



Questionnaire version: 23

Veillez noter que le fait de nous retourner ce questionnaire rempli signifie que **VOUS CONSENTEZ** à participer au volet questionnaire de l'étude NICO. Si vous ne voulez pas répondre au questionnaire, veuillez nous le retourner non-complété afin de nous communiquer votre refus. Merci beaucoup pour votre participation!

Nom: _____

No identification:

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

1. Quelle est la date d'aujourd'hui?

Jour	Mois	Année

2. Quel est votre code postal?

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

3. Vivez-vous présentement seul(e)?

- Oui → Allez à la question 5
- Non

4. Vivez-vous présentement avec...? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

	Oui
Mère biologique	<input type="checkbox"/>
Père biologique	<input type="checkbox"/>
Belle-mère	<input type="checkbox"/>
Beau-père	<input type="checkbox"/>
Sœur(s), belle(s)-sœur(s), demi-sœur(s)	<input type="checkbox"/>
Frère(s), beau(x)-frère(s), demi-frère(s)	<input type="checkbox"/>
Époux(se)	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/>
Fils, beau(x)-fils	<input type="checkbox"/>
Fille(s), belle(s)-fille(s)	<input type="checkbox"/>
Colocataire(s)	<input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/>

5. Est-ce que cette personne fume présentement la cigarette? Votre...

	Oui
Mère biologique	<input type="checkbox"/>
Père biologique	<input type="checkbox"/>
Belle-mère	<input type="checkbox"/>
Beau-père	<input type="checkbox"/>
Une sœur, belle-sœur, demi-sœur	<input type="checkbox"/>
Un frère, beau-frère, demi-frère	<input type="checkbox"/>
Époux(se)	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/>
Un fils, beau-fils	<input type="checkbox"/>
Une fille, belle-fille	<input type="checkbox"/>
Un colocataire	<input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/>

6. Combien d'amis proches (personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise et à qui vous pouvez vous confier) avez-vous?

_____ amis proches

7. Combien de vos amis proches fument la cigarette?

_____ amis proches fument

8. Êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants...?

	Fortement en désaccord	En désaccord	Pas en désaccord ni en accord	En accord	Fortement en accord
Je ressens un lien entre moi et mes amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que je suis semblable à mes amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un sentiment d'appartenance envers mes amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai beaucoup de points en commun avec mes amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Même si vous ne fumez pas actuellement, à quelle fréquence avez-vous...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Une envie de fumer une cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin de fumer une cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une forte envie de fumer une cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Même si vous ne fumez pas actuellement, quel est votre niveau de dépendance à la cigarette...?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Très
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Avez-vous déjà au cours de votre vie fumé la cigarette, ne serait-ce qu'une bouffée («poffe»)?

- Non → Allez à la question 43
- Oui, 1 ou 2 fois
- Oui, 3 ou 4 fois
- Oui, 5 à 10 fois
- Oui, plus de 10 fois

12. Cochez la case qui vous décrit le mieux...

- J'ai déjà fumé la cigarette, mais pas du tout depuis les 12 derniers mois
- J'ai fumé la cigarette une ou plusieurs fois pendant les 12 derniers mois
- Je fume la cigarette une ou plusieurs fois par mois
- Je fume la cigarette une ou plusieurs fois par semaine
- Je fume la cigarette tous les jours

13. Avez-vous fumé 100 cigarettes au complet ou plus (4 paquets de 25 cigarettes) au cours de votre vie?

- Non
- Oui

14. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez respiré profondément jusque dans vos poumons plus d'une bouffée de cigarette?

J'avais _____ ans

- Je n'ai jamais respiré plus d'une bouffée de cigarette

15. Avez-vous fumé la cigarette (même si ce n'est qu'une bouffée) au cours des 3 derniers mois?

- Non → Allez à la question 22
- Oui

16. Pendant le mois de _____ (mois dernier), combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si ce n'est qu'une bouffée?

- Aucun → Allez à la question 18
- 1 jour
- 2-3 jours
- 4-5 jours
- 6-10 jours
- 11-15 jours
- 16-20 jours
- 21-30 jours
- Chaque jour
- Je ne sais pas

17. Les jours où vous avez fumé en _____ (mois dernier), combien de cigarettes avez-vous fumées par jour habituellement?

- Moins d'une cigarette (une ou plusieurs bouffées)
- 1 cigarette 16 à 20 cigarettes
- 2 à 3 cigarettes 21 à 25 cigarettes
- 4 à 5 cigarettes Plus de 25 cigarettes
- 6 à 10 cigarettes Je ne sais pas
- 11 à 15 cigarettes

18. Pendant le mois de _____ (il y a 2 mois), combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si ce n'est qu'une bouffée?

- Aucun → **Allez à la question 20**
- 1 jour 16-20 jours
- 2-3 jours 21-30 jour
- 4-5 jours Chaque jour
- 6-10 jours Je ne sais pas
- 11-15 jours

19. Les jours où vous avez fumé en _____ (il y a 2 mois), combien de cigarettes avez-vous fumées par jour habituellement?

- Moins d'une cigarette (une ou plusieurs bouffées)
- 1 cigarette 16 à 20 cigarettes
- 2 à 3 cigarettes 21 à 25 cigarettes
- 4 à 5 cigarettes Plus de 25 cigarettes
- 6 à 10 cigarettes Je ne sais pas
- 11 à 15 cigarettes

20. Pendant le mois de _____ (il y a 3 mois), combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si ce n'est qu'une bouffée?

- Aucun → **Allez à la question 22**
- 1 jour 16-20 jours
- 2-3 jours 21-30 jours
- 4-5 jours Chaque jour
- 6-10 jours Je ne sais pas
- 11-15 jours

21. Les jours où vous avez fumé en _____ (il y a 3 mois), combien de cigarettes avez-vous fumées par jour habituellement?

