



# SOCIODÉMOGRAPHIE PLUS

## RHSCIR Final

ENTREVUE

FR-SP-RHSCIR Final

Page 1 de 10

### Données Sociodémographies Plus

☐ Information non disponible, incapable de compléter.

Spécifiez la raison : \_\_\_\_\_

**Instructions : posez les questions suivantes au participant.**

**1. Quelle compensation recevez-vous suite à votre blessure médullaire?** (cochez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Assurance-salaire (ex. : Commission de la santé et de la sécurité au travail ou semblable)
- ☐ Autre assurance invalidité (ex. : prestations fédérales d'invalidité RPC, Association provinciale des personnes handicapées, prestations privées d'invalidité de courte ou longue durée)
- ☐ Assurance automobile (gouvernementale SAAQ ou privée)
- ☐ Autre assurance (i.e. assurance-emploi, assurance privée incluant les plans d'assurance-invalidité, assurance-vie, décès accidentel et perte d'un membre, prestations de vétérans ou Association canadienne des anciens combattants)
- ☐ Autre compensation (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- ☐ Ne sais pas quel type de compensation
- ☐ Aucune

**2. a) Quel est votre poids actuel?** (si l'individu est incertain de la bonne réponse, vérifiez auprès d'un membre de son équipe de soins)

Arrondissez  
vers le chiffre  
supérieur le  
plus proche.

☐ lb

☐ kg

☐ Ne sais pas (allez à la question 3)

**b) Comment a-t-on déterminé votre poids?**

- ☐ En mesurant
- ☐ Verbalement (information fournie par le participant)
- ☐ Estimé (estimation du clinicien ou du coordonnateur)

**3. Depuis votre lésion, avez-vous fait usage de cannabis/marijuana pour des raisons MÉDICALES?**

(Incluant toute raison médicale même sans prescription d'un médecin)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

**3.4. a) Depuis votre lésion/blessure, avez-vous pris des médicaments de prescription ou fait usage de drogues de rue pour des raisons NON-MÉDICALES?**

☐ Oui

- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

### Sociodémographie Plus – suite

**b) Si la réponse est OUI, veuillez cocher toutes les réponses pertinentes :**

- ☐ Cocaïne
- ☐ Pot/marijuana
- ☐ Hallucinogènes
- ☐ Héroïne/opiacés
- ☐ Speed/stimulants
- ☐ Médicaments prescrits pour vous
- ☐ Médicaments prescrits pour quelqu'un d'autre
- ☐ Autres substances inconnues

**4.5. Lorsque vous obtiendrez votre congé, si vous ne vivez pas dans un CHSLD, un centre hospitalier ou un centre correctionnel :**

**a) Avec qui habitez-vous?** (choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

- ☐ Partenaire/conjoint
- ☐ Membre de votre famille
- ☐ Personne sans lien de parenté (non-rémunéré) (ex. : colocataire)
- ☐ Aidant rémunéré
- ☐ Seul(e)
- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- ☐ N/A – J'habiterai dans un CHSLD, un centre hospitalier ou un centre correctionnel

**b) Bénéficierez-vous de soins de santé?** (ex. : soins/soutien à domicile)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas
- ☐ N/A – J'habiterai dans un CHSLD, un centre hospitalier ou un centre correctionnel

### Sociodémographie Plus—suite

**6. a) Avez-vous un professionnel de la santé régulier? Par ceci, nous faisons référence à un professionnel de la santé que vous voyez régulièrement ou avec lequel vous parlez lorsque vous avez besoin de soins ou de conseils de santé.**

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Ne sais pas

**b) Est-ce que votre professionnel de la santé est ...?**

- ☐ Médecin de famille ou médecin généraliste  
☐ Médecin spécialiste comme un cardiologue ou un pédiatre  
☐ Infirmière praticienne  
☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_  
☐ Ne sais pas

