

Mon habitat : plus d’un simple toit

Questionnaire santé : 15 ans et plus

2018

*Mon habitat : plus qu’un simple toit*

**Questionnaire SANTÉ : 15 ANS ET PLUS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ID : |  |  |  |  |
| Date : |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | | | |
|  |  | Participant (par) : |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez remplir ce questionnaire d’ici le |  |

**Informations sur le projet**

*Introduction*

Cette enquête est réalisée par organisme X *(à compléter)*.

Avant de remplir ce questionnaire, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent.

Le but de l’étude

Vous êtes invités à participer à une enquête organisée par organismes X, Y, Z *(à compléter)*. L’objectif de cette enquête est de collecter des informations sur les aspects de l’habitat qui peuvent influencer la santé et le bien-être des résidents.

La nature de votre participation à l’enquête

Votre participation à l’enquête consiste à répondre à ce questionnaire concernant votre état de santé. Remplir ce questionnaire prend environ 20 minutes.

Les inconvénients pour vous de participer à l’enquête

Cette étude ne comporte aucun risque. Le seul inconvénient pour vous est le temps que vous devrez prendre pour répondre aux questionnaires.

Les avantages pour vous de participer à l’enquête

Votre participation à l’enquête permettra d’évaluer les problèmes de santé qui pourraient être reliés aux conditions d’habitation et aideront à orienter les autorités municipales en matière d’habitat. Une trousse d’information présentant des conseils pratiques sur la santé et l’habitat sera remise par les enquêteurs lors de leur visite de votre domicile. (*Inscrire ici l’incitatif à participer, le cas échéant. Ex. :* pour vous remercier de votre participation, la Ville fera aussi tirer 50 droits d’accès pour une activité de loisir de votre choix, offerte dans la programmation de loisir de l’automne 20XX, d’une valeur de X $ chacune). Finalement, cette étude vous offre également l’opportunité d’exprimer votre opinion sur votre situation résidentielle et d’aider à l’amélioration des conditions d’habitation dans votre municipalité.

Votre participation est volontaire

Votre participation à l’enquête est volontaire. Vous êtes libre de refuser d’y participer. Si vous décidez de participer, vous avez le droit de vous retirer de l’étude à tout moment sans désavantages ni pénalités. Vous avez aussi le choix de ne pas répondre à une ou plusieurs questions des questionnaires si vous le jugez à propos.

Les informations recueillies demeurent confidentielles

**Toutes les informations que vous donnerez seront traitées de manière strictement confidentielle**. Votre nom, prénom et code postal seront remplacés par un numéro sur tous les documents. Ainsi, on ne pourra jamais vous identifier dans les rapports et les publications relatifs à cette étude. Les données recueillies seront conservées pour un maximum de 5 ans, après quoi elles seront détruites.

*Remplir le questionnaire*

***Pour remplir ce questionnaire, veuillez s’il vous plaît :***

* soit entourer le numéro ou cocher la case correspondant à la réponse;
* soit encore écrire les chiffres demandés.

Ce questionnaire vise à évaluer l’état de santé des personnes de 15 ans et plus de votre domicile. Il devrait être complété par vous-même. Cependant, si vous êtes dans l’impossibilité de remplir ce questionnaire vous-même, demandez à un parent ou ami de vous aider.

SC1a Avez-vous rempli ce questionnaire vous-même?

Oui 1

Non 2

SC1b Si Non, indiquez qui vous a aidé à remplir le questionnaire. (Choisissez une seule réponse)

Parent (père/mère) 1

Sœur/Frère 2

Autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.) 3

Ami(e) 4

Tuteur/Tutrice, autre qu’un membre de la famille 5

Autre 6

*Informations générales*

Les questions suivantes portent sur les informations générales vous concernant.

SG1 Quel est votre sexe?

Masculin 1

Féminin 2

SG2 Quel est votre âge?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ans |

SG3 Quelle est la taille de votre enfant?

(Indiquez votre grandeur en centimètres ou en pieds pouces)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SG3.0** |  |  |  |  | centimètres |

*OU*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIG3.1** |  |  |  |  | pieds |  | **SIG3.2** |  |  |  |  | pouces |

SG4 Quel est votre poids?

(Indiquez en livres ou en kilogrammes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SG4.0** |  |  |  |  | kilogrammes |  | **SG4.1** |  |  |  |  | livres |

Pour l’analyse de la santé, il est important que nous sachions si une personne est enceinte ou non. La question qui suit s’adresse uniquement aux femmes âgées de 15 à 49 ans. Sinon, encerclez la réponse « Ne s’applique pas à votre situation »

SG4a[[1]](#footnote-1)[[2]](#endnote-1) Êtes-vous enceinte?

Oui 1

Non 2

Ne s’applique pas à votre situation 77

SG4b[[3]](#endnote-2) Quel est votre état matrimonial? (Choisissez une seule réponse)

Légalement marié(e) et non séparé(e) 1

En union libre 2

Veuf ou veuve 3

Séparé(e), mais toujours légalement marié(e) 4

Divorcé(e) 5

Célibataire, jamais marié(e) 6

SG4c[[4]](#endnote-3) Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété?

