qu'elle permet de coupler les données qu'elle recueille avec l'information obtenue au Recensement. L'enregistrement de chaque personne interviewée dans le cadre de l'enquête auprès des ménages contient maintenant, en plus des données de l'ESLA, des données du Recensement.

Dans le cadre d'une enquête probabiliste telle que 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'ESLA sont alors multipliés par le poids numérique, ce qui permet d'en arriver à une estimation pour l'ensemble de la population. Les enregistrements de l'ESLA ont été pondérés pour représenter l'ensemble de la population canadienne moins les personnes (énumérées à la page 9) ne pouvant faire partie de l'enquête.

## ***Traitement des données et estimations***

---

*L'un des avantages que présente une enquête postcensitaire telle que l'ESLA est qu'elle permet de coupler les données qu'elle recueille avec l'information obtenue au Recensement.*

---

## **Qualité des données**

Les statistiques tirées de la base de données de l'ESLA sont des estimations fondées sur un segment de la population canadienne (environ une personne de l'échantillon «Oui» sur 75 et une personne de l'échantillon «Non» sur 200). Par conséquent, ces statistiques peuvent comporter deux types d'erreurs : erreurs d'échantillonnage et erreurs non dues à l'échantillonnage.

L'**erreur d'échantillonnage** est l'écart entre une estimation basée sur l'échantillon et celle que l'on aurait obtenue d'un recensement de la population que l'on aurait réalisé avec les mêmes méthodes de collecte de données. Dans le cadre d'une enquête probabiliste telle que l'ESLA, on estime cette erreur à partir des données de l'enquête en se servant de l'écart-type de l'estimation. Lorsque l'erreur d'échantillonnage d'une estimation est supérieure à 33 1/3 %, on la considère comme trop peu fiable pour être publiée. Dans ce cas, un double tiret ( -- ) remplace l'estimation dans les tableaux statistiques. Lorsque l'erreur d'échantillonnage se situe entre 16 2/3 % et 33 1/3 %, l'estimation correspondante est accompagnée de l'astérisque ( \* ) dans un tableau. Il convient d'utiliser ces estimations avec prudence. Enfin, toute estimation dont l'erreur d'échantillonnage est inférieure à 16 2/3 % peut être utilisée sans restriction.

Toutes les autres formes d'erreurs (erreurs d'observation, de réponse, de traitement et de non-réponse) sont appelées **erreurs non dues à l'échantillonnage**. En général, il est difficile d'identifier certaines de ces erreurs et d'en évaluer l'importance.

Les **erreurs d'observation** se produisent lorsqu'un écart se glisse entre la population cible et la population-échantillon. L'intégration des données de l'ESLA à celles du Recensement de la population a réduit de beaucoup la fréquence de ce type d'erreurs. Seule une partie des réserves indiennes et des logements collectifs n'ont pas été soumis à l'échantillonnage, mais comme leurs populations sont petites, leur absence n'a à peu près pas d'effet sur le chiffre de population totale. Par conséquent, les erreurs d'observation ne devraient avoir qu'une faible incidence sur les données de l'ESLA.

Une **erreur de réponse** se produit lorsque le répondant comprend mal une question et que l'interviewer inscrit une réponse inexacte.

Une **erreur de traitement** peut se glisser à différents moments : au codage, à la saisie, à l'imputation, etc.

Toute enquête statistique est sujette à un certain pourcentage de **non-réponse**. Celle-ci est totale lorsque, pour une raison ou une autre, une personne choisie ne peut être interviewée. Elle est partielle lorsqu'on ne remplit qu'une partie du questionnaire. L'impact des erreurs de non-réponse sur les estimations dépend de la fréquence des non-réponses et, surtout, des différences entre les caractéristiques des répondants et de celles des non-répondants. En principe, plus ces différences sont marquées, plus elles influent sur l'exactitude des estimations.

Le taux de réponse de 87 % obtenu par l'ESLA se compare favorablement au taux que donne généralement ce type d'enquête. De plus, des mesures diverses ont été prises afin de réduire le biais attribuable aux non-réponses (par exemple ajuster les données de façon à refléter la répartition de certaines caractéristiques démographiques observées au Recensement).

Des études plus approfondies sur la qualité des données suivront. Les personnes qui voudraient obtenir les résultats de futures études peuvent communiquer avec les responsables du Programme des enquêtes postcensitaires.

Le fait d'établir l'échantillon du volet des ménages de l'ESLA à partir du Recensement de 1991 a permis d'ajouter des données du Recensement à la base de données de l'ESLA et, ce faisant, d'obtenir de l'information plus détaillée sur chacune des personnes sélectionnées et de comparer les personnes ayant une incapacité avec celles n'en ayant pas.

Les données du Recensement qui sont disponibles comprennent des variables relatives à la personne, au ménage et à la famille de chaque répondant (voir la liste de certaines variables tirées du Recensement de 1991 à l'annexe D).

**LIEN ENTRE  
LA BASE DE  
DONNÉES DU  
RECENSEMENT  
ET CELLE  
DE L'ESLA**

**Ménages**

**Les variables relatives à la personne** nous renseignent sur une foule de sujets (par exemple l'état matrimonial, la scolarité, le lieu de naissance, la citoyenneté, l'origine ethnique, la langue maternelle, la langue parlée à la maison, etc.).

**Les variables relatives au ménage** nous renseignent sur la taille et le type de ménage de même que sur le logement dans lequel habite la personne (par exemple si le membre du ménage est propriétaire ou locataire, le type de logement, la date de construction, le nombre de pièces, le coût du loyer ou de l'hypothèque, etc.).

Quant aux **variables relatives à la famille**, comme le Recensement décompose le ménage en famille «économique» d'une part et en famille «de recensement» d'autre part (voir les définitions à l'annexe D), on peut obtenir de l'information sur ces deux entités (par exemple la structure de la famille, la situation de la personne sélectionnée dans la famille, etc.).

### ***Établissements***

Le Recensement n'offrait aucune donnée comparable à celles recueillies par l'ESLA auprès des résidents des établissements, car ces personnes ont été choisies à partir de listes fournies par les établissements plutôt qu'à même la base de données du Recensement. L'information démographique de base a été recueillie dans le cadre de l'enquête auprès des établissements.

**PRODUITS ET  
PUBLICATIONS  
DE L'ESLA  
DE 1986**

Veillez noter que les produits et publications dont il est question dans la présente section sont ceux de l'ESLA de 1986. Les premières données de l'ESLA de 1991 (sur l'âge, le sexe et la nature de l'incapacité) sont disponibles depuis octobre 1992. Bien que les titres et le contenu des produits et services n'aient pas encore été arrêtés, ces derniers ressembleront, tant sur le plan des sujets que de la diversité, à ceux de l'ESLA de 1986, dont voici la liste :

**Service des données personnalisées de l'ESLA --** Ce service conçoit des tableaux à partir d'exigences particulières en matière de données sur les personnes ayant une incapacité. Service payant.

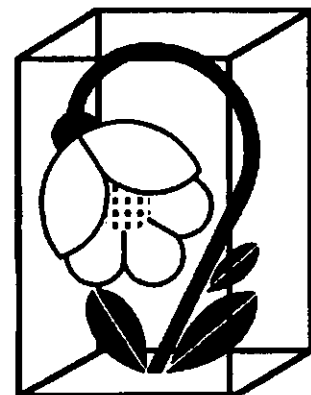
**Fichiers de microdonnées --** Il s'agit de trois fichiers renfermant les enregistrements des adultes vivant dans un ménage, ceux des adultes ayant une incapacité et vivant dans un établissement de santé et ceux des enfants vivant dans un ménage. Ils coûtent respectivement 3 000 \$, 1 500 \$ et 1 000 \$.

**Guide de l'utilisateur (gratuit) --** Ce guide renferme de l'information générale sur l'enquête, présente un spécimen de chacun des questionnaires et explique les modalités de commande des totalisations personnalisées. Il est aussi offert sur cassette audio.

**L'incapacité et le marché du travail (15 \$) --** Cette analyse de Gary L. Cohen porte sur les personnes inactives ayant une incapacité. On y décrit les principaux facteurs associés à l'inactivité élevée des personnes qui ont une incapacité et qui font face à des limitations au travail. Le texte (sans les tableaux) est aussi offert sur cassette audio.

**Profil de trois catégories de personnes ayant une incapacité (15 \$) --** Gary L. Cohen décrit dans cet ouvrage la situation des personnes qui ne sont pas limitées dans leur capacité de travailler, des personnes qui le sont mais qui peuvent travailler et des personnes qui sont incapables de travailler, et il compare leurs situations respectives. Le texte (sans les tableaux) est aussi offert sur cassette audio.

**Publications  
non  
cataloguées**



**Les enfants et les jeunes ayant une incapacité au Canada**, par Denise Avard, Ph.D. (35 \$) Ce rapport présente une analyse des caractéristiques des enfants ayant une incapacité selon l'âge, le sexe de même que le type et la gravité de l'incapacité. On y examine également les répercussions de l'incapacité sur des aspects de la vie tels que l'éducation, les loisirs et la capacité de voyager.

On peut se procurer les publications non cataloguées à l'adresse suivante :

■ **Enquête sur la santé et les limitations d'activités**  
Statistique Canada  
Édifice Jean-Talon, 9-C8  
Parc Tunney  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-4414  
ATS (613) 951-4180

■ par le biais des Services consultatifs des centres régionaux de consultation de Statistique Canada (dont la liste figure au verso de la première page du présent guide).

*Veillez faire votre chèque ou mandat-poste au nom du Receveur général du Canada/Publications (les clients canadiens sont priés d'ajouter la taxe sur les produits et services de 7 %). Veillez également indiquer votre langue de préférence lorsque vous commandez le Guide de l'utilisateur.*

**Faits saillants : Personnes ayant une incapacité au Canada** (numéro 82-602 au catalogue) -- Cette publication présente les données de l'ESLA pour le Canada, les provinces et les territoires selon certains groupes d'âge. Elle se vend 25 \$ (30 \$ dans les autres pays) et est offerte sur cassette audio.

**Rapports thématiques spéciaux** (numéro 82-615, volumes 1 à 6, au catalogue) -- Cette série de six rapports s'intéresse de près à des aspects particuliers de l'incapacité. Chaque rapport, offert sur cassette audio, se vend 35 \$ (42 \$ US aux États-Unis et 49 \$ US dans les autres pays).

- Volume 1.      Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada
- Volume 2.      Certaines conséquences socio-économiques de l'incapacité pour les femmes au Canada
- Volume 3.      La cécité et la déficience visuelle au Canada
- Volume 4.      Loisirs et habitudes de vie des personnes ayant une incapacité au Canada
- Volume 5.      La déficience auditive au Canada
- Volume 6.      Profil des personnes ayant une incapacité et vivant dans un établissement de santé au Canada

**Données infraprovinciales/infraterritoriales** -- Cette série de profils comprend 12 publications, soit une pour chaque province et territoire. Chacun des profils renferme des données pour certaines régions métropolitaines de recensement (si applicable) ainsi que des données pour certaines municipalités ou groupements de municipalités. Voici la série au complet :

N° au catalogue	Province ou territoire
82-603	Terre-Neuve
82-604	Île-du-Prince-Édouard
82-605	Nouvelle-Écosse
82-606	Nouveau-Brunswick
82-607	Québec
82-608	Ontario
82-609	Manitoba
82-610	Saskatchewan
82-611	Alberta
82-612	Colombie-Britannique
82-613	Yukon
82-614	Territoires du Nord-Ouest

Les profils se vendent 26 \$ l'exemplaire (31 \$ à l'extérieur du Canada) sauf ceux de l'Ontario et du Québec, qui coûtent 30 \$ chacun (36 \$ à l'extérieur du Canada). La série complète vous est offerte à prix réduit, soit 256 \$.

**Le Canada à l'étude** - Un profil des personnes ayant une incapacité au Canada (numéro 98-126 au catalogue) -- Cet ouvrage se vend 10 \$ (11 \$ dans les autres pays).

### **COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'ESLA**



On peut se procurer les publications mentionnées ci-dessus de plusieurs façons :

- en les commandant par la poste auprès de : Ventes des publications, bureau 1710, Édifice principal, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6, ou en téléphonant au (613) 951-7277;
- en composant le numéro national sans frais maintenant offert par Statistique Canada, soit le 1 800 267-6677;
- en composant le numéro ATS (613) 951-1584;
- par le biais des Services consultatifs des centres régionaux de consultation de Statistique Canada (dont la liste figure au verso de la première page du présent guide), ou auprès des agents autorisés et des librairies agréées.

*Veillez faire votre chèque ou mandat-poste au nom du Receveur général du Canada/Publications et indiquer le numéro de catalogue et le titre. Les clients canadiens sont priés d'ajouter la taxe sur les produits et services de 7 %.*



C'est en menant une consultation exhaustive auprès de fonctionnaires et d'associations formées de personnes ayant une incapacité ou de personnes les représentant que l'on a déterminé la teneur des questionnaires.

Le formulaire 02 (destiné aux adultes de 15 ans et plus vivant dans un ménage) est celui qui reflète le plus fidèlement les besoins de données exprimés au cours de la consultation. Le formulaire 04 (destiné aux personnes de 15 ans et plus, les adultes, vivant dans un établissement) lui ressemble sur le plan du contenu, mais son champ d'observation a été réduit en fonction du milieu des établissements. Le formulaire 03 (destiné aux enfants, c'est-à-dire aux moins de 15 ans) renferme quant à lui des questions sur la situation des enfants ayant une incapacité.

La présente section résume le pourquoi des questions du formulaire 02, le plus long des deux questionnaires destinés aux adultes.

Les questions de cette section servent à déterminer si le répondant est limité dans ses activités quotidiennes (activités de tous les jours) à cause d'une affection ou d'un problème de santé qui a duré ou devrait durer au moins six mois. On demande au répondant s'il a de la difficulté à accomplir certaines activités même à l'aide d'aides techniques telles que des lunettes, un appareil auditif, un appareil orthopédique, etc. On lui demande aussi s'il a des limitations à cause de problèmes d'apprentissage et d'affections ou de problèmes chroniques d'ordre émotif, psychologique, nerveux et mental.

Cette section a pour but d'identifier les aides techniques que le répondant utilise ou dont il aurait besoin pour qu'il lui soit plus facile de se déplacer ou de se débrouiller par lui-même. On lui demande aussi s'il fait usage de médicaments disponibles sur ordonnance ou sans ordonnance.

## **QUESTIONNAIRES**

### **Contenu**

#### **Explication du contenu Questionnaire destiné aux adultes**

#### **Section A Questions de sélection**

#### **Section B Aides techniques et services**

*Section C  
Activités  
quotidiennes*

Cette section vise à obtenir de l'information sur la façon dont l'affection ou le problème de santé du répondant nuit à sa capacité d'exécuter des activités quotidiennes telles que la préparation des repas, le magasinage, l'entretien ménager, les gros travaux ménagers, la gestion des finances personnelles, etc. Les réponses à ces questions permettent d'évaluer combien d'aide les personnes ayant une incapacité ont besoin pour vivre de façon autonome.

*Section D  
Scolarité*

Cette section vise à déterminer les répercussions qu'ont les affections et les problèmes de santé chroniques d'une personne sur ses études.

*Section E  
Emploi*

Cette section nous renseigne sur les obstacles auxquels se butent les personnes qui ont une incapacité et qui sont sur le marché du travail. Elle couvre les personnes qui travaillent, qui cherchent un emploi ou qui ont cessé de chercher un emploi.

*Section F  
Transport*

Les questions de cette section portent sur les problèmes que vivent les personnes ayant une incapacité lorsqu'elles utilisent les transports locaux ou effectuent de longs trajets en avion, en autobus, en train ou en voiture.

*Section G  
Logement*

Cette section renferme des questions sur les dispositifs spécialisés dont le répondant se sert ou dont il a besoin pour entrer chez lui, en sortir ou s'y déplacer.

*Section H  
Loisirs et  
habitudes de vie*

Cette section porte sur la participation du répondant à des activités physiques et à des loisirs, sur l'usage qu'il fait du tabac et de l'alcool, sur sa capacité de lire et d'écrire et sur sa santé émotive.

*Section I  
Caractéristiques  
économiques*

Cette section a pour but de savoir combien le répondant reçoit en prestations d'invalidité et combien il doit déboursier «de sa poche».

La présente section résume le pourquoi des questions du formulaire 03, le questionnaire destinés aux enfants.

***Explication  
du contenu  
Questionnaire  
destiné  
aux enfants***

Les questions de cette section nous renseignent sur les affections, maladies et états chroniques des enfants ayant une incapacité, sur l'usage qu'ils font d'appareils spécialisés et sur les limitations auxquelles ils font face à la maison, à l'école ou au jeu. Les questions sur les limitations visent à déterminer si l'enfant éprouve de la difficulté à accomplir une activité même à l'aide d'une aide spécialisée telle que des lunettes ou un support.

***Section A  
Questions  
de sélection***

Cette section vise à déterminer les répercussions qu'ont les affections et les problèmes de santé chroniques de l'enfant sur ses études et les obstacles auxquels celui-ci se heurte en matière d'accès à l'enseignement. On s'y enquiert également sur le besoin de services de garde.

***Section B  
Scolarité***

Les questions de cette section portent sur les problèmes que rencontrent les enfants ayant une affection ou un problème de santé chronique lorsqu'ils effectuent de courts trajets dans leur localité et lorsqu'ils parcourent de plus longues distances en avion, en autobus, en train ou en voiture.

***Section C  
Transport***

Cette section renferme des questions sur les dispositifs spécialisés que l'enfant utilise ou dont il a besoin pour entrer chez lui, en sortir ou s'y déplacer.

***Section D  
Logement***

Cette section porte sur l'usage que fait l'enfant de médicaments disponibles sur ordonnance ou sans ordonnance à cause de son affection ou de son problème de santé, sur le type d'activités physiques auxquelles il participe et sur ses activités sociales après l'école.

***Section E  
Activités  
physiques et  
habitudes de vie***

Cette section a pour but de quantifier et de préciser les dépenses supplémentaires occasionnées par l'incapacité de l'enfant.

***Section F  
Caractéristiques  
économiques***



**ANNEXE A**

**DIFFÉRENCES ENTRE LES ENQUÊTES  
SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS  
D'ACTIVITÉS DE 1986 ET DE 1991**

## **DIFFÉRENCES ENTRE LES ENQUÊTES SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS DE 1986 ET DE 1991**

L'utilisateur des données de l'ESLA de 1986 constatera que les données de l'ESLA de 1991 diffèrent de celles de l'ESLA de 1986 sur les plans du contenu et du détail géographique.

Statistique Canada s'est appliqué à rendre le contenu de l'ESLA de 1991 aussi comparable que possible à celui de l'ESLA de 1986. C'est la raison pour laquelle les questionnaires n'ont pas changé de format et pour laquelle aussi les changements apportés au contenu n'étaient pour la plupart que des ajouts. De nouvelles questions ont été ajoutées dans les cinq sections suivantes :

- De nouvelles questions ont été formulées de façon à mieux différencier les trois «autres» types d'incapacités -- déficience intellectuelle, difficultés d'apprentissage et problèmes de santé mentale -- dont il était question dans l'ESLA de 1986.
- La section sur les aides techniques s'enquiert maintenant de l'usage d'aides telles que les respirateurs.
- Des questions ont été ajoutées à la section sur l'emploi afin de savoir pourquoi les personnes ayant une incapacité sont en chômage ou ne cherchent pas de travail.
- La section sur les déplacements touche maintenant aux obstacles auxquels font face les personnes ayant une incapacité dans leur usage de chacun des modes de transport.
- La section sur le logement comprend maintenant des questions sur les préférences du répondant en matière de logement.

Les données de l'ESLA de 1986 sont offertes pour 200 régions infraprovinciales et 19 régions métropolitaines de recensement (RMR), ce qu'a rendu possible l'utilisation d'un échantillon de très grande taille. Comme la taille de l'échantillon global a été réduite, les données infraprovinciales de l'ESLA de 1991 ne seront disponibles que pour 17 RMR.

En 1986, deux des six questionnaires utilisés s'adressaient expressément aux habitants des régions du nord. Un autre était utilisé pour les enfants vivant dans un établissement. En 1991, Statistique Canada a utilisé le même formulaire pour les gens du Nord que pour le reste de la population canadienne et supprimé le formulaire utilisé pour les enfants vivant dans un établissement, ce qui a fait passer le nombre de questionnaires de six à trois.

Des trois questionnaires utilisés en 1991, deux servaient à interroger les adultes (des ménages et des établissements) et un était destiné aux enfants (des ménages seulement).

Vous trouverez ci-dessous la liste de toutes les nouvelles questions qui ont été ajoutées aux questionnaires de l'ESLA de 1991.

**Section A - Questions de sélection**  
Questions 22, 23, 24b, 27, 28 et 29a

**Section B - Aides techniques et services**  
Questions 11 à 14 et 17

**Section C - Activités quotidiennes**  
Questions 4, 9, 14, 19, 24, 28, 32, 34, 36 et 37

**Section D - Scolarité**  
Questions 10 et 11

**Section E - Emploi**  
Questions 18 à 23, 28 à 31, 33 à 35, 48, 49, 50 à 52, 55 à 61, 70 à 72, 74, 78, 79, 81, 82, 85 à 91

**Section F - Transport**  
Questions 3, 6, 8, 14, 18, 21, 25, 29, 33, 37 et 41

**Section G - Logement**  
Questions 1 à 7, 12, 17, 20, 21 et 23 à 25

**Section H - Loisirs et habitudes de vie**  
Questions 10 à 16

**Section I - Caractéristiques économiques**  
Questions 5 à 7

**Section A - Questions de sélection**  
Questions 3a à 3d, 6a à 6d, 7b à 7d, 12c, 12d, 15c, 15d et 19c à 19d

**Section B - Aides techniques et habitudes de vie**  
Questions 3 à 7 et 20 à 28

**Formulaire 02**  
**Adultes dans**  
**les ménages**



**Formulaire 04**  
**Adultes dans les**  
**établissements**

**Formulaire 03**  
**Enfants vivant**  
**dans les ménages**

**Section A - Questions de sélection**

Question 11b

**Section B - Scolarité**

Questions 3, 5, 6, 12, 14 à 17 et 22 à 30

**Section E - Activités physiques et habitudes de vie**

Questions 3 et 6 à 9



**ANNEXE B**

**RÉGIONS GÉOGRAPHIQUES  
COUVERTES PAR L'ESLA DE 1991**

# RÉGIONS GÉOGRAPHIQUES COUVERTES PAR L'ESLA

- Canada, provinces et territoires
- 17 régions métropolitaines de recensement :

Halifax	Partie ontarienne
Montréal	d'Ottawa-Hull*
Toronto	Oshawa*
Winnipeg	Hamilton*
Regina	St-Catharines-Niagara*
Calgary	Kitchener*
Edmonton	London*
Vancouver	Windsor*
	Sudbury*
	Thunderbay*



---

\* Le gouvernement de l'Ontario a déboursé les sommes nécessaires pour inclure ces RMR.

**ANNEXE C**

**TAILLE DES ÉCHANTILLONS  
DE L'ESLA DE 1991 POUR  
LE CANADA, LES PROVINCES ET LES  
TERRITOIRES, ET LES RÉGIONS  
MÉTROPOLITAINES DE RECENSEMENT  
SELON LE GROUPE D'ÂGE**

## CANADA, PROVINCES ET TERRITOIRES

1- Personnes qui ont répondu «oui» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.

2- Personnes qui n'ont pas répondu ou qui ont répondu «non» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.

Province ou territoire	Groupe d'âge	OUI <sup>1</sup> ÉCHANTILLON	NON <sup>2</sup> ÉCHANTILLON
<b>CANADA</b>	00-14	3340	39055
	15-34	11200	45530
	35-54	10650	19355
	55-64	6530	6840
	65+	3855	2495
	<b>Total:</b>	<b>36575</b>	<b>113275</b>
<b>Terre-Neuve</b>	00-14	225	3755
	15-34	440	3760
	35-54	390	1235
	55-64	215	360
	65+	235	240
	<b>Total:</b>	<b>1505</b>	<b>9350</b>
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	00-14	120	1785
	15-34	275	2195
	35-54	340	920
	55-64	240	325
	65+	240	190
	<b>Total:</b>	<b>1215</b>	<b>5415</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>	00-14	285	3030
	15-34	870	3720
	35-54	1020	1225
	55-64	610	365
	65+	500	135
	<b>Total:</b>	<b>3295</b>	<b>8475</b>
<b>Nouveau-Brunswick</b>	00-14	285	3195
	15-34	705	1880
	35-54	560	720
	55-64	360	270
	65+	335	180
	<b>Total:</b>	<b>2245</b>	<b>6245</b>
<b>Québec</b>	00-14	290	4205
	15-34	890	4155
	35-54	930	1555
	55-64	375	760
	65+	250	270
	<b>Total:</b>	<b>2735</b>	<b>10945</b>
<b>Ontario</b>	00-14	280	3165
	15-34	2445	8950
	35-54	2605	4325
	55-64	2110	1350
	65+	240	230
	<b>Total:</b>	<b>7680</b>	<b>18020</b>

## CANADA, PROVINCES ET TERRITOIRES

Province ou territoire	Groupe d'âge	OUI <sup>1</sup> ÉCHANTILLON	NON <sup>2</sup> ÉCHANTILLON
Manitoba	00-14	320	3425
	15-34	1150	3170
	35-54	980	1240
	55-64	465	510
	65+	410	215
	<b>Total:</b>		<b>3325</b>
Saskatchewan	00-14	380	4885
	15-34	900	4305
	35-54	845	1505
	55-64	545	635
	65+	530	240
	<b>Total:</b>		<b>3200</b>
Alberta	00-14	555	3270
	15-34	2120	5105
	35-54	1540	2355
	55-64	890	845
	65+	500	250
	<b>Total:</b>		<b>5605</b>
Colombie-Britannique	00-14	400	3250
	15-34	1005	3410
	35-54	925	1590
	55-64	400	455
	65+	325	200
	<b>Total:</b>		<b>3055</b>
Yukon	00-14	50	2015
	15-34	105	1405
	35-54	165	1135
	55-64	110	335
	65+	130	140
	<b>Total:</b>		<b>560</b>
Territoires du Nord-Ouest	00-14	150	3075
	15-34	295	3475
	35-54	350	1550
	55-64	210	630
	65+	160	205
	<b>Total:</b>		<b>1165</b>

1- Personnes qui ont répondu «oui» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.

2- Personnes qui n'ont pas répondu ou qui ont répondu «non» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.

## RÉGIONS MÉTRO- POLITAINES DE RECENSEMENT

1- Personnes qui ont répondu «oui» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.

2- Personnes qui n'ont pas répondu ou qui ont répondu «non» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.