**5.7.a) Utilisez-vous une forme de ventilation assistée incluant (mais ne se limitant pas à) un respirateur mécanique, un stimulateur du nerf phrénique, un stimulateur du diaphragme, un appareil de ventilation à pression négative externe ou un appareil de ventilation spontanée en pression positive bidirectionnelle (VSPPB<sup>®</sup>)?** (ceci n'inclut pas l'administration habituelle d'oxygène, la ventilation intermittente en pression positive (VIPP), ou la ventilation en pression positive continue (VPPC))

- ☐ Oui, 24 heures par jour au moment de mon congé (ceci même si vous êtes en sevrage de respirateur)

~~Si vous utilisez un respirateur, pendant combien de temps pouvez-vous respirer par vous-même, sans l'aide du respirateur?~~

~~\_\_\_\_\_ minutes~~

- ☐ ~~# inconnu de minutes~~  
☐ ~~N/A, je n'utilise pas de respirateur~~

- ☐ Oui, moins de 24 h par jour au moment de mon congé

- ☐ ~~La nuit seulement~~  
☐ ~~Le jour, au besoin et la nuit~~  
☐ ~~Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_~~

- ☐ Oui, nombre inconnu d'heures par jour au moment de mon congé

☐ Non (passez à la question [86 sur la page 4](#))

**b) Si oui, veuillez indiquer le type et compléter l'information additionnelle ci-dessous** (veuillez recueillir cette information à partir du dossier médical du participant, si nécessaire)

- ☐ Ventilation non-invasive avec appareil de ventilation spontanée en pression positive bidirectionnelle (VSPPBi®) (~~veuillez remplir le tableau VSPPBi® à la page 4~~)
- ☐ Ventilation non-invasive avec un respirateur (ex. : Trilogy, Stellar, etc.)
- ☐ Ventilation trachéale
- ☐ Stimulation du diaphragme :

Date  
d'insertion :

				/			/		
AAAA					MM			JJ	

Entrez le plus d'informations connues sur la date. Si vous n'avez aucun détail, cochez « Ne sais pas ».

☐ Ne sais pas

- ☐ Stimulation du nerf phrénique :

Date  
d'insertion :

				/			/		
AAAA					MM			JJ	

Entrez le plus d'informations connues sur la date. Si vous n'avez aucun détail, cochez « Ne sais pas ».

☐ Ne sais pas

- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

## Sociodémographie Plus - suite

i) ~~Table VSPPBi®~~ (prendre cette information dans le dossier médical)~~Qu'est-ce que le mode VSPPBi®~~ (choisissez UNE SEULE réponse)~~Quel est la fréquence VSPPBi®?~~☐ Pression

IPAP:

\_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O☐ Ne sais pas

EPAP:

\_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O☐ Ne sais pas

\_\_\_\_\_ respirations à la minute

☐ Ne sais pas☐ Ventilation  
assistée  
proportionnel  
le (VAP)Étendue IPAP : \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O☐ Ne sais pasÉtendue EPAP : \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O☐ Ne sais pas

Volume: \_\_\_\_\_ mL

☐ Ne sais pas

\_\_\_\_\_ respirations à la minute

☐ Ne sais pas☐ Ne sais pas

6.

~~a) Avez-vous reçu du recrutement alvéolaire et/ou de l'assistance pour tousser (ex. : augmentation des respirations, insufflateur ou exsufflateur mécanique, aide manuelle à la toux, etc) régulièrement après votre blessure médullaire?~~

☐ Oui☐ Non (allez à la question 7 sur la page 5)☐ Ne sais pas

~~b) Si OUI, spécifiez la méthode de recrutement alvéolaire et/ou de l'assistance pour tousser:~~ (cochez TOUT ce qui est pertinent)

☐ Augmentation des respirations/recrutement alvéolaire à l'aide d'un sac de ventilation modifié☐ Insufflation-exsufflation mécanique (ex. : appareil d'aide à la toux)☐ Manœuvre manuelle d'assistance à la toux☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_☐ Type inconnu