Études primaires ou études secondaires non complétées 1

Études secondaires complétées   
(5e secondaire ou 12e année complétée) 2

Études collégiales (Cégep) complétées 3

Études universitaires de premier cycle complétées   
(Baccalauréat complété) 4

Études universitaires de cycle supérieur complétées   
(études de deuxième ou troisième cycle complétées) 5

Je ne sais pas 99

SG4d[[5]](#endnote-4) Occupez-vous présentement un (ou plusieurs) emploi(s) rémunéré(s), à temps plein ou à temps partiel, salarié ou à votre compte, y compris si vous êtes actuellement en vacances, en congé parental, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lock-out?

Oui 1

Non 2

SG4e[[6]](#endnote-5) Actuellement, fumez-vous la cigarette tous les jours, à l’occasion ou jamais?

Tous les jours 1

À l’occasion 2

Jamais 3

SG4f[[7]](#endnote-6) Quel énoncé correspond le mieux à votre consommation quotidienne d’alcool au cours des 12 derniers mois?

**Un verre d’alcool correspond à :**

* un verre de 341 ml (12 oz) de bière, de cidre ou de « cooler » à 5 % d’alcool
* un verre de vin de 142 ml (5 oz) à 12 % d’alcool
* un verre de spiritueux (ex. : dry grin ou rhum) 43 ml (1,5 oz) à 40 % d’alcool

1 verre par jour 1

2 verres par jour 2

3 verres par jour 3

4 verres par jour 4

5 verres par jour ou plus 5

Je ne bois pas d’alcool 6

SG4g[[8]](#endnote-7) Quel énoncé correspond le mieux à votre consommation hebdomadaire d’alcool au cours des 12 derniers mois?

5 verres ou moins par semaine 1

Entre 6 et 10 verres par semaine 2

Entre 11 et 15 verres par semaine 3

Entre 16 et 20 verres par semaine 4

21 verres ou plus par semaine 5

Je ne bois pas d’alcool 6

SG5[[9]](#endnote-8) En général, combien de portions de fruits et légumes votre enfant mange-t-il chaque jour? (Les fruits et les légumes peuvent être en conserve, frais ou surgelés)

Sept ou plus 1

**Exemple d’une portion :**

* 125 ml (½ tasse) de légumes
* 125 ml (½ tasse) de légumes feuillus cuits
* 250 ml (1 tasse) de légumes feuillus crus
* Un fruit ou 125 ml (½ tasse) de fruits surgelés ou en conserve

Six 2

Cinq 3

Quatre 4

Trois 5

Deux 6

Moins de deux 7

SG6 En général, les fruits et les légumes que vous consommez sont-ils frais? (Exclus les légumes et fruits en conserve et surgelé)

Oui 1

Non 2

SG7[[10]](#endnote-9) Avec quel moyen de transport parmi ceux qui suivent, vous rendez-vous habituellement au travail ou à l’école? (Si plus d’un mode de transport est utilisé, *****cochez celui qui sert à la plus grande partie du trajet*****)

Automobile, camion ou fourgonnette — conducteur 1

Automobile, camion ou fourgonnette — passager 2

Autobus 3

À pied 4

Bicyclette 5

Motocyclette, scooter ou mobylette 6

Autre moyen (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7

Ne s’applique pas à votre situation 77  
(ex. : vous ne travaillez pas, vous travaillez de la maison ou  
vous n’allez pas à l’école[[11]](#endnote-10))

SG8[[12]](#endnote-11) Comment considérez-vous votre état de santé en général?

Excellente 1

Très bonne 2

Bonne 3

Passable 4

Mauvaise 5

*Activité physique*

Les questions suivantes portent sur la fréquence de vos activités physiques **dans vos transports et dans vos loisirs**.

**Activité physique de TRANSPORT (marche, vélo et patins à roulettes pour se rendre au travail, à l’école, faire des courses, se rendre chez des amis, etc.)**

SA1[[13]](#endnote-12) De manière générale, au cours de l’année, utilisez-vous ce type de moyens de transport? (Pour chacune des saisons, cochez la case correspondant à la réponse)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Saisons** | | **Oui  (environ 1 fois par semaine ou plus)** | **Occasionnellement  (moins d’une fois par semaine)** | **Non  (rarement ou jamais)** |
| **SA1.0** | Le printemps | □1 | □2 | □3 |
| **SA1.1** | L’été | □1 | □2 | □3 |
| **SA1.2** | L’automne | □1 | □2 | □3 |
| **SA1.3** | L’hiver | □1 | □2 | □3 |

Si vous avez répondu **Oui (1) à au moins une saison**, passez à la question **SA2**. Sinon, passez à la question **SA3**.

SA2 Combien de jours par semaine, environ, utilisez-vous ce type de moyens de transport? (Encerclez le chiffre correspondant à la réponse)

Un jour par semaine 1

Deux jours par semaine 2

Trois jours par semaine 3

Quatre jours par semaine 4

Cinq jours par semaine 5

Six jours par semaine 6

Sept jours par semaine 7

**Activités physiques de *LOISIR* (activités sportives, de plein air, de conditionnement physique, de danse ou simplement aller marcher durant ses temps libres)**

SA3 De manière générale, au cours de l’année, pratiquez-vous ce type d’activités?   
(Pour chacune des saisons, cochez la case correspondant à la réponse)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Saisons** | | **Oui  (environ 1 fois par semaine ou plus)** | **Occasionnellement  (moins d’une fois par semaine)** | **Non  (rarement ou jamais)** |
| **SA3.0** | Le printemps | □1 | □2 | □3 |
| **SA3.1** | L’été | □1 | □2 | □3 |
| **SA3.2** | L’automne | □1 | □2 | □3 |
| **SA3.3** | L’hiver | □1 | □2 | □3 |

Si vous avez répondu **Oui (1) à au moins une saison**, passez à la question **SA4**. Sinon, passez à la question **SA5**.

