

L'ENQUÊTE RÉGIONALE LONGITUDINALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS



NOTRE VOIX, NOTRE ENQUÊTE, NOTRE AVENIR

Questionnaire adressé aux adultes

Mai 1, 2008

(Contenu base sure l'enquête effectuée sur ordinateurs portables)



INTRODUCTION

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) est la toute première étude d'envergure nationale mise en œuvre par et pour les Premières nations. Cette enquête a pour principal objectif de recueillir des données fiables, tant d'un point de vue scientifique que culturel sur les Premières nations, tout en favorisant la prise en charge des activités de recherche par celles-ci. Cette enquête sera effectuée dans plus de 200 communautés des Premières nations réparties dans 10 régions du Canada.

La phase 2 de l'ERS (2008) englobe les trois volets suivants :

- **Questionnaire à l'intention des adultes** âgés de 18 ans et plus.
- **Questionnaire à l'intention des jeunes** âgés de 12 à 17 ans.
- **Questionnaire sur les enfants** âgés de 0 à 11 ans (ce questionnaire doit être rempli par le principal pourvoyeur de soins de l'enfant).

L'ERS est effectuée au moyen d'un système d'IPAO (interview sur place assistée par ordinateur) et à l'aide de 250 ordinateurs portables, dans l'ensemble du pays. Les données sont recueillies par des agents de terrain locaux formés à cette fin, et les entrevues sont effectuées en personne, au sein des communautés sélectionnées. Les versions finales des questionnaires de la phase 2 de l'ERS ont été vérifiées et approuvées par le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN).

CONTEXTE

L'ERS est dirigée par le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et sa coordination est assurée par dix organismes régionaux des Premières nations ainsi qu'une équipe nationale dont le siège est l'Assemblée des Premières Nations. Afin d'obtenir la liste complète des coordonnateurs régionaux de l'ERS ainsi que d'autres renseignements se rapportant à cette enquête, veuillez consulter notre site Web au www.rhs-ers.ca

C'est de la décision du Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières nations de procéder, tous les quatre ans, à une enquête d'envergure nationale sur la santé des Premières nations qu'est née l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS). Tout d'abord effectuée à titre expérimental en 1997, cette enquête constitue un premier pas vers la prise en charge de la recherche par les Premières nations. En effet, l'ERS a joué un rôle déterminant dans la reconnaissance croissante de l'importance de l'information et du droit inhérent des Premières nations à l'autodétermination. L'ERS, dont la phase 1 s'est déroulée en 2002-2003 et dont la phase 2 (2008) est actuellement en cours, continuera à recueillir des données tous les quatre ans, et ce jusqu'en 2016.

**L'ERS... Notre histoire, notre enquête,
notre voix, notre avenir.**

Table des Matières

Renseignements personnels	1
Langue	2
Éducation	3
Emploi et revenu	5
Ménage	8
Logement.....	9
État de santé général.....	11
Problèmes de santé	12
Diabète	13
Blessures	15
Invalidité.....	18
Indice de l'état de santé	18
Soins à domicile	18
Sécurité	20
Accès aux soins de santé.....	20
Soins dentaires.....	23
Alimentation et nutrition.....	24
Sécurité alimentaire.....	25
Activité physique.....	27
Tabagisme	29
Alcoolisme	31
Jeux de hasard	32
Activité sexuelle.....	33
Soins de santé préventifs.....	35
Migration	36
Pensionnats	38
Bien-être personnel	40
Échelle d'évaluation de la dépression de Kessler (K10).....	42
Suicide	43
Bien-être communautaire et culture traditionnelle.....	45
Fin du questionnaire	46

Adultes Phase 2

Présentation

Merci d'avoir accepté de participer à l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008.

L'ERS couvre une large variété de thèmes sur la santé. Il devrait vous prendre environ une heure pour compléter le questionnaire. Toutes vos réponses demeurent confidentielles et vos renseignements personnels seront protégés.

Merci de soutenir la seule initiative de recherche totalement contrôlée par les Premières Nations.

Veuillez indiquer le numéro du formulaire de consentement : _____

Renseignements personnels

1. Quelle est votre date de naissance ?

Jour Mois Année

2. De quel sexe êtes-vous ?

Masculin Féminin

3. Dans quelle région habitez-vous ?

<input type="radio"/> Alberta	<input type="radio"/> Terre-Neuve	<input type="radio"/> Île-du-Prince-Édouard
<input type="radio"/> Colombie-Britannique	<input type="radio"/> Territoires du Nord-Ouest	<input type="radio"/> Québec
<input type="radio"/> Manitoba	<input type="radio"/> Nouvelle-Écosse	<input type="radio"/> Saskatchewan
<input type="radio"/> Nouveau-Brunswick	<input type="radio"/> Ontario	<input type="radio"/> Yukon

4. Quel est le nom de la communauté dans laquelle vous habitez actuellement ?

5. Quelle est votre taille (sans vos chaussures) ?

pieds pouces

6. Quel est votre poids (en livres) ?

livres

<<Pour les répondants de sexe masculin, passer directement à la partie « langue »>>

7. Êtes-vous enceinte ?

- Oui
- Non → Passez directement à la partie « langue ».
- Ne sais pas
- Refus

8. Dans l'affirmative, de combien de semaines ?

Nombre de semaines

Langue

9. Quelle(s) langue(s) parlez-vous le plus souvent dans la vie de tous les jours ?
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

- Anglais
- Français
- Langue des Premières Nations
- Autre : _____

10. Comprenez-vous ou parlez-vous une langue des Premières Nations ?

- Oui
- Non → Passez directement à la partie « éducation »
- Ne sais pas
- Refus

11. Veuillez dresser la liste de toutes les langues des Premières Nations que vous comprenez ou que vous parlez :

12. Quel est votre niveau de compréhension de cette / ces langue(s) ?

Quelques mots : capacité à comprendre et à prononcer quelques mots (« bonjour », « au revoir », etc.).

Élémentaire : compréhension de phrases élémentaires, capacité à formuler des questions simples (« Où suis-je ? ») et à écrire des phrases élémentaires.

Intermédiaire : compréhension, dans ses grandes lignes, de la langue de tous les jours (télévision,

radio), capacité à tenir une conversation et à écrire des textes simples ou quelques lignes.

Supérieur : compréhension aisée de la langue parlée, capacité à tenir des conversations complexes et à rédiger des documents élaborés (rapports, lettres, etc.)

Langue des Premières Nations	Compréhension				Expression			
	Supérieur	Intermédiaire	Élémentaire	Quelques mots	Supérieur	Intermédiaire	Élémentaire	Quelques mots

Éducation

13. Quelle est l'année d'études la plus élevée que vous ayez terminée (primaire, secondaire, cégep) ?

<input type="radio"/> Aucune scolarité	<input type="radio"/> 6 ^{ème} année	<input type="radio"/> 12 ^{ème} année
<input type="radio"/> 1 ^{ère} année	<input type="radio"/> 7 ^{ème} année	<input type="radio"/> 13 ^{ème} année (Ontario)
<input type="radio"/> 2 ^{ème} année	<input type="radio"/> 8 ^{ème} année	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> 3 ^{ème} année	<input type="radio"/> 9 ^{ème} année	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> 4 ^{ème} année	<input type="radio"/> 10 ^{ème} année	<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) :
<input type="radio"/> 5 ^{ème} année	<input type="radio"/> 11 ^{ème} année	

La question suivante s'adresse uniquement aux résidents du Québec. Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez passer directement à la question x.

14. Quelle est l'année d'études primaires ou secondaires la plus élevée que vous ayez terminée (résidents du Québec seulement) ?

<input type="radio"/> Éducation préscolaire	<input type="radio"/> 6 ^{ème} année	<input type="radio"/> 12 ^{ème} année
<input type="radio"/> 1 ^{ère} année	<input type="radio"/> Secondaire 1 (ou 7 ^{ème} année)	<input type="radio"/> Attestation de formation professionnelle (AFE)
<input type="radio"/> 2 ^{ème} année	<input type="radio"/> Secondaire 2 (ou 8 ^{ème} année)	<input type="radio"/> Diplôme d'études professionnelles (DEP)
<input type="radio"/> 3 ^{ème} année	<input type="radio"/> Secondaire 3 (ou 9 ^{ème} année)	<input type="radio"/> Attestation de spécialisation professionnelle (ASP)
<input type="radio"/> 4 ^{ème} année	<input type="radio"/> Secondaire 4 (10 ^{ème} année)	<input type="radio"/> Ne sais pas

<input type="radio"/> 5 ^{ème} année	<input type="radio"/> Secondaire 5 (11 ^{ème} année)	<input type="radio"/> Refus
--	--	-----------------------------

15. Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires ?