RMR	Groupe d'âge	OUI <sup>1</sup> ÉCHANTILLON	NON <sup>2</sup> ÉCHANTILLON
Halifax	15-34	575	2515
	35-54	640	850
	55-64	315	220
	Total	1530	3585
Montréal	15-34	650	2760
	35-54	695	1075
	55-64	285	510
	Total	1630	4345
Ottawa	15-34	140	635
	35-54	230	390
	55-64	185	130
	Total	555	1155
Oshawa	15-34	120	425
	35-54	170	290
	55-64	155	50
	Total	445	765
Toronto	15-34	620	2810
	35-54	675	1180
	55-64	390	465
	Total	1685	4455
Hamilton	15-34	190	590
	35-54	210	270
	55-64	190	105
	Total	590	965
St-Catharines-Niagara	15-34	140	470
	35-54	100	205
	55-64	85	60
	Total	325	735
Kitchener	15-34	115	650
	35-54	160	305
	55-64	120	85
	Total	395	1040
London	15-34	195	515
	35-54	180	325
	55-64	190	70
	Total	565	910
Windsor	15-34	255	560
	35-54	220	265
	55-64	175	65
	Total	650	890

## RÉGIONS MÉTROPOLITAINES DE RECENSEMENT

RMR	Groupe d'âge	OUI <sup>1</sup> ÉCHANTILLON	NON <sup>2</sup> ÉCHANTILLON
Sudbury	15-34	210	705
	35-54	170	230
	55-64	145	70
	<b>Total:</b>	<b>525</b>	<b>1005</b>
Thunder Bay	15-34	115	415
	35-54	180	225
	55-64	105	60
	<b>Total:</b>	<b>400</b>	<b>700</b>
Winnipeg	15-34	825	2150
	35-54	755	880
	55-64	365	375
	<b>Total:</b>	<b>1945</b>	<b>3405</b>
Regina	15-34	335	1950
	35-54	385	795
	55-64	270	285
	<b>Total:</b>	<b>990</b>	<b>3030</b>
Calgary	15-34	815	2215
	35-54	600	970
	55-64	350	400
	<b>Total:</b>	<b>1765</b>	<b>3585</b>
Edmonton	15-34	1065	2130
	35-54	705	945
	55-64	425	355
	<b>Total:</b>	<b>2195</b>	<b>3430</b>
Vancouver	15-34	740	2275
	35-54	665	1095
	55-64	280	325
	<b>Total:</b>	<b>1685</b>	<b>3695</b>

1- Personnes qui ont répondu «oui» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.

2- Personnes qui n'ont pas répondu ou qui ont répondu «non» à la question 18 ou 19 du formulaire complet du Recensement.





***ANNEXE D***

***VARIABLES TIRÉES DU  
RECENSEMENT DE 1991***

## **VARIABLES TIRÉES DU RECENSEMENT DE 1991**

Comme l'échantillon des ménages de l'ESLA a été tiré des formulaires du Recensement de 1991, les deux bases de données peuvent être couplées de façon à fournir de l'information plus détaillée sur chaque personne sélectionnée.

La liste suivante montre les principales variables du recensement disponibles pour chaque répondant de l'ESLA. Pour obtenir une liste complète des variables du recensement et des explications supplémentaires à leur sujet, veuillez consulter le Dictionnaire du recensement de 1991 (numéro 92-301 au catalogue).

## **UNIVERS DE LA POPULATION**

<b>âge</b>	âge au dernier anniversaire de naissance (à la date de référence du recensement, soit le 4 juin 1991)
<b>sexe</b>	qualité d'homme ou de femme
<b>état matrimonial</b>	légalement marié(e) (et non séparé(e)); légalement marié(e) et séparé(e); divorcé(e); veuf(ve); célibataire (jamais marié(e)); vivant en union libre
<b>origine ethnique</b>	groupe(s) ethnique(s) culturel(s) auquel(s) appartiennent les ancêtres du répondant
<b>fécondité*</b>	nombre d'enfants nés vivants de femmes âgées de 15 ans ou plus
<b>exploitants agricoles</b>	personnes responsables de prendre au jour le jour les décisions nécessaires à la bonne marche de l'exploitation agricole
<b>mobilité (lieu de résidence 1 an auparavant)*</b>	la mobilité est déterminée d'après le lien entre le domicile habituel d'une personne le jour du recensement et son domicile habituel un an plus tôt
<b>mobilité (lieu de résidence 5 ans auparavant)</b>	la mobilité est déterminée d'après le lien entre le domicile habituel d'une personne le jour du recensement et son domicile habituel cinq ans plus tôt
<b>langue (langue maternelle)</b>	première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement

---

\* nouvelle variable utilisée lors du Recensement de 1991

<b>langue (langue parlée à la maison)</b>	langue que le recensé parlait le plus souvent à la maison au moment du recensement
<b>langue (connaissance des langues officielles)</b>	indique si le recensé peut soutenir une conversation en français et en anglais, ou dans aucune des deux langues officielles du Canada
<b>langue (connaissance des langues non officielles)*</b>	indique la ou les langues autres que le français ou l'anglais dans lesquelles le recensé peut soutenir une conversation
<b>revenu (revenu total)</b>	revenu total, en espèces, reçu par les personnes âgées de 15 ans ou plus durant l'année civile 1990
<b>revenu (revenu d'emploi)</b>	revenu total reçu en 1990 par les personnes âgées de 15 ans ou plus sous forme de rémunération, de revenu net dans une entreprise non agricole non constituée en société ou dans l'exercice d'une profession et de revenu net provenant d'un travail autonome agricole
<b>revenu (principale source de revenu)</b>	composante représentant la part la plus importante du revenu total d'une personne
<b>scolarité (principal domaine d'études)</b>	principale discipline ou principal domaine dans lequel le recensé a fait ses études ou reçu sa formation et obtenu son plus haut grade, certificat ou diplôme postsecondaire
<b>scolarité (nombre total d'années de scolarité)</b>	somme des années de scolarité aux niveaux primaire, secondaire, universitaire et non universitaire
<b>scolarité (plus haut niveau atteint)</b>	dernière année d'études primaires ou secondaires, terminée ou non, ou dernière année universitaire ou non universitaire terminée
<b>lieu de naissance</b>	province ou territoire de naissance, pour les personnes nées au Canada, ou pays de naissance, pour les personnes nées à l'extérieur du Canada

\* nouvelle variable utilisée lors du Recensement de 1991

**religion\***

confession religieuse ou appartenance à un groupe ou organisme religieux, à une secte, à un culte ou à toute autre collectivité ayant adopté une religion ou un système de croyances quelconque

## **UNIVERS DES FAMILLES**

### **Famille de recensement**

---

*Couple actuellement marié (avec ou sans fils ou filles jamais mariés des deux conjoints ou de l'un d'eux), couple vivant en union libre (avec ou sans fils ou filles jamais mariés des deux partenaires ou de l'un d'eux) ou parent seul (peu importe son état matrimonial) demeurant avec au moins un fils ou une fille jamais marié.*

---

**situation des particuliers dans la famille de recensement**

les familles de recensement sont classées selon la présence et le nombre d'«autres personnes» dans le ménage

**structure de la famille de recensement**

classement des familles de recensement en familles comptant un couple actuellement marié, en familles comptant un couple en union libre et en familles monoparentales selon le sexe du parent

**composition de la famille de recensement**

les familles de recensement sont classées selon le nombre ou le groupe d'âge des fils ou des filles jamais mariés à la maison

**revenu (revenu total de la famille de recensement)**

somme des revenus totaux de tous les membres d'une famille de recensement donnée

**genre de ménage**

répartition fondamentale des ménages privés en ménages familiaux et en ménages non familiaux

**taille du ménage**

nombre de personnes dans un ménage privé

**revenu (revenu total de la famille de recensement)**

somme des revenus totaux de tous les membres d'une famille de recensement donnée

**situation des particuliers dans le ménage**

classification des personnes selon qu'elles font partie d'un ménage familial ou non familial et selon qu'elles sont des membres d'une famille de recensement ou des personnes hors famille de recensement

**revenu (fréquence des unités à faible revenu)**

proportion ou pourcentage de familles économiques ou de personnes hors famille économique dans une catégorie donnée dont le revenu est inférieur aux seuils de faible revenu

---

\* nouvelle variable utilisée lors du Recensement de 1991

## **Famille économique**

---

<b>situation des particuliers dans la famille économique</b>	classement des personnes selon qu'elles appartiennent ou non à une famille économique
<b>structure de la famille économique</b>	classement des familles économiques en familles comptant un couple actuellement marié, en familles comptant un couple en union libre et en d'autres familles économiques
<b>genre de famille économique</b>	les familles économiques sont classées selon qu'un membre de la famille s'occupe ou non de faire les paiements du ménage tels que le loyer, l'hypothèque, les taxes ou l'électricité
<b>revenu (revenu total de la famille économique)</b>	somme des revenus totaux de tous les membres d'une famille économiques donnée

---

*Groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption*

---



**ANNEXE E**

**L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET  
L'INVALIDITÉ AU CANADA (ESIC)**

## **L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET L'INVALIDITÉ AU CANADA (ESIC)**

Statistique Canada a réalisé l'ESIC en octobre 1983 et en juin 1984. Il s'agissait de sa première réponse à *Obstacles*, le rapport du Comité parlementaire spécial concernant les invalides et les handicapés. *Obstacles* recommandait que Statistique Canada mette sur pied une base de données nationale sur l'incapacité.

C'était la première fois qu'on tentait de recueillir à l'échelle nationale des données sur l'incapacité en vertu des définitions fonctionnelles des concepts d'«incapacité» et de «handicap» acceptées par l'Organisation mondiale de la santé. On demandait aux répondants de l'ESIC s'ils étaient limités sur le plan fonctionnel dans l'accomplissement d'un certain nombre d'«activités de tous les jours», comme se déplacer, voir et entendre. De nombreux facteurs influent sur les estimations de la fréquence de l'incapacité, notamment la nature subjective de la réponse donnée par le répondant, le nombre de questions de sélection et les façons de les poser.

L'ESIC a été réalisée à titre de supplément à l'Enquête sur la population active (EPA). Cette dernière présente un double avantage : elle est la plus importante enquête-ménage mensuelle à être menée au Canada et elle est réalisée par un réseau existant d'interviewers locaux qualifiés.

L'échantillon des adultes (15 ans et plus) ayant participé à l'ESIC a été établi à partir des réponses fournies à un questionnaire de sélection remis au cinq sixièmes des répondants de l'EPA. Si le répondant avait une incapacité, on l'interviewait au moyen d'un formulaire de 19 pages. Environ 127 000 personnes faisant partie de 65 800 ménages ont répondu au questionnaire. Les 15 900 qui avaient une forme quelconque d'incapacité ont alors été interviewées.

L'ESIC couvrait les enfants de la naissance à 14 ans de toutes les provinces. Le questionnaire de sélection a permis de constater que 3 382 enfants avaient une affection chronique, utilisaient une aide technique ou étaient limités dans leurs activités normales à cause d'un problème de santé. Environ 2 000 entrevues par substitution ont ensuite été menées auprès de l'un des parents de l'enfant ou d'un autre adulte responsable, membre de la famille de l'enfant.



L'échantillon de l'ESIC a été établi de la même façon que celui de l'EPA, c'est-à-dire en se servant du ménage comme unité d'échantillonnage. Cette méthode permet d'obtenir un échantillon représentatif de 97 % de la population canadienne.



**ANNEXE F**

**COMMENT COMMANDER DES  
TOTALISATIONS PERSONNALISÉES**

## **COMMENT COMMANDER DES TOTALISATIONS PERSONNALISÉES**

L'utilisateur doit donner des instructions détaillées lorsqu'il commande des tableaux de l'ESLA. Cela lui évitera des malentendus et lui permettra d'obtenir des tableaux correspondant à ses besoins.

### **Coûts**

L'utilisateur qui demande des tableaux personnalisés doit supporter les frais reliés à sa réalisation.

La somme varie selon les coûts de la main-d'oeuvre et du traitement informatique nécessaires à la production et à la vérification des données. En règle générale, plus le tableau est complexe, plus il coûte cher. Des frais de géocodage s'ajoutent au prix s'il s'agit d'une région géographique non standard. Le géocodage consiste à recoder les enregistrements correspondant à la nouvelle région géographique définie par l'utilisateur afin qu'il soit ensuite possible de les isoler et de les utiliser pour composer des tableaux relatifs à cette région.

Le personnel de l'ESLA analyse la demande qui lui est présentée, puis communique avec le client afin de l'informer des frais et de l'échéance requis pour la production des tableaux. On lui envoie les tableaux achevés, que l'on fait suivre d'une facture détaillée.

### **Supports utilisés**

L'utilisateur peut obtenir les tableaux sur papier (imprimés d'ordinateurs) ou sur disquette de micro-ordinateurs. Dans ce dernier cas, il doit préciser dans sa demande toute exigence ayant trait à l'immatriculation de la disquette et à la disposition des données sur celle-ci.

### **Fiabilité et confidentialité**

Statistique Canada se réserve le droit de refuser de faire des tableaux ou de supprimer des parties de tableaux dont il ne pourrait garantir la fiabilité ou qui violeraient le droit d'un particulier à la confidentialité. Cela peut arriver lorsque les données portent sur une très petite région géographique ou sur un segment de la population à la fois petit et très spécifique.

### **Présentation de la demande de tableau**

Une demande de tableau doit comporter deux choses :

- une description des variables ou des éléments d'information à utiliser dans le tableau;
- la spécification même du tableau.

## ***Description des variables***

La liste de toutes les variables destinées dans les tableaux doit figurer dans la description des variables. Le nom de chacune des variables doit être suivi d'un chiffre entre parenthèses correspondant au nombre de catégories dans lesquelles on ventile cette variable, y compris les totaux et les sous-totaux qu'elle y produit. L'auteur de la demande doit ensuite préciser la colonne de titres. La colonne de titres comprend les libellés ou les descriptions des catégories qui figureront dans les tableaux.

### ***Exemples***

#### **Sexe (3)**

1. Total, les deux sexes
2. Femmes
3. Hommes

#### **Âge (5)**

1. Total, 15 ans et plus
2. 15 à 34 ans
3. 35 à 54 ans
4. 55 à 64 ans
5. 65 ans et plus

Une variable qui revient avec la même ventilation de catégories dans plus d'un tableau ne devrait figurer qu'une seule fois dans la demande. Mais si elle revient avec d'autres catégories, on l'y inscrit une deuxième fois afin d'indiquer la ventilation appropriée.

### ***Exemples***

#### **Plus haut niveau de scolarité atteint (3)**

1. Total, tous les niveaux
2. Niveau secondaire ou moins
3. Niveau postsecondaire ou plus

**Plus haut niveau de scolarité atteint (7)**

1. Total, tous les niveaux
2. Aucune scolarité
3. 1 à 8 années d'études
4. Niveau secondaire
5. Certaines études postsecondaires
6. Certificat ou diplôme
7. Grade universitaire

S'il veut regrouper des réponses de certaines questions d'un questionnaire, l'auteur de la demande doit spécifier les groupements désinés.

***Exemple :***

**Formulaire 02, Question C16 - Qui s'occupe habituellement de vos gros travaux ménagers ? (5)**

1. Total
2. Personne
3. Vous seul(e)/Vous-même et quelqu'un d'autre
4. Quelqu'un d'autre
5. Ne s'applique pas

Les renseignements suivants doivent accompagner chacune des demandes de tableau :

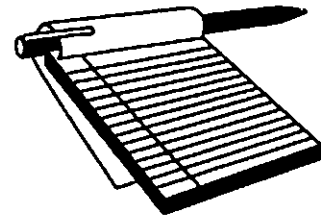
1. Titre du tableau
2. Unité de calcul (ou univers)
3. Région géographique de laquelle on devra prendre les données

Le titre du tableau doit indiquer l'unité de calcul, puis toutes les variables à recouper. Chaque variable doit être précédée de «selon» et suivie d'un chiffre approprié entre parenthèses, par exemple «Personnes ayant une incapacité selon l'âge (5) et selon le sexe (3)». Le chiffre entre parenthèses correspond au nombre de catégories dans lesquelles on ventile la variable et doit concorder avec un élément déjà défini dans la liste des variables. Toutes les variables mentionnées sont recoupées les unes avec les autres de façon à ce que l'on puisse déterminer facilement le nombre de cellules dans 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) et selon le plus haut niveau de scolarité atteint (7) renfermera 105 cellules (5 x 3 x 7).

Il appartient à l'utilisateur d'imaginer la disposition du tableau et de déterminer comment il lui serait le plus facile de l'utiliser. Il doit se prêter à cet exercice afin de spécifier les variables qui doivent figurer en tête des colonnes du tableau et l'ordre dans lequel les autres variables doivent apparaître à la gauche du tableau au début de chaque ligne. La variable qui sera utilisée dans les colonnes doit figurer à la fin dans le titre, précédée des autres variables dans l'ordre dans lequel elles devraient apparaître dans le tableau. Il serait très utile que l'utilisateur fournisse également un croquis du tableau qu'il souhaite obtenir.

Les tableaux de l'ESLA renferment habituellement des estimations du nombre de personnes, mais ils peuvent également contenir des calculs tels que des moyennes, des ratios et des pourcentages. Si l'utilisateur veut de tels calculs, il doit les mentionner dans le titre et fournir les renseignements détaillés nécessaires à leur calcul dans sa demande.

*Titre*



### *Unité de calcul (univers)*

L'unité de calcul, ou l'univers, à laquelle renvoie le titre du tableau doit être spécifiée en détail. Il peut s'agir :

- de la population ayant une incapacité;
- des enfants de moins de 15 ans ayant une incapacité;
- des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant dans un établissement;
- des personnes ayant une incapacité qui utilisent des aides techniques ou qui en ont besoin.

Chacun de ces exemples illustre ce qu'on entend par une «unité de calcul» pouvant être présentée dans un tableau.

### *Région géographique*

L'utilisateur doit énoncer clairement la ou les régions géographiques auxquelles renverra le tableau. Il devra inclure une variable «Région» dans la description des variables s'il s'agit de plus d'une région et n'aura qu'à l'indiquer dans le titre du tableau s'il s'agit d'une seule région.

### *Exemple :*

Canada et provinces

Certaines provinces (Manitoba, Saskatchewan et Alberta)

Région métropolitaine de recensement de Montréal

On peut obtenir certaines données de l'Enquête à l'échelle provinciale et, dans certains cas, à l'échelon de la région métropolitaine de recensement (RMR). Les données ne sont diffusées que si on peut en garantir la fiabilité, laquelle diminue avec le degré de précision.



## VARIABLES

*Demande type*

### Région (5)

1. Canada
2. Est du Canada (Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse)
3. Québec
4. Ontario
5. Ouest du Canada (Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon et Territoires du Nord-Ouest)

### Sexe (3)

1. Total, les deux sexes
2. Hommes
3. Femmes

### État matrimonial (5)

1. Total, tous les états matrimoniaux
2. Actuellement mariés
3. Séparés ou divorcés
4. Veufs
5. Jamais mariés

Personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant dans un ménage, selon la région (5), l'état matrimonial (5) et le sexe (3).

*Titre du tableau*

Personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant dans un ménage

*Unité de calcul  
(univers)*

Canada et provinces

*Région géographique*

**Tableau final**

Personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant dans un ménage, selon la région (5), l'état matrimonial (5) et le sexe (3).

	Les deux sexes	Femmes	Hommes
<b>Canada</b>			
Total, tous les états matrimoniaux			
Actuellement mariés			
Séparés ou divorcés			
Veufs			
Jamais mariés			
<b>Est du Canada</b>			
Total, tous les états matrimoniaux			
Actuellement mariés			
Séparés ou divorcés			
Veufs			
Jamais mariés			
<b>Ontario</b>			
Total, tous les états matrimoniaux			
Actuellement mariés			
Séparés ou divorcés			
Veufs			
Jamais mariés			
<b>Québec</b>			
Total, tous les états matrimoniaux			
Actuellement mariés			
Séparés ou divorcés			
Veufs			
Jamais mariés			
<b>Ouest du Canada</b>			
Total, tous les états matrimoniaux			
Actuellement mariés			
Séparés ou divorcés			
Veufs			
Jamais mariés			

**ANNEXE G**

**FORMULAIRES**  
**DE L'ESLA DE 1991**





# 1991 Enquête sur la santé et les limitations d'activités (Adultes - 15 et plus)

## Formule 02

"Déclaration exigée en vertu de la  
Loi sur la statistique, Loi révisée du  
Canada, 1985, chapitre S19."

### 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 d'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. Bien que votre participation à cette enquête soit volontaire votre coopération est importante afin que les renseignements recueillis puissent être les plus exacts et les plus complets possibles.

### État final du quest.

Entièrement complété	1	<input type="radio"/>
Partiellement	2	<input type="radio"/>
Refus	3	<input type="radio"/>
Aucun Contact	4	<input type="radio"/>
Formule 210	5	<input type="radio"/>
Formule 211	6	<input type="radio"/>
Formule 212	7	<input type="radio"/>

### DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

PROV <input type="text"/>	CEF N° <input type="text"/>	SD N° <input type="text"/>	NV <input type="text"/>	Ménage N° <input type="text"/>	Type de formule <b>0 2</b>	N° de la personne <input type="text"/>
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

Nom

.....

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour Mois Année	Sexe Homme 1 <input type="radio"/> Femme 2 <input type="radio"/>	Ind. rég. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N° de téléphone <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--

### Source de l'information

La personne de référence 1 <input type="radio"/>	Raison de la substitution →	Hospitalisée 5 <input type="radio"/>
OU		Incapable de répondre 6 <input type="radio"/>
Substitut - parent ou enfant 2 <input type="radio"/>		Personne absente 7 <input type="radio"/>
- autre membre de la famille 3 <input type="radio"/>		Autre 8 <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

Les questions suivantes portent sur votre capacité d'accomplir certaines activités que vous avez ou non recours à des aides techniques. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

Colonne de  
sélection  
Oui

**A1** Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une autre personne?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → *Passez à A2* **Passez à 1a**

**1a** À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge   (Si moins d'un an, inscrivez 00)

**1b** Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable ..... 3

Non, capable ..... 4

**1c** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à entendre?

Précisez

**1d** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

i) Présente à la naissance ..... 01

ii) Re liée au milieu de travail ..... 02

iii) Une maladie ou un mal ..... 03

iv) Le vieillissement ..... 04

v) La violence psychologique ou physique ..... 05

vi) Un accident - à la maison ..... 06

vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07

viii) Un accident - relié au travail ..... 08

ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09  →

x) Ne sait pas ..... 10

**A2** Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → *Passez à A3* **Passez à 2a**

**2a** À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge   (Si moins d'un an, inscrivez 00)

**2b** Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable ..... 3

Non, capable ..... 4

**2c** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à entendre?

Même affection qu'à la question   c → *Passez à A3*

Autrement, précisez

**2d** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
  - ii) Reliée au milieu de travail ..... 02
  - iii) Une maladie ou un mal ..... 03
  - iv) Le vieillissement ..... 04
  - v) La violence psychologique ou physique ..... 05
  - vi) Un accident - à la maison ..... 06
  - vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
  - viii) Un accident - relié au travail ..... 08
  - ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- x) Ne sait pas ..... 10

Colonne de  
sélection  
Oui

**A3 INTERVIEWER**

Si «Oui» est coché à la question A1 ou A2 ... 1  **Passez à 3a**  
Autrement ... 2  **—————> Passez à A4**

**3a** Êtes-vous capable d'entendre ce qu'on vous dit au téléphone?

- i) Oui, avec une prothèse auditive ..... 1
- ii) Oui, sans prothèse auditive ..... 2
- iii) Non, incapable ..... 3

**3b** J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques ou services pour les personnes sourdes ou mal entendant.

- Utilisez-vous actuellement:
- |   | <u>Oui</u>               | <u>Non</u> |
|---|--------------------------|------------|
| i) une prothèse avec interrupteur en T ..... 01 <input type="radio"/>   | 02 <input type="radio"/> |            |
| ii) un autre genre de prothèse auditive ..... 03 <input type="radio"/>  | 04 <input type="radio"/> |            |
| iii) un appareil de télécommunication pour les sourds (A.T.S.) ..... 05 <input type="radio"/>                         | 06 <input type="radio"/> |            |
| iv) un décodeur des émissions sous-titrées ..... 07 <input type="radio"/>   | 08 <input type="radio"/> |            |
| v) un système d'amplification, par exemple: un système M.F., fil magnétique ..... 09 <input type="radio"/>            | 10 <input type="radio"/> |            |
| vi) un interprète oral ou un interprète en langage visuel ..... 11 <input type="radio"/>                              | 12 <input type="radio"/> |            |
| vii) des alarmes citignotantes ou visuelles ..... 13 <input type="radio"/>  | 14 <input type="radio"/> |            |
| viii) un téléphone à volume réglable ..... 15 <input type="radio"/>   | 16 <input type="radio"/> |            |
| ix) un ordinateur pour communiquer ..... 17 <input type="radio"/>   | 18 <input type="radio"/> |            |
| x) un service de relais des appels téléphoniques offert par une compagnie de téléphone ..... 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> |            |
| xi) autre, s.v.p. précisez ..... 21 <input type="radio"/>   | 22 <input type="radio"/> |            |
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- 3c** Y a-t-il des aides techniques ou services pour les personnes sourdes ou mal entendant dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?
- Oui ..... 1  **Passez à 3d**
  - Non ..... 2  **Passez à 3f**

3d Quels sont les aides techniques ou services dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

Colonne de sélection  
Oui

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

- i) Une prothèse avec interrupteur en T ..... 01
  - ii) Un autre genre de prothèse auditive ..... 02
  - iii) Un appareil de télécommunication pour les sourds (A.T.S.) ... 03
  - iv) Un décodeur des émissions sous-titrées ..... 04
  - v) Un système d'amplification, par exemple:  
un système M.F., fil magnétique ..... 05
  - vi) Un interprète oral ou un interprète en  
langage visuel ..... 06
  - vii) Des alarmes clignotantes ou visuelles ..... 07
  - viii) Un téléphone à volume réglable ..... 08
  - ix) Un ordinateur pour communiquer ..... 09
  - x) Un service de relais des appels téléphoniques offert par  
une compagnie de téléphone ..... 10
  - xi) Autre, s.v.p. précisez ..... 11  →
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3e Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou services? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- |  | <u>Oui</u>               | <u>Non</u> |
|--|--------------------------|------------|
| i) N'en a pas besoin tout le temps ..... 01 <input type="radio"/>              | 02 <input type="radio"/> |            |
| ii) L'affection n'est pas assez grave ..... 03 <input type="radio"/>           | 04 <input type="radio"/> |            |
| iii) Ne sait pas où les obtenir ..... 05 <input type="radio"/>                 | 06 <input type="radio"/> |            |
| iv) Trop coûteux ou ne peut pas se le permettre ..... 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |            |
| v) N'ont jamais été prescrits ..... 09 <input type="radio"/>                   | 10 <input type="radio"/> |            |
| vi) Ne savait pas qu'ils existaient ..... 11 <input type="radio"/>             | 12 <input type="radio"/> |            |
| vii) N'étaient pas disponibles ..... 13 <input type="radio"/>                  | 14 <input type="radio"/> |            |
| viii) Autre raison, s.v.p. précisez ..... 15 <input type="radio"/> →           | 16 <input type="radio"/> |            |
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3f La prochaine question porte sur certaines capacités de communication que vous pouvez avoir. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- Êtes-vous capable:
- |   | <u>Oui</u>              | <u>Non</u> |
|---|-------------------------|------------|
| d'utiliser un langage visuel (LSA ou LSQ) ..... 1 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> |            |
| de lire sur le visage ou sur les lèvres ..... 3 <input type="radio"/>   | 4 <input type="radio"/> |            |

A4 Éprouvez-vous des difficultés à voir les caractères ordinaires d'un journal avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?