- Moins d'une cigarette (une ou plusieurs bouffées)
- 1 cigarette 16 à 20 cigarettes
- 2 à 3 cigarettes 21 à 25 cigarettes
- 4 à 5 cigarettes Plus de 25 cigarettes
- 6 à 10 cigarettes Je ne sais pas
- 11 à 15 cigarettes

22. Actuellement, fumez-vous la cigarette parce qu'il est vraiment trop difficile d'arrêter de fumer?

- Non
- Parfois
- Souvent/toujours
- Je n'ai jamais essayé d'arrêter
- Autre (précisez) _____
- Je ne sais pas (je fume si peu)

23. Lorsque vous diminuez votre consommation de cigarettes, que vous cessez de fumer, ou que vous n'avez pas pu fumer une cigarette pendant une période de temps prolongée (comme presque toute une journée), à quelle fréquence ressentez-vous les effets suivants...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Être irritable ou fâché(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être agité(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sentir nerveux(se), anxieux(se), ou stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir de la difficulté à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une forte envie ou besoin de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir de la difficulté à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. À quel point chacun des énoncés suivants vous décrivent-ils?

	Me décrit...			
	Pas du tout	Un peu	Assez bien	Très bien
Si je reste trop longtemps sans fumer la cigarette, je me sens irritable ou fâché(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je reste trop longtemps sans fumer la cigarette, je me sens stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement, j'ai envie de fumer ou de mâcher du tabac dès le réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je reste trop longtemps sans fumer la cigarette, la première chose que je vais noter est une légère envie de fumer que je peux ignorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je reste trop longtemps sans fumer la cigarette, l'envie de fumer devient si forte qu'elle est difficile à ignorer et elle interrompt mes pensées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je reste trop longtemps sans fumer la cigarette, je ne peux pas fonctionner correctement et je sais que je vais devoir fumer pour me sentir de nouveau normal(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Lorsque vous voyez d'autres personnes fumer, à quel point est-ce facile pour vous de ne pas fumer?

- Très facile
- Assez facile
- Un peu difficile
- Très difficile

26. Combien de temps pouvez-vous laisser passer sans fumer une cigarette avant de sentir une forte envie de fumer qui est difficile à ignorer?

- Moins d'une heure
- 1-2 heures
- 3-5 heures
- 6-10 heures
- 11-15 heures
- 16-23 heures
- 1 jour
- 2 jours
- Plus de 2 jours mais moins d'une semaine
- Une semaine ou plus
- Autre (précisez) _____

27. Comment profondément respirez-vous la fumée de cigarette?

- Dans ma bouche seulement
- Jusque dans ma gorge
- Peu profondément dans mes poumons
- Profondément dans mes poumons
- Je ne sais pas (je fume si peu)

28. Les jours où vous fumez, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

- Dans les 5 minutes qui suivent mon réveil
- De 6 à 30 minutes après mon réveil
- De 31 à 60 minutes après mon réveil
- Plus de 60 minutes après mon réveil

29. Est-ce que vous trouvez difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit?

- Pas difficile du tout
- Un peu difficile
- Très difficile

30. Fumez-vous plus fréquemment durant les premières heures après le réveil comparativement au reste de la journée?

- Non
- Oui

31. Lorsque vous avez un gros rhume ou un mal de gorge, fumez-vous?

- Non, j'arrête de fumer lorsque je suis malade
- Oui, mais je fume moins
- Oui, je fume autant que lorsque je ne suis pas malade

32. À quel point les affirmations suivantes sont-elles vraies pour vous?

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Très vrai
Les cigarettes sont un bon moyen de combattre l'ennui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une cigarette me donne de l'énergie lorsque je suis fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je me sens déprimé(e), fumer m'aide à me sentir mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer la cigarette me relaxe lorsque je suis nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer m'aide à contrôler mon poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer la cigarette m'aide à me concentrer sur mon travail/travaux scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer m'aide à me détendre lorsque je suis stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me considère comme un(e) fumeur(se) social(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'évite d'aller à la maison d'un(e) ami(e) où il n'est pas permis de fumer, même si j'ai le goût de le(la) voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans les situations où je dois aller dehors pour fumer, ça vaut la peine même s'il fait froid ou s'il pleut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai arrêté ou je fais moins d'activité physique/sport parce que je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fonctionne beaucoup mieux le matin après avoir fumé une cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparé à lorsque j'ai commencé à fumer la première fois, je dois fumer beaucoup plus maintenant pour être satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparé à lorsque j'ai commencé à fumer la première fois, je peux fumer beaucoup plus maintenant avant d'avoir mal au cœur ou de me sentir malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OU			
<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu mal au cœur ou été malade à cause de la cigarette			
Je manque souvent de cigarettes plus rapidement que j'aurais pensé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à me procurer des cigarettes (par exemple, faire un détour pour acheter des cigarettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à fumer la cigarette (fumer une cigarette après l'autre, fumer beaucoup tout au long de la journée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai cessé de me tenir avec certaines personnes parce que je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. À quelle fréquence ressentez-vous une forte envie de fumer?

- Jamais → Allez à la question 35
- Très rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

34. Quelle est l'intensité de vos fortes envies de fumer une cigarette?

- Pas du tout intense
- Un peu intense
- Assez intense
- Très intense

35. Quelle cigarette trouveriez-vous la plus difficile à abandonner?

- La première de la journée
- Une autre
- Je ne sais pas (je fume si peu)

36. En ce moment, à quel point voulez-vous arrêter de fumer complètement et pour toujours?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

37. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous sérieusement essayé de cesser de fumer la cigarette complètement et pour toujours?