- Oui
- Non → Passez directement à la partie « emploi »
- Ne sais pas
- Refus

16. À part vos études primaires et secondaires, quelles études avez-vous terminées ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Aucunes	<input type="radio"/> Diplôme ou certificat d'un établissement d'enseignement technique ou professionnel	<input type="radio"/> Maîtrise
<input type="radio"/> Formation technique ou professionnelle (non terminée).	<input type="radio"/> Diplôme ou certificat d'études collégiales ou universitaires	<input type="radio"/> Doctorat (acquis)
<input type="radio"/> Études collégiales (non terminées)	<input type="radio"/> Diplôme d'études universitaires de premier cycle	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Études universitaires (non terminées)	<input type="radio"/> Diplôme professionnel	

La question suivante s'adresse uniquement aux résidents du Québec. Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez passer directement à la question 18.

17. À part vos études primaires et secondaires, quelles études avez-vous terminées (résidents du Québec seulement) ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Aucunes	<input type="radio"/> Diplôme d'études collégiales techniques	<input type="radio"/> Baccalauréat
<input type="radio"/> Études collégiales techniques (non terminées)	<input type="radio"/> Diplôme d'études collégiales préuniversitaires	<input type="radio"/> Maîtrise
<input type="radio"/> Études collégiales préuniversitaires (non terminées)	<input type="radio"/> Études universitaires (non terminées)	<input type="radio"/> Doctorat

18. La formation que vous avez suivie était-elle dans le domaine de la santé ?

Les études du domaine de la santé englobent notamment les études en sciences infirmières, en médecine, en techniques de laboratoire, en médecine dentaire, en épidémiologie, etc.

Études /formation	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Aucune				
Formation technique ou professionnelle (non terminée)				
Études collégiales (non terminées)				
Études universitaires (non terminées)				
Diplôme ou certificat d'un établissement d'enseignement technique ou professionnel				
Diplôme ou certificat d'études collégiales ou universitaires				
Diplôme d'études universitaires de premier cycle				
Diplôme professionnel				
Maîtrise				
Doctorat (acquis)				
Autre :				

La question suivante s'adresse uniquement aux résidents du Québec. Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez passer directement à la partie intitulée « Emploi et revenu ».

19. La formation que vous avez suivie était-elle dans le domaine de la santé ?

Les études du domaine de la santé englobent notamment les études en sciences infirmières, en médecine, en techniques de laboratoire, en médecine dentaire, en épidémiologie, etc.

Études/formation	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Aucune				
Études collégiales techniques (non terminées)				
Études collégiales préuniversitaires (non terminées)				
Diplôme d'études collégiales techniques				
Diplôme d'études collégiales préuniversitaires				
Études universitaires (non terminées)				
Baccalauréat				
Maîtrise				
Doctorat				

Emploi et revenu

Les questions suivantes concernent votre situation professionnelle et votre revenu. Les renseignements que vous fournirez demeureront confidentiels et ne pourront pas être retracés jusqu'à vous.

20. Exercez-vous actuellement une activité rémunérée (salaire, revenu de travail indépendant) ?

- Oui → Passez directement à la question 23.
- Non
- Ne sais pas
- Refus

21. Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

22. Dans la négative, lequel des énoncés ci-dessous décrit le mieux votre situation ?

<input type="radio"/> Maladie ou invalidité	<input type="radio"/> Parent au foyer	<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) :
<input type="radio"/> Travailleur saisonnier	<input type="radio"/> Étudiant	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Retraité	<input type="radio"/> Ne suis plus à la recherche d'un emploi par manque de motivation	<input type="radio"/> Refus

Dans la négative, veuillez passer à la question 26.

23. Où se trouve votre lieu de travail ?

- Dans votre communauté des Premières Nations
- Dans une communauté des Premières Nations autre que la vôtre
- Ailleurs que dans une communauté des Premières Nations
- Autre
- Refus

24. En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous ?

Généralement, l'horaire d'un emploi à temps plein est d'environ 35 heures par semaine.

25. Quel est votre domaine d'activité professionnelle ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Agriculture, Foresterie, pêche et chasse	<input type="radio"/> Information
--	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Extraction minière	<input type="checkbox"/> Services professionnels, scientifiques et techniques
<input type="checkbox"/> Construction	<input type="checkbox"/> Services administratifs, services de soutien, services de gestion des déchets et services d'assainissement
<input type="checkbox"/> Fabrication	<input type="checkbox"/> Services d'enseignement
<input type="checkbox"/> Services publics	<input type="checkbox"/> Soins de santé et assistance sociale
<input type="checkbox"/> Transport et entreposage	<input type="checkbox"/> Arts, spectacles et loisirs
<input type="checkbox"/> Commerce de gros	<input type="checkbox"/> Autres services, sauf les administrations publiques)
<input type="checkbox"/> Commerce au détail	<input type="checkbox"/> Administrations publiques
<input type="checkbox"/> Hébergement et services de restauration	<input type="checkbox"/> Gestion de sociétés et d'entreprises
<input type="checkbox"/> Finances et assurances	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Services immobiliers et services de location et de location a bail	

26. Veuillez penser au montant de votre revenu personnel total avant impôts et déductions provenant de toutes les sources, au cours de l'année d'imposition se terminant le 31 décembre 2007. Ce montant correspond au montant total des revenus que vous avez gagnés au cours de la dernière année d'imposition.

Dans quelle fourchette se situe-t-il ?

<input type="checkbox"/> Aucun revenu	<input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 49 000 \$	<input type="checkbox"/> 80 000 \$ et plus
<input type="checkbox"/> 1 \$ - 4 999 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$ - 24 999 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ - 59 000 \$	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$ - 29 999 \$	<input type="checkbox"/> 60 000 \$ - 69 999 \$	<input type="checkbox"/> Refus
<input type="checkbox"/> 10 000 - 14 999 \$	<input type="checkbox"/> 30 000 \$ - 39 000 \$	<input type="checkbox"/> 70 000 \$ - 79 999 \$	<input type="checkbox"/> Perte de revenu

27. Au cours de la dernière année d'imposition (se terminant le 31 décembre 2007), avez-vous reçu des revenus des sources suivantes ?

Veuillez indiquer une réponse pour chacune des sources de revenu énumérées ci-dessous, et ce même si celles-ci ne s'appliquent pas à vous.

Sources de revenu	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Emploi rémunéré (paye ou salaire)				
Revenus d'emploi indépendant				
Assurance emploi				
Aide sociale				
Redevances, fiducies ou paiements d'indemnités en vertu de revendications territoriales				
Pension de la Sécurité de vieillesse				

Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec				
Supplément de revenu garanti ou allocation de conjoint				
Pension de retraite, pensions, rentes de retraite, rentes				
Pension d'ancien combattant				
Prestation fiscale pour enfant				
Pension alimentaire				
Indemnités pour accident du travail				
Allocation pour personnes handicapées				
Allocation d'études ou de formation				
Congé de maternité / paternité				

Ménage

28. Combien d'enfants votre ménage compte-t-il ?

Veillez indiquer le nombre d'enfants de moins de 18 ans qui vivent dans votre ménage au moins la moitié du temps. Si votre ménage ne compte aucun enfant, veuillez indiquer « 0 ».

29. Combien d'adultes, y compris vous-même, votre ménage compte-t-il habituellement ?

Veillez indiquer le nombre d'adultes de plus de 18 ans qui vivent dans votre ménage au moins la moitié du temps.

30. Combien de membres de votre ménage, y compris vous-même, ont gagné un revenu au cours de la dernière année d'imposition (se terminant le 31 décembre 2007) ?

31. Veuillez penser au revenu total de votre ménage avant impôts et déductions, provenant de toutes les sources, au cours de l'année d'imposition se terminant le 31 décembre 2007. Ce montant correspond à la somme des revenus gagnés par l'ensemble des membres de votre ménage au cours de la dernière année d'imposition.

Dans quelle fourchette se situe-t-il ?

<input type="radio"/> Aucun revenu	<input type="radio"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="radio"/> 40 000 \$ - 49 000 \$	<input type="radio"/> 80 000 \$ et plus
<input type="radio"/> 1 \$ - 4 999 \$	<input type="radio"/> 20 000 \$ - 24 999 \$	<input type="radio"/> 50 000 \$ - 59 000 \$	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="radio"/> 25 000 \$ - 29 999 \$	<input type="radio"/> 60 000 \$ - 69 999 \$	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> 10 000 - 14 999 \$	<input type="radio"/> 30 000 \$ - 39 000 \$	<input type="radio"/> 70 000 \$ - 79 999 \$	<input type="radio"/> Perte de revenu

32. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu de la difficulté à satisfaire vos besoins essentiels suivants (Vous avez dû emprunter de l'argent ou omettre de payer des factures afin d'assumer vos frais de subsistance) ?