- Oui, éprouve des difficultés ..... 1   
Non, pas de difficulté 2  → *Passez à A5*

*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



<b>4c</b>	<b>Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez cette difficulté à voir?</b> Même affection qu'à la question <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="c"/> → <b>Passez à A5</b> Autrement, précisez <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Colonne de sélection</i> Oui	
<b>4d</b>	<b>Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></div> i) <b>Présente à la naissance</b> ..... 01 <input type="radio"/> ii) <b>Reliée au milieu de travail</b> ..... 02 <input type="radio"/> iii) <b>Une maladie ou un mal</b> ..... 03 <input type="radio"/> iv) <b>Le vieillissement</b> ..... 04 <input type="radio"/> v) <b>La violence psychologique ou physique</b> ..... 05 <input type="radio"/> vi) <b>Un accident - à la maison</b> ..... 06 <input type="radio"/> vii) <b>Un accident - causé par un véhicule moteur</b> ..... 07 <input type="radio"/> viii) <b>Un accident - relié au travail</b> ..... 08 <input type="radio"/> ix) <b>Autre, s.v.p. précisez</b> ..... 09 <input type="radio"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> x) <b>Ne sait pas</b> ..... 10 <input type="radio"/>		
<b>A5</b>	<b>Éprouvez-vous des difficultés à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds), avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?</b> Oui, éprouve des difficultés ..... 1 <input type="radio"/> Non, pas de difficulté 2 <input type="radio"/> → <b>Passez à A6</b>		Passez à 5a ↓
<b>5a</b>	<b>À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</b> Âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)		
<b>5b</b>	<b>Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b> Oui, totalement incapable ..... 3 <input type="radio"/> Non, capable ..... 4 <input type="radio"/>		
<b>5c</b>	<b>Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez cette difficulté à voir?</b> Même affection qu'à la question <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="c"/> → <b>Passez à A6</b> Autrement, précisez <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>5d</b>	<b>Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></div> i) <b>Présente à la naissance</b> ..... 01 <input type="radio"/> ii) <b>Reliée au milieu de travail</b> ..... 02 <input type="radio"/> iii) <b>Une maladie ou un mal</b> ..... 03 <input type="radio"/> iv) <b>Le vieillissement</b> ..... 04 <input type="radio"/> v) <b>La violence psychologique ou physique</b> ..... 05 <input type="radio"/> vi) <b>Un accident - à la maison</b> ..... 06 <input type="radio"/> vii) <b>Un accident - causé par un véhicule moteur</b> ..... 07 <input type="radio"/> viii) <b>Un accident - relié au travail</b> ..... 08 <input type="radio"/> ix) <b>Autre, s.v.p. précisez</b> ..... 09 <input type="radio"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> x) <b>Ne sait pas</b> ..... 10 <input type="radio"/>		
<b>A6 INTERVIEWER</b>	Si «Oui» est coché à la question A4 ou A5... 1 <input type="radio"/> <b>Passez à 6a</b> Autrement... 2 <input type="radio"/> → <b>Passez à A7</b>		

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

- Oui ..... 1
- Non ..... 2
- Ne sait pas ou incertain ..... 3

Colonne de  
sélection  
Oui

**6b J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques ou services pour les personnes handicapées visuelles. Je vais lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.**

- | Utilisez-vous actuellement:                                     | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i) du matériel de lecture en gros caractères                    | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) du matériel de lecture en braille                           | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) du matériel de lecture auditif (comme des livres parlants) | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) les services d'un lecteur - d'une lectrice                  | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) des lunettes ou des verres de contact                        | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) des loupes ou d'autres appareils grossissants               | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) du matériel d'enregistrement                               | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| viii) un ordinateur (incluant synthétiseur de parole)           | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |
| ix) une canne blanche   | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| x) un chien guide   | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> |
| xi) Autre, s.v.p. précisez                                      | 21 <input type="radio"/> | 22 <input type="radio"/> |
- 

**6c Y a-t-il des aides techniques ou services pour les personnes handicapées visuelles dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?**

- Oui ..... 1  *Passez à 6d*
- Non ..... 2  *Passez à A7*

**6d Quels sont les aides techniques ou services dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?**

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

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| i) Du matériel de lecture en gros caractères                    | 01 <input type="radio"/> |
| ii) Du matériel de lecture en braille                           | 02 <input type="radio"/> |
| iii) Du matériel de lecture auditif (comme des livres parlants) | 03 <input type="radio"/> |
| iv) Les services d'un lecteur - d'une lectrice                  | 04 <input type="radio"/> |
| v) Des lunettes ou des verres de contact                        | 05 <input type="radio"/> |
| vi) Des loupes ou d'autres appareils grossissants               | 06 <input type="radio"/> |
| vii) Du matériel d'enregistrement                               | 07 <input type="radio"/> |
| viii) Un ordinateur (incluant synthétiseur de parole)           | 08 <input type="radio"/> |
| ix) Une canne blanche   | 09 <input type="radio"/> |
| x) Un chien guide   | 10 <input type="radio"/> |
| xi) Autre, s.v.p. précisez                                      | 11 <input type="radio"/> |
- 

**6e Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou services? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.**

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) N'en a pas besoin tout le temps                 | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) L'affection n'était pas assez grave            | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Ne savait pas où les obtenir                  | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) Trop coûteux ou ne pouvait pas se le permettre | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) N'ont jamais été prescrits                      | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) Ne savait pas qu'il(s) existait(ent)           | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) N'étaient pas disponibles                     | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| viii) Autre raison, s.v.p. précisez                | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |
-

**A7** Éprouvez-vous des difficultés à parler et être compris(e)?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → **Passez à A8**

Colonne de sélection

Oui

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 êtes-vous capable de vous faire comprendre en parlant à:

	entièrement	partiellement	pas du tout
des membres de la famille .....	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
des amis .....	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
d'autres personnes .....	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>

**7c** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouviez des difficultés à parler et à être compris(e)?

Même affection qu'à la question 0   c → **Passez à 7e**

Autrement, précisez

**7d** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
- ii) Reliée au milieu de travail ..... 02
- iii) Une maladie ou un mal ..... 03
- iv) Le vieillissement ..... 04
- v) La violence psychologique ou physique ..... 05
- vi) Un accident - à la maison ..... 06
- vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
- viii) Un accident - relié au travail ..... 08
- ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09
- x) Ne sait pas ..... 10

**7e** J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques pour les personnes ayant de la difficulté à parler et à se faire comprendre. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

Utilisez-vous actuellement:

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i) un larynx artificiel .....   | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) une aide vocale à la communication, comme un «touch talker» ..... | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) un amplificateur pour la voix .....                              | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) un ordinateur pour communiquer .....                              | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) une planche de communication, par exemple une planche Bliss .....  | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) autre, s.v.p. précisez .....                                      | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |

**7f** Y a-t-il des aides techniques pour les personnes ayant de la difficulté à parler et à se faire comprendre dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?

Oui ..... 1  **Passez à 7g**

Non ..... 2  **Passez à A8**



**A9** Éprouvez-vous des difficultés à monter et à descendre un escalier (environ 12 marches)?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → *Passez à A10*

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 ..... 3

Non, capable ..... 4

**9c** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouviez des difficultés à monter et à descendre un escalier?

Même affection qu'à la question   c → *Passez à A10*

Autrement, précisez

**9d** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

i) Présente à la naissance ..... 01

ii) Reliée au milieu de travail ..... 02

iii) Une maladie ou un mal ..... 03

iv) Le vieillissement ..... 04

v) La violence psychologique ou physique ..... 05

vi) Un accident - à la maison ..... 06

vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07

viii) Un accident - relié au travail ..... 08

ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09

x) Ne sait pas ..... 10

**A10** Éprouvez-vous des difficultés à transporter un objet de 4,5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres ou 10 livres sur une distance de 30 pieds (par exemple, un sac d'épicerie)?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → *Passez à A11*

*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 ..... 3

Non, capable ..... 4

**10c** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouviez des difficultés à transporter un objet de 4,5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres ou 10 livres sur une distance de 30 pieds?

Même affection qu'à la question   c → *Passez à A11*

Autrement, précisez

<p><b>10d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance .....01 <input type="radio"/></p> <p>ii) Rellée au milieu de travail .....02 <input type="radio"/></p> <p>iii) Une maladie ou un mal .....03 <input type="radio"/></p> <p>iv) Le vieillissement .....04 <input type="radio"/></p> <p>v) La violence psychologique ou physique .....05 <input type="radio"/></p> <p>vi) Un accident - à la maison .....06 <input type="radio"/></p> <p>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07 <input type="radio"/></p> <p>viii) Un accident - rellé au travail .....08 <input type="radio"/></p> <p>ix) Autre, s.v.p. précisez .....09 <input type="radio"/> →</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p>x) Ne salt pas .....10 <input type="radio"/></p>																					<p>Colonne de sélection Oui</p>
<p><b>A11 Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre?</b></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"/> → <b>Passez à A12</b></p>	<p>Passez à 11a</p>																				
<p><b>11a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</b></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><b>11b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b></p> <p>Oui, totalement incapable .....3 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable .....4 <input type="radio"/></p>																					
<p><b>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?</b></p> <p>Même affection qu'à la question <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> c → <b>Passez à A12</b></p> <p>Autrement, précisez</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					
<p><b>11d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance .....01 <input type="radio"/></p> <p>ii) Rellée au milieu de travail .....02 <input type="radio"/></p> <p>iii) Une maladie ou un mal .....03 <input type="radio"/></p> <p>iv) Le vieillissement .....04 <input type="radio"/></p> <p>v) La violence psychologique ou physique .....05 <input type="radio"/></p> <p>vi) Un accident - à la maison .....06 <input type="radio"/></p> <p>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07 <input type="radio"/></p> <p>viii) Un accident - rellé au travail .....08 <input type="radio"/></p> <p>ix) Autre, s.v.p. précisez .....09 <input type="radio"/> →</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p>x) Ne salt pas .....10 <input type="radio"/></p>																					
<p><b>A12 Éprouvez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?</b></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"/> → <b>Passez à A13</b></p>	<p>Passez à 12a</p>																				
<p><b>12a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</b></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><b>12b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b></p> <p>Oui, totalement incapable .....3 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable .....4 <input type="radio"/></p>																					

12c Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?

Même affection qu'à la question   c → Passez à A13

Autrement, précisez

Colonne de sélection  
Oui

12d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
- ii) Reliée au milieu de travail ..... 02
- iii) Une maladie ou un mal ..... 03
- iv) Le vieillissement ..... 04
- v) La violence psychologique ou physique ..... 05
- vi) Un accident - à la maison ..... 06
- vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
- viii) Un accident - relié au travail ..... 08
- ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09
- x) Ne sait pas ..... 10

**A13** La section suivante comprend trois questions qui portent sur la souplesse. Rappelez-vous qu'il s'agit de problèmes qui durent depuis plus de six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

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 ..... 1

Non, pas de difficulté ..... 2  → Passez à A14

Passez à 13a

13a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge   (Si moins d'un an, inscrivez 00)

13b Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable ..... 3

Non, capable ..... 4

13c Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouviez des difficultés, lorsque vous êtes debout, à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher?

Même affection qu'à la question   c → Passez à A14

Autrement, précisez

13d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
- ii) Reliée au milieu de travail ..... 02
- iii) Une maladie ou un mal ..... 03
- iv) Le vieillissement ..... 04
- v) La violence psychologique ou physique ..... 05
- vi) Un accident - à la maison ..... 06
- vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
- viii) Un accident - relié au travail ..... 08
- ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09
- x) Ne sait pas ..... 10

**A14** Éprouvez-vous des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller?

Colonne de sélection

Oui

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → *Passez à A15* *Passez à 14a*

**14a** À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge   (Si moins d'un an, inscrivez 00)



**14b** Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable ..... 3

Non, capable ..... 4

**14c** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller?

Même affection qu'à la question   c → *Passez à A15*

Autrement, précisez

**14d** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

i) Présente à la naissance ..... 01

ii) Rellée au milieu de travail ..... 02

iii) Une maladie ou un mal ..... 03

iv) Le vieillissement ..... 04

v) La violence psychologique ou physique ..... 05

vi) Un accident - à la maison ..... 06

vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07

viii) Un accident - relié au travail ..... 08

ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09

x) Ne sait pas ..... 10

**A15** Éprouvez-vous des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → *Passez à A16* *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 ..... 3

Non, capable ..... 4

**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 en sortir?

Même affection qu'à la question   c → *Passez à A16*

Autrement, précisez



<p><b>15d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b></p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance .....01 <input type="radio"/></p> <p>ii) Rellée au milieu de travail .....02 <input type="radio"/></p> <p>iii) Une maladie ou un mal .....03 <input type="radio"/></p> <p>iv) Le vieillissement .....04 <input type="radio"/></p> <p>v) La violence psychologique ou physique .....05 <input type="radio"/></p> <p>vi) Un accident - à la maison .....06 <input type="radio"/></p> <p>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07 <input type="radio"/></p> <p>viii) Un accident - relié au travail .....08 <input type="radio"/></p> <p>ix) Autre, s.v.p. précisez .....09 <input type="radio"/> →</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>x) Ne sait pas .....10 <input type="radio"/></p>	<p>Colonne de sélection Oui</p>
<p><b>A16 Les quatre questions suivantes portent sur l'agilité. Éprouvez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteils? (C'est-à-dire, vous est-il physiquement difficile de vous couper les ongles d'orteils?)</b></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"/> → <b>Passez à A17</b></p>	<p>Passez à 16a</p>
<p><b>16a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</b></p> <p>Âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p>	<p>↓</p>
<p><b>16b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b></p> <p>Oui, totalement incapable .....3 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable .....4 <input type="radio"/></p>	
<p><b>16c Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouviez des difficultés à le faire?</b></p> <p>Même affection qu'à la question <input type="text"/> <input type="text"/> c → <b>Passez à A17</b></p> <p>Autrement, précisez</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	
<p><b>16d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b></p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance .....01 <input type="radio"/></p> <p>ii) Rellée au milieu de travail .....02 <input type="radio"/></p> <p>iii) Une maladie ou un mal .....03 <input type="radio"/></p> <p>iv) Le vieillissement .....04 <input type="radio"/></p> <p>v) La violence psychologique ou physique .....05 <input type="radio"/></p> <p>vi) Un accident - à la maison .....06 <input type="radio"/></p> <p>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07 <input type="radio"/></p> <p>viii) Un accident - relié au travail .....08 <input type="radio"/></p> <p>ix) Autre, s.v.p. précisez .....09 <input type="radio"/> →</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>x) Ne sait pas .....10 <input type="radio"/></p>	
<p><b>A17 Éprouvez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet (par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux)?</b></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"/> → <b>Passez à A18</b></p>	<p>Passez à 17a</p>
<p><b>17a À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?</b></p> <p>Âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p>	<p>↓</p>
<p><b>17b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b></p> <p>Oui, totalement incapable .....3 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable .....4 <input type="radio"/></p>	

**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 A18**

Autrement, précisez

Colonne de  
sélection  
Oui

**17d** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance .....01
- ii) Rellée au milieu de travail .....02
- iii) Une maladie ou un mal .....03
- iv) Le vieillissement .....04
- v) La violence psychologique ou physique .....05
- vi) Un accident - à la maison .....06
- vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07
- viii) Un accident - rellé au travail .....08
- ix) Autre, s.v.p. précisez .....09

- x) Ne sait pas .....10

**A18** Éprouvez-vous des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction (par exemple, au dessus de votre tête)?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → **Passez à A19**

**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 .....3
- Non, capable .....4

**18c** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction?

Même affection qu'à la question   c → **Passez à A19**

Autrement, précisez

**18d** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance .....01
- ii) Rellée au milieu de travail .....02
- iii) Une maladie ou un mal .....03
- iv) Le vieillissement .....04
- v) La violence psychologique ou physique .....05
- vi) Un accident - à la maison .....06
- vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07
- viii) Un accident - rellé au travail .....08
- ix) Autre, s.v.p. précisez .....09

- x) Ne sait pas .....10

**A19** Éprouvez-vous des difficultés à couper vos aliments?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → **Passez à A20**

**Passez  
à 19a**

**19a** À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge  (Si moins d'un an, inscrivez 00)

<p><b>19b Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b></p> <p>Oui, totalement incapable .....3 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable .....4 <input type="radio"/></p>	<i>Colonne de sélection Oui</i>
<p><b>19c Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à couper vos aliments?</b></p> <p>Même affection qu'à la question <input type="text"/> <input type="text"/> c → <b>Passez à A20</b></p> <p>Autrement, précisez</p> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
<p><b>19d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b></p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance .....01 <input type="radio"/></p> <p>ii) Re liée au milieu de travail .....02 <input type="radio"/></p> <p>iii) Une maladie ou un mal .....03 <input type="radio"/></p> <p>iv) Le vieillissement .....04 <input type="radio"/></p> <p>v) La violence psychologique ou physique .....05 <input type="radio"/></p> <p>vi) Un accident - à la maison .....06 <input type="radio"/></p> <p>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07 <input type="radio"/></p> <p>viii) Un accident - relié au travail .....08 <input type="radio"/></p> <p>ix) Autre, s.v.p. précisez .....09 <input type="radio"/> →</p> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <p>x) Ne sait pas .....10 <input type="radio"/></p>	
<p><b>A20 Voici la dernière question portant sur les aptitudes physiques.</b></p> <p>À cause d'une affection ou d'un problème de santé chronique qui dure depuis plus de six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire:</p> <p style="text-align: right;">(i) à la maison? .....01 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Oui, est limité(e) .....01 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non .....02 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">(ii) à l'école? .....03 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Oui, est limité(e) .....03 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non .....04 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Sans objet .....05 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">(iii) au travail? .....06 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Oui, est limité(e) .....06 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non .....07 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Sans objet .....08 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">(iv) dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs? .....09 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Oui, est limité(e) .....09 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non .....10 <input type="radio"/></p>	
<p><b>20a INTERVIEWER</b></p> <p>Si «Oui» est coché à la question A20(i), (ii), (iii) ou (iv) ... 1 <input type="radio"/></p> <p><b>Passez à 20b</b></p> <p>Autrement ... 2 <input type="radio"/> → <b>Passez à A21</b></p>	
<p><b>20b À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités?</b></p> <p>Âge <input style="width: 30px;" type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p>	
<p><b>20c Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui limite vos activités?</b></p> <p>Même affection qu'à la question <input type="text"/> <input type="text"/> c → <b>Passez à A21</b></p> <p>Autrement, précisez</p> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	

20d Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance .....01
  - ii) Rellée au milieu de travail .....02
  - iii) Une maladie ou un mal .....03
  - iv) Le vieillissement .....04
  - v) La violence psychologique ou physique .....05
  - vi) Un accident - à la maison .....06
  - vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07
  - viii) Un accident - relié au travail .....08
  - ix) Autre, s.v.p. précisez .....09  →
- 
- x) Ne sait pas .....10

Colonne de sélection  
Oui

**A21** Il arrive que certaines personnes aient plus de difficulté que d'autres à apprendre des choses nouvelles et à réagir à de nouvelles situations.

De temps à autre CHACUN éprouve des difficultés à se souvenir du nom d'une personne familière, 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?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté 2  → **Passez à A22**

Passez à 21a



21a À quel âge avez-vous commencé à avoir ces difficultés?

Âge   (Si moins d'un an, inscrivez 00)

21b Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés avec ces activités?

Même affection qu'à la question     c → **Passez à A22**

Autrement, précisez

21c Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance .....01
  - ii) Rellée au milieu de travail .....02
  - iii) Une maladie ou un mal .....03
  - iv) Le vieillissement .....04
  - v) La violence psychologique ou physique .....05
  - vi) Un accident - à la maison .....06
  - vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....07
  - viii) Un accident - relié au travail .....08
  - ix) Autre, s.v.p. précisez .....09  ↘
- 
- x) Ne sait pas .....10

<p><b>A22</b> i) Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à lire?</p> <p>Oui ..... 01 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 02 <input type="radio"/></p> <p>ii) Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à écrire?</p> <p>Oui ..... 03 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 04 <input type="radio"/></p> <p>iii) Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à épeler?</p> <p>Oui ..... 05 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 06 <input type="radio"/></p> <p>iv) Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à faire des additions et des soustractions?</p> <p>Oui ..... 07 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 08 <input type="radio"/></p> <p>v) À l'école, aviez-vous plus de difficulté dans certaines matières que dans d'autres?</p> <p>Oui ..... 09 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 10 <input type="radio"/></p>	<p>Colonne de sélection Oui</p>
<p><b>A23</b> i) Avez-vous de la difficulté à différencier la gauche de la droite?</p> <p>Oui ..... 01 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 02 <input type="radio"/></p> <p>ii) Est-ce qu'on vous dit souvent que vous ne faites pas les bonnes choses au bon moment?</p> <p>Oui ..... 03 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 04 <input type="radio"/></p> <p>iii) Avez-vous de la difficulté à expliquer vos idées lorsque vous parlez?</p> <p>Oui ..... 05 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 06 <input type="radio"/></p> <p>iv) Avez-vous de la difficulté à faire des activités qui comprennent plusieurs étapes (par exemple, suivre une recette)?</p> <p>Oui ..... 07 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 08 <input type="radio"/></p> <p>v) Avez-vous souvent de la difficulté à résoudre des problèmes concernant la vie de tous les jours?</p> <p>Oui ..... 09 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 10 <input type="radio"/></p> <p>vi) Avez-vous souvent besoin d'aide pour comprendre les gens que vous ne connaissez pas?</p> <p>Oui ..... 11 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 12 <input type="radio"/></p> <p>vii) Avez-vous souvent besoin d'aide pour parler aux gens que vous ne connaissez pas?</p> <p>Oui ..... 13 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 14 <input type="radio"/></p>	
<p><b>A24</b> (a) Est-ce qu'un professeur ou un professionnel de la santé (docteur, infirmière, travailleur(se) social ou conseiller(ère) vous a déjà dit, à vous ou à un membre de votre famille, que vous aviez des troubles d'apprentissage (comme la dyslexie, des difficultés d'attention, des troubles de perception ou de l'hyperactivité)?</p> <p>Oui ..... 1 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 2 <input type="radio"/></p> <p>(b) Dans le passé, on disait souvent aux personnes qui avaient de la difficulté à apprendre qu'elles étaient handicapées mentales, retardées ou arriérées. Quelqu'un a-t-il déjà utilisé ces mots pour vous décrire?</p> <p>Oui ..... 3 <input type="radio"/></p> <p>Non ..... 4 <input type="radio"/></p>	

**A25 Êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection ou d'un problème chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental?**

*Colonne de sélection*

<p><b>(i) à la maison?</b>          Oui, est limité(e) ..... 01 <input type="radio"/>          Non ..... 02 <input type="radio"/></p>	<p><i>Oui</i> 01 <input type="radio"/></p>
<p><b>(ii) à l'école?</b>          Oui, est limité(e) ..... 03 <input type="radio"/>          Non ..... 04 <input type="radio"/>          Sans objet ..... 05 <input type="radio"/></p>	<p>03 <input type="radio"/></p>
<p><b>(iii) au travail?</b>          Oui, est limité(e) ..... 06 <input type="radio"/>          Non ..... 07 <input type="radio"/>          Sans objet ..... 08 <input type="radio"/></p>	<p>06 <input type="radio"/></p>
<p><b>(iv) dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs?</b>          Oui, est limité(e) ..... 09 <input type="radio"/>          Non ..... 10 <input type="radio"/></p>	<p>09 <input type="radio"/></p>

**A26 INTERVIEWER**

*Si «Oui» est coché à la question A25(i), (ii), (iii) ou (iv) ... 1*

**Passez à 26a**

*Autrement ... 2  —————> Passez à A27*

**26a À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités?**

Âge   (Si moins d'un an, inscrivez 00)

**26b Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à le faire?**

Même affection qu'à la question   c —————> **Passez à A27**

Autrement, précisez

**26c Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?**

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
- ii) Rellée au milieu de travail ..... 02
- iii) Une maladie ou un mal ..... 03
- iv) Le vieillissement ..... 04
- v) La violence psychologique ou physique ..... 05
- vi) Un accident - à la maison ..... 06
- vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
- viii) Un accident - rrellé au travail ..... 08
- ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09  ↘

- x) Ne sait pas ..... 10

**A27** Voici maintenant quelques questions qui portent sur ce que vous ressentez ou avez déjà ressenti. Avez-vous déjà:

Colonne de  
sélection  
Oui

i) tout à coup éprouvé de la peur ou de l'anxiété dans une situation où, en général, les gens n'éprouvent ni peur ni anxiété?

Oui ..... 01

Non ..... 02

ii) eu une période de SIX MOIS ou plus au cours de laquelle vous avez été inquiet(e) ou anxieux(se) la plupart du temps?

Oui ..... 03

Non ..... 04

iii) eu une période de DEUX SEMAINES ou plus au cours de laquelle vous étiez triste ou déprimé(e), presque tous les jours?

Oui ..... 05

Non ..... 06

iv) eu une période de DEUX SEMAINES ou plus où presque plus rien ne vous intéressait, par exemple votre travail, vos passe-temps ou les activités qui vous distraient d'habitude?

Oui ..... 07

Non ..... 08

v) eu une période d'au moins DEUX JOURS où vous étiez si heureux ou excité(e) que vous vous êtes attiré(e) des ennuis, ou que votre famille ou vos amis s'en sont inquiétés?

Oui ..... 09

Non ..... 10

vi) eu une période de plusieurs jours où vous étiez tellement irritable que vous avez lancé ou brisé des objets, suscité une dispute, crié après les gens ou frappé quelqu'un?

Oui ..... 11

Non ..... 12

vii) eu des ennuis avec votre famille, vos amis ou avec la justice à cause de votre consommation d'alcool ou de drogue?

Oui ..... 13

Non ..... 14

**A28** Est-ce qu'un professionnel de la santé comme une infirmière, un médecin, un travailleur social ou un conseiller vous a déjà dit que:

i) vous aviez une dépression majeure?

Oui ..... 01

Non ..... 02

ii) vous aviez des épisodes maniaque-dépressifs?

Oui ..... 03

Non ..... 04

iii) vous aviez un problème dû à la consommation d'alcool ou de drogues?

Oui ..... 05

Non ..... 06

iv) vous étiez schizophrène?

Oui ..... 07

Non ..... 08

v) vous aviez une dépression nerveuse ou un problème de nervosité?

Oui ..... 09

Non ..... 10

vi) vous aviez un autre problème sérieux de nature émotionnelle?