- Non
- Oui, 1 fois
- Oui, 2 fois ou plus

38. À quand remonte votre dernière tentative sérieuse pour arrêter de fumer la cigarette?

- Je n'ai jamais fait de tentative pour arrêter de fumer
- Il y a _____ jour(s)
- Il y a _____ mois
- Il y a _____ an(s)

39. À quel point avez-vous confiance que vous pouvez ou que vous avez cessé de fumer la cigarette complètement et pour toujours ?

- Je suis très confiant(e)
- Je suis assez confiant(e)
- Je ne suis pas très confiant(e)
- Je ne suis pas confiant(e) du tout

40. Pensez à la dernière fois que vous avez essayé d'arrêter de fumer la cigarette. Avez-vous cessé de fumer complètement (pendant quelques temps) ?

- Je n'ai jamais essayé d'arrêter de fumer
- Non, mais j'ai beaucoup diminué
- Non, mais j'ai un peu diminué
- Non, la quantité de cigarettes que je fume n'a pas du tout changée
- Oui → j'ai arrêté complètement pendant _____ jour(s)
- Oui → j'ai arrêté complètement et je n'ai pas fumé depuis

41. À quel point les énoncés suivants portant sur les raisons d'arrêter de fumer sont-ils vrais pour vous?

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Très vrai
Parce que je m'inquiète que je peux développer une maladie grave si je n'arrête pas de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour me prouver que, si je le veux vraiment, je suis capable d'arrêter de fumer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour éviter que mes cheveux et mes vêtements sentent le tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour que mon époux(se), mon/mes enfant(s), ou tout autre personne que je côtoie cesse(nt) de faire des remarques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que j'ai remarqué des symptômes physiques qui démontrent que la cigarette nuit à ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je vais plus m'aimer si j'arrête de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour que je sauve de l'argent sur des dépenses reliées à la cigarette, comme le nettoyeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelqu'un m'a posé un ultimatum pour que j'arrête de fumer (on m'a menacé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je visualise clairement les effets que la cigarette a sur mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour que je me sente en contrôle de ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je ne vais plus trouer mes vêtements ou abîmer mes meubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je vais recevoir un cadeau spécial si j'arrête de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je connais des personnes qui sont décédées de maladies graves dues à la cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce qu'arrêter de fumer prouvera que je peux atteindre des buts importants pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je veux sauver l'argent que je dépense sur les cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que les personnes près de moi seront déçues si je n'arrête pas de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je suis inquiet(iète) que fumer la cigarette va raccourcir ma durée de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour me prouver que je ne suis pas dépendant(e) à la cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour que je n'ai plus à nettoyer ma maison ou ma voiture aussi fréquemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je vais recevoir une compensation financière (argent d'ami(s) ou de la famille, prime du travail) si j'arrête de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je veux être un bon exemple pour mon/mes enfant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je suis (ou ma conjointe est) enceinte ou je tente (ou nous tentons) d'avoir un enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que mon médecin m'avise d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Avez-vous déjà utilisé les outils suivants pour vous aider à arrêter de fumer? Si oui, est-ce que c'était au cours des 12 derniers mois? Est-ce que cela vous a aidé à arrêter?

	Essayé au moins une fois	Essayé au cours des 12 derniers mois	M'a aidé à arrêter
	Oui	Oui	Oui
Timbres de nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gomme à la nicotine (Nicorette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalateur de nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zyban, Wellbutrin, Bupropion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varenicline (Champix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarette électronique avec nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarette électronique sans nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêt drastique/d'un seul coup, sans outils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire le nombre de cigarettes fumées en ne fumant qu'à certains moments ou dans certaines situations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne pas avoir de cigarettes sur moi (les jeter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer d'autres drogues (alcool, marijuana, somnifères) plus souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer plus de temps avec des amis qui ne fument pas la cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me garder occupé en faisant autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser une application mobile qui aide à arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un programme de textos qui aide à arrêter de fumer (SMAT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Est-ce qu'il y a des restrictions sur l'usage de la cigarette à l'intérieur de votre maison? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Non; il est permis de fumer partout dans ma maison
- Oui; il est interdit de fumer à l'intérieur de ma maison
- Oui; il est permis de fumer dans certaines pièces seulement
- Oui; il est interdit de fumer en présence d'enfants
- Oui; autre (précisez) _____

44. Est-ce qu'il y a des restrictions sur l'usage de la cigarette à l'intérieur de votre voiture ou la voiture dans laquelle vous voyagez le plus souvent? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Non; il est permis de fumer en tout temps
- Oui; il est interdit de fumer à l'intérieur de la voiture
- Oui; il est interdit de fumer à l'intérieur de la voiture en présence d'enfants
- Non applicable (je ne voyage pas/rarement en voiture)

45. Combien de personnes fument la cigarette à l'intérieur de votre maison tous les jours ou presque tous les jours ?

- Aucune OU _____ personne(s)

46. Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été exposé(e) à la fumée secondaire...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
À l'intérieur de votre maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'intérieur d'une voiture ou d'un autre véhicule privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'intérieur de lieux publics (bars, restaurants, centres commerciaux, arénas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de visites chez vos amis ou votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'extérieur d'un restaurant sur un patio ou une terrasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Au cours des 12 derniers mois, à combien d'équipes sportives avez-vous appartenu (où vous pratiquiez avec des coéquipiers ou vous jouiez contre d'autres équipes) ?

Aucune équipe OU _____ équipe(s)

48. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous fait des activités physiques vigoureuses (soulever des objets lourds, creusage, aérobic, vélo rapide) pendant au moins 10 minutes à la fois?

Aucun → **Allez à la question 50**

_____ jour(s) au cours des derniers 7 jours

49. Les jours où vous avez fait des activités physiques vigoureuses, pendant combien de minutes par jour en avez-vous fait habituellement?

