



SOCIODÉMOGRAPHIE PLUS

RHSCIR Initial

ENTREVUE

FR-SP-RHSCIR Initial

Page 1 de 7

Données Sociodémographies Plus –RHSCIR Initial

☐ Information non disponible, incapable de compléter.

Spécifiez la raison: _____

Instructions : Posez les questions suivantes au participant.

1. Dans quelle langue préférez-vous communiquer?

- ☐ Anglais
- ☐ Français
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

2. Quel est votre état civil actuel? (choisissez une seule réponse)

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Séparé(e)
- ☐ Veuf/ve
- ☐ Conjoint de fait
- ☐ Ne sais pas

3. Vous faites partie de quel group ethnique? (choisissez une seule réponse)

Si vous êtes d'origine ethnique mélangée :

- Blanc et autre ethnies, l'autre ethnies est retenue
- Non blanc et autre ethnies, l'ethnie du père est retenue

- ☐ Indigène/Autochtone (ex Premières Nations (Indien d'Amérique du Nord), Métis ou Inuk (Inuit))
- ☐ Blanc
- ☐ Noir
- ☐ Asiatique (ex. : Chinois, Vietnamien, Cambodgien, Malaysien, Laotien, Filipino, Coréen, Japonais, etc.)
- ☐ Sud-Asiatique (ex. : des Indes Orientales, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)
- ☐ Asiatique-Occidental (ex. : Iranien, Afghan, etc.)
- ☐ Insulaire du Pacifique (ex. : Hawaïen, Fidjien, Papoue, Polynésien, etc.)
- ☐ Autre (spécifiez): _____
- ☐ Ne sais pas

Sociodémographie Plus – suite

4. **a) Quelle est votre taille?** (si l'individu n'est pas certain de la bonne réponse, vérifiez auprès d'un membre de son équipe de soins)

Indiquez les
pieds et les
pouces OU les
centimètres.

<input type="text"/>	pi	<input type="text"/>	pc
<input type="text"/>			cm

Arrondissez vers
le chiffre
supérieur le plus
proche.

☐ Ne sais pas

b) Comment avez-vous déterminé la taille?

- ☐ J'ai mesuré
- ☐ Verbalement (information fournie par le patient)
- ☐ Estimé (estimation du clinicien ou du coordonnateur)

5. **a) Au moment de votre blessure, quel était votre poids?** (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.

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
----------------------	-----------------------------	-----------------------------

☐ Ne sais pas

b) Comment avez-vous déterminé le poids?

- ☐ J'ai mesuré
- ☐ Verbalement (information fournie par le patient)
- ☐ Estimé (estimation du clinicien ou du coordonnateur)

6. **Quel est le plus haut niveau d'éducation que vous avez terminé?** (veuillez choisir UNE seule réponse)

- ☐ 8^e année ou moins
- ☐ 9^e à la 11^e année (incluant 9^e, 10^e ou 11^e année terminée)
- ☐ Diplôme d'études secondaires ou Diplôme d'éducation générale (GED)
- ☐ Diplôme d'associé (incluant la certification ou le diplôme d'un collège communautaire ou d'une école de formation professionnelle, ou d'un CEGEP)
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Maîtrise
- ☐ Doctorat
- ☐ Autre, non classé (spécifiez): _____
- ☐ Ne sais pas