Besoins essentiels	Non	Quelques fois dans l'année	Tous les mois	Plus d'une fois par mois	Sans objet	Ne sais pas	Refus
Nourriture							
Logement							
Services (chauffage, électricité)							
Habillement							
Transport							
Services de garde							

Logement

33. Votre résidence principale est-elle :

- Louée par vous ou un autre membre de votre ménage ?
- Votre propriété ou celle d'un autre membre de votre ménage ?
- Autre
- Ne sais pas
- Refus

34. Habitez-vous un logement dont la bande est propriétaire ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

35. Combien de pièces votre logement compte-t-il ?

Comptez la cuisine, les chambres à coucher, le salon et les pièces aménagées du sous-sol. Ne comptez pas la / les salle(s) de bain, la / les entrée(s), la / les salle(s) de lavage et les remises ou dépendances.

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 13 ou plus
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 11	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 12	

36. Votre logement possède-t-il les équipements suivants ou est-il desservi par les services suivants ?

Équipement / services	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Détecteur de fumée en état de marche				
détecteur de monoxyde de carbone				
Extincteur				
Téléphone en service				
Ordinateur				
Connexion Internet				
Réfrigérateur				
Poêle de cuisine				
Électricité				
Eau courante (froide)				
Eau courante (chaude)				
Toilette à chasse d'eau				
Fosse septique ou raccordement à un réseau d'égouts (de quelque sorte que ce soit)				
Service de ramassage des ordures ménagères				

37. Ce logement nécessite-t-il des réparations ?

Réparations majeures : plomberie, installation électrique ou structure (murs, planchers, plafonds etc.) défectueuses.

Réparations mineures : tuile, briques, bardeaux, marches d'escaliers, rampes, revêtements muraux manquants ou brisés, etc.

- Oui, des réparations majeures
- Oui, des réparations mineures
- Non, uniquement des travaux d'entretien (peinture, fournaise)
- Ne sais pas
- Refus

38. Avez-vous observé la présence de moisissure dans votre logement au cours des 12 derniers mois ?

Un taux d'humidité élevé ou des dégâts d'eau causés par la rupture de tuyaux, les fuites ou les inondations peuvent entraîner la formation de moisissure.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

39. Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau de votre ménage ?

Il s'agit de la source d'approvisionnement d'où provient la majeure partie de l'eau qu'utilise votre ménage (douches, toilettes, etc.). Celle-ci n'est pas nécessairement la même que votre source d'approvisionnement en eau potable.

<input type="radio"/> Par canalisation (réseau d'approvisionnement en au local ou de la communauté)	<input type="radio"/> Eau que vous puisez vous-même d'une rivière, d'un lac ou d'un étang.	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Par camion	<input type="radio"/> Eau que vous allez chercher vous-même à l'usine de traitement.	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Puits (privé ou partagé)	<input type="radio"/> Maison d'un voisin	<input type="radio"/> Refus

40. À votre avis, l'eau provenant de votre principale source d'approvisionnement en eau est-elle potable à l'année ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

41. Utilisez-vous d'autres sources d'eau potable?

Cochez toutes les cases qui correspondent à votre situation.

<input type="radio"/> Aucune autre source	<input type="radio"/> Eau du robinet bouillie
<input type="radio"/> Eau embouteillée	<input type="radio"/> Rivière, lac ou ruisseau
<input type="radio"/> Eau d'une autre maison	<input type="radio"/> Autre :

État de santé général

42. D'un point de vue général, comment décririez-vous votre état de santé ?

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Mauvais

43. Par rapport à l'année dernière, comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

Votre état de santé est-il :

- Bien meilleur qu'il y a un an ?
- Meilleur qu'il y a un an ?
- Sensiblement le même qu'il y a un an ?
- Un peu moins bon qu'il y a un an ?
- Bien moins bon qu'il y a un an ?

44. Quels sont les facteurs qui vous aident à rester en santé ?

Veillez ne pas lire la liste ci-dessous. Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Régime sain (faible en gras, riche en fruits et	<input type="radio"/> La pratique régulière d'activité physique ou
---	--

en légumes, etc.)	sportive
<input type="radio"/> Peu de stress	<input type="radio"/> Équilibre général (sur les plans physique, affectif, psychologique, spirituel)
<input type="radio"/> Bon soutien social (famille, amis, collègues)	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Le fait de bien dormir / se reposer	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Le fait d'être heureux / heureuse et satisfait(e)	<input type="radio"/> Refus

Problèmes de santé

Les questions suivantes concernent votre état de santé. Veuillez y répondre par « oui » ou par « non ». Si vous répondez « oui » à une question, il vous faudra indiquer à quel âge vous avez reçu le diagnostic de cette maladie ou de ce trouble et si vous suivez actuellement un traitement en lien avec celle-ci ou celui-ci.

Remarque : O= Oui, N=Non, NSP = Ne sais pas, R= Refus.

45. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà appris que vous étiez atteint(e) de l'une des maladies ou affections suivantes ?

46. Dans l'affirmative, à quel âge ?

47. Dans l'affirmative, suivez-vous actuellement un traitement où prenez-vous actuellement des médicaments pour celle(s)-ci ?

Veuillez lire la liste ci-dessous et indiquer « oui » ou « non ».

Problème de santé	45. Avez-vous reçu un diagnostic :				Si oui : →	46. Votre âge au moment du diagnostic :	47. Si oui, suivez-vous actuellement un traitement ?			
	Oui	Non	NSP	R			Oui	Non	NSP	R
Arthrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maux de dos chroniques (non causés par l'arthrite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rhumatismes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ostéoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non										
Bronchite chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Emphysème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cataracte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Glaucome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cécité ou troubles graves de la vue (qui ne peuvent être	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

corrégés par des lunettes)									
Déficience auditive	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Épilepsie	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Trouble psychologique ou nerveux	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Trouble cognitif ou mental	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Trouble déficitaire de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA / TDAH)	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Troubles d'apprentissage	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Cardiopathie	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Hypertension artérielle	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
→ Cette hypertension artérielle était-elle associée à une grossesse ? O Oui O Non									
Effets d'un accident cérébrovasculaire (hémorragie cérébrale)	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Troubles thyroïdiens	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Cancer	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
→ Quel type de cancer vous a-t-on diagnostiqué ?									
Trouble hépatique autre que l'hépatite	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Troubles de l'estomac et intestinaux	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
VIH/Sida	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
Hépatite	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
→ Dans l'affirmative, de quel type d'hépatite êtes-vous atteint ? O Hépatite A O Hépatite B O Hépatite C O NSP									
Tuberculose	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R
→ Dans l'affirmative, est-elle évolutive ou non évolutive ? O Évolutive O Non évolutive O Ne sais pas									
Diabète	O	N	NSP	R		O	N	NSP	R

Si vous n'êtes atteint d'aucun problème de santé, passez directement à la partie intitulée « blessures ».

Diabète

48. Quel(s) type(s) de diabète vous a-t-on diagnostiqué(s) au cours de votre vie ?

Veuillez indiquer tous les types de diabète qui vous ont été diagnostiqués.

Le diabète de type 1 se manifeste généralement au cours de l'enfance ou de l'adolescence et nécessite

plusieurs injections par jour.

Le diabète de type 2 se manifeste généralement passé l'âge de 30 ans et est particulièrement répandu chez les Premières Nations. Il est possible d'en prévenir l'apparition et d'en contrôler l'évolution par le biais d'une saine alimentation et de l'activité physique.

Le diabète gestationnel se manifeste uniquement au cours de la grossesse.

- Type 1
- Type 2
- Gestationnel
- Ne sais pas
- Refus

Si vous êtes de sexe masculin, veuillez passer à la question 49.

48. Étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu un diagnostic de diabète (tous types confondus) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

49. À quel type de traitement ou de mesures avez-vous recours pour soigner votre diabète (tous types confondus) ?

Veuillez indiquer le type de traitement suivi. Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Régime	<input type="radio"/> Remèdes traditionnels
<input type="radio"/> Activité physique	<input type="radio"/> Cérémonies traditionnelles, aide d'un guérisseur
<input type="radio"/> Insuline	<input type="radio"/> Aucun traitement ni remède
<input type="radio"/> Pilules	<input type="radio"/> Autre :

50. Au cours des deux dernières semaines, combien de fois avez-vous vérifié votre glycémie (taux de sucre dans votre sang) ?

<input type="radio"/> Plus d'une fois par jour	<input type="radio"/> De 2 à 5 fois
<input type="radio"/> Une fois par jour	<input type="radio"/> À aucun moment
<input type="radio"/> De 10 à 13 fois	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> De 6 à 9 fois	<input type="radio"/> Refus

51. Votre diabète (tous types confondus)...

Effets du diabète	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Vous a-t-il incité(e) à adopter un mode de vie plus sain, c'est-à-dire une alimentation plus saine et / ou un mode de vie plus actif ?				