SA4 Combien de jours par semaine, environ, pratiquez-vous ce type d’activités?

(Encerclez le chiffre correspondant à la réponse)

Un jour par semaine 1

Deux jours par semaine 2

Trois jours par semaine 3

Quatre jours par semaine 4

Cinq jours par semaine 5

Six jours par semaine 6

Sept jours par semaine 7

*Activité physique (suite)*

Les questions qui suivent concernent vos pratiques d’activités physiques **dans votre quartier résidentiel**.

SA5[[14]](#endnote-13) Vous arrive-t-il de faire une promenade dans votre quartier résidentiel?   
(Entourer un chiffre)

Souvent 1

À l’occasion 2

Rarement 3

Jamais 4

SA6 Vous arrive-t-il de faire du vélo ou du patin à roulettes dans votre quartier résidentiel? (Entourer un chiffre)

Souvent 1

À l’occasion 2

Rarement 3

Jamais 4

*Limitations fonctionnelles*[[15]](#endnote-14)

Les questions qui suivent portent sur les difficultés actuelles que vous pourriez avoir dans vos activités quotidiennes à cause d’un état ou de problème de santé de longue durée, c’est-à-dire un état qui dure depuis au moins 6 mois ou qui pourrait durer 6 mois ou plus. Si vous utilisez habituellement une aide technique ou un appareil spécial, par exemple, des lunettes, une prothèse auditive ou une canne, considérez-vous votre capacité à accomplir ces activités à l’aide de ces appareils ou aides techniques.

SL1 Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d’une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?

Oui (des difficultés à entendre) 1

Non 2

SL2 Avez-vous des difficultés à voir les caractères ordinaires d’un journal, même avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?

Oui (des difficultés à voir) 1

Non 2

SL3 Avez-vous des difficultés à voir clairement le visage de quelqu’un à l’autre bout d’une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds), même avec des lunettes ou des verres de contact (si vous en portez habituellement)?

Oui (des difficultés à voir) 1

Non 2

SL4 Avez-vous des difficultés à parler et à être compris à cause de votre état ou d’un problème de santé physique ou mentale?

Oui (des difficultés à parler et à être compris) 1

Non 2

Les prochaines questions portent sur votre capacité à vous déplacer. Rappelez-vous qu’il s’agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer 6 mois ou plus.

SL5 Avez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 400 mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons ou un quart de mille)?

Oui (des difficultés à marcher) 1

Non 2

SL6 Avez-vous des difficultés à monter et à descendre un escalier d’environ 12 marches?

Oui (des difficultés à monter et descendre les escaliers) 1

Non 2

SL7 Avez-vous des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d’épicerie?

Oui 1

Non 2

SL8 Avez-vous des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d’épicerie?

Oui (des difficultés à transporter un objet) 1

Non 2

SL9 Avez-vous des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d’épicerie?

Oui (des difficultés à transporter un objet) 1

Non 2

SL10 Avez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?

Oui (des difficultés à être debout) 1

Non 2

SL11 Lorsque vous êtes debout, avez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par exemple, un soulier) en raison d’un état ou d’un problème de santé de longue durée?

Oui (des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet) 1

Non 2

Les trois questions suivantes portent sur l’agilité. Rappelez-vous qu’il s’agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer 6 mois ou plus.

SL12 Avez-vous des difficultés à vous couper les ongles d’orteils, en raison d’un état ou d’un problème de santé de longue durée? (C’est-à-dire, vous est-il physiquement difficile de vous couper les ongles d’orteils)

Oui (des difficultés à vous couper les ongles d’orteils) 1

Non 2

SL13 Avez-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 (des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir un objet) 1

Non 2

SL14 Avez-vous des difficultés à tendre les bras dans n’importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête, en raison d’un état ou d’un problème de santé de longue durée?

Oui (des difficultés à tendre les bras) 1

Non 2

*Bien-être et santé psychologique*

Les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours du dernier mois.