_____ minutes par jour

50. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous fait des activités physiques modérées (transporter des objets légers, vélo à vitesse modérée, tennis d'équipe) pendant au moins 10 minutes à la fois? N'incluez pas la marche.

Aucun → **Allez à la question 52**

_____ jour(s) au cours des derniers 7 jours

51. Les jours où vous avez fait des activités physiques modérées, pendant combien de minutes par jour en avez-vous fait habituellement?

_____ minutes par jour

52. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes à la fois?

Aucun → **Allez à la question 54**

_____ jour(s) au cours des derniers 7 jours

53. Les jours où vous avez marché, combien de minutes par jour avez-vous passé à marcher?

_____ minute(s) par jour

54. Indiquez dans quelle mesure les énoncés suivants sont vrais pour vous.

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
C'est important pour moi de faire de l'exercice régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne vois pas pourquoi je devrais faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice parce que c'est amusant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je ne fais pas d'exercice, je me sens coupable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice car cela fait partie de mes buts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice car d'autres personnes me disent que je devrais en faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les avantages de faire de l'exercice sont importants pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne vois pas pourquoi je devrais prendre la peine de faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve mes séances d'exercice agréables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai honte lorsque je manque une séance d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je considère que l'exercice fait partie intégrante de mon identité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice parce que mes amis, ma famille ou mon/ma conjoint(e) me disent que je devrais en faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois qu'il est important de faire l'effort de faire de l'exercice régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne vois pas le but de faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que faire de l'exercice est une activité agréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens comme un(e) raté(e) si je ne fais pas d'exercice pendant un certain temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je considère que l'exercice représente une partie fondamentale de qui je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice parce que les autres ne seront pas fiers de moi si je ne le fais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je deviens agité(e) si je ne fais pas d'exercice régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois que faire de l'exercice est une perte de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je fais de l'exercice, j'en retire du plaisir et de la satisfaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sentirais mal par rapport à moi-même si je ne prenais pas le temps de faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je considère que faire de l'exercice est conforme à mes valeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressens de la pression de la part de mes amis ou de ma famille pour faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Indiquez à quel point les affirmations suivantes sont vraies pour vous. À mon avis, lorsque je fais de l'exercice...

	Faux	Principalement faux	Plus faux que vrai	Plus vrai que faux	Principalement vrai	Vrai
Je m'adonne à une variété d'exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'essaie une gamme d'exercices différents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je change le type d'exercices que je fais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon programme d'exercices est varié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais l'expérience de variété lors de mes exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Combien de vos amis proches...?

	Aucun	Peu	Certains	La plupart	Tous
Font de l'exercice la majorité des journées de la semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sont physiquement actifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. À quel point est-il important pour vos amis proches...?

	Pas très important	Un peu important	Très important
De faire de l'exercice la majorité des journées de la semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être physiquement actifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Indiquez votre niveau d'accord avec les affirmations suivantes. Mes amis proches...

	Fortement en désaccord	En désaccord	Pas en désaccord ni en accord	En accord	Fortement en accord
M'encouragent à être physiquement actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désapprouveraient de me voir assis à ne rien faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensent que je devrais faire de l'exercice la majorité des jours de la semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensent que je devrais être physiquement actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Dans l'espace d'une heure assis lors d'une journée de travail typique de 7 heures, combien de pauses vous accordez-vous pour vous dégourdir (vous lever, vous étirer, prendre une courte marche)? Indiquez "0" si vous ne prenez pas de pauses habituellement.

_____ pause(s)

60. Lors d'une journée de travail typique de 7 heures, combien de minutes accordez-vous à de courtes pauses d'activité physique? Indiquez "0" si vous ne prenez pas de pauses habituellement.

_____ minutes (s)

61. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail pendant les 3 derniers mois?

- Normalement assis(e) pendant la journée, sans trop marcher
- Souvent debout ou en train de marcher pendant la journée, mais sans avoir à lever des objets
- Doit habituellement lever ou transporter des objets légers ou souvent monter des escaliers ou pentes
- Doit faire du travail forçant ou transporter des objets très lourds

62. Considérez-vous que vous.....?

- Êtes trop maigre
- Êtes à peu près normal(e)
- Faites un peu d'embonpoint
- Faites beaucoup d'embonpoint

63. Combien pesez-vous?

_____ livres **OU** _____ kilogrammes

64. Combien mesurez-vous sans chaussures?

_____ pieds _____pouce(s) **OU** _____ mètre(s)

65. Actuellement, que faites-vous concernant votre poids?

- J'essaie de perdre du poids
- J'essaie de gagner du poids
- Je veux maintenir mon poids
- Je ne fais rien concernant mon poids

66. Est-ce que vous ou votre conjointe êtes présentement enceinte?

- Non/Non applicable → **Allez à la question 68**
- Oui, je suis enceinte
- Oui, ma conjointe est enceinte

67. Depuis combien de semaine(s) êtes-vous ou votre conjointe enceinte?

_____ semaine (s)

68. À quelle fréquence vous arrive-t-il de trop manger (manger plus que d'habitude, plus que vous ne le vouliez ou plus que vous ne jugez bon pour la santé)?

- Jamais → **Allez à la question 70**
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

69. Dans les 24 heures après avoir trop mangé, vous arrive-t-il de faire l'une des choses suivantes afin de compenser?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Faire de l'exercice ou prendre une marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me faire vomir ou prendre des laxatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandonner mon régime pour le reste de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger des fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger des légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger plus d'aliments riches en protéines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange moins d'aliments frits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger moins de sucreries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger des aliments hypocaloriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger davantage, car j'ai gâché mon régime pour la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne rien faire de différent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Au cours des 2 dernières années, à quelle fréquence les personnes qui vous entourent...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Ont-elles émis des commentaires négatifs à propos de votre poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont-elles encouragé(e) à perdre du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont-elles encouragé(e) à prendre du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Combien d'heures par jour passez-vous habituellement devant un écran (ordinateur, appareils portables) pour le travail ou l'école? Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez « MQ1/2 » si la réponse est moins que ½ heure.