A-t-il eu des répercussions sur votre vue (p. ex. rétinopathie) ?				
A-t-il eu des répercussions sur votre fonction rénale ?				
A-t-il eu des répercussions sur votre circulation sanguine (autre que cardiaque) ?				
A-t-il eu des répercussions sur la sensation dans vos mains ou vos pieds (p. ex. neuropathie) ?				
A-t-il eu des répercussions sur vos membres inférieurs ?				
A-t-il causé des infections ?				
A-t-il donné lieu à une amputation ?				

52. Fréquentez-vous actuellement une clinique du diabète ou consultez-vous un professionnel de la santé (médecin, infirmière, etc.) pour vous renseigner sur le diabète ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

53. Si vous ne fréquentez pas actuellement une clinique du diabète ou que vous ne consultez pas un professionnel de la santé pour vous renseigner sur le diabète, pourquoi ?
Veillez ne pas lire la liste ci-dessous. Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Je n'ai plus besoin de me renseigner sur le diabète, je dispose déjà de tous les renseignements dont j'ai besoin.	<input type="radio"/> Frais de transport
<input type="radio"/> Je n'ai pas assez de renseignements sur les endroits où aller.	<input type="radio"/> Frais de garde.
<input type="radio"/> Il n'y a pas de clinique du diabète dans ma région.	<input type="radio"/> J'ai l'impression que les services de santé en matière de diabète sont inadéquats.
<input type="radio"/> Aucun professionnel de la santé spécialiste du diabète n'est disponible dans ma région.	<input type="radio"/> J'ai l'impression que les services de santé en matière de diabète ne sont pas adaptés à ma culture.
<input type="radio"/> Je n'ai pas les moyens d'en assumer le coût.	<input type="radio"/> J'en ai décidé ainsi.
<input type="radio"/> Coûts directs des soins de santé.	<input type="radio"/> Autre :

Blessures

54. Avez-vous subi des blessures au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non → Passez directement à la partie « invalidité ».

- Ne sais pas
- Refus

55. De quel(s) type(s) de blessure(s) s'agissait-il ?
Par exemple, était-ce une brûlure ou une fracture ?
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Fracture	<input type="radio"/> Intoxication
<input type="radio"/> Brûlure	<input type="radio"/> Blessure à un organe interne
<input type="radio"/> Luxation	<input type="radio"/> Blessure aux dents
<input type="radio"/> Entorse ou foulure	<input type="radio"/> Hypothermie, engelure
<input type="radio"/> Coupures, éraflures, contusions (mineures)	<input type="radio"/> Microtraumatismes répétés
<input type="radio"/> Commotion cérébrale	<input type="radio"/> Autre :

56. Où avez-vous subi cette blessure ou ces blessures ?
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Main	<input type="radio"/> Torse
<input type="radio"/> Poignet	<input type="radio"/> Œil / yeux
<input type="radio"/> Bras	<input type="radio"/> Tête
<input type="radio"/> Pied	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Cheville	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Genou	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Jambe	

57. Où vous trouviez-vous lorsque vous avez subi cette blessure ou ces blessures ?

<input type="radio"/> À la maison	<input type="radio"/> Zone industrielle ou chantier de construction
<input type="radio"/> À l'école, au cégep, à l'université	<input type="radio"/> Bureau
<input type="radio"/> Installations sportives scolaires	<input type="radio"/> Campagne, bois, terre à bois
<input type="radio"/> Rue, autoroute, trottoir	<input type="radio"/> Lac, rivière, mer
<input type="radio"/> Édifice communautaire (centre communautaire, bureaux du conseil de bande, etc.)	<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) :

58. Que faisiez-vous lorsque vous avez subi cette blessure ou ces blessures ?

<input type="radio"/> Activité sportive ou physique	<input type="radio"/> Travail non rémunéré / tâches ménagères ou domestiques
<input type="radio"/> Loisir ou passe-temps	<input type="radio"/> Trajet en direction ou en provenance de l'école / du travail
<input type="radio"/> Travail	<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) :

59. Quelle était la cause de cette blessure ou de ces blessures ?

<input type="checkbox"/> Accident de véhicule	<input type="checkbox"/> Contact avec une machine, un outil, etc.
→ Portiez-vous votre ceinture de sécurité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	
<input type="checkbox"/> Accident de VTT	<input type="checkbox"/> Fumée, feu
→ Portiez-vous un casque ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	
<input type="checkbox"/> Accident de motoneige	<input type="checkbox"/> Contact avec un liquide ou un objet CHAUD
→ Portiez-vous un casque ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	
<input type="checkbox"/> Accident de chasse	<input type="checkbox"/> Conditions météorologiques extrêmes ou catastrophe naturelle (p. ex. inondation)
<input type="checkbox"/> Accident de bateau	<input type="checkbox"/> Glace trop mince
→ Portiez-vous un gilet de sauvetage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	
<input type="checkbox"/> Contact accidentel avec une autre personne ou un animal	<input type="checkbox"/> Effort trop intense ou mouvement trop exigeant
<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Tentative de suicide ou automutilation
<input type="checkbox"/> Violence familiale	<input type="checkbox"/> Accident de bicyclette
	→ Portiez-vous un casque ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus
<input type="checkbox"/> Autre agression physique	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :

60. À qui / où vous êtes-vous adressé(e) pour obtenir des soins médicaux à la suite de votre blessure ou de vos blessures ?

<input type="checkbox"/> Cabinet médical	<input type="checkbox"/> À la maison
<input type="checkbox"/> Urgences d'un hôpital	<input type="checkbox"/> Guérisseur traditionnel
<input type="checkbox"/> Clinique sans rendez-vous	<input type="checkbox"/> Par téléphone
<input type="checkbox"/> Centre de santé communautaire	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas cherché à obtenir de soins médicaux
<input type="checkbox"/> À l'école	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
<input type="checkbox"/> Au travail	

61. Lorsque vous avez subi cette blessure ou ces blessures, étiez-vous sous l'influence de l'une des substances suivantes ?

- Alcool
- Marijuana
- Je n'étais sous l'influence d'aucune substance
- Autres substances
- Ne sais pas
- Refus

Invalidité

62. Des contraintes physiques, mentales ou des problèmes de santé limitent-elles la nature ou le nombre de vos activités domestiques, professionnelles ou autres ?

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Indice de l'état de santé

L'indice de l'état de santé (Health Utilities Index ou HUI) est un système qui permet de mesurer l'état de santé et la qualité de vie des gens en fonction de certaines dimensions ou ensembles de dimensions de leur état de santé auxquels différentes notes sont attribuées. Ces dimensions sont les suivantes : vue, ouïe, élocution, mobilité/motricité, degré de douleur, dextérité, autonomie, émotions et mémoire.

Étant donné qu'il est nécessaire d'obtenir la permission écrite de HUI Inc. avant d'utiliser les documents relatifs au HUI, le module HUI ne figure pas dans la version du questionnaire accessible au grand public.

Prière faire parvenir toute demande relative au HUI à :

Health Utilities Inc.

88, rue Sydenham

Dundas (Ontario) L9H 2V3

Canada

Tél. : 905-525-9140 poste 22389

Fax : 905-627-7914

Courriel : huinfo@healthutilities.com

ou consulter leur site Web au : <http://www.healthutilities.com>

Soins à domicile

78. En raison de votre état physique ou d'un problème de santé, pensez-vous avoir actuellement besoin de l'un des services à domicile suivants ?

Veillez donner une réponse à chacune des propositions suivantes.

Soins à domicile	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Menus travaux ménagers				
Entretien domestique				
Soins infirmiers				
Soins palliatifs (phase terminale d'une maladie)				
Soins personnels (toilette, etc.)				
Préparation ou livraison de repas				

79. Bénéficiez-vous actuellement des services suivants ?

Soins à domicile	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Menus travaux ménagers				
Entretien domestique				
Soins infirmiers				
Soins palliatifs (phase terminale d'une maladie)				
Soins personnels (toilette, etc.)				
Préparation ou livraison de repas				

80.

Dispensez-vous des soins à domicile (p. ex. habillage, toilette, ménage, faire les courses) à un proche ou à un membre de votre famille qui souffre d'une maladie ou de problèmes de santé chroniques ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Si vous ne dispensez pas de services d'aide à domicile, passez directement à la partie « sécurité ».

81. Quel(s) type(s) de soins à domicile dispensez-vous ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Menus travaux ménagers (nettoyage, lavage, etc.)	<input type="checkbox"/> Entretien domestique (réparations mineures, pelletage, etc.)
<input type="checkbox"/> Soins personnels (toilette, etc.)	<input type="checkbox"/> Courses
<input type="checkbox"/> Préparation ou livraison de repas	<input type="checkbox"/> Autre :

82. À raison de combien d'heures pas semaine ?