SBE1[[16]](#endnote-15) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)… (Veuillez s’il vous plaît cocher une case pour chaque affirmation)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Tous les jours** | **Presque tous les jours** | **Environ 2 ou 3 fois par semaine** | **Environ 1 fois par semaine** | **Une ou deux fois** | **Jamais** |
| SBE1.1 | Heureux (se)? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.2 | Intéressé(e) par la vie? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.3 | Satisfait(e) à l’égard de votre vie? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.4 | que vous aviez quelque chose d’important à apporter à la société? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.5 | que vous aviez un sentiment d’appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école)? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.6 | que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |

SBE1[[17]](#endnote-16) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)… (Veuillez s’il vous plaît cocher une case pour chaque affirmation) (suite)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Tous les jours** | **Presque tous les jours** | **Environ 2 ou 3 fois par semaine** | **Environ 1 fois par semaine** | **Une ou deux fois** | **Jamais** |
| SBE1.7 | que les gens sont fondamentalement bons? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.8 | que le fonctionnement de la société a du sens pour vous? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.9 | que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.10 | que vous étiez bon (ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.11 | que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d’autres personnes? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.12 | que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.13 | capable de penser ou d’exprimer vos propres idées ou opinions? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |
| SBE1.14 | que votre vie a un but ou une signification? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | □6 |

SBE2[[18]](#endnote-17) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)… (Veuillez s’il vous plaît cocher une case pour chaque affirmation)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Tout le temps** | **La plupart du temps** | **Parfois** | **Rarement** | **Jamais** |
| SBE2.1 | nerveux (se)? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SBE2.2 | désespéré(e)? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SBE2.3 | agité(e) ou ne tenant pas en place? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SBE2.4 | si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SBE2.5 | que tout était un effort? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SBE2.6 | bon (ne) à rien? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SBE2.7 | fatigué(e)? | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |

*État de santé perçue lorsqu’il fait très chaud l’été et très froid l’hiver*

Certaines personnes disent que **les fortes chaleurs** affectent leur santé physique, leur santé mentale, ou les deux.

SC1[[19]](#endnote-18) Au cours des 12 derniers mois, votre santé physique a-t-elle été affectée négativement lorsqu’il faisait très chaud et très humide l’été?

Beaucoup 1

Moyennement 2

Un peu 3

Pas du tout 4

SC2 Au cours des 12 derniers mois, votre santé mentale a-t-elle été affectée négativement lorsqu’il faisait très chaud et très humide l’été?

Beaucoup 1

Moyennement 2

Un peu 3

Pas du tout 4

SC3 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un professionnel de la santé à propos d’un problème de santé lié à la grande chaleur ou à l’humidité l’été?

Oui 1

Non 2

Changeons maintenant de saison. Certaines personnes disent que **les grands froids** affectent leur santé physique, leur santé mentale, ou les deux.

SC4[[20]](#endnote-19) Au cours des 12 derniers mois, votre santé physique a-t-elle été affectée négativement lorsqu’il faisait très froid l’hiver?

Beaucoup 1

Moyennement 2

Un peu 3

Pas du tout 4

SC5 Au cours des 12 derniers mois, votre santé mentale a-t-elle été affectée négativement lorsqu’il faisait très froid l’hiver?

Beaucoup 1

Moyennement 2

Un peu 3

Pas du tout 4

SC6 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un professionnel de la santé à propos d’un problème de santé lié au grand froid l’hiver?

Oui 1

Non 2

*Dérangements et problèmes de sommeil en lien avec le bruit*

Les questions qui suivent portent sur le bruit ambiant que vous entendez, de diverses sources, lorsque vous êtes chez vous, à la maison.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SB1[[21]](#endnote-20) Au cours des 12 derniers mois, à quel point le BRUIT des sources suivantes vous a-t-il dérangé lorsqu’il était chez vous? (Cochez la case correspondant à votre réponse pour chaque source de bruit.) | | **Pas du tout** | **Légèrement** | **Moyennement** | **Beaucoup** | **Extrêmement** |
| SB1\_1 | Bruit de la circulation routière, par exemple les autos, camions, motocyclettes ou autobus. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_2 | Bruit des avions ou d’un aéroport. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_3 | Bruit des trains incluant celui des sifflets, des gares de triage, de la gare. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_4 | Bruit des travaux ou des chantiers de construction. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_5 | Bruit d’appareils de jardinage, tondeuse, pompe de piscine, climatiseur ou thermopompe. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_6 | Bruits des personnes ou des animaux à l’extérieur. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_7 | Bruit des personnes ou des animaux provenant de l’intérieur d’un autre logement (appartement, condo, maison). | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_8 | Bruit de l’activité des bars, restaurants, discothèques ou salles de spectacle. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_9 | Bruit des véhicules récréatifs hors route tels que motocross, VTT, quad, motoneige. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_10 | Bruits des activités industrielles ou agricoles tels que les usines, carrières, parcs éoliens ou machinerie. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_11 | Bruits des activités commerciales tels que les camions de livraison. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_12 | Bruits des services publics, par exemple la cueillette des ordures ou le déneigement. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
|  | **Autres sources de bruit, précisez :** | | | | | |
| SB1\_13 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| SB1\_14 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SB2[[22]](#endnote-21) En vous référant aux 12 derniers mois, quand vous étiez chez vous, est-ce que le BRUIT ambiant des sources suivantes a perturbé ou dérangé la qualité de votre sommeil (par exemple ne pas réussir à s’endormir ou se faire réveiller)? (Cochez la case correspondant à votre réponse pour chaque source de bruit) | | **Jamais** | | **Rarement** | **À l’occasion** | **Souvent** |
| SB2\_1 | Bruit de la circulation routière, par exemple les autos, camions, motocyclettes ou autobus. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_2 | Bruit des avions ou d’un aéroport. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_3 | Bruit des trains incluant celui des sifflets, des gares de triage, de la gare. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_4 | Bruit des travaux ou des chantiers de construction. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_5 | Bruit d’appareils de jardinage, tondeuse, pompe de piscine, climatiseur ou thermopompe. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_6 | Bruits des personnes ou des animaux à l’extérieur. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_7 | Bruit des personnes ou des animaux provenant de l’intérieur d’un autre logement (appartement, condo, maison). | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_8 | Bruit de l’activité des bars, restaurants, discothèques ou salles de spectacle. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_9 | Bruit des véhicules récréatifs hors route tels que motocross, VTT, quad, motoneige. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_10 | Bruits des activités industrielles ou agricoles tels que les usines, carrières, parcs éoliens ou machineries. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_11 | Bruits des activités commerciales tels que les camions de livraison. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_12 | Bruits des services publics, par exemple la cueillette des ordures ou le déneigement. | □1 | □2 | | □3 | □4 |
|  | **Autres sources de bruit, précisez :** | | | | | |
| SB2\_13 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □1 | □2 | | □3 | □4 |
| SB2\_14 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □1 | □2 | | □3 | □4 |