Habituellement, les jours de la semaine, je passe ____ heure(s) par jour devant un écran pour le travail ou l'école

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe ____ heure(s) par jour devant un écran pour le travail ou l'école

72. combien d'heures par jour passez-vous habituellement devant un écran (ordinateur, télévision, appareils portables) dans votre temps libre? Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez « MQ1/2 » si la réponse est moins que ½ heure.

Habituellement, les jours de la semaine, je passe ____ heure(s) par jour devant un écran dans mon temps libre

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe ____ heure(s) par jour devant un écran dans mon temps libre

73. Combien de minutes par jour passez-vous habituellement sur des médias sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat) soit pour y afficher quelque chose, soit pour voir ce qui est affiché? Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez « MQ1/2 » si la réponse est moins que ½ heure.

Habituellement, les jours de la semaine, je passe ____ heure(s) par jour sur des médias sociaux

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe ____ heure(s) par jour sur des médias sociaux

74. Combien de fois par jour, par semaine ou par mois (CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE) mangez-vous ou buvez-vous chacun de ces aliments?

	Jamais		Fois par jour		Fois par semaine		Fois par mois
Beignes ou gâteaux ou pâtisseries	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Bonbons ou tablettes de chocolat	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Crème glacée/yogourt glacé	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Croustilles (chips, Fritos, Doritos)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Boissons gazeuses diètes	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Boissons gazeuses régulières	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Charcuteries	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Poulet frit (Kentucky)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Hot dogs	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Hamburgers	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Frites ou poutine	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Bacon ou saucisses	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Jus 100% pur (jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Fruits, en excluant les jus de fruits	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Salade verte	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Pommes de terre, en excluant les frites, les patates rôties et les croustilles	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Carottes	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Autre légumes, en excluant les carottes, les pommes de terre et la salade verte	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Noix, graines ou beurres de noix (incluant les arachides et le beurre d'arachide)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Lait (incluant lait au chocolat, chocolat chaud, café au lait, lait versé dans les céréales)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Substituts de lait (lait d'amandes, de soya, de riz)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Yogourt, kéfir, excluant le yogourt glacé	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Tranches de fromage fondu ou tartinades (Kraft Singles, Vache Qui Rit, Cheez Wiz, Velveeta)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Autres fromages	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	

	Jamais		Fois par jour		Fois par semaine		Fois par mois
Céréales (chaudes ou froides)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Riz et autres grains (quinoa)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Pâtes, couscous	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Pain, bagels, pita, tortillas	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Viandes rouges (bœuf, porc, agneau, cheval, veau)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Poulet/volaïlle	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Poisson frais/congelé/en conserve ou produit à base de poisson	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Fruits de mer (crevettes, homard, pétoncles)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Tofu, burger et hot-dogs végétariens, protéines végétales texturées	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Œufs et plats à base d'œufs	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Pois secs en boîte/cuits, lentilles, haricots, Falafel, Hummus	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Pizza (congelée, restauration-rapide ou livrée)	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Repas congelés	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Thé et tisanes	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	
Café	<input type="checkbox"/>	ou		ou		ou	

75. Avez-vous déjà joué à des jeux vidéo actifs (exergaming) qui utilisent une console (Nintendo Wii, XBOX 360, Kinect, Sony Play Station Move, Sony Eye Toy: Kinetic), un cellulaire et/ou une application mobile (RUN!, Nike+ Running APP, Pokémon Go)?

- No → Allez à la question 83
 Oui

76. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué à des jeux vidéo actifs qui...?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-3 fois par semaine	4-6 fois par semaine	Chaque jour
Utilisent une console	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisent un cellulaire et/ou une application mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Au cours du dernier mois, combien de jours par semaine avez-vous joué à des jeux vidéo actifs?

- Aucun → Allez à la question 80

_____ jours par semaine

78. En moyenne, combien de minutes dédiez-vous à chaque séance de jeux vidéo actifs?

_____ minutes en moyenne

79. Au cours du dernier mois, quel était votre niveau d'effort habituel lorsque vous jouiez à des jeux vidéo actifs?

- Léger
 Modéré
 Intense

80. Dans quelle mesure les énoncés suivants sont-ils vrais pour vous?

	Complètement faux	Un peu faux	Ni vrai ni faux	Un peu vrai	Complètement vrai
J'aime jouer à des jeux vidéo actifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère jouer à des jeux vidéo actifs qu'à des sports de plein air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère jouer à des jeux vidéo actifs qu'à des sports d'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime jouer à des jeux vidéo actifs avec mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime jouer à des jeux vidéo actifs avec ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que jouer à des jeux vidéo actifs est un bon moyen d'intégrer l'activité physique dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense jouer des jeux vidéo actifs pendant de nombreuses années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si j'avais l'opportunité, je jouerais à des jeux vidéo actifs pendant mon temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux vidéo actifs est ennuyeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère jouer à des jeux vidéo actifs qu'à des jeux vidéo traditionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux vidéo actifs, c'est irritant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer des jeux vidéo actifs, c'est apaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère jouer à des jeux vidéo actifs que regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère jouer à des jeux vidéo actifs que d'être sur les médias sociaux (facebook, instagram, snapchat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer des jeux vidéo actifs, c'est excitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour être plus actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour perdre du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour maintenir mon poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour maintenir mon niveau d'aptitude physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour améliorer ma masse musculaire (musculature)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour faire grossir mes muscles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour être plus flexible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Complètement faux	Plutôt faux	Ni vrai ni faux	Plutôt vrai	Complètement vrai
Je joue à des jeux vidéo actifs pour améliorer mon équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour le plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux vidéo actifs pour être social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux vidéo actifs sont le seul type de jeu vidéo que j'aime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres types de jeux vidéo que les jeux vidéo actifs m'ennuient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. À quelle fréquence jouez vous à des jeux vidéo actifs...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

82. Indiquez l'importance des énoncés suivants par rapport aux raisons qui vous motivent à jouer à des jeux vidéo actifs.