83. Un membre de votre famille immédiate a-t-il été placé dans un établissement de soins de longue durée situé à l'extérieur de la communauté ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

84. Quel était son âge au moment où il / elle est entré(e) dans un établissement de soins de longue durée ?

85. Pour quel motif principal ce membre de votre famille immédiate est-il / est-elle placé(e) dans un établissement de soins de longue durée ?

Sécurité

86. Avez-vous été victime d'agression(s) physique(s) au cours des 12 derniers mois ?
Coups de poing, coups de pieds, bousculades, etc.

<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> Quelques fois	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Rarement	<input type="radio"/> Refus

87. Avez-vous été victime d'agression(s) verbale(s) au cours des 12 derniers mois ?
Menaces, injures, insultes, etc.

<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> Quelques fois	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Rarement	<input type="radio"/> Refus

88. Avez-vous cherché à obtenir de l'aide suite à cet incident ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Accès aux soins de santé

89. Avez-vous recours à la médecine traditionnelle ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

90. Avez-vous rencontré l'une des difficultés suivantes en essayant de vous procurer des remèdes traditionnels ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

Si vous n'avez rencontré aucun problème, veuillez cocher la case « aucun problème ».

<input type="radio"/> Aucun problème	<input type="radio"/> Ils ne sont pas disponibles par le biais du système de santé
<input type="radio"/> J'ignore où me les procurer	<input type="radio"/> Ils ne sont pas couverts par les services de santé non assurés (Santé Canada)
<input type="radio"/> Je ne peux en assumer le coût	<input type="radio"/> Je ne suis pas intéressé(e)
<input type="radio"/> C'est trop loin pour me les procurer	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> J'en ignore les effets	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Je ne les connais pas assez bien	<input type="radio"/> Autre :

91. Comment considérez-vous votre niveau d'accessibilité aux services de santé par rapport à la population canadienne en général ?

- Même niveau d'accessibilité
- Inférieur
- Supérieur
- Ne sais pas
- Refus

92. Au cours de 12 derniers mois, avez-vous dû surmonter l'un des obstacles suivants afin d'obtenir des soins de santé ?

Veuillez lire chaque proposition et y répondre par « oui » ou par « non ».

Remarque : le Programme de services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada est le programme qui prend en charge les coûts associés aux soins de santé (médicaments, soins dentaires, soins ophtalmologiques, fournitures et matériel médical, etc.)

Obstacles	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Pas de médecin ni d'infirmière dans ma région.				
Pas d'établissement de santé (p. ex dispensaire ou hôpital) dans ma région.				
Liste d'attente trop longue				
Impossibilité de trouver un moyen de				

transport				
Difficulté à recevoir des soins traditionnels (p. ex. guérisseur, chamane ou aîné)				
Non pris en charge par le Programme des services de santé non assurés (SSNA)				
Autorisation préalable de prise en charge par le Programme des SSNA refusée				
Impossibilité d'assumer les frais directement associés à la prestation des soins ou des services				
Impossibilité d'assumer les frais de transport				
Impossibilité d'assumer les frais de garde				
Impression que les soins dispensés ne répondaient pas à mes besoins				
Impression que les services offerts n'étaient pas adaptés à ma culture				
J'ai choisi de ne pas consulter de professionnel de la santé				
Service non disponible dans ma région				

93. Avez-vous eu de la difficulté à accéder à l'un des services de soins de santé offerts par Santé Canada aux membres inscrits des Premières Nations, par le biais du Programme des services de santé non assurés (SSNA).

Remarque : le Programme de services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada est le programme qui prend en charge les coûts associés aux soins de santé (médicaments, soins dentaires, soins ophtalmologiques, fournitures et matériel médical, etc.)

<input type="radio"/> Aucune difficulté	<input type="radio"/> Service d'accompagnement
<input type="radio"/> Médicaments	<input type="radio"/> Services ou frais de transport (par voie terrestre ou aérienne)
<input type="radio"/> Soins dentaires	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Soins ophtalmologiques (p. ex. lunettes)	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Prothèse auditive	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Autre matériel médical (p. ex. marchette, béquilles)	

94. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous changé de prestataire de soins de santé primaires (médecin de famille, infirmière autorisée, infirmière praticienne) ?

- Deux fois ou plus
- Une fois
- Je n'en ai pas
- Ne sais pas
- Refus

Soins dentaires

95. Approximativement, à quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?

<input type="radio"/> Moins de six mois	<input type="radio"/> Plus de cinq ans
<input type="radio"/> De six mois à un an	<input type="radio"/> Je n'y suis jamais allé(e)
<input type="radio"/> D'un à deux ans	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> De deux à cinq ans	<input type="radio"/> Refus

96. Vous reste-t-il une ou plusieurs dents naturelles ?

Par « dents naturelles », on entend vos dents définitives, à l'exception des fausses dents ou des prothèses dentaires.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

97. Portez-vous une prothèse dentaire totale ou partielle, des fausses dents ou un pont, afin de remplacer des dents définitives manquantes ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

98. Avez-vous dû surmonter l'un des obstacles suivants afin d'obtenir des soins dentaires ?

Remarque : le Programme de services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada est le programme qui prend en charge les coûts associés aux soins de santé (médicaments, soins dentaires, soins ophtalmologiques, fournitures et matériel médical, etc.)

Accessibilité des soins de santé	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Soins dentaires non disponibles dans ma région				
Liste d'attente trop longue				
Service non pris en charge par le Programme des services de santé non assurés (SSNA)				
Autorisation préalable de prise en charge par le Programme des SSNA refusée				
Frais directement associés à la prestation des soins dentaires				
Frais de transport				
Frais de garde				

Autres frais				
Impression que les soins dispensés ne répondaient pas à mes besoins				

99. De quel(s) type(s) de soins avez-vous actuellement besoin ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Prothèse(s) (dont entretien et réparation)
<input type="checkbox"/> Obturation (plombage) ou autres travaux de restauration (limage, pose de couronnes, pont)	<input type="checkbox"/> Soins d'urgence (problèmes dentaires nécessitant des soins immédiats)
<input type="checkbox"/> Entretien (p. ex. examen dentaire ou nettoyage)	<input type="checkbox"/> Soins d'orthodontie (p. ex. appareil orthodontique)
<input type="checkbox"/> Extractions (arrachage de dents)	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Traitement au fluor	<input type="checkbox"/> Refus
<input type="checkbox"/> Traitement parodontal (soins de la gencive)	<input type="checkbox"/> Autre :

Alimentation et nutrition

100. En moyenne, à quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ?

Veillez sélectionner les réponses qui décrivent le mieux vos habitudes alimentaires.

Fréquence de consommation	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Quelques fois par semaine	Environ une fois par semaine	Jamais ou presque
Lait et produits laitiers (p. ex. yogourt, fromage)					
Protéines (bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu)					
Légumes					
Fruits (à l'exception du jus de fruits)					
Pain, pâtes, riz et autres produits céréaliers					
Eau					
Jus					
Liqueurs ou soda					
Repas minutes (p. ex. hamburgers, pizza, hot-dogs, frites)					

101. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les aliments traditionnels suivants ?

Fréquence de consommation d'aliments traditionnels	Jamais	Parfois	Souvent
--	--------	---------	---------

Mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.)			
Poisson d'eau douce			
Poisson de mer			
Autres produits de la mer ou d'eau douce (coquillages, anguilles, palourdes, algues, etc.)			
Mammifères marins (baleine, phoque, etc.)			
Gibier à plumes (oie, canard, etc.)			
Petit gibier (lapin, rat musqué, etc.)			
Baies ou autres végétaux sauvages			
Bannique / pain frit			
Riz sauvage			
Soupe de maïs			

102. Pensez-vous que votre régime alimentaire est nutritif et équilibré ?

- Toujours ou presque
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas
- Refus

103. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence quelqu'un a-t-il partagé des aliments traditionnels avec les membres de votre ménage ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Ne sais pas
- Refus

Sécurité alimentaire

104. Je vais vous lire une série d'énoncés décrivant la situation de certaines familles. Veuillez me dire à quelle fréquence (souvent, parfois ou jamais) vous et votre famille vous êtes trouvés dans ces situations au cours des 12 derniers mois.

Première situation : « Nos provisions n'étaient pas suffisantes et nous manquions d'argent pour en acheter d'autres ». Cette situation s'est-elle produite souvent, parfois ou jamais dans votre foyer au cours des 12 derniers mois ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Ne sais pas

Refus

105. Énoncé suivant : « Nous ne pouvions nous permettre de manger de manière équilibrée ». Cette situation s'est-elle produite souvent, parfois ou jamais dans votre foyer au cours des 12 derniers mois ?
Un repas équilibré est composé d'aliments de différents groupes alimentaires (protéines, légumes, fruits et produits laitiers).

Souvent

Parfois

Jamais

Ne sais pas

Refus

106. Au cours des 12 derniers mois, vous ou d'autres adultes de votre ménage avez-vous dû réduire la taille de vos repas ou sauter des repas par manque d'argent ?