*Accidents/Blessures*

Pour les questions suivantes, vous tiendrez compte de votre domicile et, s’il s’agit d’un bâtiment collectif, inclure également les parties communes du bâtiment (hall d’entrée, couloir, cage d’escalier…).

SAB1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un accident dans votre domicile (ou dans une partie commune du bâtiment) qui vous a occasionné une blessure pour laquelle vous avez dû consulter un professionnel de la santé ou limiter ses activités?

1 Oui

2 Non (passez s’il vous plaît à la question **SM1**)

SAB2 Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente (SAB1), combien de fois cela s’est-il produit?

Une seule fois 1

De 2 à 5 fois 2

De 5 à 10 fois 3

Plus de 10 fois 4

SAB3[[23]](#endnote-22) Si vous avez répondu « Oui » à la question SAB1, précisez le(s) genre(s) d’accident(s) en cochant la ou les case(s) correspondant à vos réponses :

□ Chutes

□ Brûlures

□ Coupures

□ Étouffement

□ Quasi-noyade

□ Choc, coup, cognement

□ Empoisonnement accidentel par ingestion d’un produit toxique ou de médicaments

□ Intoxication par un gaz

□ Décharge électrique

□ Autres, précisez s’il vous plaît : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SAB4[[24]](#endnote-23) Si vous avez répondu « Oui » à la question SAB1, quels objets ont été impliqués dans les accidents déclarés précédemment qui vous sont arrivés? (Veuillez, s’il vous plaît, cocher les cases correspondantes)

□ Équipement électrique

□ Eau/installation sanitaire

□ Chauffage/climatisation

□ Escaliers/Cage d’escalier

□ Couteaux et argenterie

□ Ameublement (table, armoire, tapis, rideaux, etc.)

□ Produits de lavage/nettoyage, détergents, etc.

□ Gaz et émanations

□ Nourriture

□ Médicaments

□ Animaux

□ Jouets

□ Armes à feu

□ Autres, précisez s’il vous plaît : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SAB5[[25]](#endnote-24) Si vous avez répondu « Oui » à la question SAB1, quelle(s) partie(s) de votre corps a ou ont-t-elle(s) été blessée(s) dans les accidents déclarés précédemment? (Veuillez, s’il vous plaît, cocher toutes les cases appropriées)

□ Tête

□ Cou/Gorge

□ Thorax/Poitrine/Haut du dos

□ Bas du tronc

□ Bras/Mains/Doigts/Membres supérieurs

□ Jambes/Pieds/Orteils/Membres inférieurs

□ Peau

□ Tout le corps a été touché

□ Autres, précisez s’il vous plaît : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Maladies*

SM1[[26]](#endnote-25) Avez-vous ou avez-vous eu l’une des maladies chroniques suivantes?   
(Veuillez répondre pour chaque maladie s’il vous plaît)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladies** | | **Durant les 12  derniers mois** | | **A-t-elle été diagnostiquée par un médecin?** | | **Avez-vous pris des médicaments prescrits par le médecin?** |
|  | | *Si oui* | **→** | *Si oui* | **→** |  |
| a) | Diabète | SM1.0.0 |  | SM1.1.0 |  | SM1.2.0 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| b) | Hypertension | SM1.0.1 |  | SM1.1.1 |  | SM1.2.1 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| c) | Maladie cardiaque  (angine, infarctus du myocarde) | SM1.0.2 |  | SM1.1.2 |  | SM1.2.2 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| d) | Accident vasculaire cérébral  (ACV, AVC, ICT) | SM1.0.3 |  | SM1.1.3 |  | SM1.2.3 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| e) | Asthme | SM1.0.4 |  | SM1.1.4 |  | SM1.2.4 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| f) | Bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | SM1.0.5 |  | SM1.1.5 |  | SM1.2.5 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| g) | Arthrose, arthrite, rhumatismes | SM1.0.6 |  | SM1.1.6 |  | SM1.2.6 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| h) | Anxiété chronique ou dépression | SM1.0.7 |  | SM1.1.7 |  | SM1.2.7 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |

SM1[[27]](#endnote-26) Avez-vous ou avez-vous eu l’une des maladies chroniques suivantes?   
(Veuillez répondre pour chaque maladie s’il vous plaît)(suite)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladies** | | **Durant les 12  derniers mois** | | **A-t-elle été diagnostiquée par un médecin?** | | **Avez-vous pris des médicaments prescrits par le médecin?** |
|  | | *Si oui* | **→** | *Si oui* | **→** |  |
| i) | Migraine ou maux de tête fréquents | SM1.0.8 |  | SM1.1.8 |  | SM1.2.8 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| j) | Allergies (sauf asthme) | SM1.0.9 |  | SM1.1.9 |  | SM1.2.9 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| k) | Ostéoporose | SM1.0.10 |  | SM1.1.10 |  | SM1.2.10 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| l) | Cataracte | SM1.0.11 |  | SM1.1.11 |  | SM1.2.11 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| m) **Autres, veuillez spécifier ci-après :** | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | SM1.0.12 |  | SM1.1.12 |  | SM1.2.12 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | SM1.0.13 |  | SM1.1.13 |  | SM1.2.13 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |

SM2 Avez-vous eu, au cours de ces 12 derniers mois, l’un ou l’autre des maladies ou problèmes de santé suivants? (Veuillez répondre pour chacune des maladies s’il vous plaît.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladies** | | **Durant les 12  derniers mois** | | **A-t-elle été diagnostiquée par un médecin?** | | **Avez-vous pris des médicaments prescrits par le médecin?** |
|  | | *Si oui* | **→** | *Si oui* | **→** |  |
| a) | Rhume | SM2.0.0 |  | SM2.1.0 |  | SM2.2.0 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| b) | Rhinite | SM2.0.1 |  | SM2.1.1 |  | SM2.2.1 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| c) | Laryngite/Pharyngite | SM2.0.2 |  | SM2.1.2 |  | SM2.2.2 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| d) | Bronchite aiguë ou pneumonie | SM2.0.3 |  | SM2.1.3 |  | SM2.2.3 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| e) | Gastroentérite | SM2.0.4 |  | SM2.1.4 |  | SM2.2.4 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| f) **Autres, veuillez spécifier ci-après** | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | SM2.0.5 |  | SM2.1.5 |  | SM2.2.5 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | SM2.0.6 |  | SM2.1.6 |  | SM2.2.6 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non |

SM3 Avez-vous eu, au cours de ces 12 derniers mois, les symptômes ou inconvénients suivants? (Veuillez répondre pour chaque symptôme s’il vous plaît)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Symptômes** | | **Durant les 12 derniers mois** | | **Ont-ils été diagnostiqués par un médecin?** | **Avez-vous pris des médicaments prescrits par le médecin?** | **Pensez-vous qu’ils ont un lien avec votre domicile?** | **Est-ce que les symptômes diminuent lorsque vous êtes hors de votre domicile?** |
|  | | *Si oui* | **→** |  |  |  |  |
| a) | Difficultés ou sifflements respiratoires | SM3.0.0 |  | SM3.1.0 | SM3.2.0 | SM3.3.0 | SM3.4.0 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| b) | Crise d’asthme | SM3.0.1 |  | SM3.1.1 | SM3.2.1 | SM3.3.1 | SM3.4.1 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| c) | Allergies nasales y compris rhume des foins (rhinite allergique) | SM3.0.2 |  | SM3.1.2 | SM3.2.2 | SM3.3.2 | SM3.4.2 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| d) | Éternuement, nez qui coule ou bouché alors que vous n’aviez ni la grippe ni un rhume | SM3.0.3 |  | SM3.1.3 | SM3.2.3 | SM3.3.3 | SM3.4.3 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| e) | Eczéma ou allergie cutanée | SM3.0.4 |  | SM3.1.4 | SM3.2.4 | SM3.3.4 | SM3.4.4 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| f) | Fatigue | SM3.0.5 |  | SM3.1.5 | SM3.2.5 | SM3.3.5 | SM3.4.5 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| g) | Maux de tête | SM3.0.6 |  | SM3.1.6 | SM3.2.6 | SM3.3.6 | SM3.4.6 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| h) | Inflammation des yeux ou yeux larmoyants | SM3.0.7 |  | SM3.1.7 | SM3.2.7 | SM3.3.7 | SM3.4.7 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| i) | Irritations du nez | SM3.0.8 |  | SM3.1.8 | SM3.2.8 | SM3.3.8 | SM3.4.8 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| j) | Irritations de la gorge | SM3.0.9 |  | SM3.1.9 | SM3.2.9 | SM3.3.9 | SM3.4.9 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |

SM3 Avez-vous eu, au cours de ces 12 derniers mois, les symptômes ou inconvénients suivants? (Veuillez répondre pour chaque symptôme s’il vous plaît) (suite)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Symptômes** | | **Durant les 12 derniers mois** | | **Ont-ils été diagnostiqués par un médecin?** | **Avez-vous pris des médicaments prescrits par le médecin?** | **Pensez-vous qu’ils ont un lien avec votre domicile?** | **Est-ce que les symptômes diminuent lorsque vous êtes hors de votre domicile?** |
|  | | *Si oui* | **→** |  |  |  |  |
| k) | Nausées ou vomissements | SM3.0.10 |  | SM3.1.10 | SM3.2.10 | SM3.3.10 | SM3.4.10 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| l) | Diarrhée | SM3.0.11 |  | SM3.1.11 | SM3.2.11 | SM3.3.11 | SM3.4.11 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| m) **Autres, veuillez spécifier ci-après** | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | SM3.0.12 |  | SM3.1.12 | SM3.2.12 | SM3.3.12 | SM3.4.12 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | SM3.0.13 |  | SM3.1.13 | SM3.2.13 | SM3.3.13 | SM3.4.13 |
| □1 Oui  □2 Non | **→** | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non | □1 Oui  □2 Non  □99 Je ne sais pas |

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE AIDE!