	Très important	Important	Ni important ni insignifiant	Pas important	Très insignifiant
Je suis habile aux jeux vidéo actifs (je joue bien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux deviennent plus difficiles à mesure que je progresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le but (ou objectif) des jeux est facile à comprendre (par exemple, gagner ou marquer un score final élevé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a des conseils dans les jeux qui m'aident à jouer mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jeu me donne des commentaires sur la façon d'améliorer mon jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime les effets sonores dans les jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression de vraiment faire partie de ce qui se passe dans le jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux vidéo actifs provoquent une dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je perds le fil du temps quand je joue à des jeux vidéo actifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux m'offrent des options et des choix intéressants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'essaie de trouver de nouvelles façons de jouer aux jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression de pouvoir contrôler ce qui se passe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très important	Important	Ni important ni insignifiant	Pas important	Très insignifiant
Les commandes de jeu (par exemple Wii-mote, Kinect, PS Move) sont faciles à apprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que mes mouvements contrôlent le jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux représentent un défi pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux me gardent attentif(ive), sans pour autant me sur-stimuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux incluent des défis à chaque niveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais ce que je dois faire pour gagner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jeu me donne des commentaires (feedback) sur la façon dont je joue (ma performance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis capable de pratiquer des nouvelles manœuvres dans un jeu, ce qui me permet de mieux jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime les graphismes dans les jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je découvre de nouvelles choses sur les jeux chaque fois que je joue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens totalement absorbé(e) lors de ma séance de jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jeux me permettent de faire des choses intéressantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis capable de jouer les jeux comme je veux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les contrôleurs de jeu (par exemple, raquette de tennis, boule de bowling) suivent bien mes mouvements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je veux faire une manœuvre dans le jeu, il est facile de me rappeler des instructions (Wii-mote, Kinect, PS Move)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. En général, comment évalueriez-vous...?

	Mauvaise	Assez bonne	Bonne	Très bonne	Excellente
Votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles (crise personnelle ou familiale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie (responsabilités vis-à-vis le travail, la famille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de votre sommeil la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de votre sommeil le mois dernier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. À quelle fréquence vous sentez vous...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Honteux(se) de ce que vous avez l'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier(ère) d'être plus attirant(e) que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier(ère) d'être beau/belle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inadéquat(e) quand vous pensez à votre apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honteux(se) de votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier(ère) de votre apparence physique supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier/fière de l'effort que vous consacrez pour maintenir votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier/fière de l'effort que vous consacrez à améliorer votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier/fière que vous avez atteint vos objectifs en ce qui concerne votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier/fière de vos efforts pour soigner votre apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honteux(se) de ne pas être une personne attirante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupable de ne pas en faire assez pour améliorer ce dont vous avez l'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupable par rapport à ce que vous avez l'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plein(e) de regrets que vous ne fassiez pas davantage pour améliorer votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plein(e) de regrets de ne pas mettre d'effort pour soigner votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fier(ère) d'être une personne attirante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envieux(se) de l'apparence physique d'une autre personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inférieur(e) quand vous pensez à votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustré(e) de voir certaines personnes qui ont une belle apparence sans beaucoup d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injuste que certaines personnes aient une apparence physique "parfaite"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gêné(e) de votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ridicule lorsque votre corps est le sujet de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladroit(e) lorsque vous tentez d'améliorer votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerveux(se) lorsque vous pensez à d'autres personnes qui voient votre apparence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ...?

	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
Je suis satisfait(e) avec moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À certains moments, je pense que je ne suis pas bon(ne) du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que je n'ai pas beaucoup de choses dont je suis fier(ère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À certains moments je me sens inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que je suis une personne de valeur, au moins à un niveau égal avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je voudrais avoir plus de respect pour moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis enclin à penser que je suis un échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends une attitude positive envers moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Avez-vous déjà été diagnostiqué par un professionnel de la santé pour l'une des conditions suivantes? Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été diagnostiqué pour la première fois?

	Oui	Diagnostiqué pour la première fois à...
Asthme	<input type="checkbox"/>	___ ans
Migraines	<input type="checkbox"/>	___ ans
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	___ ans
Autres allergies	<input type="checkbox"/>	___ ans
Problèmes de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	___ ans
Troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Troubles anxieux (phobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, trouble de panique, anxiété généralisée)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Troubles d'apprentissage (trouble de déficit d'attention, dyslexie)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	___ ans
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	<input type="checkbox"/>	___ ans
Troubles intestinaux (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, côlon irritable)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Cholestérol ou problèmes de lipides	<input type="checkbox"/>	___ ans
Diabète (type 1)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Diabète (type 2)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Haute pression (Hypertension)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Insomnie	<input type="checkbox"/>	___ ans
Apnée obstructive du sommeil	<input type="checkbox"/>	___ ans
Autres troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	___ ans
Commotion cérébrale	<input type="checkbox"/>	___ ans
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	___ ans