Oui ..... 11

Non ..... 12

	<p><b>A29 INTERVIEWER</b></p> <p><i>Si «Oui» est coché à la question A28 . . . 1 <input type="radio"/></i></p> <p><i>Passez à 29a</i></p> <p><i>Autrement . . . 2 <input type="radio"/> → Passez à A30</i></p>		<p><i>Colonne de sélection</i></p> <p><i>Oui</i></p>
<p><b>29a</b></p>	<p><b>Vous sentez-vous limité parce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez un problème de santé mentale, que vous soyez d'accord ou non avec cette affirmation?</b></p> <p>(i) <b>à la maison?</b></p> <p>Oui, est limité(e) . . . . . 01 <input type="radio"/></p> <p>Non . . . . . 02 <input type="radio"/></p> <p>(ii) <b>à l'école?</b></p> <p>Oui, est limité(e) . . . . . 03 <input type="radio"/></p> <p>Non . . . . . 04 <input type="radio"/></p> <p>Sans objet . . . . . 05 <input type="radio"/></p> <p>(iii) <b>au travail?</b></p> <p>Oui, est limité(e) . . . . . 06 <input type="radio"/></p> <p>Non . . . . . 07 <input type="radio"/></p> <p>Sans objet . . . . . 08 <input type="radio"/></p> <p>(iv) <b>dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs?</b></p> <p>Oui, est limité(e) . . . . . 09 <input type="radio"/></p> <p>Non . . . . . 10 <input type="radio"/></p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>A30 INTERVIEWER</b></p> <p><i>Si au moins un «Oui» est coché dans la colonne de sélection des pages 2 à 20 . . . 1 <input type="radio"/></i></p> <p><i>Passez à la Section B, page 21</i></p> <p><i>Autrement . . . 2 <input type="radio"/> → Remercier le répondant.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>FIN DE L'INTERVIEW</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Remplir la page couverture du questionnaire.</i></p> </div>			



**SECTION B - AIDES TECHNIQUES OU SERVICES**

Les questions suivantes portent sur l'utilisation que vous faites des aides techniques et de certains services. 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 des aides techniques ou du matériel spécialisé pour vous déplacer, comme des béquilles ou un fauteuil roulant?

Oui ..... 1   *Passez à B2*  
Non ..... 2   *Passez à B3*

---

**B2** Quelles aides techniques ou quel matériel spécialisé utilisez-vous pour vous aider à vous déplacer? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
i) Un support de dos ou de jambes .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) Des chaussures orthopédiques .....	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Un pied artificiel .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Une jambe artificielle .....	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) Une canne (autre qu'une canne blanche) .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
vi) Des béquilles .....	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
vii) Une marchette .....	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>
viii) Un scooter .....	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>
ix) Un fauteuil roulant non motorisé .....	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>
x) Un fauteuil roulant motorisé .....	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
xi) D'autres aides à la mobilité, s.v.p. précisez .....	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B5** Pourquoi n'avez vous pas ces aides techniques ou ce matériel spécialisé? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
i) Vous n'en avez pas besoin tout le temps .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) L'affection n'est pas assez grave .....	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Vous ne savez pas où les obtenir .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Trop coûteux ou ne pouvez pas vous le permettre .....	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) N'ont jamais été prescrits .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
vi) N'étaient pas disponibles .....	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
vii) Vous ne savez pas que cela existait .....	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>
viii) Autre raison, s.v.p. précisez .....	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B6** Utilisez-vous des aides techniques ou du matériel spécialisé pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou vous aider à vous en servir?

Oui ..... 1   *Passez à B7*  
Non ..... 2   *Passez à B8*

**B3** Y a-t-il des aides techniques ou du matériel spécialisé dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

Oui ..... 1   *Passez à B4*  
Non ..... 2   *Passez à B6*

**B7** Quelles sont les aides techniques ou quel est le matériel spécialisé que vous utilisez pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou vous aider à vous en servir? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
i) Une main artificielle .....	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
ii) Un bras artificiel .....	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
iii) Un support de bras .....	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
iv) Autre chose, s.v.p. précisez .....	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B4** Quelles sont les aides techniques ou quel est le matériel spécialisé dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

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

i) Un support de dos ou de jambes .....	01 <input type="checkbox"/>
ii) Des chaussures orthopédiques ..	02 <input type="checkbox"/>
iii) Un pied artificiel .....	03 <input type="checkbox"/>
iv) Une jambe artificielle .....	04 <input type="checkbox"/>
v) Une canne (autre qu'une canne blanche) .....	05 <input type="checkbox"/>
vi) Des béquilles .....	06 <input type="checkbox"/>
vii) Une marchette .....	07 <input type="checkbox"/>
viii) Un scooter .....	08 <input type="checkbox"/>
ix) Un fauteuil roulant non motorisé ..	09 <input type="checkbox"/>
x) Un fauteuil roulant motorisé .....	10 <input type="checkbox"/>
xi) D'autres aides à la mobilité, s.v.p. précisez .....	11 <input type="checkbox"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B8** Y a-t-il des aides techniques ou du matériel spécialisé dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?

Oui ..... 1   *Passez à B9*  
Non ..... 2   *Passez à B11*

**B9** Quelles sont les aides techniques ou quel est le matériel spécialisé dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas? Rappelez-vous, il s'agit de matériel ou d'aides techniques pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou vous aider à vous en servir.

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

i) Une main artificielle .....	3 <input type="checkbox"/>
ii) Un bras artificiel .....	4 <input type="checkbox"/>
iii) Un support de bras .....	5 <input type="checkbox"/>
iv) D'autres aides techniques ou matériel spécialisé pour les mains ou les bras, s.v.p. précisez .....	6 <input type="checkbox"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B10** Pourquoi n'avez pas ces aides techniques ou ce matériel spécialisé? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- |   | Oui                       | Non                       |
|---|---------------------------|---------------------------|
| i) Vous n'en avez pas besoin tout le temps .....          | .01 <input type="radio"/> | .02 <input type="radio"/> |
| ii) L'affection n'est pas assez grave .....               | .03 <input type="radio"/> | .04 <input type="radio"/> |
| iii) Vous ne savez pas où les obtenir .....               | .05 <input type="radio"/> | .06 <input type="radio"/> |
| iv) Trop coûteux ou ne pouvez pas vous le permettre ..... | .07 <input type="radio"/> | .08 <input type="radio"/> |
| v) N'a jamais été prescrit .....                          | .09 <input type="radio"/> | .10 <input type="radio"/> |
| vi) N'étaient pas disponibles .....                       | .11 <input type="radio"/> | .12 <input type="radio"/> |
| vii) Vous ne saviez pas que cela existait .....           | .13 <input type="radio"/> | .14 <input type="radio"/> |
| viii) Autre raison, s.v.p. précisez .....                 | .15 <input type="radio"/> | .16 <input type="radio"/> |

**B11** Utilisez-vous d'autres aides techniques ou du matériel spécialisé (comme un respirateur, un vaporisateur, des dispositifs TENS, etc.)?

Oui, s.v.p. précisez ..... 1

Non ..... 2

**B12** En général, éprouvez-vous des douleurs ou des malaises?

Oui ..... 3

Non ..... 4  *Passez à B15*

**B13** Comment décririez-vous l'intensité habituelle de ces douleurs ou malaises?

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

Faible ..... 5

Modérée ..... 6

Forte ..... 7

**B14** Combien y-a-t-il d'activités que vous ne pouvez faire en raison de douleurs ou de malaises que vous éprouvez?

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

Aucune ..... 1

Un petit nombre ..... 2

Un certain nombre ..... 3

La plupart ..... 4

**B15** Prenez-vous régulièrement des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance c'est-à-dire au moins une fois par semaine?

Non ..... 1  *PASSEZ À LA SECTION C*

Oui ..... 2



(a) Combien de sortes de médicaments SUR ORDONNANCE prenez-vous CHAQUE JOUR?

Aucune ..... 3

1 à 3 sortes ..... 4

4 sortes ou plus ..... 5

(b) Combien de sortes de médicaments SANS ORDONNANCE prenez-vous CHAQUE JOUR?

Aucune ..... 6

1 à 3 sortes ..... 7

4 sortes ou plus ..... 8

**B16** Y a-t-il d'autres médicaments que vous prenez régulièrement, mais PAS À TOUS LES JOURS?

Non ..... 1  *Passez à B17*

Oui ..... 2



(a) Combien de sortes de médicaments sur ORDONNANCE prenez-vous?

Aucune ..... 3

1 à 3 sortes ..... 4

4 sortes ou plus ..... 5

(b) Combien de sortes de médicaments SANS ORDONNANCE prenez-vous?

Aucune ..... 6

1 à 3 sortes ..... 7

4 sortes ou plus ..... 8

**B17** Quelqu'un d'autre que vous doit-il organiser les médicaments que vous prenez?

Oui ..... 1

Non ..... 2

## SECTION C - SERVICES SOCIAUX

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous effectuez vos activités quotidiennes.

**C1** Qui prépare habituellement vos repas?

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

Vous seul ..... 1  *Passez à C5*

Vous-même et quelqu'un d'autre ..... 2  *Passez à C2*

Quelqu'un d'autre ..... 3  *Passez à C2*

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

Oui ..... 4  *Passez à C3*

Non ..... 5  *Passez à C6*

**C3 Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour préparer vos repas?**

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

Combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

	Non	Oui	Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine
i) Époux, épouse ou conjoint	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
ii) Fils	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
iii) Fille	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
iv) Parents	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v) Frère ou soeur	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi) D'autres personnes apparentées	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii) Ami(e) ou voisin(e)	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>
viii) Organisme à but non-lucratif	36 <input type="radio"/>	37 <input type="radio"/>	38 <input type="radio"/>	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
ix) Organisme ou compagnie privé	41 <input type="radio"/>	42 <input type="radio"/>	43 <input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>

**C4 Devez-vous payer pour ce service de votre poche, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e).**

- Oui ..... 1   
 Non ..... 2

**C5 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'aide ou d'aide ADDITIONNELLE pour préparer vos repas?**

- Oui ..... 3   
 Non ..... 4

**C6 Qui fait habituellement vos achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels?**

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

- Vous seul ..... 5   *Passez à C10*  
 Vous-même et quelqu'un d'autre ..... 6   *Passez à C7*  
 Quelqu'un d'autre ..... 7   *Passez à C7*

**C7 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?**

- Oui ..... 8   *Passez à C8*  
 Non ..... 9   *Passez à C11*

**C8 Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour faire vos achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels?**

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

Combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

	Non	Oui	Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine
i) Époux, épouse ou conjoint	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
ii) Fils	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
iii) Fille	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
iv) Parents	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v) Frère ou soeur	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi) D'autres personnes apparentées	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii) Ami(e) ou voisin(e)	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>
viii) Organisme à but non-lucratif	36 <input type="radio"/>	37 <input type="radio"/>	38 <input type="radio"/>	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
ix) Organisme ou compagnie privé	41 <input type="radio"/>	42 <input type="radio"/>	43 <input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>

**C9** Devez-vous payer pour ce service de votre poche, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e).

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

**C10** À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'aide ou d'aide ADDITIONNELLE pour vos achats d'épicerie ou d'autres produits de première nécessité?

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

**C11** Qui s'occupe habituellement de vos travaux ménagers courants comme épousseter ou ranger?

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

- Vous seul ..... 5  *Passez à C15*
- Vous-même et quelqu'un d'autre ..... 6  *Passez à C12*
- Quelqu'un d'autre ..... 7  *Passez à C12*

**C12** Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui ..... 8  *Passez à C13*
- Non ..... 9  *Passez à C16*

**C13** Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos travaux ménagers courants?

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

Combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

	Non	Oui	Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine
i) Époux, épouse ou partenaire	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
ii) Fils	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
iii) Fille	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
iv) Parents	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v) Frère ou sœur	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi) D'autres personnes apparentées	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii) Ami(e) ou voisin(e)	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>
viii) Organisme à but non-lucratif	36 <input type="radio"/>	37 <input type="radio"/>	38 <input type="radio"/>	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
ix) Organisme ou compagnie privé	41 <input type="radio"/>	42 <input type="radio"/>	43 <input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>

**C14** Devez-vous payer pour ce service de votre poche, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e).

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

**C15** À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'aide ou d'aide ADDITIONNELLE pour vos travaux ménagers courants?

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

**C16** 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.

- i) Vous seul(e) ..... 5  *Passez à C20*
- ii) Vous-même et quelqu'un d'autre ..... 6  *Passez à C17*
- iii) Quelqu'un d'autre ..... 7  *Passez à C17*
- iv) Personne ..... 8  *Passez à C20*
- v) Ne s'applique pas ..... 9  *Passez à C21*

**C17 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?**

- Oui ..... 1  *Passez à C18*  
 Non ..... 2  *Passez à C21*

**C18 Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos gros travaux ménagers?**

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: *combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?*

		Comblen de fois cette personne vous a-t-elle aidé?		
		Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois
i)	Époux, épouse ou partenaire ..... 01 <input type="radio"/> Non .. 02 <input type="radio"/> Oui	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
ii)	Fils ..... 06 <input type="radio"/> Non .. 07 <input type="radio"/> Oui	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
iii)	Fille ..... 11 <input type="radio"/> Non .. 12 <input type="radio"/> Oui	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
iv)	Parents ..... 16 <input type="radio"/> Non .. 17 <input type="radio"/> Oui	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v)	Frère ou soeur ..... 21 <input type="radio"/> Non .. 22 <input type="radio"/> Oui	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi)	D'autres personnes apparentées ..... 26 <input type="radio"/> Non .. 27 <input type="radio"/> Oui	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii)	Ami(e) ou voisin(e) ..... 31 <input type="radio"/> Non .. 32 <input type="radio"/> Oui	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>
viii)	Organisme à but non-lucratif ..... 36 <input type="radio"/> Non .. 37 <input type="radio"/> Oui	38 <input type="radio"/>	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
ix)	Organisme ou compagnie privé ..... 41 <input type="radio"/> Non .. 42 <input type="radio"/> Oui	43 <input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>

**C19 Devez-vous payer pour ce service de votre poche, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e).**

- Oui ..... 1   
 Non ..... 2

**C20 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'aide ou d'aide ADDITIONNELLE pour vos gros travaux ménagers?**

- Oui ..... 3   
 Non ..... 4

**C21 Qui s'occupe habituellement de vos finances personnelles, comme les transactions bancaires ou le paiement des factures?**

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

- Vous seul ..... 5  *Passez à C25*  
 Vous-même et quelqu'un d'autre ..... 6  *Passez à C22*  
 Quelqu'un d'autre ..... 7  *Passez à C22*

**C22 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?**

- Oui ..... 8  *Passez à C23*  
 Non ..... 9  *Passez à C26*

**C23 Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos finances personnelles?**

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: *combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?*

		Comblen de fois cette personne vous a-t-elle aidé?		
		Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois
i)	Époux, épouse ou partenaire ..... 01 <input type="radio"/> Non .. 02 <input type="radio"/> Oui	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
ii)	Fils ..... 06 <input type="radio"/> Non .. 07 <input type="radio"/> Oui	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
iii)	Fille ..... 11 <input type="radio"/> Non .. 12 <input type="radio"/> Oui	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
iv)	Parents ..... 16 <input type="radio"/> Non .. 17 <input type="radio"/> Oui	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v)	Frère ou soeur ..... 21 <input type="radio"/> Non .. 22 <input type="radio"/> Oui	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi)	D'autres personnes apparentées ..... 26 <input type="radio"/> Non .. 27 <input type="radio"/> Oui	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii)	Ami(e) ou voisin(e) ..... 31 <input type="radio"/> Non .. 32 <input type="radio"/> Oui	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>
viii)	Organisme à but non-lucratif ..... 36 <input type="radio"/> Non .. 37 <input type="radio"/> Oui	38 <input type="radio"/>	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
ix)	Organisme ou compagnie privé ..... 41 <input type="radio"/> Non .. 42 <input type="radio"/> Oui	43 <input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>

C24 Devez-vous payer pour ce service de votre poche, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e).

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

C25 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'aide ou d'aide ADDITIONNELLE pour vos finances personnelles?

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

C26 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, recevez-vous de l'aide pour vos soins personnels, par exemple pour vous laver, faire votre toilette, vous habiller et manger?

- Oui ..... 5  *Passez à C27*
- Non ..... 6  *Passez à C29*

C27 Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos soins personnels?

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: **combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?**

	Non	Oui		En moyenne combien de jours par semaine?	ET	En moyenne combien d'heures par jour?
i) Époux, épouse ou partenaire	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
ii) Fils	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
iii) Fille	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
iv) Parents	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
v) Frère ou sœur	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
vi) D'autres personnes apparentées	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
vii) Ami(e) ou voisin(e)	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
viii) Organisme à but non-lucratif	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
ix) Organisme ou compagnie privé	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>

C28 Devez-vous payer pour ce service de votre poche, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e).

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

C29 En raison de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'aide ou d'aide ADDITIONNELLE pour vos soins personnels?

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

C30 Comment vous déplacez-vous à l'intérieur de votre résidence?

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

- i) Par vous-même ..... 5  *Passez à C33*
- ii) Parfois par vous-même et parfois avec l'aide d'une autre personne ..... 6  *Passez à C31*
- iii) Uniquement avec l'aide d'une autre personne ..... 7  *Passez à C31*
- iv) Vous ne pouvez pas vous déplacer à cause de votre affection ou de votre problème de santé ..... 8  *Passez à C33*

**C31** Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vous déplacer?

**INTERVIEWER:** Lisez la liste.

- |                                    | <u>Non</u>               | <u>Oui</u>               |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i) Époux, épouse ou partenaire     | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) Fils                           | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Filles                        | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) Parents                        | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) Frère ou sœur                   | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) D'autres personnes apparentées | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) Ami(e) ou voisin(e)           | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| viii) Organisme à but non-lucratif | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |
| ix) Organisme ou compagnie privé   | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |

**C32** Devez-vous payer pour ce service de votre poche, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e).

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

**C33** À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'aide ou d'aide ADDITIONNELLE pour vous déplacer à l'intérieur de votre résidence?

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

**C34** Jusqu'à quel point contrôlez-vous les décisions qui vous touchent?

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

- i) pas du tout ..... 5
- ii) pas beaucoup ..... 6
- iii) vous prenez la plupart des décisions ..... 7
- iv) vous prenez toutes les décisions ..... 8

**C35** Les questions suivantes portent sur les services sociaux et les services de santé.

En tenant compte des rendez-vous réguliers pour des fins de traitement, de consultation ou de thérapie, combien de fois au cours des trois derniers mois avez-vous consulté:

**INTERVIEWER:** Si aucune, inscrivez 00.

- |  | Nombre de fois   |
|--|--|
| i) un dentiste .....   | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |
| ii) une infirmière ou un infirmier (incluant une infirmière vue à la clinique ou une infirmière visiteuse, mais en excluant l'infirmière vue pour prendre rendez-vous) ..... | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/><br><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| iii) un chiropracticien .....  | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |
| iv) un psychologue, un travailleur social, un conseiller ou un travailleur en santé mentale .....  | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |
| v) un physiothérapeute, un ergothérapeute, un thérapeute des troubles de la parole et du langage .....   | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |
| vi) un médecin de famille ou un médecin de pratique générale au sujet de votre santé .....   | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |
| vii) un médecin spécialiste (par exemple, un cardiologue) .....  | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |
| viii) un autre spécialiste de la santé, s.v.p. précisez .....  | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>   |
| <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ←  |  |

**C36** Avez-vous eu des difficultés à obtenir ces services?

- Oui ..... 1  *Passez à C37*
- Non ..... 2  *Passez à C38*

C37 Quelles difficultés avez-vous rencontrées? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	Oui	Non
i) Trop coûteux .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) Avait besoin de l'aide de quelqu'un pour prendre rendez-vous ou pour vous accompagner .....	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Transport inadéquat .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Trop loin .....	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) Établissement ou immeuble inaccessible .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
vi) Physiquement incapable de vous rendre .....	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
vii) Autre, s.v.p. précisez .....	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C38 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, comme patient, passé des nuits à l'hôpital, dans un centre d'hébergement ou dans une maison de convalescence?

Oui ..... 1  → Combien de nuits?

Non ..... 2

**SECTION D — SCOLARITÉ**

D1 *INTERVIEWER:*  
Transcrivez la date de naissance de la page couverture.

Jour Mois Année

Si la date de naissance est antérieure au 4 juin 1926, alors ..... 1  *Passez à la Section F, page 40*  
 Autrement ..... 2  *Passez à D2*

D2 Les questions suivantes portent sur la scolarité.  
 En avril 1991, étiez-vous inscrit(e) à une école, à un collège ou à une université?

Oui ..... 3  *Passez à D3*  
 Non ..... 4  *Passez à D13*

D3 Étiez-vous inscrit comme étudiant à:

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

temps plein ..... 5   
 temps partiel - jour ..... 6   
 temps partiel - soir ..... 7

D4 Suvriez-vous des cours par correspondance ou à domicile en avril 1991? Ne tenez compte que des cours qui peuvent donner des crédits en vue de l'obtention d'un certificat, diplôme ou grade.

Oui ..... 8   
 Non ..... 9

D5 En avril 1991, dans quel genre d'école étiez-vous inscrit(e)? Je vais vous lire une liste. Veuillez n'indiquer qu'une seule réponse.

i) École primaire ou secondaire ordinaire ..... 1  *Passez à D6*  
 ii) École spéciale ..... 2  *Passez à D7*  
 iii) Collège communautaire, CEGEP, Institut technique, hôpital-école de soins infirmiers ou de technologie médicale ..... 3  *Passez à D9*  
 iv) Université ..... 4  *Passez à D9*  
 v) Autre, s.v.p. précisez ..... 5  *Passez à D10*

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**D6** À cette école, étiez-vous inscrit(e):

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

uniquement à des classes ordinaires ..... 1  **Passez à D8**

uniquement à des classes spéciales  
ou des classes d'appoints ..... 2  **Passez à D7**

à certaines classes ordinaires et à  
certaines classes spéciales ou  
d'appoints ..... 3  **Passez à D7**

**D7** Quel genre de formation receviez-vous à cette école? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
i) Activités de la vie quotidienne ..... 01 <input type="radio"/>	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) Physiothérapie ou thérapie de communication ..... 03 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Cours de formation générale ..... 05 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Métiers ou formation professionnelle ..... 07 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) Autre, s.v.p. précisez ..... 09 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>

↓

**D8** En quelle année étiez-vous inscrit(e) en avril 1991?

Aucune année en particulier ..... 1  **Passez à D10**

Année   **Passez à D10**

**D9** Quel genre de grade, diplôme ou certificat désirez-vous obtenir?

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

i) Diplôme ou certificat non universitaire ..... 1

ii) Diplôme ou certificat universitaire inférieur  
au baccalauréat ..... 2

iii) Baccalauréat ..... 3

iv) Diplôme d'études supérieures (maîtrise, doctorat) ..... 4

v) Aucun grade, diplôme ou certificat ..... 5

**D10** À l'école, avez-vous besoin d'installations adaptées, d'aménagements spéciaux ou de certains services, comme:

**INTERVIEWER: Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: a-t-on mis ces choses à votre disposition?**

	<u>Non</u>	<u>Oui</u>		<b>A-t-on mis ces choses à votre disposition?</b>	
				<u>Oui</u>	<u>Non</u>
i) Immeuble accessible ..... 01 <input type="radio"/>	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>		03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
ii) salle de cours accessible ..... 05 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>		07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
iii) résidence accessible ..... 09 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>		11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
iv) salle de toilettes accessible ..... 13 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>		15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>
v) transport adéquat ..... 17 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>		19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
vi) autre, s.v.p. précisez ..... 21 <input type="radio"/>	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>		23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>

↓

**D11 Afin d'être en mesure de suivre vos cours, avez-vous besoin d'aides techniques, d'appareils ou de services, comme:**

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: cela a-t-il été mis à votre disposition?

	Non	Oui		Cela a-t-il été mis à votre disposition?	
				Oui	Non
i) Un preneur de notes ou un lecteur	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	_____	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
ii) Un tuteur	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	_____	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
iii) Un ordinateur	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	_____	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
iv) Un livre parlant	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	_____	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>
v) Des loupes ou autres appareils grossissants	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	_____	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
vi) Des textes en braille	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	_____	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>
vii) Un interprète en langage visuel	25 <input type="radio"/>	26 <input type="radio"/>	_____	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>
viii) Un système M.F. ou magnétophone	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>	_____	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>
ix) Un préposé ou un compagnon	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	_____	35 <input type="radio"/>	36 <input type="radio"/>
x) Autre, s.v.p. précisez	37 <input type="radio"/>	38 <input type="radio"/>	_____	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>

\_\_\_\_\_

**D12 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.

- i) Aucun, étude à domicile ..... 1
- ii) Véhicule motorisé privé ..... 2
- iii) Autobus scolaire ..... 3
- iv) Autobus, métro, tramway, train de banlieue ou taxi ..... 4
- v) Service spécialisé d'autobus ou de fourgonnettes pour personnes handicapées ..... 5
- vi) Bicyclette ..... 6
- vii) Marche à l'école ..... 7
- viii) Autre, s.v.p. précisez ..... 8

Passez à D17

\_\_\_\_\_

**D13 Quelle est le nombre total d'années d'études que vous avez complétées?**

- Aucune ..... 1  *Passez à D14*
- Années   *Passez à D15*

**D14 Est-ce principalement à cause de votre affection ou de votre problème de santé que vous n'avez pas complété aucune année d'étude?**

- Oui ..... 1  *Passez à la Section E, page 31*
- Non ..... 2  *Passez à la Section E, page 31*

**D15 Aviez-vous votre affection ou votre problème de santé avant de compléter toutes vos études ou votre formation?**

- Oui ..... 3  *Passez à D16*
- Non ..... 4  *Passez à la Section E, page 31*

**D16 Avez-vous mis fin à vos études à cause de votre affection ou de votre problème de santé?**

- Oui ..... 5
- Non ..... 6

D17 À cause de votre affection ou problème de santé:

- |   | <u>Oui</u>               | <u>Non</u>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i) votre choix de cours ou de carrière a-t-il été influencé .....   | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) avez-vous commencé l'école plus tard que la majorité des gens de votre âge .....                          | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) avez-vous interrompu vos études pendant de longues périodes .....  | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) avez-vous déjà changé d'école .....   | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) avez-vous déjà changé votre orientation scolaire .....   | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) avez-vous déjà été inscrit(e) à une école spéciale ou à des cours spéciaux dans une école ordinaire ..... | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) avez-vous suivi moins de cours ou étudié moins de matières que vous auriez voulu .....                   | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| viii) avez-vous suivi des cours par correspondance ou à domicile .....  | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |
| ix) êtes-vous déjà retourné à l'école pour vous recycler .....  | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| x) avez-vous dû quitter votre localité afin de poursuivre vos études .....                                    | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> |

D18 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, vous a-t-il fallu plus de temps pour atteindre votre niveau de scolarité actuel?

- Oui ..... 1  *Passaz à D19*  
Non ..... 2  *Passaz à la Section E*

D19 Combien de temps de plus vous-a-t-il fallu?

- Ne sait pas ..... 1   
Années

## SECTION E — ACTIVITÉ SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

Les questions suivantes vont nous permettre de déterminer votre situation face à l'emploi.

Ea) La semaine dernière, pendant combien d'heures avez-vous travaillé à une entreprise, sans compter le bénévolat, les travaux ménagers, les travaux d'entretien ou les réparations de votre propre maison? Considérez comme travail, le travail sans rémunération dans une entreprise ou sur une ferme familiale.