Une fois rempli, veuillez insérer ce questionnaire dans l’enveloppe, dans laquelle seront mis aussi les questionnaires Santé de chaque membre de votre famille.

Quelqu’un viendra chercher cette enveloppe lors du rendez-vous fixé avec l’enquêteur.

**Nous vous rappelons que ces questionnaires   
seront analysés de façon COMPLÈTEMENT ANONYME.**



1. Facteur à considérer pour le calcul de l’IMC chez les femmes. [↑](#footnote-ref-1)
2. Source : adapté de l’ESCC, 2010. [↑](#endnote-ref-1)
3. Source : adapté de l’ESCC, 2010 et du recensement 2011. Avec quelques légères modifications par rapport à l’ESCC : Quel est l’état matrimonial de [nom du répondant]? Est-[il/elle] : 1 ... marié(e)? 2 ... en union libre? 3 ... veuf(ve)? 4 ... séparé(e)? 5 ... divorcé(e)? 6 ... célibataire, jamais marié(e)? Note : Bien que l’indice de défavorisation matériel et social soit créé à partir des questions du Recensement, l’ESCC (2010) a été privilégié car le questionnaire du recensement (2011) n’est pas bien adapté au Québec. (L’EQSP 2008 n’a pas de question sur ce sujet). [↑](#endnote-ref-2)
4. Source : adapté de l’ESCC, 2010. Quel est le plus haut certificat ou diplôme ^QUE ^VOUS1 ^AVEZ obtenu? 1 : Aucun diplôme ou certificat d’études postsecondaires, 2 : Diplôme ou certificat de métier d’une école de métiers ou à la suite d’une période d’apprentissage, 3 : Diplôme ou certificat non universitaire d’un collège communautaire, CEGEP, école de sciences infirmières, etc. 4 : Certificat universitaire inférieur au baccalauréat, 5 : Baccalauréat, 6 : Diplôme ou certificat universitaire supérieur au baccalauréat, NSP, RF. [↑](#endnote-ref-3)
5. Source : EQSP, 2008. Ce qu’on veut savoir pour les analyses c’est si la personne occupe un emploi. L’ESCC (2010) documente l’occupation d’un emploi à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois. Le recensement (2011) documente l’occupation d’un emploi au cours de la dernière semaine. L’EQSP (2008) a été privilégié pour cette question, qui documente l’occupation d’un emploi au présent. [↑](#endnote-ref-4)
6. Source : EQSP, 2008 et adapté de ESCC, 2010. [↑](#endnote-ref-5)
7. Source : Directives de consommation d’alcool à faible risque au Canada. Note : Femmes : 2 verres par jour, max 10 par semaine. Hommes : 3 verres par jour, max 15 par semaine. [↑](#endnote-ref-6)
8. Source : Directives de consommation d’alcool à faible risque au Canada. Note : Femmes : 2 verres par jour, max 10 par semaine. Hommes : 3 verres par jour, max 15 par semaine. [↑](#endnote-ref-7)
9. Source : ESCC 2010 sur le vieillissement. <http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5146_Q1_V2-fra.pdf>. Nous avons retiré les jus de fruits car, selon Carole Blanchet : « *on tend de plus en plus à séparer les jus du groupe des fruits et légumes. En France par exemple, les recommandations sur la consommation de fruits et légumes n'incluent pas les jus de fruits.* ». [↑](#endnote-ref-8)
10. Source : adapté du Recensement, 2011. Note : les choix de réponses suivants ont été retirés pour l’enquête de Baie-Saint-Paul : *Métro ou métro aérien, Train léger sur rail, tramway ou train de banlieue, Traversier pour passagers.* [↑](#endnote-ref-9)
11. Le choix de réponse : « ne s’applique pas à votre situation » a été ajouté à la suggestion des enquêteurs car plusieurs retraités (ou ceux qui travaillent à la maison) ne savaient pas quoi inscrire. Dans l’ESCC, il y a une question sur la situation d’emploi qui vient avant celle-là. J’imagine qu’ils ne la pose pas aux personnes retraitées. [↑](#endnote-ref-10)
12. Source : adapté de l’ESCC, 2010. *Pour commencer, en général, diriez-vous que ^VOTRE2 santé est : 1 ...excellente? 2 ...très bonne? 3 ...bonne? 4 ...passable? 5 ...mauvaise? NSP, RF.* [↑](#endnote-ref-11)
13. Source SA1 à SA4 : Actimètre (document technique), 2007. [↑](#endnote-ref-12)
14. Source SA5 et SA6 : adapté de l’Enquête auprès des Montérégiens sur les environnements sains et sécuritaires, 2006. [↑](#endnote-ref-13)
15. Source (questions SL1 à SL14) : Enquête sur les expériences de soins (2010-2011) de l’ISQ. [↑](#endnote-ref-14)
16. Source (questions SBE1.1 à SBE1.14) : Indice de santé mentale positive (ou Mental Health Continuum Short Form) (Keyes CL, 2002. The mental health continuum : from languishing to flourishing in life. J Health Soc Behav 43:207-222) aussi utilisé dans ESCC – Santé mentale février 2011. [↑](#endnote-ref-15)