Oui

Non → Passez directement à la question 108.

Ne sais pas

Refus

107. Dans l'affirmative, à quelle fréquence cette situation s'est-elle produite (presque tous les mois, au cours d'un certain nombre de mois, au cours d'un ou deux mois seulement) ?

Presque tous les mois

Au cours d'un certain nombre de mois

Au cours d'un ou deux mois seulement

Ne sais pas

Refus

108. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous mangé moins qu'à votre faim parce que vous manquiez d'argent pour acheter de la nourriture ?

Oui

Non

Ne sais pas

Refus

109. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous privé(e) de manger parce que vous manquiez d'argent pour acheter de la nourriture ?

Oui

Non

Ne sais pas

Refus

110. Je vais vous lire une série d'énoncés décrivant la situation de certaines familles. Veuillez me dire à quelle fréquence (souvent, parfois ou jamais) vous et votre famille vous êtes trouvés dans ces situations au cours des 12 derniers mois.

Première situation : « J'ai dû servir une nourriture bon marché et peu diversifiée (p. ex. macaronis, riz) à mon / mes enfant(s) car je n'avais pas assez d'argent ». À quelle fréquence (souvent, parfois ou jamais) vous et votre famille vous êtes-vous trouvés dans cette situation au cours des 12 derniers mois ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Ne sais pas
- Refus

111. Énoncé suivant : « Je ne pouvais me permettre de servir à mon / mes enfant(s) des repas équilibrés ». À quelle fréquence (souvent, parfois ou jamais) vous et votre famille vous êtes-vous trouvés dans cette situation au cours des 12 derniers mois ?

Un repas équilibré est composé d'aliments de différents groupes alimentaires (protéines, légumes, fruits et produits laitiers).

- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Ne sais pas
- Refus

112. Dernier énoncé : « Il est déjà arrivé à votre / vos enfant(s) de ne pas manger à sa / leur faim car vous (la personne qui s'en occupe principalement) n'aviez pas les moyens d'acheter plus de nourriture ». À quelle fréquence (souvent, parfois ou jamais) vous et votre famille vous êtes-vous trouvés dans cette situation au cours des 12 derniers mois ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Ne sais pas
- Refus

Activité physique

113. Parmi les activités suivantes, laquelle ou lesquelles avez-vous pratiquée(s) au cours des 12 derniers mois ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

Marche

Poids et haltères, appareils de

	conditionnement physique
O Chasse, piégeage	O Cours d'aérobic ou conditionnement physique
O Pêche	O Canot / Kayak
O Cueillette de baies ou d'autres aliments	O Natation
O Course à pied ou jogging	O Quilles
O Randonnée pédestre	O Golf
O Bicyclette (vélo de route ou vélo de montagne)	O Raquettes
O Danse (aérobique, traditionnelle, moderne, etc.)	O Arts martiaux
O Patinage	O Jardinage, travaux extérieurs
O Ski ou planche à neige	O Autre :
O Sport d'équipe ou de compétition (p. ex. hockey, basket-ball, baseball, lacrosse, tennis)	

114. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué cette activité ?

Remarque : Quelques exemples

Quotidiennement = 365 fois par an

Trois fois par semaine = 156 fois par an

Deux fois par mois = 24 fois par an

115. En moyenne, combien de temps (en minutes) consacrez-vous à chaque séance ?

Une demi heure = 30 minutes 1 heure = 60 minutes 1 heure et demie = 90 minutes

116. Lequel des énoncés ci-dessous décrit le mieux vos habitudes quotidiennes ?

O Vous passez la plupart de la journée assis(e) à regarder la télévision, devant un bureau, à jouer aux cartes ou au bingo. Vous ne faites que rarement de l'activité physique.	O Vous faites tous les jours de la marche à pieds ou de l'activité physique modérée (natation, bicyclette, jardinage) à raison d'au moins une heure par jour (que ce soit au travail, en faisant les courses, ou dans le cadre de toute autre activité).
O Vous passez la plupart de la journée assis(e) (à regarder la télévision, devant un bureau, à jouer aux cartes ou au bingo) mais vous faites au moins 30 minutes d'activité physique à raison d'au moins une fois par semaine.	O Refus
O Vous faites tous les jours de la marche à pieds ou de l'activité physique modérée	

(natation, bicyclette, jardinage) entre 35 à 59 minutes par jour (que ce soit au travail, en faisant les courses, ou dans le cadre de toute autre activité).

117. Au cours de la dernière semaine, combien de temps avez-vous passé à regarder la télévision, à lire, à jouer au bingo ou à des jeux vidéo, ou à travailler sur votre ordinateur (en dehors du cadre de vos activités scolaires ou professionnelles) ? Choix de réponse.

- Moins de 30 minutes
- De 30 minutes à 1 heure
- D'1 heure à 1 heure et demie
- Plus d'1 heure et demie
- Ne sais pas
- Refus

Tabagisme

118. Fumez-vous actuellement la cigarette ?

- Pas du tout
- Quotidiennement
- Parfois
- Refus

119. Avez-vous déjà fumé la cigarette ?
(Non-fumeurs seulement)

- Oui, quotidiennement
- Oui, occasionnellement
- Non → Passez directement à la question 127.
- Ne sais pas
- Refus

120. En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous par jour?
Indiquez un nombre approximatif si nécessaire

121. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette ?
(Âge)

122. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer ?

- 0 (jamais)
- 1 ou 2 fois
- 3 ou 4 fois
- 5 fois ou plus
- Ne sais pas
- Refus

123. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette ?
(Âge)

124. À quel âge avez-vous arrêté de fumer la cigarette ?
(Âge)

125. Pour quel(s) motif(s) avez-vous arrêté de fumer ?
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Par respect pour la signification culturelle et traditionnelle du tabac	<input type="radio"/> Par prise de conscience des effets néfastes de la cigarette sur ma santé.
<input type="radio"/> Par choix d'un mode de vie plus sain	<input type="radio"/> Grossesse
<input type="radio"/> Problème de santé	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Sur ordre du médecin	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Sous l'influence de mes amis ou de mes collègues	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Par respect pour mes proches	

126. Quel(s) moyen(s) avez-vous employé(s) pour arrêter de fumer.
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Sevrage brutal ou volonté seule	<input type="radio"/> Autre médicament prescrit par un médecin
<input type="radio"/> Aide spirituelle	<input type="radio"/> Méthodes traditionnelles
<input type="radio"/> Aide de la famille	<input type="radio"/> Programme de soutien ou d'autothérapie
<input type="radio"/> Substitut nicotinique (timbre)	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Substitut nicotinique (gomme à mâcher)	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Zyban (bupropion)	<input type="radio"/> Autre :

127. Votre logement est-il un environnement sans fumée?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Alcoolisme

128. Avez-vous bu de la bière, du vin, des spiritueux, ou d'autres boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

129. À quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois ?

Veillez sélectionner la réponse qui correspond le mieux à vos habitudes.

- Une fois par jour
- Environ 2 ou 3 fois par semaine
- Environ 2 ou 3 fois par mois
- Environ une fois par mois
- Environ 2 ou 3 fois par an
- Refus

130. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu cinq consommations d'alcool ou plus lors de la même occasion ?

Une consommation correspond à une bière, un verre de vin ou un verre à liqueur de spiritueux.

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 ou 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine
- Tous les jours
- Refus

131. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé l'une des substances suivantes sans avoir reçu d'ordonnance d'un médecin ?

Pour chacune des substances énumérées, veuillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à vos habitudes.

Substances consommées	Jamais	Une ou deux fois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Quotidiennement ou presque	Ne sais pas	Refus
Cannabis (marijuana, pot, herbe, hash, etc.)							
Cocaïne (coke, crack, etc.)							
Amphétamines et autres							

stimulants (crystal meth, speed, ecstasy, etc.)							
Substances inhalées (solvants, colle, pétrole, diluant à peinture, etc.)							
Sédatifs ou somnifères (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)							
Hallucinogènes (LSD, acides, champignons, PCP, kétamine, etc.)							
Opioides (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc)							

132. Avez-vous déjà cherché à suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Jeux de hasard

133. Avez-vous déjà joué à des jeux de hasard (dépensé de l'argent pour jouer au bingo, jouer aux cartes, acheter des billets de loterie, jouer avec des appareils de loterie vidéo, jouer au casino ou miser sur des événements sportifs) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

134. Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour jouer ?

- Oui
- Non
- Je ne joue jamais
- Ne sais pas
- Refus

135. Avez-vous déjà joué plus d'argent que vous ne vous pouviez vous le permettre ?

- Oui
- Non
- Je ne joue jamais

- Ne sais pas
- Refus

136. Le fait que vous jouiez à des jeux de hasard a-t-il eu des conséquences financières négatives sur vous ou votre famille ?