Sociodémographie Plus—suite**7. Avez-vous déjà été dans les Forces armées?**

- ☐ Oui
☐ Non

8.7. Quel est votre emploi rémunéré?

- ☐ Exécutif, administratif, et de gestion (incluant le travail autonome; ex. : gérants, chefs de département, officiers gouvernementaux, comptables, gestionnaires de portefeuille/finances, spécialistes en ressources humaines, etc.)
- ☐ Professionnel - spécialiste (ex. : médecin, avocat, ingénieur, infirmière diplômée, architecte, analyste de systèmes informatiques, athlète professionnel, artiste, professeur etc.)
- ☐ Techniciens et autre personnel de soutien (ex. : pilote, technicien de laboratoire, hygiéniste dentaire, infirmière, etc.)
- ☐ Ventes
- ☐ Soutien administratif, incluant les commis de bureau
- ☐ Résidence privée (ex. : nounou/gardienne d'enfants, aidant, personne de ménage, jardinier, gardien, etc.)
- ☐ Services de protection (ex. : policier, pompier, gardien de sécurité, etc.)
- ☐ Autres services, sauf de protection et résidence privée (ex. : barman, concierge, serveur, préposé aux bénéficiaires, cuisinier, coiffeur, etc.)
- ☐ Exploitation agricole, foresterie et pêche
- ☐ Précision, production, fabrication et réparation (ex. : électricien, mécanicien, plombier, peintre, machiniste, pâtissier, etc.)
- ☐ Opérateurs de machinerie, assembleurs, et inspecteurs (ex. : soudeur, imprimeur, opérateur de machinerie en usine, etc.)
- ☐ Transport et déménagement de matériel (ex. : chauffeur de camion, conducteur de train, opérateur de machinerie d'excavation, opérateur de grue, etc.)
- ☐ Manutentionnaire, nettoyeur d'équipement, aides et ouvriers (ex. : travailleur en construction, éboueur, étalagiste, travailleur d'usine, etc.)
- ☐ Tâches militaires
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Ne sais pas

9.8.a) Au moment de votre blessure, aviez-vous un emploi rémunéré? (si vous aviez un emploi mais êtes présentement en invalidité de longue durée, veuillez répondre OUI)

- ☐ Oui
☐ Non (passez à la question [89c à la page 4](#))

Sociodémographie Plus - suite**Travail rémunéré****b) Si oui, laquelle des situations suivantes décrit le mieux votre emploi rémunéré?**

(choisissez UNE réponse seulement)

- ☐ Je travaille → **à plein temps ou à temps partiel?**
 - ☐ **Plein temps** (incluant les personnes qui travaillent 30 heures ou plus par semaine à leur emploi principal/unique emploi)
 - ☐ **Temps partiel** (incluant les personnes qui travaillent normalement moins de 30 heures par semaine, à leur emploi principal/unique emploi)
- ☐ Formation en poste (rémunérée)
- ☐ Atelier supervisé (ex. : travail rémunéré dans un environnement modifié pouvant inclure une supervision accrue, de l'assistance physique, des tâches modifiées, etc.)
- ☐ Invalidité de longue durée
- ☐ Ne sais pas

c) Si NON, laquelle des situations suivantes décrit le mieux votre emploi non-rémunéré?

(choisissez UNE seule réponse)

- ☐ Au foyer
- ☐ Formation en poste (non rémunérée)
- ☐ Retraité(e)
- ☐ Étudiant(e)
- ☐ Sans emploi
- ☐ Autre (spécifiez): _____ (ex. : bénévolat etc.)
- ☐ Ne sais pas

10-9. a) Quel est votre revenu familial approximatif, au total? (revenu annuel de TOUTE la famille AVANT taxes, incluant subventions, bourses ou autre revenu d'appoint en provenance de n'importe quelle source)

- ☐ Moins de 10 000
- ☐ 10 000 – 19 999
- ☐ 20 000 – 29 999
- ☐ 30 000 – 39 999
- ☐ 40 000 – 49 999
- ☐ 50 000 – 59 999
- ☐ 60 000 – 69 999
- ☐ 70 000 – 79 999
- ☐ 80 000 – 89 999
- ☐ 90 000 – 99 999
- ☐ 100 000 +
- ☐ Ne sais pas

b) Combien y-a-t-il de personnes à votre domicile? _____

Sociodémographie Plus - suite

11. Recevez-vous une forme d'aide sociale qui n'est PAS reliée à votre lésion médullaire? (par exemple, l'aide sociale régulière [ex. : assurance emploi, Régime de pensions du Canada] ou aide aux personnes invalides)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

12.10. a) Quel est votre niveau de tabagisme - fumer/vapoter (nicotine)? (Choisissez TOUTES les réponses applicables; Note - n'inclut pas l'usage de marijuana)?