17. Source (questions SBE1.1 à SBE1.14) : Indice de santé mentale positive (ou Mental Health Continuum Short Form) (Keyes CL, 2002. The mental health continuum : from languishing to flourishing in life. J Health Soc Behav 43:207-222) aussi utilisé dans ESCC – Santé mentale février 2011. [↑](#endnote-ref-16)
18. Source (questions SBE2.1 à SBE2.6) : Indice de détresse psychologique, échelle K6 (Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. 2002. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecifi c psychological distress. Psychol Med 32:959-976 aussi utilisé dans ESCC – Santé mentale février 2011 (Utilisée dans l’ESCC depuis plusieurs cycles (3.1). Note : La fatigue ne fait pas partie de l’échelle de détresse psychologique. La question a été ajoutée car elle est utilisée avec les accidents domestiques. [↑](#endnote-ref-17)
19. Source questions SC1 à SC3: enquête sur les vulnérabilités à la chaleur accablante (Bélanger, 2010). Note : La mention « au cours des 12 derniers mois » a été ajoutée par rapport à la version originale pour garder une cohérence dans le questionnaire. Par ailleurs, on veut savoir les effets potentiels en lien avec le domicile et le quartier actuels (et non pas un autre domicile habité il y a 5 ans). [↑](#endnote-ref-18)
20. Source questions SC4 à SC6 : adapté de l’enquête sur les vulnérabilités à la chaleur accablante (Bélanger, 2010). Note : les questions de l’enquête sur les vulnérabilités portaient sur la chaleur uniquement donc nous avons adapté pour inclure ici des questions portant sur le froid. [↑](#endnote-ref-19)
21. Source : adapté de EQSP 2014-2015 (et adapté de norme ISO/TS 15666). Questions EQSP 2014-2015 : *C. Nous allons maintenant parler du bruit ambiant que vous entendez, de diverses sources, lorsque vous êtes chez vous, à la maison. C1\_1. Au cours des 12 derniers mois, sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant que le bruit ne vous gêne pas du tout et 10 qu’il vous gêne extrêmement, à quel point le bruit de la circulation routière, par exemple les autos, camions, motocyclettes ou autobus, vous a-t-il dérangé lorsque vous étiez chez vous? Si vous n’êtes pas exposé à cette source de bruit, répondez par «zéro ».* Les catégories verbales utilisées à SB 1 correspondent aux catégories d’évaluation numérique suivantes : *pas du tout* (0+1), *légèrement* (2+3), *moyennement* (4+5+6), *beaucoup* (7+8), *extrêmement* (9+10). Les sources de bruit suivantes ont été ajoutées par rapport à l’EQSP : SSB5.11 (activités commerciales), SSB5.12 (services publics), SSB5.13 (autre), SSB5.14 (autre). [↑](#endnote-ref-20)
22. Source : adapté de EQSP 2014-2015 (et adapté de norme ISO/TS 15666). Note : Dans l’EQSP, les troubles de sommeil associés au bruit sont documentés de façon générale et non par source de bruit. Question EQSP 2014-2015 : *C2. En vous référant aux 12 derniers mois, quand vous étiez chez vous, est-ce que le bruit ambiant a perturbé ou dérangé la qualité de votre sommeil (par exemple ne pas réussir à s’endormir ou se faire réveiller?*  [↑](#endnote-ref-21)
23. Source : adapté du questionnaire Santé de l’enquête LARES de l’OMS (2002-2003). [↑](#endnote-ref-22)
24. Source : adapté du questionnaire Santé de l’enquête LARES de l’OMS (2002-2003). [↑](#endnote-ref-23)
25. Source : adapté du questionnaire Santé de l’enquête LARES de l’OMS (2002-2003). [↑](#endnote-ref-24)
26. Source (questions SM 1, SM2 et SM3) : adapté du questionnaire Santé de l’enquête LARES de l’OMS (2002-2003). Note : Pour une enquête de plus grande envergure, il pourrait être pertinent d’ajouter « Cancer » aux maladies chroniques. De la même manière, il serait aussi pertinent d’ajouter « Tuberculose » si l’enquête est réalisée en territoire autochtone, où les prévalences de cette maladie sont élevées. [↑](#endnote-ref-25)
27. Source (questions SM 1, SM2 et SM3) : adapté du questionnaire Santé de l’enquête LARES de l’OMS (2002-2003). Note : Pour une enquête de plus grande envergure, il pourrait être pertinent d’ajouter « Cancer » aux maladies chroniques. De la même manière, il serait aussi pertinent d’ajouter « Tuberculose » si l’enquête est réalisée en territoire autochtone, où les prévalences de cette maladie sont élevées. [↑](#endnote-ref-26)