- Oui
- Non
- Je ne joue jamais
- Ne sais pas
- Refus

Activité sexuelle

Les questions qui suivent traitent de la sexualité et sont posées à tous les répondants, quel que soient leur âge, leur sexe ou leur situation personnelle. De ce fait, ces questions peuvent ne pas vous concerner. Nous vous rappelons que vos réponses à ces questions demeureront confidentielles.

137. Êtes-vous actif / active sexuellement ?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre / refus

138. Avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non → Passez à la question 144.
- Ne sais pas
- Refus

139. Avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ?

- Aucun / aucune
- 1 partenaire
- 2 partenaires
- 3 partenaires
- 4 partenaires ou plus
- Ne sais pas
- Refus

140. Quel(s) moyen(s) de contraception ou de protection vous ou votre / vos partenaire(s) utilisez-vous ?

Veillez lire la liste ci-dessous. Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Coït interrompu	<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale (hystérectomie, vasectomie, ligature des trompes)
<input type="checkbox"/> Condoms	<input type="checkbox"/> Aucun → Passez à la question 142.
<input type="checkbox"/> Contraceptif oral (pilule)	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Depo-Provera (injection)	<input type="checkbox"/> Refus
<input type="checkbox"/> Abstinence périodique (planification naturelle des naissances)	<input type="checkbox"/> Autre :

141. Pour quel motif principal avez-vous recours à ce(s) moyen(s) de contraception ?

- Contraception (prévention de la grossesse)
- Protection contre les maladies transmissibles sexuellement (MTS)
- Les deux (contraception et protection contre les MTS)
- Autre
- Ne sais pas
- Refus

142. À quelle fréquence utilisez-vous le condom ?

- Toujours → Dans ce cas, passez à la question 144.
- La plupart du temps
- Parfois
- Jamais
- Refus

143. Pour quelle raison principale n'avez-vous pas utilisé de condom ?

Veillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

<input type="checkbox"/> Votre partenaire ne voulait pas	<input type="checkbox"/> Vous étiez avec un(e) partenaire régulier / régulière
<input type="checkbox"/> Vous étiez sous l'influence de l'alcool ou de la drogue	<input type="checkbox"/> Vous n'aviez pas de condom sur vous à ce moment là
<input type="checkbox"/> Votre partenaire n'est pas atteint(e) du VIH/Sida	<input type="checkbox"/> Vous pensiez qu'il n'y avait pas de danger
<input type="checkbox"/> Vous souhaitez tomber enceinte ou vous souhaitez que votre partenaire tombe enceinte	<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas pensé à utiliser le condom
<input type="checkbox"/> Vous ne pouviez vous permettre d'en acheter	<input type="checkbox"/> Autre :

144. Combien d'enfants avez-vous mis au monde ou de combien d'enfants êtes-vous le père ?

Si vous n'en avez eu aucun, inscrivez « 0 ».

145. À quel âge avez-vous eu votre premier enfant ?

146. Vous considérez-vous comme homosexuel(le) (gai ou lesbienne), bisexuel(le) ou bispirituel(le) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

147. Avez-vous déjà passé un examen de dépistage des maladies ou infections transmissibles sexuellement (MTS ou ITS) ?

Exemples de MTS ou d'ITS : chlamydia, herpès, gonorrhée, syphilis.

- Oui
- Non
- Refus

148. Sans indiquer si celui-ci s'est avéré négatif ou positif, avez-vous déjà passé un examen de dépistage du VIH/Sida ?

- Oui
- Non
- Refus

Soins de santé préventifs

149. Quand avez-vous consulté un guérisseur traditionnel pour la dernière fois ?

- Je n'en ai jamais consulté
- Au cours des 12 derniers mois
- Cela fait plus d'un an mais moins de deux ans
- Cela fait plus de deux ans
- Je ne m'en souviens pas
- Refus

150. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé l'un des examens suivants ?

Veuillez indiquer une réponse pour chaque proposition.

Examens	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Taux de cholestérol				
Examen ophtalmologique				
Pression artérielle				
Glycémie				
Examen médical complet				

Si vous êtes de sexe masculin, passez directement à la question 154.

151. À quelle fréquence procédez-vous à un auto-examen de vos seins ?

<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> Moins de tous les 2 à 3 mois
<input type="radio"/> Environ une fois par mois	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Environ tous les 2 à 3 mois	<input type="radio"/> Refus

152. À quand remonte votre dernière mammographie ?

<input type="radio"/> Je n'en ai jamais passé	<input type="radio"/> Plus de 3 ans mais moins de 5 ans
<input type="radio"/> Moins de 6 mois	<input type="radio"/> Plus de 5 ans
<input type="radio"/> Plus de 6 mois mais moins d'1 an	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Plus d'1 an mais moins de 3 ans	<input type="radio"/> Refus

153. À quand remonte votre dernier test de Pap ?

<input type="radio"/> Je n'en ai jamais passé	<input type="radio"/> Cela fait plus de 3 ans mais moins de 5 ans
<input type="radio"/> Cela fait moins de 6 mois	<input type="radio"/> Cela fait plus de 5 ans
<input type="radio"/> Cela fait plus de 6 mois mais moins d'1 an	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Cela fait plus d'1 an mais moins de 3 ans	<input type="radio"/> Refus

Si vous êtes de sexe féminin, passez directement à la partie « migration ».

154. Avez-vous déjà passé un examen de la prostate (examen rectal) ou un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) ? Ce dernier est effectué au moyen d'une prise de sang et permet de dépister le cancer de la prostate.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Migration

155. Avez-vous habité à l'extérieur de votre communauté ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

156. Quelle est la plus longue période que vous avez passée à l'extérieur de votre communauté ?

<input type="radio"/> Moins d'un mois	<input type="radio"/> Plus de 5 ans
<input type="radio"/> 1 à 5 mois	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> 6 à 11 mois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> 1 à 5 ans	

157. Où avez-vous passé la majeure partie de cette période ?

<input type="radio"/> Dans une autre communauté des Premières Nations	<input type="radio"/> Dans une petite ville ou en zone rurale, dans une autre province.
<input type="radio"/> Dans une ville de la même province	<input type="radio"/> Aux États-Unis
<input type="radio"/> Dans une petite ville ou en zone rurale, dans la même province.	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Dans une ville d'une autre province	

158. Pour quelle raison principale avez-vous quitté votre communauté ?
N'indiquez qu'une seule réponse.

<input type="radio"/> Travail	<input type="radio"/> Problèmes conjugaux ou familiaux
<input type="radio"/> Études	<input type="radio"/> Invalidité
<input type="radio"/> Relation amoureuse	<input type="radio"/> Autres raisons d'ordre médical
<input type="radio"/> Logement	<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) :
<input type="radio"/> Emploi de mon / ma conjoint(e) ou de mon / ma partenaire	

Si vous résidez toujours à l'extérieur de la communauté, passez directement à la question 162.

159. Pourquoi êtes-vous retourné(e) dans votre communauté ?
Vous pouvez choisir plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Famille	<input type="radio"/> Possibilités d'emploi
<input type="radio"/> Lien avec ma communauté d'origine	<input type="radio"/> Culture familiale
<input type="radio"/> Afin de faire connaître ma culture à mes enfants	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Disponibilité d'un logement	

160. Vous arrive-t-il d'aller habiter à l'extérieur de votre communauté et d'y revenir (ou inversement) plus d'une fois par an ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

161. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé(e) habiter à l'extérieur de votre communauté ou y êtes-vous retourné(e) ?
On vous demande d'indiquer combien de fois vous avez changé de lieu de résidence (sauf pour des vacances, etc.)

- Une fois
- 2 ou 3 fois
- 4 ou 5 fois
- 6 fois ou plus

162. Lorsque vous résidiez à l'extérieur de votre communauté, avez-vous cherché à bénéficier de services offerts par votre communauté (p. ex. services de santé, éducation, etc.) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

163. Lorsque vous résidiez à l'extérieur de votre communauté, avez-vous participé aux élections du conseil de bande de votre communauté ?

- Oui
- Non
- Sans objet
- Ne sais pas
- Refus

Pensionnats

Les questions suivantes portent sur les pensionnats.

Aux fins de la présente étude, le terme « pensionnat » fait référence aux établissements

d'enseignement fréquentés par les jeunes Autochtones. Aussi appelés « écoles industrielles », ces établissements étaient dirigés par des ordres religieux. Le dernier pensionnat a fermé ses portes en 1996.

164. Avez-vous fréquenté un pensionnat ?

- Oui
- Non → Passez à la question 169.
- Ne sais pas
- Refus

165. Quel âge aviez-vous quand vous êtes entré(e) au pensionnat ?

166. À quel âge en êtes-vous sorti(e) ?

167. Pensez-vous que le fait d'avoir fréquenté un pensionnat a eu des répercussions sur votre état de santé et votre bien-être général ?