- ☐ Fumeur
- ☐ Ancien fumeur
- ☐ N'a jamais fumé (allez à la question 1113)
- ☐ Vapoteur
- ☐ Ancien vapoteur
- ☐ N'a jamais vapoté (allez à la Question 11)
- ☐ Ne sais pas (allez à la question 113)

b) Si vous avez déjà fumé/vapoté ou si vous êtes actuellement fumeur/vapoteur, pendant combien d'années avez-vous fumé/depuis combien d'années fumez/vapotez-vous?

(faites un estimé si vous ne savez pas le nombre exact)

_____ Années à fumer

☐ Ne sais pas

_____ Années à vapoter

☐ Ne sais pas

c) Si vous avez déjà fumé ou si vous êtes actuellement fumeur, en moyenne, combien de (cigarettes/cigares/pipes) fumez/fumez-vous quotidiennement?

(Note : un paquet de cigarettes compte normalement 20 cigarettes. Si moins qu'une par jour, veuillez entrer répondre 0)

_____ Cigarettes

_____ Cigares

_____ Pipes

☐ Ne sais pas

13.11. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool?

- ☐ Jamais (allez à la question 146 sur la page 6)
- ☐ Une fois par mois ou moins
- ☐ 2-4 fois/mois
- ☐ 2-3 fois/semaine
- ☐ 4 fois ou plus/semaine
- ☐ Ne sais pas

14.12. Combien de boissons alcoolisées consommez-vous au cours d'une journée typique lorsque vous buvez?

- ☐ 1 ou 2

- ☐ 3 ou 4
- ☐ 5 ou 6
- ☐ 7, 8, ou 9
- ☐ 10 ou plus
- ☐ Ne sais pas

Sociodémographie Plus - suite

15-13. À quelle fréquence consommez-vous six (6) verres d'alcool ou plus en une seule occasion?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Chaque mois
- ☐ Chaque semaine
- ☐ Quotidiennement ou presque à tous les jours
- ☐ Ne sais pas

14. Dans les années précédant votre blessure, avez-vous fait usage de cannabis/marijuana pour des raisons MÉDICALES? (Incluant tout usage médical, même si non-prescrit par un médecin)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

16-15. a) Dans l'année précédant votre blessure, avez-vous fait usage de médicaments de prescription ou de drogues de rue pour des raisons NON-MÉDICALES?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

b) Si 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

Sociodémographie Plus - suite

17-16. a) Au moment de votre blessure, dans quel type d'environnement habitiez-vous?

☐ Résidence privée (incluant maison, condominium, maison mobile, appartement, bateau habitable)

☐ Centre d'hébergement avec services (résidence semi-autonome, option à mi-chemin entre les soins à domicile et l'hospice)

☐ Hôtel/motel (incluant des séjours à court ou long terme, occupation simple, etc.)

☐ Sans abri (incluant grotte, voiture, tente, rue, etc.)

☐ Autre (spécifiez) : _____

☐ Foyer de groupe (incluant les maisons de transition ou toute résidence partagée par des personnes qui ne sont pas des membres de la famille)

☐ Hospice/Centre de soins de longue durée en milieu hospitalier (incluant les centres spécialisés en soins infirmiers et institutions offrant des soins de longue durée, de garde, soins pour malades chroniques, etc.)

☐ Institut correctionnel (incluant prison, pénitencier, centre correctionnel, etc.)

b) Indiquez avec qui vous habitez :

(choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

☐ Partenaire/conjoint

☐ Membre de la famille

☐ Personne sans lien de parenté, bénévole (ex. : colocataire)

☐ Aidant rémunéré

☐ Seul

☐ Autre (spécifiez) : _____

☐ Ne sais pas

c) Au moment de votre lésion blessure, receviez-vous des soins de santé à domicile?

(ex. : soins à domicile/soutien)

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sais pas

Rendez-vous aux détails sur la collecte de données

Détails sur la collecte de données

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