Aucune ..... 1  *Passaz à Eb)*

Nombre d'heures, à l'heure près   *Passaz à E1*

Eb) La semaine dernière, étiez-vous:

**INTERVIEWER:** Lisez les items 1, 2 et 3. Ne cochez qu'un des trois choix.

1. en vacances, en congé à cause d'une maladie, en grève ou en lock-out ou absent(e) pour d'autres raisons ..... 1  *Passez à E1*
2. mis(e) à pied temporairement d'un emploi auquel vous comptez retourner ..... 2  *Passez à Ec*
3. rien de ce qui précède ..... 3  *Passez à Ee*

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

- Oui ..... 4  →  
Non ..... 5  *Passez à E36*

**Ed) 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.

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| i) Oui, prêt(e) à accepter du travail ..... 6 <input type="radio"/>                | } <i>Passez à E36</i> |
| ii) Non, avait déjà un emploi ..... 7 <input type="radio"/>                        |                       |
| iii) Non, temporairement malade ou invalide ..... 8 <input type="radio"/>          |                       |
| iv) Non, pour des raisons personnelles ou familiales ..... 9 <input type="radio"/> |                       |
| v) Non, allait à l'école ..... 10 <input type="radio"/> <i>Passez à E62</i>        |                       |
| vi) Non, autres raisons ..... 11 <input type="radio"/> <i>Passez à E62</i>         |                       |

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

- Oui ..... 12  *Passez à Ef*  
Non ..... 13  *Passez à Eh*

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

- Oui ..... 14  →  
Non ..... 15  *Passez à E36*

**Eg) 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.

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| i) Oui, prêt(e) à accepter du travail ..... 16 <input type="radio"/>                | } <i>Passez à E36</i> |
| ii) Non, avait déjà un emploi ..... 17 <input type="radio"/>                        |                       |
| iii) Non, temporairement malade ou invalide ..... 18 <input type="radio"/>          |                       |
| iv) Non, pour des raisons personnelles ou familiales ..... 19 <input type="radio"/> |                       |
| v) Non, allait à l'école ..... 20 <input type="radio"/> <i>Passez à E62</i>         |                       |
| vi) Non, autres raisons ..... 21 <input type="radio"/> <i>Passez à E62</i>          |                       |

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

- Oui ..... 22  →  
Non ..... 23  *Passez à E62*

**Ei) 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.

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| i) Oui, prêt(e) à accepter du travail ..... 24 <input type="radio"/>                | } <i>Passez à E36</i> |
| ii) Non, avait déjà un emploi ..... 25 <input type="radio"/>                        |                       |
| iii) Non, temporairement malade ou invalide ..... 26 <input type="radio"/>          |                       |
| iv) Non, pour des raisons personnelles ou familiales ..... 27 <input type="radio"/> |                       |
| v) Non, allait à l'école ..... 28 <input type="radio"/> <i>Passez à E62</i>         |                       |
| vi) Non, autres raisons ..... 29 <input type="radio"/> <i>Passez à E62</i>          |                       |

**PERSONNES OCCUPÉES**

**E1** Les questions suivantes portent sur les effets de votre affection ou de votre problème de santé face à l'emploi.

Combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement?

Nombre d'heures

**E2** Travaillez-vous pour votre employeur actuel lors du recensement de 1991?

Oui ..... 1  *Passez à E3*  
 Non ..... 2  *Passez à E4*

**E3** Faisiez-vous le même genre de travail lors du dernier recensement que celui que vous faites maintenant?

Oui ..... 3  *Passez à E8*  
 Non ..... 4  *Passez à E6*

**E4** Pour qui travaillez-vous maintenant?

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

Service, direction, division, section

Adresse

Ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne

Comté (si vous le connaissez)

Province ou territoire

Code postal

**E5** Quelle est la nature de l'entreprise, de l'industrie ou du service? Par exemple, culture du blé, magasin de vente au détail, poissonnerie.

**E6** Quel genre de travail faites-vous? Par exemple, comptable, enseignant(te) au secondaire, vendeur(se).

**E7** Dans ce travail, quelles sont vos activités ou fonctions les plus importantes? Par exemple, gérer les comptes, enseigner les mathématiques, vendre des vêtements pour homme.

**E8** Dans cet emploi, travaillez-vous principalement:

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

pour un salaire, un traitement, des pourboires ou à commission ..... 1

sans rémunération, pour votre conjoint ou pour un parent, dans une entreprise ou une ferme familiale ..... 2

à votre compte, seul(e) ou en association ..... 3

**E9** À cause de votre affection ou problème de santé, avez-vous déjà changé:

	Oui	Non
de genre de travail ..... 1	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
la quantité de travail que vous faisiez ..... 3	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
d'emploi ..... 5	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>

**E10** Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez faire dans votre entreprise ou dans votre emploi actuel à cause d'une affection ou d'un problème de santé?

Oui ..... 1  *Passez à E11*  
 Non ..... 2  *Passez à E16*

**E11** Où travailliez-vous lorsque vous avez commencé à être limité(e) au travail?

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

Employeur actuel ..... 3  *Passez à E12*  
 Ailleurs ..... 4  *Passez à E12*  
 Ne travaillait pas ..... 5  *Passez à E16*

**E12** Faites-vous maintenant le même genre de travail que vous faisiez au moment où cette affection ou problème de santé a commencé à vous limiter?

Oui ..... 6  *Passez à E14*  
 Non ..... 7  *Passez à E13*

**E13** Votre affection ou problème de santé est-elle la raison pour laquelle vous faites un genre de travail différent?

Oui ..... 8   
 Non ..... 9





E34 À quelle fréquence avez-vous fait du bénévolat?

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

- Au moins une fois par semaine ..... 1
- Régulièrement, mais moins d'une fois par semaine ..... 2
- Occasionnellement, pour un projet ou une activité précise ..... 3

E35 Dans l'emploi que vous occupez présentement, vous servez-vous des compétences que vous avez acquises en faisant du travail bénévole (non rémunéré)?

- Oui ..... 4
- Non ..... 5

**PASSEZ À LA SECTION F, PAGE 40**

**PERSONNE EN CHÔMAGE**

E36 Les questions suivantes portent sur les effets de votre affection ou de votre problème de santé face à l'emploi.

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

Jamais travaillé ..... 1  **Passez à E42**  
Année 19

**E37 INTERVIEWER**

Si la personne a travaillé pour la dernière fois avant 1986 à la question E36... 1  **Passez à E42**  
Autrement... 2  **→ Passez à E38**

E38 Pour qui avez-vous travaillé la dernière fois?

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

Service ou ministère, direction, division, section

Adresse

Ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne

Comté (si vous le connaissez)

Province ou territoire

Code postal

E39 Quelle était la nature de l'entreprise, de l'industrie ou du service? Par exemple, culture du blé, magasin de vente au détail, poissonnerie.

E40 Quel genre de travail faisiez-vous? Par exemple, comptable, enseignant(e) au secondaire, vendeur(se).

E41 Dans ce travail, quelles étaient vos activités ou fonctions les plus importantes? Par exemple, gérer les comptes, enseigner les mathématiques, vendre des vêtements pour homme.

E42 Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pourriez faire dans un emploi ou dans une entreprise à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui ..... 1  **Passez à E43**  
Non ..... 2  **Passez à E45**

**E43 INTERVIEWER**

Si la personne n'a jamais travaillé à la Question E36... 1  **Passez à E45**  
Autrement... 2  **→ Passez à E44**

E44 Travaillez-vous dans un emploi ou dans une entreprise au moment où votre affection ou problème de santé a commencé à limiter le genre ou la quantité de travail que vous pouvez faire?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

E45 Votre affection ou problème de santé a-t-elle ou a-t-il une influence sur votre capacité de vous chercher du travail?

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

E46 Désirez-vous un emploi à temps plein ou à temps partiel?

- Temps plein ou temps partiel ..... 5  **Passez à E48**  
Temps plein seulement ..... 6  **Passez à E48**  
Temps partiel seulement ..... 7  **Passez à E47**

E47 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui ..... 8
- Non ..... 9



E48 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin pour travailler:

Veillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- Oui      Non
- i) d'un soutien humain, comme un interprète en langage visuel, un instructeur, un assistant personnel .....01  ..02
- ii) d'une aide technique, comme un ATS (appareil de télécommunication pour les sourds), un système à intrarouges, un ordinateur .....03  ..04
- iii) des services de communication, comme la conversion de l'imprimé en braille, en enregistrement audio ou en gros caractères .....05  ..06
- iv) d'une redéfinition des tâches (tâches modifiées ou différentes) .....07  ..08
- v) des heures ou jours de travail modifiés .....09  ..10
- vi) de transport adapté .....11  ..12
- vii) autre, s.v.p. précisez .....13  ..14

E49 Au travail, auriez-vous besoin d'installations adaptées ou d'aménagements spéciaux, comme:

- Oui      Non
- i) des mains courantes, des rampes d'accès .....01  ..02
- ii) un stationnement approprié .....03  ..04
- iii) des ascenseurs adaptés .....05  ..06
- iv) un poste de travail accessible .....07  ..08
- v) des toilettes adaptées .....09  ..10
- vi) autre, s.v.p. précisez .....11  ..12

E50 Avez-vous déjà suivi des cours de formation se rapportant à votre travail afin d'améliorer vos compétences ou d'en acquérir de nouvelles?

- Oui ..... 1  Passez à E53
- Non ..... 2  Passez à E51

E51 Auriez-vous aimé suivre des cours de formation se rapportant à votre travail?

- Oui ..... 3  Passez à E52
- Non ..... 4  Passez à E53

E52 Pourquoi n'avez-vous pas suivi des cours de formation se rapportant à votre travail? Je vais vous lire une liste. Veillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- Oui      Non
- i) les cours offerts ne correspondaient pas à vos besoins .....01  ..02
- ii) les cours ne vous étaient pas accessibles .....03  ..04
- iii) le transport était inadéquat .....05  ..06
- iv) trop coûteux .....07  ..08
- v) se donnait à un endroit trop éloigné .....09  ..10
- vi) pas de service de garde d'enfants .....11  ..12
- vii) autre, s.v.p. précisez .....13  ..14

E53 Au cours des cinq dernières années, pensez-vous qu'en raison de votre affection ou de votre problème de santé on vous ait refusé:

**INTERVIEWER:**

Si les catégories de réponses sont sans objet, cochez «Non».

- Non      Oui
- Combien de fois?
- une fois      2 à 4 fois      5 fois ou plus
- (a) un emploi .....01  ..02  → 03  04  05
- (b) une promotion .....06  ..07  → 08  09  10
- (c) l'accès à des cours de formation .....11  ..12  → 13  14  15
- OU
- (d) qu'on ait mis fin à votre emploi .....16  ..17  → 18  19  20

E54 INTERVIEWER

Si «Oui» est coché à la question E53(a), (b), (c) ou (d) ... 1  Passez à E55

Autrement ... 2  → Passez à E58

E55 Avez-vous pris des mesures quelconques parce qu'on vous avait refusé un emploi, une promotion, l'accès à des cours de formation ou a-t-on mis fin à votre emploi?

- Oui ..... 1  Passez à E56
- Non ..... 2  Passez à E58

E56 Avez-vous consulté:

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

- i) votre syndicat ..... 3
- ii) une commission des droits de la personne (provinciale ou fédérale) ..... 4
- iii) un avocat ..... 5
- iv) une association représentant les personnes ayant une incapacité ..... 6
- v) autre, s.v.p. précisez ..... 7

E57 Cela a-t-il amélioré votre situation?

- Oui ..... 8
- Non ..... 9

E58 Pensez-vous qu'un employeur éventuel considérerait votre affection ou votre problème de santé comme un désavantage sur le plan du travail?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

E59 Au cours des douze derniers mois, avez-vous, à titre de bénévole, fait du travail non rémunéré comme enseigner, être entraîneur, participer à des campagnes de levée de fonds, faire du porte à porte ou fournir des soins?

- Oui ..... 3  Passez à E60
- Non ..... 4  Passez à la Section F, page 40

**E60** À quelle fréquence avez-vous fait du bénévolat?

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

Au moins une fois par semaine ..... 1

Régulièrement, mais moins d'une fois par semaine ..... 2

Occasionnellement, pour un projet ou une activité précise ..... 3

**E61** Croyez-vous que les compétences que vous avez acquises en faisant du travail bénévole (non rémunéré) pourraient vous aider à vous trouver un emploi rémunéré?

Oui ..... 4

Non ..... 5

**PASSEZ À LA SECTION F, PAGE 40**

**PERSONNE NE FAISANT PAS PARTIE DE LA POPULATION ACTIVE**

**E62** Les questions suivantes portent sur les effets de votre affection ou de votre problème de santé face à l'emploi.

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

Jamais travaillé ..... 1  **Passez à E68**

Année 19   **Passez à E63**

**E63 INTERVIEWER**

Si la personne a travaillé pour la dernière fois avant 1986 à E62 ... 1  **Passez à E68**

Autrement ... 2  **→ Passez à E64**

**E64** Pour qui avez-vous travaillé la dernière fois?

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

Service ou ministère, direction, division, section

Adresse

Ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne

Comté

Province ou territoire

Code postal

**E65** Quel était la nature de l'entreprise, de l'industrie ou du service? Par exemple, culture du blé, magasin de vente au détail, poissonnerie.

**E66** Quel genre de travail faisiez-vous? Par exemple, comptable, enseignant au secondaire, vendeur(se).

**E67** Dans ce travail, quelles étaient vos activités ou fonctions les plus importantes? Par exemple, gérer les comptes, enseigner les mathématiques, vendre des vêtements pour homme.

**E68** Êtes-vous totalement incapable de travailler dans un emploi ou dans une entreprise à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui ..... 1  **Passez à E73**

Non ..... 2  **Passez à E69**

**E69** Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pourriez faire dans un emploi ou dans une entreprise à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui ..... 3  **Passez à E70**

Non ..... 4  **Passez à E73**

**E70 INTERVIEWER**

Si la personne n'a jamais travaillée à E62 ... 1  **Passez à E72**

Autrement ... 2  **→ Passez à E71**

**E71** Travaillez-vous dans un emploi ou dans une entreprise 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 ..... 1

Non ..... 2

**E72** Votre affection ou problème de santé a-t-elle une influence sur votre capacité de vous chercher du travail?

Oui ..... 3

Non ..... 4

**E73** Vous êtes-vous cherché du travail au cours des deux dernières années?

Oui ..... 5

Non ..... 6

**E74** Certaines personnes ont rencontré des obstacles qui les ont découragées de chercher du travail. Pourriez-vous penser à votre propre situation et indiquer les quels des énoncés suivants s'y applique? Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i) Vous perdriez une partie ou tout votre revenu actuel .....   | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) Vous perdriez une partie ou toute l'aide financière que vous recevez actuellement comme l'assurance-médicament, ou l'aide au logement ..... | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Votre famille et vos amis vous ont découragé d'aller travailler .....  | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) Vos responsabilités familiales vous en empêchent .....  | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) L'information sur l'emploi n'est pas adaptée à vos besoins .....   | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) Vous avez peur d'être mis à l'écart par les autres travailleurs .....   | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) Vous avez été victime de discrimination .....  | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| viii) Votre formation n'est pas adéquate .....  | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |
| ix) Il n'y a pas de service de transport adapté .....   | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| x) Il n'y a pas de travail .....  | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> |
| xi) Autre, s.v.p. précisez .....  | 21 <input type="radio"/> | 22 <input type="radio"/> |

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E75** Si vous travaillez, voudriez-vous un emploi à temps plein ou à temps partiel?

- |                                    |                         |                     |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Temps plein ou temps partiel ..... | 1 <input type="radio"/> | <i>Passer à E77</i> |
| Temps plein seulement .....        | 2 <input type="radio"/> | <i>Passer à E77</i> |
| Temps partiel seulement .....      | 3 <input type="radio"/> | <i>Passer à E76</i> |

**E76** Est-ce à cause de votre affection ou votre problème de santé?

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| Oui ..... | 4 <input type="radio"/> |
| Non ..... | 5 <input type="radio"/> |

**E77** Pensez-vous chercher du travail à n'importe quel moment au cours des six prochains mois?

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| Oui ..... | 6 <input type="radio"/> |
| Non ..... | 7 <input type="radio"/> |

**E78** À cause de votre affection ou problème de santé, auriez-vous besoin pour travailler:

Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i) d'un soutien humain, comme un interprète en langage visuel, un instructeur, un assistant personnel .....                           | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) d'une aide technique, comme un ATS (appareil de télécommunication pour les sourds), un système à infrarouges, un ordinateur ..... | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) des services de communication comme la conversion de l'imprimé en braille, en enregistrement audio ou en gros caractères .....   | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) une redéfinition des tâches (tâches modifiées ou différentes) .....   | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) d'un horaire flexible ou réduction du nombre d'heures de travail .....   | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) de transport adapté .....   | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) autre, s.v.p. précisez .....   | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E79** Au travail, auriez-vous besoin d'installations adaptées ou d'aménagements spéciaux, comme:

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) des mains courantes, des rampes d'accès ..... | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) un stationnement approprié .....             | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) des ascenseurs adaptés .....                | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) un poste de travail adapté .....             | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) des toilettes adaptées .....                  | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) autre, s.v.p. précisez .....                 | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E80** Avez-vous déjà suivi des cours de formation se rapportant à votre travail afin d'améliorer vos compétences ou d'en acquérir de nouvelles?

- |           |                         |                     |
|-----------|-------------------------|---------------------|
| Oui ..... | 1 <input type="radio"/> | <i>Passer à E83</i> |
| Non ..... | 2 <input type="radio"/> | <i>Passer à E81</i> |

**E81** Auriez-vous aimé prendre des cours de formation se rapportant à votre travail?

- |           |                         |                     |
|-----------|-------------------------|---------------------|
| Oui ..... | 3 <input type="radio"/> | <i>Passer à E82</i> |
| Non ..... | 4 <input type="radio"/> | <i>Passer à E83</i> |

**E82** Pourquoi n'avez-vous pas suivi de cours de formation se rapportant à votre travail? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- |  | <u>Oui</u>               | <u>Non</u>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) Les cours offerts n'étaient pas adaptés à vos besoins ..... | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) Les cours ne vous étaient pas accessibles .....            | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Le transport était inadéquat .....                        | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) Trop coûteux .....   | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) Le cours se donnait à un endroit trop éloigné .....         | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) Pas de service de garde d'enfants .....                    | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) Autre, s.v.p. précisez .....                              | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E86** Avez-vous consulté:

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

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| i) votre syndicat .....  | 1 <input type="radio"/> |
| ii) une commission des droits de la personne (provinciale ou fédérale) ..... | 2 <input type="radio"/> |
| iii) un avocat .....   | 3 <input type="radio"/> |
| iv) une association représentant les personnes ayant une incapacité .....    | 4 <input type="radio"/> |
| v) autre, s.v.p. précisez .....  | 5 <input type="radio"/> |

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E87** Cela a-t-il amélioré votre situation?

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| Oui ..... | 6 <input type="radio"/> |
| Non ..... | 7 <input type="radio"/> |

**E88** Pensez-vous qu'un employeur éventuel considérerait votre affection ou votre problème de santé comme un désavantage sur le plan du travail?

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| Oui ..... | 8 <input type="radio"/> |
| Non ..... | 9 <input type="radio"/> |

**E89** Au cours des douze derniers mois, avez-vous à titre de bénévole, fait du travail non rémunéré, comme enseigner, être entraîneur, participer à des campagnes de levée de fonds, faire du porte à porte, ou fournir des soins?

- |           |                         |                              |
|-----------|-------------------------|------------------------------|
| Oui ..... | 1 <input type="radio"/> | <i>Passez à E90</i>          |
| Non ..... | 2 <input type="radio"/> | <i>Passez à la Section F</i> |

**E90** À quelle fréquence avez-vous fait du bénévolat?

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

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| Au moins une fois par semaine .....                             | 3 <input type="radio"/> |
| Régulièrement, mais moins d'une fois par semaine .....          | 4 <input type="radio"/> |
| Occasionnellement, pour un projet ou une activité précise ..... | 5 <input type="radio"/> |

**E91** Croyez-vous que les compétences que vous avez acquises en faisant du travail bénévole (non rémunéré) pourraient vous aider à vous trouver un emploi rémunéré?

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| Oui ..... | 6 <input type="radio"/> |
| Non ..... | 7 <input type="radio"/> |

**E83** Au cours des cinq dernières années, pensez-vous qu'en raison de votre affection ou de votre problème de santé on vous ait refusé:

**INTERVIEWER:**

Si les catégories de réponses sont sans objet, cochez «Non».

- |   | <u>Non</u>               | <u>Oui</u>               |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (a) un emploi .....                           | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | Comblen de fois?<br>une fois    2 à 5 fois<br>fois    4 fois    ou plus |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| (b) une promotion .....                       | 06 <input type="radio"/> | 07 <input type="radio"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| (c) l'accès à des cours de formation OU ..... | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| (d) qu'on ait mis fin à votre emploi .....    | 16 <input type="radio"/> | 17 <input type="radio"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   |                          |                          | 03 <input type="radio"/>  | 04 <input type="radio"/> | 05 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> |

**E84 INTERVIEWER**

Si «Oui» est coché à la question E83(a), (b), (c) ou (d) ... 1  *Passez à E85*

Autrement ... 2  → *Passez à E88*

**E85** Avez-vous pris des mesures quelconques parce qu'on vous avait refusé un emploi, une promotion, l'accès à des cours ou a-t-on mis fin à votre emploi?

- |           |                         |                     |
|-----------|-------------------------|---------------------|
| Oui ..... | 1 <input type="radio"/> | <i>Passez à E86</i> |
| Non ..... | 2 <input type="radio"/> | <i>Passez à E88</i> |

## SECTION F — DÉPLACEMENTS

J'almerais maintenant vous poser des questions 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 80 kilomètres (50 milles).

**F1** À cause de votre affection ou de votre problème de santé, avez-vous de la difficulté à quitter votre demeure pour de courts trajets?

- |           |                         |                    |
|-----------|-------------------------|--------------------|
| Oui ..... | 1 <input type="radio"/> | <i>Passez à F2</i> |
| Non ..... | 2 <input type="radio"/> | <i>Passez à F4</i> |

**F2** Êtes-vous confiné(e) à votre demeure?

- |           |                         |                    |
|-----------|-------------------------|--------------------|
| Oui ..... | 3 <input type="radio"/> | <i>Passez à F3</i> |
| Non ..... | 4 <input type="radio"/> | <i>Passez à F4</i> |

**F3** Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne quittez pas votre demeure?

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

- i) Il n'y a pas de service de transport adapté ..... 1
- ii) Vous utilisez des aides techniques qui ne sont pas portatives ..... 2
- iii) Vous ne vous sentez pas en sécurité lorsque vous quittez votre demeure ..... 3
- iv) Personne n'était disponible pour vous accompagner ..... 4
- v) Vous avez besoin d'aide une fois rendu là où vous voulez vous rendre ..... 5
- vi) Sortir aggrave votre affection ou problème de santé ..... 6
- vii) Vous ne voulez pas sortir ..... 7
- viii) Autre, s.v.p. précisez ..... 8

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PASSEZ À F20**

**F4** Avez-vous besoin d'un préposé ou d'un(e) compagnon(agne) pour effectuer de courts trajets?

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

**F5** Conduisez-vous un véhicule moteur?

Oui ..... 3  **Passez à F6**  
 Non ..... 4  **Passez à F7**

**F6** À cause de votre affection ou problème de santé, lorsque vous CONDUISEZ un véhicule moteur, utilisez-vous des:

	Oui	Non
i) commandes à mains, commandes-freins ..... 01 <input type="radio"/> ..... 02 <input type="radio"/>		
ii) mains courantes, courroies, poignées spéciales, rampes ou lève-personnes ..... 03 <input type="radio"/> ..... 04 <input type="radio"/>		
iii) servofreins, lève-glaces (vitres) électriques, miroirs électriques ..... 05 <input type="radio"/> ..... 06 <input type="radio"/>		
iv) espace de rangement pour le fauteuil roulant ou autre matériel spécialisé (incluant l'espace de rangement) ..... 07 <input type="radio"/> ..... 08 <input type="radio"/>		
v) autre, s.v.p. précisez ..... 09 <input type="radio"/> ..... 10 <input type="radio"/>		

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**F7** À cause de votre condition ou problème de santé, avez-vous de la difficulté comme PASSAGER à bord d'un véhicule moteur?

Oui ..... 1  **Passez à F8**  
 Non ..... 2  **Passez à F8**  
 Ne voyage pas comme passager ..... 3  **Passez à F9**

**F8** Comme PASSAGER, utilisez-vous des:

	Oui	Non
mains courantes, courroies, poignées spéciales, rampes ou lève-personnes ..... 1 <input type="radio"/> ..... 2 <input type="radio"/>		
espace pour le fauteuil roulant ou les autres aides spécialisées (incluant l'espace de rangement) ..... 3 <input type="radio"/> ..... 4 <input type="radio"/>		
autre, s.v.p. précisez ..... 5 <input type="radio"/> ..... 6 <input type="radio"/>		

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**F9** Certaines localités mettent un service spécialisé 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 spécialisé, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prennent à domicile. Un service de ce genre existe-t-il dans votre région?

Oui ..... 1  **Passez à F11**  
 Non ..... 2  **Passez à F10**  
 Ne sait pas ..... 3  **Passez à F10**

**F10** Avez-vous besoin d'un service de ce genre?

Oui ..... 4  **Passez à F14**  
 Non ..... 5  **Passez à F14**

**F11** Utilisez-vous ce service?

Oui ..... 6  **Passez à F12**  
 Non ..... 7  **Passez à F14**

**F12** À quelle fréquence utilisez-vous ce service?

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

- i) Presque tous les jours, au moins pendant certaines périodes de l'année ..... 1  **Passez à F14**
- ii) Fréquemment ..... 2  **Passez à F14**
- iii) À l'occasion ..... 3  **Passez à F13**
- iv) Rarement ..... 4  **Passez à F13**

**F13** Pourquoi n'utilisez-vous pas plus souvent ce service? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- |  | <u>Oui</u>               | <u>Non</u> |
|--|--------------------------|------------|
| i) Vous n'en avez pas besoin plus souvent ..... 01 <input type="radio"/>   | 02 <input type="radio"/> |            |
| ii) Le service est trop coûteux ..... 03 <input type="radio"/>   | 04 <input type="radio"/> |            |
| iii) Le service n'est pas disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ..... 05 <input type="radio"/>                            | 06 <input type="radio"/> |            |
| iv) On ne permet pas à votre préposé, votre époux(se), votre enfant etc. de vous accompagner ..... 07 <input type="radio"/>    | 08 <input type="radio"/> |            |
| v) Les règles concernant les réservations ne permettent pas des arrangements de dernière minute ..... 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |            |
| vi) Autre, s.v.p. précisez ..... 11 <input type="radio"/>  | 12 <input type="radio"/> |            |



**F17** Avez-vous de la difficulté:

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

- i) à vous rendre à l'arrêt ou à localiser l'arrêt ..... 01
- ii) à attendre à l'arrêt ..... 02
- iii) à monter à bord et descendre ..... 03
- iv) à entendre les annonces ..... 04
- v) à voir les affiches ou les enseignes ..... 05
- vi) parce que l'espace est insuffisant pour s'asseoir ou se tenir debout dans le véhicule ..... 06
- vii) à vous tenir debout dans le véhicule lorsque celui-ci est en marche ..... 07
- viii) à obtenir de l'information sur les horaires et les itinéraires ..... 08
- ix) parce que le personnel ne vous fournit pas l'aide requise ..... 09
- x) autre, s.v.p. précisez ..... 10



**F14** Au cours de l'année dernière, avez-vous utilisé un service local de transport en commun, par exemple un service d'autobus, de transport rapide ou de métro?