~~c) Lors de votre congé, recevez-vous encore des traitements de recrutement alvéolaire ou d'assistance à la toux~~

☐ Oui☐ Non (allez à la question 7 sur la page 5)☐ Ne sais pas

## Sociodémographie Plus - suite

**d) Si OUI, spécifiez la méthode de recrutement alvéolaire et/ou de l'assistance pour tousser :** (choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

- ☐ Augmentation des respirations/recrutement alvéolaire à l'aide d'un sac de ventilation modifié
- ☐ Insufflation-exsufflation mécanique (ex. : appareil d'aide à la toux)
- ☐ Manœuvre manuelle d'assistance à la toux
- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- ☐ Type inconnu

**7. Comment contrôlez-vous votre vessie?**

Méthode	Méthode principale (choisissez UNE SEULE réponse)	Méthodes supplémentaires (additionnelles ou occasionnelles) (choisissez toutes les réponses pertinentes)
Évacuation normale (capable d'uriner normalement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathétérisation intermittente		
Auto-cathétérisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathétérisation par un préposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulation du réflexe de la vessie		
Volontaire (tapotement, grattement, étirement de l'anus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Involontaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compression de la vessie		
Contraction (ex. : contractions abdominales, manœuvre de Valsalva : s'asseoir en laissant l'abdomen sortir sur les cuisses et pousser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compression externe (ex. : manœuvre de Crede : compression suprapubique vers le bas à l'aide des deux mains afin d'exercer de la pression sur la vessie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure		
Transurétrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulation de la racine antérieure du sacrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinent		
Condom cathéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversion urinaire/stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre méthode, spécifiez :

☐☐

## Échelle de spasticité de Penn

**1.8. Avez-vous parfois des spasmes musculaires?** (Des spasmes musculaires sont des resserrements ou contractions puis relâchements des muscles [qui peuvent causer des mouvements involontaires de votre corps])

- ☐ Oui
- ☐ Non (allez au questionnaire sur la douleur)
- ☐ Ne sais pas

**2.9. Quelle citation décrit le mieux vos spasmes?**

- ☐ Causés seulement par stimulation (ex. : lorsqu'un muscle est étiré ou qu'il y a stimuli douloureux sous le niveau de votre blessure, etc.)
- ☐ Spasmes spontanés non fréquents < 1 par heure
- ☐ Spasmes spontanés < 10 par heure
- ☐ Spasmes spontanés > 10 par heure
- ☐ Ne sais pas

## Questionnaire sur la douleur

Ces questions portent sur votre opinion au sujet de toute douleur que vous ressentez et comment elle peut interférer avec vos activités quotidiennes. On vous demandera également d'expliquer ce que vous faites pour contrôler votre douleur.

**10. a) Prenez-vous présentement quelque chose ou recevez-vous des traitements pour un problème de douleur?**

- ☐ Oui (ex. : médicaments, drogues récréatives, physiothérapies, psychothérapies, etc.)
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

**b) Si Oui, quels traitements utilisez-vous pour gérer votre douleur?** (choisissez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Complémentaires (ex. : biofeedback, acupuncture, hypnose)
- ☐ Neuromodulation médicale et de procédure (ex. : blocs nerveux, injections, implantation de stimulateurs, pompe intrathécale, TENS)
- ☐ Médicaments sans prescription (ex. : analgésiques en vente libre comme Tylenol®)
- ☐ Non-traditionnels (ex. : naturopathie, homéopathie, plantes médicinales)
- ☐ Psychothérapies (ex. : psychothérapie, thérapie cognitive de comportement, relaxation, gestion du stress, psychoéducation, groupes de soutien)
- ☐ Traitements de physiothérapie (ex. : physiothérapie, massage, chiropractie)
- ☐ Drogues récréatives (ex. : marijuana)
- ☐ Médicaments par prescription (ex. : morphine, codéine)
- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**11. De façon générale, à quel point êtes-vous satisfait de la gestion de votre douleur?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas  
 Pas du tout satisfait —————> Totalement satisfait