- Oui, des répercussions négatives
- Oui, des répercussions positives
- Aucune répercussion
- Ne sais pas
- Refus

168. Parmi les éléments suivants, lesquels, selon vous, ont eu des répercussions négatives sur votre état de santé et votre bien-être général ?

<input type="checkbox"/> Perte de la langue	<input type="checkbox"/> Violence sexuelle
<input type="checkbox"/> Perte d'identité culturelle	<input type="checkbox"/> Témoin de violence
<input type="checkbox"/> Violence physique	<input type="checkbox"/> Éloignement de la communauté
<input type="checkbox"/> Perte de la religion et de la spiritualité traditionnelle	<input type="checkbox"/> Discipline sévère
<input type="checkbox"/> Éloignement de la famille	<input type="checkbox"/> Piètre éducation
<input type="checkbox"/> Conditions de vie difficiles (p. ex. absence de chauffage)	<input type="checkbox"/> Manque de nourriture
<input type="checkbox"/> Manque de vêtements	<input type="checkbox"/> Intimidation (de la part d'autres enfants)
<input type="checkbox"/> Violence verbale ou psychologique	<input type="checkbox"/> Autre :

169. L'un de vos parents ou de vos grands-parents a-t-il fréquenté un pensionnat ?

Parents ou grands-parents ayant fréquenté un pensionnat	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Mère				
Père				
Grand-mère maternelle				
Grand-père maternel				
Grand-mère paternelle				
Grand-père paternel				

Bien-être personnel

170. Quelle importance la spiritualité traditionnelle revêt-elle dans votre vie ?

<input type="radio"/> Très importante	<input type="radio"/> Pas importante
<input type="radio"/> Assez importante	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Pas très importante	<input type="radio"/> Refus

171. Quelle importance la religion (p.ex. christianisme, bouddhisme, Islam) revêt-elle dans votre vie ?

<input type="radio"/> Très importante	<input type="radio"/> Pas importante
<input type="radio"/> Assez importante	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Pas très importante	<input type="radio"/> Refus

172. Dans quelle proportion du temps vous sentez-vous en harmonie sur les plans physique, affectif, psychologique et spirituel ?

Harmonie	En permanence	La plupart du temps	Parfois	Presque jamais
Plan physique				
Plan affectif				
Plan psychologique				
Plan spirituel				

173. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été personnellement victime de racisme ?

- Oui
 Non → Passez à la question 175.
 Ne sais pas
 Refus

174. Cela a-t-il des répercussions sur votre estime de vous-même ?

<input type="radio"/> Aucune répercussion	<input type="radio"/> Des répercussions très importantes
---	--

<input type="radio"/> Peu de répercussions	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Certaines répercussions	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Des répercussions importantes	

175. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les énoncés suivants. Ceux-ci portent sur votre sentiment de maîtrise de votre vie.

Sentiment de maîtrise	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je suis capable de résoudre mes problèmes					
Je me sens maître de ma propre vie					
J'ai une certaine influence sur ce qui m'arrive					
Je peux réaliser à peu près tout ce que je veux si je me décide vraiment à le faire					
Je me sens souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie					
Mon futur dépend principalement de moi					
Il y a de nombreux aspects important de ma vie auxquels je ne peux rien changer					

176. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé, en personne ou au téléphone, de votre bien-être affectif ou mental aux personnes suivantes ?

Répondez par « oui » ou par « non » à chaque proposition.

Soutien affectif et psychologique	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Membre de votre famille immédiate				
Autre membre de votre famille				
Ami				
Guérisseur traditionnel				
Médecin de famille				
Psychiatre				
RSC (représentant en santé communautaire)				
Infirmière				
Conseiller				
Psychologue				
Travailleur social				

Ligne d'écoute téléphonique				
-----------------------------	--	--	--	--

Échelle d'évaluation de la dépression de Kessler (K10)

177. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) sans véritable raison ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

178. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) nerveux / nerveuse ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

179. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si nerveux / nerveuse que rien ne pouvait vous calmer ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

180. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

181. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou incapable de tenir en place ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

182. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si agité(e) que vous ne parveniez pas à rester immobile ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

183. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

184. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous ressenti que tout nécessitait un effort ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

185. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

186. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) inutile ou bon(ne) à rien ?

<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> Jamais
<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Rarement	

Suicide

187. Au cours des 12 derniers mois, un de vos amis ou un membre de votre famille s'est-il suicidé ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

188. Avez-vous déjà pensé au suicide ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

189. Quand avez-vous eu ces pensées suicidaires ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

- Au cours de la dernière année.
- À l'âge adulte.
- À l'adolescence (entre 12 et 17 ans).
- Lorsque j'étais enfant (moins de 12 ans).

190. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

191. Quand avez-vous tenté de vous suicider ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

- Au cours de la dernière année.
- À l'âge adulte.
- À l'adolescence (de 12 et 17 ans).
- Lorsque j'étais enfant (moins de 12 ans).

192. Les gens font parfois appel aux autres pour avoir de la compagnie ou obtenir de l'aide et des conseils. Pouvez-vous me dire dans quelle mesure vous avez accès aux personnes suivantes lorsque vous avez besoin d'aide ?

Veillez lire chacun des éléments suivants et indiquer une réponse pour chacun d'entre eux.

Soutien personnel	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Refus
Quelqu'un qui vous écoute lorsque vous avez besoin de parler					
Quelqu'un sur qui compter lorsque vous avez besoin d'aide					
Quelqu'un qui peut vous conduire chez le médecin en cas de besoin					

Quelqu'un qui vous témoigne de l'amour et de l'affection					
Quelqu'un qui peut vous changer les idées du quotidien					
Quelqu'un avec qui passer un bon moment					
Quelqu'un à qui vous confier ou à qui parler de vos problèmes					
Quelqu'un avec qui faire des activités agréables					

Bien-être communautaire et culture traditionnelle

193. Quels sont, selon vous, les principaux problèmes auxquels votre communauté est confrontée ?
Veillez ne pas lire la liste ci-dessous. Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Possibilités en matière d'éducation et de formation	<input type="checkbox"/> Financement
<input type="checkbox"/> Alcoolisme et toxicomanie	<input type="checkbox"/> Autonomie décisionnelle
<input type="checkbox"/> Logement	<input type="checkbox"/> Gangs de rue
<input type="checkbox"/> Culture	<input type="checkbox"/> Possibilités d'emploi
<input type="checkbox"/> Environnement et ressources naturelles	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Santé	

194. Avez-vous constaté des changements dans les domaines suivants au cours des 12 derniers mois, dans votre communauté ?

Changements	Progrès / changements importants	Certains progrès / changements	Aucun progrès / changement	Dégradation	Ne sais pas	Refus
Possibilités en matière d'éducation et de formation						
Alcoolisme et toxicomanie						
Logement						
Culture						
Environnement et ressources naturelles						
Santé						
Financement						
Autonomie décisionnelle						
Gangs de rue						
Possibilités d'emploi						

Autre						
-------	--	--	--	--	--	--

195. Quelles sont, selon vous, les principales forces de votre communauté ?
Veillez ne pas lire la liste ci-dessous. Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Valeurs familiales	<input type="checkbox"/> Connaissance de la culture des Premières Nations
<input type="checkbox"/> Tissu social (interaction des membres de la communauté)	<input type="checkbox"/> Programmes communautaires / de santé
<input type="checkbox"/> Activités et cérémonies traditionnelles (p. ex. pow-wow)	<input type="checkbox"/> Faible taux de suicide / criminalité / toxicomanie
<input type="checkbox"/> Bonnes infrastructures de loisirs	<input type="checkbox"/> Aînés
<input type="checkbox"/> Usage de la langue traditionnelle	<input type="checkbox"/> Possibilités en matière d'éducation et de formation
<input type="checkbox"/> Environnement naturel	<input type="checkbox"/> Économie forte
<input type="checkbox"/> Leadership fort	<input type="checkbox"/> Autre :

196. Participez-vous aux événements culturels de votre communauté ?

- Toujours / presque toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas
- Refus

Fin du questionnaire

À l'avenir, nous autorisez-vous à communiquer avec vous pour d'autres enquêtes ?

- Oui
- Non

Les questions de la présente enquête ont-elles été traduites ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Merci d'avoir participé à l'ERS !

Le questionnaire est maintenant terminé. Y a-t-il d'autres points qui influencent le bien-être des adultes de votre communauté dont nous devrions tenir compte dans notre prochaine enquête ?

Votre participation avec l'ERS est maintenant finie! Merci de votre temps et énergie.

Vous devez maintenant sauvegarder les réponses. Une fois que vous aurez sauvegardé le questionnaire, celui-ci sera scellé pour protéger les renseignements personnels du répondant. Il ne pourra pas être rouvert par la suite.

Voulez-vous sauvegarder le questionnaire?

POUR INFORMATION SEULEMENT