- Oui ..... 1  *Passez à F15*  
 Non ..... 2  *Passez à F18*

**F18** Au cours de l'année dernière, avez-vous utilisé un taxi à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui ..... 1  *Passez à F19*  
 Non ..... 2  *Passez à F20*

**F15** À quelle fréquence utilisez-vous le service local de transport en commun?

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

- i) Presque tous les jours, au moins pendant certaines périodes de l'année ..... 3
- ii) Fréquemment ..... 4
- iii) À l'occasion ..... 5
- iv) Rarement ..... 6

**F19** À quelle fréquence avez-vous utilisé le service de taxis?

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

- i) Presque tous les jours, au moins pendant certaines périodes de l'année ..... 3
- ii) Fréquemment ..... 4
- iii) À l'occasion ..... 5
- iv) Rarement ..... 6

**F16** Éprouvez-vous des difficultés à utiliser le service local de transport en commun à cause de votre affection?

- Oui ..... 7  *Passez à F17*  
 Non ..... 8  *Passez à F18*

**F20** J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de vos déplacements sur de longues distances. Je veux dire par là, des voyages de 80 km (50 milles) ou plus.

À cause de votre affection ou problème de santé êtes-vous incapable d'effectuer de longs trajets?

- Oui ..... 7  *Passez à F21*  
 Non ..... 8  *Passez à F22*

F21 Pour quelles raisons ne pouvez-vous pas effectuer de longs trajets. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

- |   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
|   | <u>Oui</u>                | <u>Non</u>                |
| i) Absence de transport adéquat pour vous rendre à la gare, à l'aéroport ou au terminus et en revenir | .01 <input type="radio"/> | .02 <input type="radio"/> |
| ii) Il est difficile de vous déplacer dans la gare, à l'aéroport ou dans le terminus                  | .03 <input type="radio"/> | .04 <input type="radio"/> |
| iii) Monter à bord ou descendre est difficile   | .05 <input type="radio"/> | .06 <input type="radio"/> |
| iv) Vous asseoir à bord est difficile   | .07 <input type="radio"/> | .08 <input type="radio"/> |
| v) Vous avez de la difficulté à voir les affiches ou les enseignes                                    | .09 <input type="radio"/> | .10 <input type="radio"/> |
| vi) Vous avez de la difficulté à entendre les annonces  | .11 <input type="radio"/> | .12 <input type="radio"/> |
| vii) À cause des salles de toilette   | .13 <input type="radio"/> | .14 <input type="radio"/> |
| viii) À cause du manque de coopération du personnel   | .15 <input type="radio"/> | .16 <input type="radio"/> |
| ix) À cause des difficultés reliées au transport d'un fauteuil roulant ou d'autres aides techniques   | .17 <input type="radio"/> | .18 <input type="radio"/> |
| x) À cause des règles et règlements du transporteur   | .19 <input type="radio"/> | .20 <input type="radio"/> |
| xi) Cela aggrave votre affection ou problème de santé   | .21 <input type="radio"/> | .22 <input type="radio"/> |
| xii) C'est trop coûteux   | .23 <input type="radio"/> | .24 <input type="radio"/> |
| xiii) Autre, s.v.p. précisez  | .25 <input type="radio"/> | .26 <input type="radio"/> |

**PASSEZ À LA SECTION G, PAGE 45**

F22 À cause de votre affection ou problème de santé, avez-vous besoin d'un préposé ou d'un(e) compagnon(agne) pour effectuer de longs trajets?

- Oui ..... 1   
Non ..... 2

F23 À cause de votre affection ou problème de santé, avez-vous besoin d'installations ou de services de transport spécialisés pour effectuer de longs trajets?

- Oui ..... 3   
Non ..... 4   
Ne sait pas ..... 5

F24 Pouvez-vous facilement obtenir des renseignements sur les installations et les services de transport spécialisés dont vous avez besoin pour effectuer de longs trajets?

- Oui ..... 6   
Non ..... 7   
Ne sait pas ..... 8

F25 Au cours de l'année dernière, avez-vous voyagé par avion?

- Oui ..... 1  *Passez à F26*  
Non ..... 2  *Passez à F29*

F26 Avez-vous des difficultés à voyager par avion à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

- Oui ..... 3  *Passez à F27*  
Non ..... 4  *Passez à F29*

F27 Quel genre de difficultés éprouvez-vous à voyager par avion?

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

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| i) Absence de moyens de transport adéquats pour vous rendre à l'aéroport et en revenir | .01 <input type="radio"/> |
| ii) Vous déplacer dans l'aéroport  | .02 <input type="radio"/> |
| iii) Monter à bord ou descendre  | .03 <input type="radio"/> |
| iv) Vous asseoir à bord  | .04 <input type="radio"/> |
| v) Voir les affiches ou les avis   | .05 <input type="radio"/> |
| vi) Entendre les annonces  | .06 <input type="radio"/> |
| vii) Utiliser les salles de toilette   | .07 <input type="radio"/> |
| viii) Manque de coopération du personnel   | .08 <input type="radio"/> |
| ix) Transporter un fauteuil roulant ou d'autres aides techniques                       | .09 <input type="radio"/> |
| x) Règles et règlements du transporteur  | .10 <input type="radio"/> |
| xi) Voyager en avion aggrave votre affection ou problème de santé                      | .11 <input type="radio"/> |
| xii) Trop coûteux  | .12 <input type="radio"/> |
| xiii) Autre, s.v.p. précisez   | .13 <input type="radio"/> |

F28 Ces problèmes limitent-ils le nombre de longs trajets que vous effectuez par avion?

- Oui ..... 1   
Non ..... 2

F29 Au cours de l'année dernière, avez-vous voyagé par train?

- Oui ..... 3  *Passez à F30*  
Non ..... 4  *Passez à F33*

F30 À cause de votre affection ou problème de santé avez-vous des difficultés à voyager par train pour effectuer de longs trajets?

- Oui ..... 5  *Passez à F31*  
Non ..... 6  *Passez à F33*

**F31** Quel genre de difficultés éprouvez-vous à voyager par train?

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

- i) Absence de moyens de transport adéquats pour vous rendre à la gare et en revenir ..... 01
- ii) Vous déplacer dans la gare ..... 02
- iii) Monter à bord ou descendre ..... 03
- iv) Vous asseoir à bord ..... 04
- v) Voir les affiches ou les enseignes ..... 05
- vi) Entendre les annonces ..... 06
- vii) Utiliser les salles de toilette ..... 07
- viii) Manque de coopération du personnel ..... 08
- ix) Transporter un fauteuil roulant ou d'autres aides techniques ..... 09
- x) Règles et règlements du transporteur ..... 10
- xi) Voyager en train aggrave votre affection ou problème de santé ..... 11
- xii) Trop coûteux ..... 12
- xiii) Autre, s.v.p. précisez ..... 13

↓

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**F35** Quel genre de difficultés éprouvez-vous à voyager par autobus?

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

- i) Absence de moyens de transport adéquats pour vous rendre au terminus et en revenir ..... 01
- ii) Vous déplacer dans le terminus ..... 02
- iii) Monter à bord ou descendre ..... 03
- iv) Vous asseoir à bord ..... 04
- v) Voir les affiches ou les enseignes ..... 05
- vi) Entendre les annonces ..... 06
- vii) Utiliser les salles de toilette ..... 07
- viii) Manque de coopération du personnel ..... 08
- ix) Transporter un fauteuil roulant ou d'autres aides techniques ..... 09
- x) Règles et règlements du transporteur ..... 10
- xi) Voyager en autobus aggrave votre affection ou problème de santé ..... 11
- xii) Trop coûteux ..... 12
- xiii) Autre, s.v.p. précisez ..... 13

↓

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**F32** Ces problèmes limitent-ils le nombre de longs trajets que vous effectuez par train?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

**F36** Ces problèmes limitent-ils le nombre de longs trajets que vous effectuez par autobus?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

**F33** Au cours de l'année dernière, avez-vous utilisé un autobus pour effectuer un long trajet?

- Oui ..... 3  *Passez à F34*
- Non ..... 4  *Passez à F37*

**F37** Au cours de l'année dernière, avez-vous utilisé un traversier pour effectuer un long trajet?

- Oui ..... 3  *Passez à F38*
- Non ..... 4  *Passez à F41*

**F34** À cause de votre affection ou problème de santé avez-vous de la difficulté à voyager par autobus?

- Oui ..... 5  *Passez à F35*
- Non ..... 6  *Passez à F37*

**F38** À cause de votre affection ou de votre problème de santé avez-vous des difficultés à voyager à bord d'un traversier?

- Oui ..... 5  *Passez à F39*
- Non ..... 6  *Passez à F41*













J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les activités physiques auxquelles vous vous adonnez pendant vos heures de loisir.

H5 À quelle fréquence faites-vous...

	Jamais	Au moins une fois par jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	À l'occasion
i) de la marche	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
		↳ Combien d'heures par jour? <input type="text"/>			
ii) du jardinage	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
		↳ Combien d'heures par jour? <input type="text"/>			
iii) des exercices physiques à la maison ou en classe	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
		↳ Combien d'heures par jour? <input type="text"/>			
iv) de la natation ou du conditionnement physique en milieu aquatiques	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v) de la danse	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi) des promenades en fauteuil roulant ou de la bicyclette	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii) autre, s.v.p. précisez	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>

H6 Désirez-vous faire plus d'activités physiques?

Oui ..... 1  *Passez à H7*

Non ..... 2  *Passez à H8*

H7 Qu'est-ce qui vous empêche d'en faire plus? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	Oui	Non
i) Incapable physiquement d'en faire plus à cause de votre affection ou problème de santé	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) Vous ne connaissez aucune autre activité à laquelle vous pourriez participer	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Timide ou mal à l'aise	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Manque d'encouragement de la famille ou des amis	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) Absence d'installations ou de programmes à une distance accessible	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
vi) Installations, équipement ou programmes non adaptés à vos besoins	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
vii) Moyens de transport inadéquats	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>
viii) Besoin d'un(e) préposé(e) ou d'un(e) compagnon(agne)	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>
ix) Coût trop élevé	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>
x) Autre, s.v.p. précisez	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>

↓

H8 Fumez-vous la cigarette?

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

Pas du tout ..... 1

Régulièrement, c.-à.-d. à chaque jour ..... 2

À l'occasion ..... 3

H9 J'aimerais maintenant vous poser une question concernant votre consommation de boissons alcooliques. Par verre nous entendons une bière, un petit verre de vin ou 1 once 1/2 de spiritueux.

Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris une verre? Je vais vous lire une liste. Veuillez n'indiquer qu'un seul choix.

i) Jamais ..... 1

ii) Chaque jour ..... 2

iii) 4 à 6 fois par semaine ..... 3

iv) 2 à 3 fois par semaine ..... 4

v) Une fois par semaine ..... 5

vi) Une ou deux fois par mois ..... 6

H10 J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos capacités de lecture et d'écriture en français.

Si vous deviez évaluer vos capacités de lecture et d'écriture en français, quelle note vous accorderiez-vous selon une échelle allant de 1 à 5, 1 étant pauvre et 5 excellent?

	1	2	3	4	5
Pauvre	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Excellent					

H11 Croyez-vous que vos capacités de lecture et d'écriture en français sont suffisantes pour vos activités de tous les jours?

Oui ..... 1  *Passez à H14*

Non ..... 2  *Passez à H12*

Ne sait pas ..... 3  *Passez à H12*

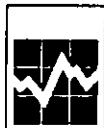












# 1991 Enquête sur la santé et les limitations d'activités (Enfants - moins de 15 ans)

## Formule 03

"Déclaration exigée en vertu de la  
Loi sur la statistique, Loi révisée du  
Canada, 1985, chapitre S19."

### 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 d'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. Bien que votre participation à cette enquête soit volontaire votre coopération est importante afin que les renseignements recueillis puissent être les plus exacts et les plus complets possibles.

### État final du quest.

Entièrement complété	1	<input type="radio"/>
Partiellement	2	<input type="radio"/>
Refus	3	<input type="radio"/>
Aucun Contact	4	<input type="radio"/>
Formule 210	5	<input type="radio"/>
Formule 211	6	<input type="radio"/>
Formule 212	7	<input type="radio"/>

### DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

PROV	CEF N°	SD N°	NV	Ménage N°	Type de formule	N° de la personne
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	<input type="text"/>

Nom

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour	Mois	Année			

Sexe

Homme 1

Femme 2

Ind. rég.

N° de téléphone

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

### Source de l'information

Substitut - parent ou tuteur 1  OU La personne de référence 4

- autre membre de la famille 2

- autre 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

8-2400-3.2 04-06-91 STC/PCS-115-04401



Statistique Canada  
Statistics Canada

Canada



**A5** ... va-t-il (elle) à une école spéciale, suit-t-il (elle) des cours spéciaux ou reçoit-il (elle) un enseignement personnalisé à l'école à cause d'une affection ou d'un problème de santé chronique?

Oui ..... 1

Non ..... 2  → *Passez à A6*

Colonne de sélection  
Oui  
1   
Passez à 5a  
↓

**5a** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que ... va à une école spéciale, assiste à des cours spéciaux ou reçoit un enseignement personnalisé?

Même affection qu'à la question   → *Passez à A6*

Autrement, précisez

**5b** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de cette affection?

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

i) Présente à la naissance, causée par une naissance prématurée ou au moment de la naissance ..... 3

ii) Une maladie ou un mal ..... 4

iii) Un accident - à la maison ..... 5

iv) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 6

v) Autre, s.v.p. précisez ..... 7  →

vi) Ne sait pas ..... 8

**A6** Est-ce que ... a l'une des affections ou l'un des problèmes de santé chroniques suivants? Chronique signifie qui dure depuis plus de six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	Non	Oui
i) Allergies de toutes sortes	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) Asthme	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Bronchite	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Autres affections ou maladies du poumon	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) Affection ou maladie du coeur	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
vi) Affection ou maladie du rein	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
vii) Cancer	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>
viii) Diabète	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>
ix) Épilepsie	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>
x) Paralysie cérébrale	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
xi) Spina-bifida	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>
xii) Fibrose kystique	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>
xiii) Dystrophie musculaire	25 <input type="radio"/>	26 <input type="radio"/>
xiv) Paralysie de tout genre	27 <input type="radio"/>	28 <input type="radio"/>
xv) Arthrite ou rhumatisme	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
xvi) Troubles émotionnels ou de comportement	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>
xvii) Déficience intellectuelle incluant un retard de développement ou une déficience mentale	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>
xviii) Difficultés d'apprentissage	35 <input type="radio"/>	36 <input type="radio"/>
xix) Bras, jambes, doigts ou orteils manquants ou difformes	37 <input type="radio"/>	38 <input type="radio"/>
xx) Haute pression	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
xxi) Autre, s.v.p. précisez	41 <input type="radio"/>	42 <input type="radio"/>

**A7** Est-ce que ... a des troubles de la vue qui ne sont pas corrigés par des lunettes ou des verres de contact?

Oui ..... 1

Non ..... 2  → *Passez à A8*

Colonne  
de sélection  
Oui

*Passez  
à 7a*

**7a** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que ... a des troubles de la vue?

Même affection qu'à la question   → *Passez à 7c*

Autrement, précisez

**7b** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de cette affection?

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

i) Présente à la naissance, causée par une naissance prématurée ou au moment de la naissance ..... 3

ii) Une maladie ou un mal ..... 4

iii) Un accident - à la maison ..... 5

iv) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 6

v) Autre, s.v.p. précisez ..... 7  →

vi) Ne sait pas ..... 8

**7c** Un spécialiste de la vue a-t-il déclaré ... légalement aveugle?

Oui ..... 1

Non ..... 2

**A8** Est-ce que ... a des troubles de l'ouïe?

Oui ..... 1

Non ..... 2  → *Passez à A9*

*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   → *Passez à 8c*

Autrement, précisez

**8b** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de cette affection?

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

i) Présente à la naissance, causée par une naissance prématurée ou au moment de la naissance ..... 3

ii) Une maladie ou un mal ..... 4

iii) Un accident - à la maison ..... 5

iv) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 6

v) Autre, s.v.p. précisez ..... 7  →

vi) Ne sait pas ..... 8

**8c** Est-ce que ... est capable d'entendre ce qui se dit au téléphone?

i) Oui, avec une prothèse auditive ..... 1

ii) Oui, sans prothèse auditive ..... 2

iii) Non, incapable ..... 3

iv) Ne sait pas ..... 4

	<p><b>8d</b> Cette question porte sur certaines capacités de communication que ... peut avoir. Est-il (elle) capable:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><u>Oui</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Non</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Sans objet</u></td> </tr> <tr> <td>d'utiliser un langage visuel (ASL, LSQ) .....</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>de lire sur le visage ou sur les lèvres .....</td> <td style="text-align: center;">4 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">6 <input type="radio"/></td> </tr> </table>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Sans objet</u>	d'utiliser un langage visuel (ASL, LSQ) .....	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	de lire sur le visage ou sur les lèvres .....	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	Colonne de sélection Oui								
	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Sans objet</u>																			
d'utiliser un langage visuel (ASL, LSQ) .....	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>																			
de lire sur le visage ou sur les lèvres .....	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>																			
<b>A9</b>	<p>À cause de son affection ou de son problème de santé, ... a-t-il (elle) de la difficulté à se faire comprendre lorsqu'il (elle) parle?</p> <p>Oui .....</p> <p>Non ..... 5 <input type="radio"/> → <i>Passez à A10</i></p> <p>Ne sait pas ..... 6 <input type="radio"/> → <i>Passez à A10</i></p>	5 <input type="radio"/> <i>Passez à 9a</i>																				
<b>9a</b>	<p>Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que ... a de la difficulté à se faire comprendre lorsqu'il (elle) parle?</p> <p>Même affection qu'à la question <input type="text"/> <input type="text"/> → <i>Passez à 9c</i></p> <p>Autrement, précisez</p> <input type="text"/>	↓																				
<b>9b</b>	<p>Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de cette affection?</p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance, causée par une naissance prématurée ou au moment de la naissance ..... 1 <input type="radio"/></p> <p>ii) Une maladie ou un mal ..... 2 <input type="radio"/></p> <p>iii) Un accident - à la maison ..... 3 <input type="radio"/></p> <p>iv) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 4 <input type="radio"/></p> <p>v) Autre, s.v.p. précisez ..... 5 <input type="radio"/> →</p> <input type="text"/> <p>vi) Ne sait pas ..... 6 <input type="radio"/></p>	↓																				
<b>9c</b>	<p>Jusqu'à quel point croyez-vous que ... est capable de se faire comprendre en parlant avec:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><u>Entièrement</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Partiellement</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Pas du tout</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Ne sait pas</u></td> </tr> <tr> <td>des membres de sa famille .....</td> <td style="text-align: center;">01 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">02 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">03 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">04 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ses amis .....</td> <td style="text-align: center;">05 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">06 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">07 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">08 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>d'autres personnes .....</td> <td style="text-align: center;">09 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">10 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">11 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">12 <input type="radio"/></td> </tr> </table>		<u>Entièrement</u>	<u>Partiellement</u>	<u>Pas du tout</u>	<u>Ne sait pas</u>	des membres de sa famille .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	ses amis .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	d'autres personnes .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	↓
	<u>Entièrement</u>	<u>Partiellement</u>	<u>Pas du tout</u>	<u>Ne sait pas</u>																		
des membres de sa famille .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>																		
ses amis .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>																		
d'autres personnes .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>																		
<b>A10</b>	<p>Les enfants peuvent à l'occasion avoir 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?</p> <p>Oui .....</p> <p>Non ..... 1 <input type="radio"/> → <i>Passez à A11</i></p> <p>Ne sait pas ..... 2 <input type="radio"/> → <i>Passez à A11</i></p>	1 <input type="radio"/> <i>Passez à 10a</i>																				
<b>10a</b>	<p>Quel âge avait ... lorsqu'il (elle) a commencé à être limité(e) dans ses activités à la maison, à l'école ou au jeu?</p> <p>Âge <input type="text"/> <input type="text"/> (Si moins d'un an, inscrivez 00)</p>	↓																				
<b>10b</b>	<p>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?</p> <p>Même affection qu'à la question <input type="text"/> <input type="text"/> → <i>Passez à A11</i></p> <p>Autrement, précisez</p> <input type="text"/>	↓																				

10c Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de cette affection?

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

- i) Présente à la naissance, causée par une naissance prématurée ou au moment de la naissance ..... 1
  - ii) Une maladie ou un mal ..... 2
  - iii) Un accident - à la maison ..... 3
  - iv) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 4
  - v) Autre, s.v.p. précisez ..... 5  →
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- vi) Ne sait pas ..... 6

Colonne de sélection  
Oui

A11 ... a-t-il (elle) une autre affection ou problème de santé chronique qui n'ont pas été mentionnés précédemment et qui dure depuis plus de six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2  → *Passez à A12*

*Passez à 11a*

11a Quelle est cette affection ou quel est ce problème de santé chronique?

Précisez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11b Quel âge avait ... lorsque cette affection ou ce problème de santé chronique a commencé?

Âge   (si moins d'un an, inscrivez 00)

11c Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de cette affection?

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

- i) Présente à la naissance, causée par une naissance prématurée ou au moment de la naissance ..... 3
  - ii) Une maladie ou un mal ..... 4
  - iii) Un accident - à la maison ..... 5
  - iv) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 6
  - v) Autre, s.v.p. précisez ..... 7  →
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- vi) Ne sait pas ..... 8

**A12 INTERVIEWER**

*S'il y a au moins un «Oui» dans la colonne de sélection des pages 2 à 6 ... 1  → **Passez à la Section B, page 7***

*Autrement ... 2  **Remerciez le répondant. METTEZ FIN À L'INTERVIEW Remplissez la page couverture du questionnaire.***





**B15** Quelle est la raison principale pour laquelle ... a manqué des jours d'école?

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

i) Maladie ayant rapport avec son affection ..... 1

ii) Maladie n'ayant pas rapport avec son affection ..... 2

iii) Rendez-vous chez le médecin, le thérapeute, le travailleur social, etc. .... 3

iv) Autre, s.v.p. précisez ..... 4

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B16** S'agissait-il d'une année scolaire normale ou ... a-t-il (elle) manqué plus ou moins de jours d'école que d'habitude?

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

Année normale ..... 5

A manqué plus de jours que d'habitude ..... 6

A manqué moins de jours que d'habitude ..... 7

**B17** À l'école, ... recevait-il (elle) de l'aide comme celle d'un préposé, d'un lecteur ou d'une lectrice, d'un preneur de notes ou scribe, etc.?

Oui ..... 8

Non ..... 9

**B18** ... utilisait-il (elle) pour se rendre à l'école, un service spécialisé d'autobus ou de fourgonnettes?

Oui ..... 1

Non ..... 2

**B19** ... 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 ou problème de santé?

Oui ..... 3

Non ..... 4

**B20** À cause de son affection, ... a-t-il (elle) pris plus de temps pour atteindre son niveau scolaire actuel que la plupart des autres enfants de son âge?

Oui ..... 5  *Passez à B21*

Non ..... 6  *Passez à B22*

**B21** Combien d'années de plus?

Ne sait pas ..... 1

Années

**B22** ... a-t-il (elle) dû s'absenter de l'école pendant plus d'un mois à cause de son affection?

Oui ..... 2

Non ..... 3

**B23** L'affection de ... a-t-elle déjà limité sa participation aux activités scolaires suivantes? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

Oui      Non

i) Faire de l'éducation physique ou participer à des jeux organisés exigeant un effort physique ..... 1  ..... 2

ii) Jouer avec les autres ..... 3  ..... 4

iii) Participer en classe ..... 5  ..... 6

iv) D'autres activités scolaires, s.v.p. précisez ..... 7  ..... 8

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B24** A-t-on déjà fait une évaluation professionnelle des besoins scolaires de ...?

Oui ..... 5  *Passez à B25*

Non ..... 6  *Passez à B26*

**B25** Qui a fait cette évaluation?

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

i) Un psychologue ou un psychiatre ..... 1

ii) Un travailleur social ..... 2

iii) Un spécialiste de l'éducation de l'enfance en difficulté ..... 3

iv) Un physiothérapeute, un ergo-thérapeute ou un orthophoniste ..... 4

**B26** J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les services de garde. Par «services de garde», je veux dire le fait de prendre soin d'un enfant à domicile, chez quelqu'un d'autre ou dans une garderie détenant un permis. Cela comprend les services de garde offerts le jour, de même qu'avant et après l'école.

Avez-vous déjà eu besoin de services de garde pour ...?

Oui ..... 1  *Passez à B27*

Non ..... 2  *Passez à la Section C*

**B27** Utilisez-vous présentement un service de garde pour ... ?

Oui ..... 3  *Passez à B28*

Non ..... 4  *Passez à B29*

**B28** De quel type de service s'agit-il?

Un garderie détenant un permis ..... Oui  Non  ..... 1 ..... 2

Un service de garde à domicile ..... 3  ..... 4

Un service de garde chez quelqu'un d'autre ..... 5  ..... 6

**B29** A-t-on déjà refusé de garder ... à cause de son affection ou problème de santé?

Oui ..... 1  *Passez à B30*

Non ..... 2  *Passez à la Section C*

**B30** De quel type de service de garde s'agissait-il?

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
Une garderie détenant un permis	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
Un service de garde à domicile	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
Un service de garde chez quelqu'un d'autre	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>

**SECTION C — DÉPLACEMENTS**

**C1** J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transport que ... utilise seul(e) ou accompagné(e) de quelqu'un d'autre pour ses déplacements locaux. Cela comprend les déplacements faits pour se rendre chez le médecin ou au cinéma ainsi que les trajets de moins de 80 kilomètres (50 milles).

À cause de son affection ou de son problème de santé, ... a-t-il (elle) de la difficulté à quitter son domicile pour effectuer de courts déplacements?

Oui ..... 1

Non ..... 2

**C5** Pourquoi ... n'utilise-t-il (elle) pas plus souvent ce service spécialisé d'autobus ou de fourgonnettes?

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

i) N'en a pas besoin plus souvent ..... 1

ii) Horaire ne convient pas à ses besoins ..... 2

iii) Région desservie trop petite ..... 3

iv) Autre, s.v.p. précisez ..... 4

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C2** Certaines localités offrent un service spécialisé d'autobus ou de fourgonnettes aux personnes qui ont de la difficulté à utiliser le service local de transport en commun. Les gens peuvent appeler d'avance pour utiliser ce service et demander qu'on les prenne.

Existe-t-il un tel service spécialisé dans votre région?

Oui ..... 3  *Passez à C4*

Non ..... 4  *Passez à C3*

Ne sait pas ..... 5  *Passez à C3*

**C6** Au cours de l'année dernière ... a-t-il (elle) utilisé un taxi à cause de son affection ou de son problème de santé?