**12. a) Avez-vous ressenti de la douleur au cours des sept (7) derniers jours, incluant aujourd'hui?**

- ☐ Oui  
☐ Non (allez à la question [134](#))

**b) Si OUI, au cours de la DERNIÈRE SEMAINE :**

**i) En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec vos activités quotidiennes au cours de la dernière semaine?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas  
 pas d'interférence —————> Extrême interférence

**ii) En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec votre humeur générale au cours de la dernière semaine?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas  
 Pas d'interférence —————> Extrême interférence

**iii) En général, à quel point est-ce que la douleur interfère avec votre capacité d'avoir une bonne nuit de sommeil?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas  
 Pas d'interférence —————> Extrême interférence

**13. a) Depuis votre blessure, avez-vous ressenti de la douleur neuropathique?** (douleur qui est souvent continue et intense et qui survient de manière spontanée ou par toucher léger et comprend une sensation de brûlure, de chocs, de picotements, etc.)

- ☐ Tous les jours  
☐ Quelques fois par semaine  
☐ Quelques fois par mois  
☐ Quelques fois par année  
☐ Une fois par année  
☐ Jamais ([allez à la section Détails sur la collecte de données](#) [allez à l'échelle d'auto-efficacité générale à la page 9](#))  
☐ Ne sais pas ([allez à la section Détails sur la collecte de données](#) [allez à l'échelle d'auto-efficacité générale à la page 9](#))

**b) Localisation de votre douleur neuropathique** (cochez TOUTES les réponses pertinentes) :

- ☐ Tête  
☐ Cou et/ou épaules  
☐ Bras et/ou mains  
☐ Torse (poitrine, abdomen, région pelvienne, et/ou région du périnée)  
☐ Dos (haut et/ou bas du dos)  
☐ Hanches, fesses, et/ou anus



- ☐ Haut des jambes/cuisses
- ☐ Bas des jambes ou pieds

### Questionnaire sur la douleur — suite

#### c) Intensité moyenne de votre douleur neuropathique au cours de la dernière semaine :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Aucune douleur → Pire douleur que vous pouvez imaginer

#### d) Avez-vous reçu un traitement pour votre douleur neuropathique?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

#### e) Lorsque vous aviez de la douleur neuropathique, à quel point cette douleur vous limitait dans vos activités?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Très peu
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup
- ☐ Complètement
- ☐ Ne sais pas

### Échelle d'auto-efficacité générale (version anglaise par Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1995)

**Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez cocher le choix qui indique le mieux à quel point l'affirmation est vraie pour vous. Ces questions portent sur votre opinion. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.**

**1. J'arrive toujours à solutionner les problèmes difficiles si j'y mets suffisamment d'effort.**

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

**2. Si quelqu'un s'oppose à moi, j'arrive à trouver comment obtenir ce que je veux.**

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

**3. Il est facile pour moi de maintenir mes buts et de réussir mes objectifs.**

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

~~4. Je suis confiant de pouvoir faire face à des événements inattendus de manière efficace.~~

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

**Échelle d'auto-efficacité générale — suite** (version anglaise par Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1995)

~~5. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment réagir à des situations inattendues.~~

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

~~6. Je peux trouver une solution à la plupart des problèmes si j'y mets les efforts nécessaires.~~

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

~~7. Je suis capable de rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés puisque je peux compter sur mes capacités d'adaptation.~~

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

~~8. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux généralement trouver plusieurs solutions.~~

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

~~9. Si j'ai un problème, je trouve normalement une solution.~~

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

~~10. Je peux généralement faire face à toutes les situations.~~

☐ Pas du tout vrai ☐ Pas tellement vrai ☐ Modérément vrai ☐ Exactement vrai

## Détails sur la collecte de données

<b>Nom de l'interviewer :</b> (lettres moulées)		<b>Initiales</b> ici :		<b>Date où l'entrevue a été terminée :</b>	AAAA-MM-JJ
--	--	---------------------------	--	--	------------