87. Au cours du dernier mois, avez-vous pris les médicaments suivants, que ce soit sur prescription ou en vente libre?

	Oui
Analgésiques (Aspirine, Tylenol) incluant les médicaments pour l'arthrite et les anti-inflammatoires	<input type="checkbox"/>
Tranquillisants (Valium, Ativan)	<input type="checkbox"/>
Pilules pour maigrir (Ponderal, Fastin)	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs (Prozac, Paxil, Effexor)	<input type="checkbox"/>
Codéine, Demerol ou morphine	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre les allergies (Allegra, Reactine)	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre l'asthme («inhaler», «nebulizers»)	<input type="checkbox"/>
Remèdes contre la toux ou le rhume	<input type="checkbox"/>
Pénicilline ou autres antibiotiques	<input type="checkbox"/>
Stabilisateurs d'humeur (Lithium, Epival)	<input type="checkbox"/>
Tranquillisants majeurs, antipsychotiques ou neuroleptiques (Risperidol, Olanzapine, Seroquel)	<input type="checkbox"/>
Médicaments pour la thyroïde (Synthroid, Levothyroxine)	<input type="checkbox"/>
Stéroïdes	<input type="checkbox"/>
Insuline	<input type="checkbox"/>
Pilules pour le contrôle du taux de glycémie	<input type="checkbox"/>
Somnifères (Imovane, Nytol, Starnoc, mélatonine)	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre les maux d'estomac	<input type="checkbox"/>
Laxatifs	<input type="checkbox"/>
Pilules contraceptives	<input type="checkbox"/>
Médicaments pour la pression sanguine	<input type="checkbox"/>
Médicament pour le cholestérol (Lipitor, Statines)	<input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/>

88. En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont...?

- Pas du tout stressantes
- Pas tellement stressantes
- Un peu stressantes
- Assez stressantes
- Extrêmement stressantes

89. Au cours des 2 dernières semaines, pendant combien de temps avez-vous...?

	À aucun moment	Une partie du temps	Un peu moins que la moitié du temps	Un peu plus de la moitié du temps	La plupart du temps	Tout le temps
Été déprimé(e) ou triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressenti une perte d'intérêt, ou une incapacité à prendre plaisir à vos activités quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressenti un manque d'énergie ou de force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu moins confiance en vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu mauvaise conscience ou un sentiment de culpabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu un sentiment que la vie ne valait pas la peine d'être vécue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu de la difficulté à vous concentrer (en lisant le journal ou écoutant la télévision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été très agité(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été amorti(e) ou ralenti(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu de la difficulté à vous endormir le soir ou vous réveiller trop tôt le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffert d'une perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffert d'une augmentation d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Avez-vous déjà...?

	Oui
Sérieusement considéré vous suicider (vous enlever la vie)	<input type="checkbox"/>
Fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)	<input type="checkbox"/>
Parlé à un professionnel de la santé de vos idéations suicidaires	<input type="checkbox"/>

91. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été préoccupés par...?

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Pratiquement chaque jour
Se sentir nerveux(se), anxieux(se), tendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être incapable d'arrêter de m'inquiéter ou de contrôler mon inquiétude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop m'inquiéter à propos de plusieurs choses différentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir de la difficulté à me relaxer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être tellement agité(e) que c'est difficile de se tenir tranquille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir peur que quelque chose d'affreux se produise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	La plupart du temps	Tout le temps
Heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intéressé(e) par la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que les gens sont fondamentalement bons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que le fonctionnement de notre société a du sens pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que vous aimez la majeure partie de votre personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bon pour gérer les responsabilités de votre quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que vous avez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que vous vivez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiant de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que votre vie a un but ou un sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous... ?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Utilisé des cigarettes électronique sans nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisé des cigarettes électronique avec nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisé des cigarettes électronique pour fumer de la marijuana, de l'huile, du liquide ou de la cire de hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumé des cigarettes/cigarillos aromatisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumé le cigare, la pipe ou des cigarettes bidī, mâché du tabac ou consommé du tabac à priser (snuff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumé des cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisé une pipe à eau (hubble bubble, nargilé, shisha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des boissons énergisantes (Red Bull, Monster) sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des boissons énergisantes (Red Bull, Monster) mélangées à de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des boissons alcoolisées (bière, vin, liqueur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bu 5 consommations ou plus d'alcool dans une même occasion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisé des anti-douleur (Percocet, Percodan, Demerol, OxyNeo, OxyCotin, codéine) sans prescription ou sans qu'un médecin vous indique d'en prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de la marijuana, du cannabis, du hashish sans tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de la marijuana, du cannabis, du hashish avec tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de la cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé du "speed" (Amphétamines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de l'ecstasy (MDMA) ou d'autres drogues semblables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des hallucinogènes (PCP, LSD (acide), champignons magiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des inhalants (colle, gasoline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de l'héroïne (smack, junk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé une autre drogue illégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joué à des jeux pour de l'argent (cartes, bingo, dés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parié de l'argent (machines à sous, pool sportif, casino, jeux de pari en ligne/sur Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acheté des billets de loterie (6-49, Sports Select, loterie instantanée, Grattez et gagnez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisé une application mobile qui surveille votre activité physique, comme la marche, la bicyclette et la course (Moves et Strava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porté un dispositif qui surveille votre activité physique (Fitbit, Jawbone, Apple Watch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Au cours du dernier mois, à quelle heure habituellement vous êtes-vous couché le soir?

95. Au cours du dernier mois, combien de temps avez-vous pris pour vous endormir le soir?

_____ minutes

96. Au cours du dernier mois, à quelle heure habituellement vous êtes-vous levé le matin?

97. Au cours du dernier mois, combien d'heures de sommeil avez-vous dormi par nuit?

_____ heures de sommeil

98. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence...?