Oui ..... 1  *Passez à C7*

Non ..... 2  *Passez à C8*

**C3** ... a-t-il (elle) besoin d'un tel service?

Oui ..... 6  *Passez à C6*

Non ..... 7  *Passez à C6*

**C7** À quelle fréquence ... a-t-il (elle) utilisé le service de taxis?

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

i) Presque tous les jours au moins pendant certaines périodes de l'année ..... 3

ii) Fréquemment ..... 4

iii) À l'occasion ..... 5

iv) Rarement ..... 6

**C4** Quelle est la fréquence à laquelle ... utilise ce service?

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

i) Presque tous les jours à certaines périodes de l'année ..... 1  *Passez à C6*

ii) Fréquemment ..... 2  *Passez à C6*

iii) À l'occasion ..... 3  *Passez à C5*

iv) Rarement ..... 4  *Passez à C5*

v) Jamais ..... 5  *Passez à C5*

**C8** ... éprouve-t-il (elle) des difficultés à parcourir de longs trajets par:

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Ne sait pas</u>
i) avion	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	03 <input type="radio"/>
ii) autobus	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iii) train	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>
iv) traversier	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
v) voiture, camionnette, camion ou fourgonnette	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>



**D9** À la maison, ... a-t-il (elle) de la difficulté à utiliser les appareils ou accessoires suivants?

- |  | <u>Oui</u>               | <u>Non</u>               | <u>Sans objet</u>        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i) Appareils tels que téléviseur ou chaîne stéréo          | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> |
| ii) Baignoire  | 04 <input type="radio"/> | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iii) Toilette  | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> | 09 <input type="radio"/> |
| iv) Lavabo   | 10 <input type="radio"/> | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| v) Appareils ménagers tels que cuisinière ou réfrigérateur | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> |

**D10** A-t-on modifié l'un ou l'autre des appareils ou accessoires suivants?

- |  | <u>Oui</u>               | <u>Non</u>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) Appareils tels que téléviseur ou chaîne stéréo          | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) Baignoire  | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Toilette  | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) Lavabo   | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) Appareils ménagers tels que cuisinière ou réfrigérateur | 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 l'affection ou du problème de santé de ...?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2
- Sans objet ..... 3

**D12** Si on vous refusait un logement à cause de l'affection ou du problème de santé de ..., sauriez-vous où trouver de l'information sur vos droits?

- Oui ..... 4
- Non ..... 5

**SECTION E — ACTIVITÉS PHYSIQUES ET MODES DE VIE**

**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?

Non .....1  *Passez à E3*  
 Oui .....2  ↓

(a) Combien de sortes de médicaments sur ordonnance ... prend-Il (elle) CHAQUE JOUR?

Aucune .....3   
 1 à 3 sortes .....4   
 4 sortes ou plus .....5

(b) Combien de sortes de médicaments sans ordonnance ... prend-Il (elle) chaque jour?

Aucune .....6   
 1 à 3 sortes .....7   
 4 sortes ou plus .....8

**E2** Y a-t-Il d'autres médicaments que ... prend régulièrement, mais PAS À TOUS LES JOURS?

Non .....1  *Passez à E3*  
 Oui .....2  ↓

(a) Combien de sortes de médicaments sur ordonnance ... prend-Il (elle)?

Aucune .....3   
 1 à 3 sortes .....4   
 4 sortes ou plus .....5

(b) Combien de sortes de médicaments sans ordonnance ... prend-Il (elle)?

Aucune .....6   
 1 à 3 sortes .....7   
 4 sortes ou plus .....8

**E3** J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les activités physiques, les sports ou les exercices auxquels ... participe pendant ses loisirs, par exemple la marche, la bicyclette, la natation ou le base-ball.

À quelles activités physiques parmi les suivantes ... participe-t-Il (elle)? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	Oui	Non
i) Jouer seul(e) .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) Jouer avec d'autres .....	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Programme communautaire d'activités de loisirs, comme des cours de natation ou de la gymnastique .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Programme communautaire de compétitions sportives, comme le base-ball ou le hockey .....	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) Autre, s.v.p. précisez .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E4** L'affection ou le problème de santé de ... l'empêche-t-Il (elle) de participer à d'autres activités physiques durant ses loisirs?

Oui .....1  *Passez à E5*  
 Non .....2  *Passez à E6*

**E5** Qu'est-ce qui empêche ... d'avoir davantage d'activités physiques. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	Oui	Non
i) Est timide, mal à l'aise .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>
ii) Absence d'installations ou de programmes .....	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>
iii) Installations, équipements ou programmes non adaptés à ses besoins .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>
iv) Moyens de transport inadéquats .....	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>
v) Incapable physiquement d'en faire plus .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
vi) Coût trop élevé .....	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>
vii) N'est pas intéressé(e) à en faire plus .....	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>
viii) Autre, s.v.p. précisez .....	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E6** ... a-t-Il (elle) de la difficulté à rencontrer des gens de son âge après l'école ou pendant la fin de semaine à cause de moyens de transport inadéquats, de ses séances de thérapie, etc.?

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

**E7** ... a-t-Il (elle) déjà séjourné dans une colonie de vacances?

Oui .....3  *Passez à E8*  
 Non .....4  *Passez à la Section F, page 13*

**E8** Était-ce dans une colonie de vacances pour enfants ayant un problème de santé ou une affection?

Oui .....5   
 Non .....6

**E9** Est-ce que ... fréquentait la colonie de vacances le jour seulement où y passait-Il (elle) les nuits?

	Oui	Non
Le jour seulement .....	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
Le jour et la nuit .....	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

## 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, frais qui ne sont PAS complètement remboursés par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement. En 1990, votre famille a-t-elle effectué pour ... des dépenses supplémentaires pour les médicaments ou les soins médicaux, les études, le logement, le transport, le matériel ou les vêtements spécialisés, les soins personnels, etc.

Oui ..... 1  *Passez à F2*

Non ..... 2  *Remercier le répondant.*

**FIN DE L'INTERVIEW**

*Remplissez la page couverture du questionnaire.*

**F2** Pour chacun des postes de dépense suivants, veuillez estimer aussi précisément que possible les **FRAIS SUPPLÉMENTAIRES** que vous avez dû acquitter vous-même en 1990 à cause de l'affection de ... :  
Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

Veuillez s.v.p.  
préciser le montant

- |   |  |
|---|--|
| <p>i) <b>Médicaments sur ordonnance et sans ordonnance</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 01 <input type="radio"/> →    Non 02 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>ii) <b>Articles jetables utilisés à cause de l'affection ou du problème de santé de ...</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 03 <input type="radio"/> →    Non 04 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>iii) <b>Achat et entretien des vêtements, appareils et accessoires spécialisés utilisés à la maison, à l'école, en voyage, etc.</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 05 <input type="radio"/> →    Non 06 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>iv) <b>Soins de santé et soins médicaux non remboursés par un régime d'assurance, par exemple des frais d'hospitalisation ou des honoraires médicaux additionnels</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 07 <input type="radio"/> →    Non 08 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>v) <b>Frais que vous avez acquittés pour modifier votre demeure en raison de l'affection de ...</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 09 <input type="radio"/> →    Non 10 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>vi) <b>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</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 11 <input type="radio"/> →    Non 12 <input type="radio"/></p> | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>vii) <b>Services personnels, par exemple ceux dispensés par un préposé, une personne assurant des soins à domicile ou un gardien d'enfants spécialisé</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 13 <input type="radio"/> →    Non 14 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>viii) <b>Frais de scolarité ou de résidence supplémentaires ou spéciaux</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 15 <input type="radio"/> →    Non 16 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |
| <p>ix) <b>Autres, comme un interprète en langage visuel ou un chien guide, s.v.p. précisez</b> .....</p> <p style="text-align: right;">Oui 17 <input type="radio"/> →    Non 18 <input type="radio"/></p>   | <p>\$ <input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;" type="text"/> .00</p> |

↓







# 1991 Enquête sur la santé et les limitations d'activités dans les établissements institutionnels (Adultes)

## Formule 04

"Déclaration exigée en vertu  
de la Loi sur la statistique,  
Loi révisée du Canada,  
1985, chapitre S19."

### INTRODUCTION

Statistique Canada mène une enquête spéciale pour obtenir des données sur les Canadiens qui 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 d'activités devraient permettre d'identifier les problèmes rencontrés par ces Canadiens dans des domaines comme l'éducation, les déplacements, et les loisirs. Bien que votre participation à cette enquête soit volontaire votre coopération est importante afin que les renseignements recueillis puissent être les plus exacts et les plus complets possibles.

État final du quest.

Entièrement complété 1   
Partiellement 2   
Refus 3   
Aucun Contact 4

### DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

PROV <input type="text"/>	CEF N° <input type="text"/>	SD N° <input type="text"/>	NV <input type="text"/>	N° de l'établissement ou du ménage <input type="text"/>	Type de formule 0 4	N° de la personne <input type="text"/>
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------	--	------------------------	---

Nom de l'établissement

.....

Adresse

.....

Rue et N° ou lot et concession ou endroit exacte

.....

Ville, village, canton, autre municipalité Province ou Territoire Code Postal

Date de naissance

1

Jour Mois Année

Sexe

Homme 1   
Femme 2

N° de téléphone

-

Quel est l'état matrimonial du répondant?

Jamais marié(e) 1   
Marié(e) (incluant séparé(e)) 2   
Veuf(ve) 3   
Divorcé(e) 4   
Ne sait pas 5

Est-ce que l'époux ou l'épouse du répondant habite dans cet établissement?

Oui 6   
Non 7

Est-ce que le répondant est seul dans sa chambre?

Oui 1   
Non 2

Le répondant habitait-il dans cet établissement le jour du recensement de 1991?

Oui 3   
Non 4

Source de l'information

La personne de référence 5  OU Substitut - membre de la famille 6   
- autre 7

### 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						
DURÉE TOTALE (Minutes)						

Signature de l'interviewer

Date

8-2400-1.2 04-06-91 SQC/PCS-115-04401

## SECTION A — QUESTIONS DE SÉLECTION

Ces questions portent sur votre capacité d'accomplir certaines activités, au moyen d'aides techniques, si vous en utilisez habituellement. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

Colonne de  
sélection  
Oui

**A1** Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une autre personne?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté ... 2  → *Passez à A2* *Passez à 1a*

**1a** Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable ..... 3

Non, capable ..... 4

**A2** Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?

Oui, éprouve des difficultés ..... 5

Non, pas de difficulté ... 6  → *Passez à A3* *Passez à 2a*

**2a** Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Oui, totalement incapable ..... 7

Non, capable ..... 8

**A3 INTERVIEWER**

Si «*Oui*» est coché à la question A1 ou A2 ... 1  *Passez à 3a*

Autrement ... 2  → *Passez à A4*

**3a** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés à entendre?

Précisez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3b** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

i) Présente à la naissance ..... 01

ii) Reliée au milieu de travail ..... 02

iii) Une maladie ou un mal ..... 03

iv) Le vieillissement ..... 04

v) La violence psychologique ou physique ..... 05

vi) Un accident - à la maison ..... 06

vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07

viii) Un accident - relié au travail ..... 08

ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09  →

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

x) Ne sait pas ..... 10

**3c** Êtes-vous capable d'entendre ce qu'on vous dit au téléphone?

i) Oui, avec une prothèse auditive ..... 1

ii) Oui, sans une prothèse auditive ..... 2

iii) Non, incapable ..... 3

iv) Ne sait pas ..... 4

<b>3d</b>	<p><b>J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques ou services pour les personnes sourdes ou malentendantes.</b></p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Indiquez oui ou non à chacun.</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>i) une prothèse avec Interrupteur en T .....</td> <td style="text-align: center;">01 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">02 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ii) un autre genre de prothèse auditive .....</td> <td style="text-align: center;">03 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">04 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>iii) un appareil de télécommunication pour les sourds (A.T.S.) .....</td> <td style="text-align: center;">05 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">06 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>iv) un décodeur des émissions sous-titrées .....</td> <td style="text-align: center;">07 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">08 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>v) un système d'amplification, par exemple un système M.F., fil magnétique .....</td> <td style="text-align: center;">09 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">10 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>vi) un interprète oral ou un interprète en langage visuel .....</td> <td style="text-align: center;">11 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">12 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>vii) des alarmes visuelles ou des clignotants .....</td> <td style="text-align: center;">13 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">14 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>viii) un téléphone à volume réglable .....</td> <td style="text-align: center;">15 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">16 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ix) un ordinateur pour communiquer .....</td> <td style="text-align: center;">17 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">18 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>x) un service de relais des appels téléphoniques offert par une compagnie de téléphone .....</td> <td style="text-align: center;">19 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">20 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>xi) autre, s.v.p. précisez .....</td> <td style="text-align: center;">21 <input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">22 <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	i) une prothèse avec Interrupteur en T .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	ii) un autre genre de prothèse auditive .....	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	iii) un appareil de télécommunication pour les sourds (A.T.S.) .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	iv) un décodeur des émissions sous-titrées .....	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	v) un système d'amplification, par exemple un système M.F., fil magnétique .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	vi) un interprète oral ou un interprète en langage visuel .....	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	vii) des alarmes visuelles ou des clignotants .....	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	viii) un téléphone à volume réglable .....	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>	ix) un ordinateur pour communiquer .....	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	x) un service de relais des appels téléphoniques offert par une compagnie de téléphone .....	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>	xi) autre, s.v.p. précisez .....	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	Colonne de sélection Oui
	Oui	Non																																				
i) une prothèse avec Interrupteur en T .....	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>																																				
ii) un autre genre de prothèse auditive .....	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>																																				
iii) un appareil de télécommunication pour les sourds (A.T.S.) .....	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>																																				
iv) un décodeur des émissions sous-titrées .....	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>																																				
v) un système d'amplification, par exemple un système M.F., fil magnétique .....	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>																																				
vi) un interprète oral ou un interprète en langage visuel .....	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>																																				
vii) des alarmes visuelles ou des clignotants .....	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>																																				
viii) un téléphone à volume réglable .....	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>																																				
ix) un ordinateur pour communiquer .....	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>																																				
x) un service de relais des appels téléphoniques offert par une compagnie de téléphone .....	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>																																				
xi) autre, s.v.p. précisez .....	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>																																				
<b>A4</b>	<p><b>Éprouvez-vous des difficultés à voir les caractères ordinaires d'un journal avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?</b></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"/> → <b>Passez à A5</b></p>	Passez à 4a																																				
<b>4a</b>	<p><b>Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b></p> <p style="text-align: right;">Oui, totalement incapable ..... 3 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non, capable ..... 4 <input type="radio"/></p>	↓ ←																																				
<b>A5</b>	<p><b>Éprouvez-vous des difficultés à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce, c'est-à-dire à 4 mètres (12 pieds), avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?</b></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"/> → <b>Passez à A6</b></p>	Passez à 5a																																				
<b>5a</b>	<p><b>Êtes-vous totalement incapable de le faire?</b></p> <p style="text-align: right;">Oui, totalement incapable ..... 7 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Non, capable ..... 8 <input type="radio"/></p>	↓ ←																																				
<b>A6</b>	<p><b>INTERVIEWER</b></p> <p><i>Si «Oui» est coché à la question A4 ou A5 ... 1 <input type="radio"/> Passez à 6a</i></p> <p><i>Autrement ... 2 <input type="radio"/> → Passez à A7</i></p>																																					
<b>6a</b>	<p><b>Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez cette difficulté à voir?</b></p> <p>Précisez: <input type="text"/></p>																																					
<b>6b</b>	<p><b>Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</b></p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>i) Présente à la naissance .....</td> <td style="text-align: center;">01 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ii) Rellée au milieu de travail .....</td> <td style="text-align: center;">02 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>iii) Une maladie ou un mal .....</td> <td style="text-align: center;">03 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>iv) Le vieillissement .....</td> <td style="text-align: center;">04 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>v) La violence psychologique ou physique .....</td> <td style="text-align: center;">05 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>vi) Un accident - à la maison .....</td> <td style="text-align: center;">06 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....</td> <td style="text-align: center;">07 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>viii) Un accident - rellé au travail .....</td> <td style="text-align: center;">08 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ix) Autre, s.v.p. précisez .....</td> <td style="text-align: center;">09 <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">x) Ne sait pas ..... 10 <input type="radio"/></p>	i) Présente à la naissance .....	01 <input type="radio"/>	ii) Rellée au milieu de travail .....	02 <input type="radio"/>	iii) Une maladie ou un mal .....	03 <input type="radio"/>	iv) Le vieillissement .....	04 <input type="radio"/>	v) La violence psychologique ou physique .....	05 <input type="radio"/>	vi) Un accident - à la maison .....	06 <input type="radio"/>	vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....	07 <input type="radio"/>	viii) Un accident - rellé au travail .....	08 <input type="radio"/>	ix) Autre, s.v.p. précisez .....	09 <input type="radio"/>																			
i) Présente à la naissance .....	01 <input type="radio"/>																																					
ii) Rellée au milieu de travail .....	02 <input type="radio"/>																																					
iii) Une maladie ou un mal .....	03 <input type="radio"/>																																					
iv) Le vieillissement .....	04 <input type="radio"/>																																					
v) La violence psychologique ou physique .....	05 <input type="radio"/>																																					
vi) Un accident - à la maison .....	06 <input type="radio"/>																																					
vii) Un accident - causé par un véhicule moteur .....	07 <input type="radio"/>																																					
viii) Un accident - rellé au travail .....	08 <input type="radio"/>																																					
ix) Autre, s.v.p. précisez .....	09 <input type="radio"/>																																					

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

Colonne de  
sélection  
Oui

- Oui ..... 1
- Non ..... 2
- Ne sait pas ou incertain ..... 3

6d J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques ou services pour les personnes handicapées visuellement. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

Utilisez-vous actuellement:

- |  | <u>Oui</u>                     | <u>Non</u>                     |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| i) du matériel de lecture en gros caractères ..... 01 <input type="radio"/>              | ..... 02 <input type="radio"/> | ..... 02 <input type="radio"/> |
| ii) du matériel de lecture en braille ..... 03 <input type="radio"/>                     | ..... 04 <input type="radio"/> | ..... 04 <input type="radio"/> |
| iii) du matériel de lecture auditif ..... 05 <input type="radio"/>                       | ..... 06 <input type="radio"/> | ..... 06 <input type="radio"/> |
| iv) les services d'un lecteur ou d'une lectrice ..... 07 <input type="radio"/>           | ..... 08 <input type="radio"/> | ..... 08 <input type="radio"/> |
| v) des lunettes ou des verres de contact ..... 09 <input type="radio"/>                  | ..... 10 <input type="radio"/> | ..... 10 <input type="radio"/> |
| vi) des loupes ou d'autres appareils grossissants ..... 11 <input type="radio"/>         | ..... 12 <input type="radio"/> | ..... 12 <input type="radio"/> |
| vii) du matériel d'enregistrement (bande, cassette, etc.) ..... 13 <input type="radio"/> | ..... 14 <input type="radio"/> | ..... 14 <input type="radio"/> |
| viii) un ordinateur (incluant synthétiseur de parole) ..... 15 <input type="radio"/>     | ..... 16 <input type="radio"/> | ..... 16 <input type="radio"/> |
| ix) une canne blanche ..... 17 <input type="radio"/>                                     | ..... 18 <input type="radio"/> | ..... 18 <input type="radio"/> |
| x) un chien guide ..... 19 <input type="radio"/>   | ..... 20 <input type="radio"/> | ..... 20 <input type="radio"/> |
| xi) autre, s.v.p. précisez ..... 21 <input type="radio"/>                                | ..... 22 <input type="radio"/> | ..... 22 <input type="radio"/> |

[ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 ]

A7 Éprouvez-vous des difficultés à parler et être compris(e)?

- Oui, éprouve des difficultés ..... 1
- Non, pas de difficulté ..... 2  → *Passez à A8*

*Passez à 7a*

7a Jusqu'à quel point êtes-vous capable de vous faire comprendre en parlant:

- |  | <u>Entièrement</u>             | <u>Partiellement</u>           | <u>Pas du tout</u>             | <u>Ne sait pas</u>             |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| i) aux membres de la famille ..... 01 <input type="radio"/>                          | ..... 02 <input type="radio"/> | ..... 03 <input type="radio"/> | ..... 04 <input type="radio"/> | ..... 04 <input type="radio"/> |
| ii) aux amis ..... 05 <input type="radio"/>  | ..... 06 <input type="radio"/> | ..... 07 <input type="radio"/> | ..... 08 <input type="radio"/> | ..... 08 <input type="radio"/> |
| iii) au personnel de la résidence, de l'établissement ..... 09 <input type="radio"/> | ..... 10 <input type="radio"/> | ..... 11 <input type="radio"/> | ..... 12 <input type="radio"/> | ..... 12 <input type="radio"/> |
| iv) aux autres personnes ..... 13 <input type="radio"/>                              | ..... 14 <input type="radio"/> | ..... 15 <input type="radio"/> | ..... 16 <input type="radio"/> | ..... 16 <input type="radio"/> |


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

Précisez

[ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 ]

**7c** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection ?

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
- ii) Rellée au milieu de travail ..... 02
- iii) Une maladie ou un mal ..... 03
- iv) Le vieillissement ..... 04
- v) La violence psychologique ou physique ..... 05
- vi) Un accident - à la maison ..... 06
- vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
- viii) Un accident - rellé au travail ..... 08
- ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09  
- x) Ne sait pas ..... 10

Colonne de  
sélection  
Oui

**7d** J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques pour les personnes ayant de la difficulté à parler et à se faire comprendre. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

Utilisez-vous actuellement:

- |  | <u>Oui</u>               | <u>Non</u>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) un larynx artificiel ..... 01 <input type="radio"/>   | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) une aide vocale à la communication, comme un «touch talker» ..... 03 <input type="radio"/> | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) un amplificateur pour la voix ..... 05 <input type="radio"/>                              | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) un ordinateur pour communiquer ..... 07 <input type="radio"/>                              | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) une planche de communication, par exemple une planche Bliss ..... 09 <input type="radio"/>  | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) autre, s.v.p. précisez ..... 11 <input type="radio"/>                                      | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |

**A8** Éprouvez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 350 mètres (400 verges) sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons ou un demi-kilomètre ou environ un quart de mille)?

- Oui, éprouve des difficultés ..... 1
- Non, pas de difficulté . . . 2  → *Passez à A9*

*Passez à 8a*

**8a** Êtes-vous totalement incapable de le faire?

- Oui, totalement incapable ..... 3
- Non, capable ..... 4

**A9** Éprouvez-vous des difficultés à monter et à descendre un escalier (environ 12 marches)?

- Oui, éprouve des difficultés ..... 5
- Non, pas de difficulté . . . 6  → *Passez à A10*

*Passez à 9a*

**9a** Êtes-vous totalement incapable de le faire?

- Oui, totalement incapable ..... 7
- Non, capable ..... 8

<p><b>A10</b> Éprouvez-vous des difficultés à transporter un objet de 4,5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, c'est-à-dire 10 livres sur une distance de 30 pieds (par exemple, un sac d'épicerie)?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés ..... 1 <input type="radio"/></p> <p>Non, pas de difficulté ... 2 <input type="radio"/> → <b>Passez à A11</b></p>	<p>Colonne de sélection</p> <p>Oui</p> <p>Passez à 10a</p>
<p><b>10a</b> 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>↓</p>
<p><b>A11</b> Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés ..... 5 <input type="radio"/></p> <p>Non, pas de difficulté ... 6 <input type="radio"/> → <b>Passez à A12</b></p>	<p>Passez à 11a</p>
<p><b>11a</b> 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>↓</p>
<p><b>A12</b> Éprouvez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés ..... 1 <input type="radio"/></p> <p>Non, pas de difficulté ... 2 <input type="radio"/> → <b>Passez à 12b</b></p>	<p>Passez à 12a</p>
<p><b>12a</b> 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>↓</p>
<p><b>12b INTERVIEWER</b></p> <p>Si «Oui» est coché à la question A8, A9, A10, A11 ou A12 ... 5 <input type="radio"/> <b>Passez à 12c</b></p> <p>Autrement ... 6 <input type="radio"/> → <b>Passez à A13</b></p>	
<p><b>12c</b> Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui vous cause des difficultés à marcher, monter et descendre les escaliers, porter un objet, vous déplacer d'une pièce à l'autre et vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?</p> <p>Précisez</p> <p><input type="text"/></p>	
<p><b>12d</b> Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance ..... 01 <input type="radio"/></p> <p>ii) Rellée au milieu de travail ..... 02 <input type="radio"/></p> <p>iii) Une maladie ou un mal ..... 03 <input type="radio"/></p> <p>iv) Le vieillissement ..... 04 <input type="radio"/></p> <p>v) La violence psychologique ou physique ..... 05 <input type="radio"/></p> <p>vi) Un accident - à la maison ..... 06 <input type="radio"/></p> <p>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07 <input type="radio"/></p> <p>viii) Un accident - relle au travail ..... 08 <input type="radio"/></p> <p>ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09 <input type="radio"/> →</p> <p><input type="text"/></p> <p>x) Ne sait pas ..... 10 <input type="radio"/></p>	

<p><b>A13</b> Lorsque vous êtes debout, éprouvez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par exemple un soulier)?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés ..... 1 <input type="radio"/></p> <p>Non, pas de difficulté ... 2 <input type="radio"/> → <i>Passez à A14</i></p>	<p>Colonne de sélection</p> <p>Oui</p> <p>..... 1 <input type="radio"/></p> <p><i>Passez à 13a</i></p>
<p><b>13a</b> 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>↓</p> <p>←</p>
<p><b>A14</b> Éprouvez-vous des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés ..... 5 <input type="radio"/></p> <p>Non, pas de difficulté ... 6 <input type="radio"/> → <i>Passez à A15</i></p>	<p><i>Passez à 14a</i></p>
<p><b>14a</b> Êtes-vous totalement Incapable de le faire?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés ..... 7 <input type="radio"/></p> <p>Non, capable ..... 8 <input type="radio"/></p>	<p>↓</p> <p>←</p>
<p><b>A15</b> Éprouvez-vous des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir?</p> <p>Oui, éprouve des difficultés ..... 1 <input type="radio"/></p> <p>Non, pas de difficulté ... 2 <input type="radio"/> → <i>Passez à 15b</i></p>	<p><i>Passez à 15a</i></p>
<p><b>15a</b> 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>↓</p> <p>←</p>
<p><b>15b INTERVIEWER</b></p> <p><i>Si «Oui» est coché à la question A13, A14 ou A15 ... 5 <input type="radio"/> Passez à 15c</i></p> <p><i>Autrement ... 6 <input type="radio"/> → Passez à A16</i></p>	
<p><b>15c</b> Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui vous cause des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet, à vous habiller et vous déshabiller et à vous mettre au lit et à en sortir?</p> <p>Précisez <input type="text"/></p>	
<p><b>15d</b> Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?</p> <p><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></p> <p>i) Présente à la naissance ..... 01 <input type="radio"/></p> <p>ii) Re liée au milieu de travail ..... 02 <input type="radio"/></p> <p>iii) Une maladie ou un mal ..... 03 <input type="radio"/></p> <p>iv) Le vieillissement ..... 04 <input type="radio"/></p> <p>v) La violence psychologique ou physique ..... 05 <input type="radio"/></p> <p>vi) Un accident - à la maison ..... 06 <input type="radio"/></p> <p>vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07 <input type="radio"/></p> <p>viii) Un accident - relié au travail ..... 08 <input type="radio"/></p> <p>ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09 <input type="radio"/> →</p> <p><input type="text"/></p> <p>x) Ne sait pas ..... 10 <input type="radio"/></p>	

<b>A16</b> Éprouvez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteils? (C'est-à-dire, vous est-il physiquement difficile de vous couper les ongles d'orteils?)	<i>Colonne de sélection</i> Oui ..... 1 <input type="radio"/> Non, pas de difficulté ... 2 <input type="radio"/> → <i>Passez à A17</i> <i>Passez à 16a</i>
<b>16a</b> Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ..... 3 <input type="radio"/> Non, capable ..... 4 <input type="radio"/>	↓
<b>A17</b> Éprouvez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet (par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux)?	Oui, éprouve des difficultés ..... 5 <input type="radio"/> Non, pas de difficulté ... 6 <input type="radio"/> → <i>Passez à A18</i> <i>Passez à 17a</i>
<b>17a</b> Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ..... 7 <input type="radio"/> Non, capable ..... 8 <input type="radio"/>	↓
<b>A18</b> Éprouvez-vous des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction (par exemple, au-dessus de votre tête)?	Oui, éprouve des difficultés ..... 1 <input type="radio"/> Non, pas de difficulté ... 2 <input type="radio"/> → <i>Passez à A19</i> <i>Passez à 18a</i>
<b>18a</b> Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ..... 3 <input type="radio"/> Non, capable ..... 4 <input type="radio"/>	↓
<b>A19</b> Éprouvez-vous des difficultés à couper vos aliments?	Oui, éprouve des difficultés ..... 5 <input type="radio"/> Non, pas de difficulté ... 6 <input type="radio"/> → <i>Passez à 19b</i> <i>Passez à 19a</i>
<b>19a</b> Êtes-vous totalement incapable de le faire? Oui, totalement incapable ..... 7 <input type="radio"/> Non, capable ..... 8 <input type="radio"/>	↓
<b>19b INTERVIEWER</b> Si «Oui» est coché à la question A16, A17, A18 ou A19 ... 1 <input type="radio"/> <i>Passez à 19c</i> Autrement ... 2 <input type="radio"/> → <i>Passez à A20</i>	
<b>19c</b> Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui vous cause des difficultés à vous couper les ongles, à saisir et manier un objet, à tendre les bras ou à couper vos aliments? Précisez <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
<b>19d</b> Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"><b>INTERVIEWER: Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.</b></div> i) Présente à la naissance ..... 01 <input type="radio"/> ii) Rellée au milieu de travail ..... 02 <input type="radio"/> iii) Une maladie ou un mal ..... 03 <input type="radio"/> iv) Le vieillissement ..... 04 <input type="radio"/> v) La violence psychologique ou physique ..... 05 <input type="radio"/> vi) Un accident - à la maison ..... 06 <input type="radio"/> vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07 <input type="radio"/> viii) Un accident - relle au travail ..... 08 <input type="radio"/> ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09 <input type="radio"/> ↓ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> x) Ne sait pas ..... 10 <input type="radio"/>	



**A20** À cause d'une affection ou d'un problème de santé chronique qui dure depuis 6 mois ou plus ou pourrait durer 6 mois ou plus, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire:

Colonne de sélection  
Oui

(i) dans la résidence ou l'établissement?

Oui, est limité(e) ..... 1

Non ..... 2

Ne sait pas ..... 3

(ii) dans autres activités à l'extérieur de la résidence ou de l'établissement comme pour les déplacements, les sports ou les loisirs?

Oui, est limité(e) ..... 4

Non ..... 5

Ne sait pas ..... 6

**20a INTERVIEWER**

Si «Oui» est coché à la question A20 (i) ou (ii) ... 7  Passez à 20b

Autrement ... 8  → Passez à A21

**20b** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui vous limite dans vos activités?

Précisez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**20c** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

i) Présente à la naissance ..... 01

ii) Rellée au milieu de travail ..... 02

iii) Une maladie ou un mal ..... 03

iv) Le vieillissement ..... 04

v) La violence psychologique ou physique ..... 05

vi) Un accident - à la maison ..... 06

vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07

viii) Un accident - relié au travail ..... 08

ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

x) Ne sait pas ..... 10

**A21** Il arrive que certaines personnes aient plus de difficulté que d'autres à apprendre des choses nouvelles et à réagir à de nouvelles situations.

De temps à autre CHACUN éprouve des difficultés à se souvenir du nom d'une personne familière, 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?

Oui, éprouve des difficultés ..... 1

Non, pas de difficulté ... 2  → Passez à A22

Passez à 21a

**21a** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui fait que vous éprouvez des difficultés avec ces activités?

Précisez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

21b Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

Colonne de  
sélection  
Oui

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
  - ii) Rellée au milieu de travail ..... 02
  - iii) Une maladie ou un mal ..... 03
  - iv) Le vieillissement ..... 04
  - v) La violence psychologique ou physique ..... 05
  - vi) Un accident - à la maison ..... 06
  - vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
  - viii) Un accident - relle au travail ..... 08
  - ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09  →
- 
- x) Ne sait pas ..... 10

**A22** À cause d'une affection ou d'un problème chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental, qui dure depuis au moins six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus, êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire ?

- (i) dans la résidence ou l'établissement?
  - Oui, est limité(e) ..... 1
  - Non ..... 2
  - Ne sait pas ..... 3
- (ii) dans autres activités à l'extérieur de la résidence ou de l'établissement comme pour les déplacements, les sports ou les loisirs?
  - Oui, est limité(e) ..... 4
  - Non ..... 5
  - Ne sait pas ..... 6

**A23 INTERVIEWER**

Si «Oui» est coché à la question A22 (i) ou (ii) ... 7  Passez à 23a

Autrement ... 8  → Passez à la Section B, page 11

**23a** Quel est le principal problème de santé ou la principale affection qui vous limite dans vos activités?

Précisez

**23b** Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause de votre affection?

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

- i) Présente à la naissance ..... 01
  - ii) Rellée au milieu de travail ..... 02
  - iii) Une maladie ou un mal ..... 03
  - iv) Le vieillissement ..... 04
  - v) La violence psychologique ou physique ..... 05
  - vi) Un accident - à la maison ..... 06
  - vii) Un accident - causé par un véhicule moteur ..... 07
  - viii) Un accident - relle au travail ..... 08
  - ix) Autre, s.v.p. précisez ..... 09  →
- 
- x) Ne sait pas ..... 10

**PASSEZ À LA SECTION B**

## SECTION B - AIDES TECHNIQUES ET MODES DE VIE

Les questions suivantes portent sur l'utilisation que vous faites des aides techniques et de certains services. Ces questions ont été conçues pour un certain nombre d'affections et certaines pourraient ne pas s'appliquer dans votre cas.

**B1** Utilisez-vous des aides techniques ou du matériel spécialisé pour vous déplacer, comme un fauteuil roulant ou des béquilles?

Oui ..... 1

Non ..... 2  *Passez à B3*

**B2** Quelles aides techniques ou quel matériel spécialisé utilisez-vous pour vous aider à vous déplacer? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
i) Un support de dos ou de jambes .....	.01 <input type="radio"/>	.02 <input type="radio"/>
ii) Des chaussures orthopédiques .....	.03 <input type="radio"/>	.04 <input type="radio"/>
iii) Un pied artificiel .....	.05 <input type="radio"/>	.06 <input type="radio"/>
iv) Une jambe artificielle .....	.07 <input type="radio"/>	.08 <input type="radio"/>
v) Une canne (autre qu'une canne blanche) .....	.09 <input type="radio"/>	.10 <input type="radio"/>
vi) Des béquilles .....	.11 <input type="radio"/>	.12 <input type="radio"/>
vii) Une marchette .....	.13 <input type="radio"/>	.14 <input type="radio"/>
viii) Un scooter .....	.15 <input type="radio"/>	.16 <input type="radio"/>
ix) Un fauteuil roulant non motorisé .....	.17 <input type="radio"/>	.18 <input type="radio"/>
x) Un fauteuil roulant motorisé .....	.19 <input type="radio"/>	.20 <input type="radio"/>
xi) Autre, s.v.p. précisez .....	.21 <input type="radio"/>	.22 <input type="radio"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B3** Utilisez-vous des aides techniques ou du matériel spécialisé pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou vous aider à vous en servir?

Oui ..... 1

Non ..... 2  *Passez à B5*

**B4** Quelles sont les aides techniques ou quel est le matériel spécialisé que vous utilisez pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou vous aider à vous en servir? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
i) Une main artificielle .....	.1 <input type="radio"/>	.2 <input type="radio"/>
ii) Un bras artificiel .....	.3 <input type="radio"/>	.4 <input type="radio"/>
iii) Un support de bras .....	.5 <input type="radio"/>	.6 <input type="radio"/>
iv) Autre, s.v.p. précisez .....	.7 <input type="radio"/>	.8 <input type="radio"/>

↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B5** En général, éprouvez-vous des douleurs ou des malaises?

Oui ..... 1

Non ..... 2  *Passez à B8*

Ne sait pas ..... 3  *Passez à B8*

**B6** Comment décririez-vous l'intensité habituelle de ces douleurs ou malaises?

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

Faible ..... 4

Modérée ..... 5

Forte ..... 6

**B7** Combien y-a-t-il d'activités que vous ne pouvez faire en raison de douleurs ou de malaises que vous éprouvez?

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

Aucune ..... 1

Un petit nombre ..... 2

Un certain nombre ..... 3

La plupart ..... 4

**B8** Qui fait habituellement vos achats de vêtements ou d'autres produits essentiels?

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

Vous seul ..... 5  *Passez à B12*

Personne ou sans objet ..... 6  *Passez à B12*

Vous-même et quelqu'un d'autre ..... 7

Quelqu'un d'autre ..... 8

**B9** Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?

Oui ..... 1

Non ..... 2  *Passez à B12*

**B10** Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin?

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

(a) Quelqu'un qui travaille ou habite à la résidence ou dans l'établissement, y compris une personne bénévole

Oui ..... 3

Non ..... 4

(b) Quelqu'un qui n'habite pas ou ne travaille pas à la résidence ou dans l'établissement

Oui ..... 5

Non ..... 6  *Passez à B12*

**B11 Qui, à l'extérieur de l'établissement ou de la résidence, vous aide à magasiner?**

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

	Non		Oui		Combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?			
					Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	
i) Époux, épouse ou conjoint	01	<input type="radio"/>	02	<input type="radio"/>	03	<input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
ii) Fils	06	<input type="radio"/>	07	<input type="radio"/>	08	<input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
iii) Filles	11	<input type="radio"/>	12	<input type="radio"/>	13	<input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
iv) Parents	16	<input type="radio"/>	17	<input type="radio"/>	18	<input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v) Frère ou sœur	21	<input type="radio"/>	22	<input type="radio"/>	23	<input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi) D'autres personnes apparentées	26	<input type="radio"/>	27	<input type="radio"/>	28	<input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii) Ami(e) ou voisin(e)	31	<input type="radio"/>	32	<input type="radio"/>	33	<input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>
viii) Organisme à but non lucratif	36	<input type="radio"/>	37	<input type="radio"/>	38	<input type="radio"/>	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
ix) Organisme ou compagnie privé	41	<input type="radio"/>	42	<input type="radio"/>	43	<input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>

**B12 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 B16*
- Personne ou sans objet ..... 2  *Passez à B16*
- Vous-même et quelqu'un d'autre ..... 3
- Quelqu'un d'autre ..... 4

**B13 Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?**

- Oui ..... 5
- Non ..... 6  *Passez à B16*

**B14 Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos finances personnelles?**

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

- (a) Quelqu'un qui travaille ou habite à la résidence ou dans l'établissement, y compris une personne bénévole.
  - Oui ..... 1
  - Non ..... 2
- (b) Quelqu'un qui n'habite pas ou ne travaille pas à la résidence ou dans l'établissement.
  - Oui ..... 3
  - Non ..... 4  *Passez à B16*

**B15 Qui à l'extérieur de l'établissement ou de la résidence vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos finances personnelles?**

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

	Non	Oui		Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois
i) Époux, épouse ou conjoint	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	_____	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	05 <input type="radio"/>
ii) Fils	06 <input type="radio"/>	07 <input type="radio"/>	_____	08 <input type="radio"/>	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>
iii) Fille	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	_____	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>
iv) Parents	16 <input type="radio"/>	17 <input type="radio"/>	_____	18 <input type="radio"/>	19 <input type="radio"/>	20 <input type="radio"/>
v) Frère ou sœur	21 <input type="radio"/>	22 <input type="radio"/>	_____	23 <input type="radio"/>	24 <input type="radio"/>	25 <input type="radio"/>
vi) D'autres personnes apparentées	26 <input type="radio"/>	27 <input type="radio"/>	_____	28 <input type="radio"/>	29 <input type="radio"/>	30 <input type="radio"/>
vii) Ami(e) ou voisin(e)	31 <input type="radio"/>	32 <input type="radio"/>	_____	33 <input type="radio"/>	34 <input type="radio"/>	35 <input type="radio"/>
viii) Organisme à but non lucratif	36 <input type="radio"/>	37 <input type="radio"/>	_____	38 <input type="radio"/>	39 <input type="radio"/>	40 <input type="radio"/>
ix) Organisme ou compagnie privé	41 <input type="radio"/>	42 <input type="radio"/>	_____	43 <input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>

**B16 À cause de votre affection ou de votre problème de santé, 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 B19**

**B17 Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos soins personnels?**

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

(a) Quelqu'un qui travaille ou habite à la résidence ou dans l'établissement, y compris une personne bénévole.

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

(b) Quelqu'un qui n'habite pas ou ne travaille pas à la résidence ou dans l'établissement.

- Oui ..... 5
- Non ..... 6  **Passez à B19**

**B18** Qui à l'extérieur de l'établissement ou de la résidence vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos soins personnels?

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Pour chaque réponse «Oui» demandez: combien de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

Combin de fois cette personne vous a-t-elle aidé?

	Non	Oui		En moyenne combien de jours par semaine?	ET	En moyenne combien d'heures par jour?
i) Époux, épouse ou conjoint	01 <input type="radio"/>	02 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
ii) Fils	03 <input type="radio"/>	04 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
iii) Fille	05 <input type="radio"/>	06 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
iv) Parents	07 <input type="radio"/>	08 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
v) Frère ou soeur	09 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
vi) D'autres personnes apparentées	11 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
vii) Ami(e) ou voisin(e)	13 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
viii) Organisme à but non lucratif	15 <input type="radio"/>	16 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>
ix) Organisme ou compagnie privé	17 <input type="radio"/>	18 <input type="radio"/>	_____	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**B19** Comment vous déplacez-vous à l'intérieur de votre résidence?

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

- i) Par vous-même ..... 1
- ii) Parfois par vous-même et  
parfois avec l'aide d'une autre personne ..... 2
- iii) Uniquement avec l'aide d'une autre personne ..... 3
- iv) Pas du tout à cause de votre affection  
ou problème de santé ..... 4

**B20** Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'en général votre santé est:

- i) excellente ..... 5
- ii) bonne ..... 6
- iii) moyenne ..... 7
- iv) mauvaise ..... 8

**B21** Combien y a-t-il de personnes dans votre parenté dont vous êtes proche?

- Aucun ..... 1  *Passez à B23*
- Ne sait pas ..... 2  *Passez à B23*

OU

Nombre de personnes proches

**B22** Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu une de ces personnes?

Je vais vous lire une liste. Veuillez n'indiquer qu'une seule réponse.

- i) Au moins une fois par semaine ..... 1
- ii) Au moins une fois par mois ..... 2
- iii) Moins d'une fois par mois ..... 3
- iv) Pas du tout ..... 4

**B23** Mis à part les membres de votre famille, combien d'amis intimes avez-vous DANS CETTE résidence? Par amis intimes on entend des gens avec lesquels vous êtes à l'aise, avec lesquels vous pouvez parler de vos affaires personnelles et sur lesquels vous pouvez vous fier pour obtenir de l'aide?

- Aucun ..... 5
- Ne sait pas ..... 6

OU

Nombre d'amis intimes vivant DANS la résidence

**B24** Combien d'amis intimes avez-vous vivant à L'EXTÉRIEUR de cette résidence?

- Aucun ..... 7  *Passez à B26*
- Ne sait pas ..... 8  *Passez à B26*

OU

Nombre d'amis intimes vivant à L'EXTÉRIEUR de la résidence

**B25** Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu un de ces amis intimes vivant à L'EXTÉRIEUR de cette résidence, c'est-à-dire combien de fois vous ont-ils rendu visite ou leur avez-vous rendu visite à l'extérieur de la résidence? Je vais vous lire une liste. Veuillez n'indiquer qu'une seule réponse.

- i) Au moins une fois par semaine ..... 1
- ii) Au moins une fois par mois ..... 2
- iii) Moins d'une fois par mois ..... 3
- iv) Pas du tout ..... 4

**B26** a) Participez-vous régulièrement à des activités physiques comme la marche, du jardinage, de la natation, de la danse ou des exercices en classe ou par vous-même?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2  *Passez à B27*

b) À quelle fréquence participez-vous à des activités physiques?

- Au moins une fois par jour ..... 3
- Au moins une fois par semaine ..... 4
- Au moins une fois par mois ..... 5
- À l'occasion ..... 6

**B27** Présentement, fumez-vous à chaque jour, à l'occasion ou pas du tout?

- À chaque jour ..... 1
- À l'occasion ..... 2  *Passez à la Section C*
- Pas du tout ..... 3  *Passez à la Section C*

**B28** Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

Nombre de cigarettes

### SECTION C - DÉPLACEMENTS

J'almerais maintenant vous poser des questions sur les moyens de transport que vous utilisez pour vos déplacements locaux, c'est-à-dire les déplacements pour magasiner ou aller à un rendez-vous chez le médecin ainsi que tous les autres trajets de moins de 80 km (50 milles).

**C1** Votre affection ou votre problème de santé vous empêche-t-elle ou vous empêche-t-il de quitter la résidence pour effectuer de courts trajets?

- Oui ..... 1
- Non ..... 2

**C2** Avez-vous besoin d'un préposé ou d'un compagnon pour effectuer de courts trajets?

- Oui ..... 3
- Non ..... 4

**C3** Certaines localités mettent un service spécialisé 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 spécialisé, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on vienne les chercher.

Un service de ce genre existe-t-il dans votre région? Veuillez ne pas considérer comme tel, le service d'autobus que votre établissement pourrait avoir.

- Oui ..... 5  *Passez à C5*
- Non ..... 6
- Ne sait pas ou incertain(e) ..... 7

**C4** Avez-vous besoin d'un service de ce genre?

- Oui ..... 1  *Passez à la Section D*
- Non ..... 2  *Passez à la Section D*
- Ne sait pas ..... 3  *Passez à la Section D*

**C5** Utilisez-vous ce service?

- Oui ..... 4
- Non ..... 5  *Passez à la Section D*

**C6** À quelle fréquence utilisez-vous le service de transport en commun local?

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

- i) Presque tous les jours, au moins pendant certaines périodes de l'année ..... 6  *Passez à la Section D*
- ii) Fréquemment ..... 7  *Passez à la Section D*
- iii) À l'occasion ..... 8
- iv) Rarement ..... 9

**C7** Pourquoi n'utilisez-vous pas plus souvent ce service? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p répondre par oui ou non.

- |   | <u>Oui</u>            | <u>Non</u>               |
|---|-----------------------|--------------------------|
| i) Vous n'en avez pas besoin plus souvent ..... 01  | <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) Le service est trop coûteux ..... 03  | <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Le service n'est pas disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ..... 05                                 | <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) On ne permet pas à votre préposé, votre conjoint, votre enfant, etc., de vous accompagner ..... 07        | <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) Les règles concernant les réservations ne vous permettent pas des arrangements de dernière minute ..... 09 | <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) Autre, s.v.p. précisez ..... 11   | <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |

↓

## SECTION D — LOGEMENT

**D1** À cause de votre affection, utilisez-vous, pour entrer dans votre résidence actuelle et pour en sortir, du matériel spécialisé comme des rampes d'accès ou une entrée au niveau du sol?

Oui ..... 1

Non ..... 2  *Passez à D3*

**D3** À cause de votre affection, utilisez-vous dans votre résidence du matériel spécialisé, comme des portes faciles à ouvrir ou des avertisseurs audio?

Oui ..... 1

Non ..... 2  *Passez à la Section E*

**D2** Quel matériel spécialisé utilisez-vous?

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Indiquez oui ou non à chacun.

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) Une rampe ou une entrée au niveau du sol ..... 01                     | 1 <input type="radio"/>  | 02 <input type="radio"/> |
| ii) Une porte d'entrée ou un couloir élargi ..... 03                     | 3 <input type="radio"/>  | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Une porte automatique ou une porte facile à ouvrir ..... 05         | 5 <input type="radio"/>  | 06 <input type="radio"/> |
| iv) Un ascenseur ou un appareil de levage ..... 07                       | 7 <input type="radio"/>  | 08 <input type="radio"/> |
| v) Une zone adaptée pour déposer et ramasser des passagers ..... 09      | 9 <input type="radio"/>  | 10 <input type="radio"/> |
| vi) Une poignée de porte à manette ..... 11                              | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) Des caractères en braille ou en relief ou un message vocal ..... 13 | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| viii) Autre, s.v.p. précisez ..... 15                                    | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**D4** Quel matériel spécialisé utilisez-vous?

**INTERVIEWER:** Lisez la liste. Indiquez oui ou non à chacun.

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i) Une barre d'appui (y compris dans la salle de bain) ..... 01                     | 01 <input type="radio"/> | 02 <input type="radio"/> |
| ii) Un ascenseur ou un appareil de levage ..... 03                                  | 03 <input type="radio"/> | 04 <input type="radio"/> |
| iii) Une porte d'entrée ou un couloir élargi ..... 05                               | 05 <input type="radio"/> | 06 <input type="radio"/> |
| iv) Des alarmes visuelles ou des clignotants ..... 07                               | 07 <input type="radio"/> | 08 <input type="radio"/> |
| v) Un avertisseur audio ..... 09  | 09 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| vi) Des portes automatiques ou faciles à ouvrir ..... 11                            | 11 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> |
| vii) Des comptoirs, lavabos commutateurs ou autres installations abaissées ..... 13 | 13 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| viii) Un lève-personnes pour le lit ou la baignoire ..... 15                        | 15 <input type="radio"/> | 16 <input type="radio"/> |
| ix) Des poignées à manette ..... 17   | 17 <input type="radio"/> | 18 <input type="radio"/> |
| x) Un avertisseur d'urgence (avertisseur portatif, détecteur d'immobilité) ..... 19 | 19 <input type="radio"/> | 20 <input type="radio"/> |
| xi) Autre, s.v.p. précisez ..... 21   | 21 <input type="radio"/> | 22 <input type="radio"/> |

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## SECTION E — SCOLARITÉ

**E1** Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint?

**INTERVIEWER:** Inscrivez toutes les compétences acquises par la fréquentation d'écoles secondaires ou d'écoles de métiers et d'autres établissements d'enseignement postsecondaire. Lisez la liste. Ne cochez qu'une seule case.

- |   |   |                       |
|---|---|-----------------------|
| i) Aucun ..... 1  | 1 | <input type="radio"/> |
| ii) Primaire seulement ..... 2  | 2 | <input type="radio"/> |
| iii) Études secondaires (sans certificat) ..... 3   | 3 | <input type="radio"/> |
| iv) Certificat d'études secondaires ou l'équivalent ..... 4   | 4 | <input type="radio"/> |
| v) Études post-secondaires sans grade, certificat ou diplôme ..... 5  | 5 | <input type="radio"/> |
| vi) Certificat ou diplôme de métier ..... 6   | 6 | <input type="radio"/> |
| vii) Autre certificat ou diplôme non universitaire (obtenu d'un collège communautaire, cégep, Institut technique, etc.) ..... 7 | 7 | <input type="radio"/> |
| viii) Diplôme ou certificat universitaire ..... 8   | 8 | <input type="radio"/> |
| ix) Ne sait pas ..... 9   | 9 | <input type="radio"/> |



## SECTION F — CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

**F1 Les gens doivent parfois acquitter eux-mêmes des frais SUPPLÉMENTAIRES qui ne sont PAS remboursés complètement par un programme d'assurance ou un programme du gouvernement. En 1990, avez-vous effectué des dépenses supplémentaires pour le transport, les aides techniques, les services médicaux, les vêtements, les soins personnels, etc.?**

Oui ..... 1

Non ..... 2

Ne sait pas ..... 3

*Remerciez le répondant  
Fin de l'interview*

**F2 Pour l'année 1990, veuillez évaluer aussi précisément que possible les FRAIS SUPPLÉMENTAIRES que vous avez dû acquitter vous-même. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non pour chacun des postes suivants. Pour chaque "oui", précisez le montant.**

Veuillez s.v.p.  
préciser le montant

i) Médicaments sur ordonnance et sans ordonnance ..... Oui 01  → \$       .00  
Non 02

ii) Matériel jetable après usage nécessaire à cause de votre affection ou problème de santé ..... Oui 03  → \$       .00  
Non 04

iii) Achat et entretien de vêtements, appareils et accessoires spécialisés ..... Oui 05  → \$       .00  
Non 06

iv) Soins de santé et soins médicaux non remboursés par un régime d'assurance, par exemple des frais d'hospitalisation ou des honoraires médicaux additionnels ..... Oui 07  → \$       .00  
Non 08

v) 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 ..... Oui 09  → \$       .00  
Non 10

vi) Services personnels, par exemple services auxiliaires ou infirmiers ..... Oui 11  → \$       .00  
Non 12

vii) Autre, tels que interprète en langage visuel, chien guide, s.v.p. précisez ..... Oui 13  → \$       .00  
Non 14

↓

Remerciez le répondant

FIN DE L'INTERVIEW





# BON DE COMMANDE

Statistique Canada

POSTEZ À :

TÉLÉCOPIEZ AU : (613) 951-1584

MODALITÉS DE PAIEMENT

**Vente des publications  
Statistique Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0T6**

(En caractères d'imprimerie s. v. p.)

Entreprise \_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_

À l'attention de \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

**Veuillez vous assurer d'avoir fourni toute l'information, y compris votre numéro de téléphone.**

Le bon télécopié tient lieu de commande originale. Veuillez ne pas envoyer de confirmation pour les commandes faites par téléphone ou télécopieur.

N° du bon de commande \_\_\_\_\_

Envoyez-moi la facture plus tard (pour abonnements seulement - max. 500 \$)

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_

Paiement inclus \_\_\_\_\_ \$

Débitez mon compte :  MasterCard  VISA

N° de compte \_\_\_\_\_

Date d'expiration \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Numéro de référence du client \_\_\_\_\_

Numéro au catalogue	Titre	Édition demandée	Abonnement annuel ou prix de la publication			Quant.	Total \$
			Canada \$	États-Unis \$ US	Autres pays \$ US		

<b>▶</b> Veuillez noter que les réductions s'appliquent au prix des publications et non au total général, ce dernier pouvant inclure des frais de port et de manutention particuliers et la TPS.	<b>TOTAL</b>
<b>▶</b> Le chèque ou mandat-poste doit être établi à l'ordre du Receveur général du Canada - Publications. Les clients canadiens paient en dollars canadiens; les clients à l'étranger paient le montant total en dollars US tirés sur une banque américaine.	<b>TPS (7 %)</b> (Clients canadiens seulement)
<b>▶</b> Veuillez noter que les prix au Catalogue pour les É.-U. et les autres pays sont donnés en dollars américains.	<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>

Pour un service plus rapide, composez le **1-800-267-8677** (Clients canadiens seulement) **(613) 951-1584** Comptes VISA et MasterCard PF 91058

**Merci de votre commande !** **(613) 951-7277** (Les clients à l'étranger)

This order coupon is available in English upon request