	Jamais	Moins qu'une fois par semaine	1-2 fois par semaine	3 fois ou plus par semaine
Vous ne pouviez pas vous endormir à l'intérieur de 30 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous réveillé au milieu de la nuit ou tôt le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deviez-vous vous lever pour aller à la salle de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ne pouviez pas respirer facilement lorsque vous dormiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toussiez ou ronfliez-vous bruyamment lorsque vous dormiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviez-vous trop froid lorsque vous dormiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviez-vous trop chaud lorsque vous dormiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez fait de mauvais rêves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentiez de la douleur lorsque vous dormiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pris une médication (avec ou sans ordonnance) pour vous aider à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu de la difficulté à rester éveillé(e) pendant que vous conduisiez, mangiez, ou vous engagiez dans une activité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. Au cours du dernier mois, jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à maintenir suffisamment d'enthousiasme pour compléter vos activités?

- Aucun problème
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

100. Habituellement, combien de temps avant de vous coucher le soir est-ce que vous...?

	Moins de 30 minutes	Entre 30-59 minutes	Entre 1-2 heures	Plus de 2 heures	Non applicable
Fumez des cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites de l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buvez du café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buvez de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez de la marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisez des écrans (TV, iPad, tablette de lecture style Kindle, téléphone intelligent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méditez ou faites du yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101. À quel point les affirmations suivantes sont-elles vraies pour vous?

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Très vrai
Les publicités sur les cigarettes sont "cool"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les publicités dans les magazines disent la vérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les publicités à la télévision sont ennuyantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les publicités de bière à la télévision me donnent envie d'être comme les gens qui y figurent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime lire les publicités dans les magazines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les avertissements sur les paquets de cigarettes me font peur de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime regarder les publicités à la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les publicités sur les cigarettes me donnent envie de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les publicités nous font acheter des choses dont nous n'avons pas réellement besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes qui fument sont très influencées par les publicités sur les cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les publicités aident à garder les gens à jour sur les nouveaux produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général, je désire avoir les produits annoncés à la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Les gens qui habitent au Canada ont des origines très variées. Êtes-vous...?

- Blanc(he) (Britannique, Français(e), Italien(ne), Portugais(e), Ukrainien(ne), Russe, Israélien(ne))
- Chinois(e)
- Sud-Asiatique (Indien(ne) de l'Inde, Pakistanais(e), Bangladeshi, Sri Lankais(e))
- Noir(e)
- Latino(a) Américain(e), Centraméricain(e), Sud-Américain(e) (Mexicain(e), Brésilien(ne), Chilien(ne), Guatémaltèque, Vénézuélien(ne), Colombien(ne), Argentin(e), Salvadorien(ne), Costa Ricain(e))
- Asiatique du Sud-Est (Cambodgien(ne), Indonésien(ne), Laotien(ne), Vietnamien(ne), Malaysien(ne))
- Arabe
- Asiatique occidental(e) (Afghan(e), Iranien(e))
- Autochtone (Premières Nations, Inuit, Métis, Indiens non-inscrits)
- Japonais(e)
- Autre (précisez) _____

103. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint?

- Études secondaires partielles
- Études secondaires terminées
- Études partielles dans un cégep, collège communautaire, collège technique
- Études terminées dans un cégep, collège communautaire, collège technique
- Études partielles dans une université ou un établissement de formation des maîtres
- Études terminées dans une université avec l'obtention d'un baccalauréat
- Études terminées dans une université avec l'obtention d'une maîtrise
- Études terminées dans une université avec l'obtention d'un doctorat
- Autre scolarité ou formation (précisez) _____

104. Quel est votre statut matrimonial?

- Célibataire
- Marié(e)
- En union libre
- Divorcé(e)
- Séparé(e)
- Autre (précisez) _____

105. Êtes-vous présentement inscrit(e) comme étudiant(e) à plein temps ou à temps partiel?

- Non
- Oui, à plein temps. Où? _____
- Oui, à temps partiel. Où? _____

106. Travaillez-vous actuellement (rémunéré ou non)?

- Non → Allez à la question 108
- Oui

107. Approximativement combien d'heures par semaine travaillez-vous (rémunéré ou non)?

_____ heures par semaine

108. Quelle est votre meilleure estimation du revenu total de votre ménage provenant de toutes sources, avant impôts et autres retenues, dans les 12 derniers mois ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de \$20 000 | <input type="checkbox"/> 70 000\$ - 79 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 20 000\$ - 29 999\$ | <input type="checkbox"/> 80 000\$ - 99 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 30 000\$ - 39 999\$ | <input type="checkbox"/> 100 000\$ - 119 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 40 000\$ - 49 999\$ | <input type="checkbox"/> 120 000\$ - 149 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 50 000\$ - 59 999\$ | <input type="checkbox"/> 150 000\$ ou plus |
| <input type="checkbox"/> 60 000\$ - 69 999\$ | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

109. Veuillez remplir le tableau suivant concernant vos antécédents résidentiels en commençant par votre adresse résidentielle actuelle et en remontant jusqu'à la dernière adresse où vous avez habité à la fin de vos études secondaires (il y a 13-14 ans).

		Numéro et nom de la rue	Ville	Nombre d'années de résidence à cette adresse (Si moins de 12, écrivez MQ12)
1	Adresse actuelle			
2	Adresse précédant l'adresse 1			
3	Adresse précédant l'adresse 2			
4	Adresse précédant l'adresse 3			
5	Adresse précédant l'adresse 4			
6	Adresse précédant l'adresse 5			

110. Pour nous aider à vous joindre lors du prochain suivi, quel(le) est votre... ?

Numéro de téléphone à la maison: _____

Numéro de téléphone cellulaire: _____

Adresse courriel: _____

Avez-vous des commentaires pour nous:

**FIN DU QUESTIONNAIRE
MERCİ BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION!**