



Merci pour votre participation soutenue à l'étude NICO! Votre contribution à l'étude est inestimable. Pour cette collecte de données, en plus des questions habituelles, nous sommes particulièrement intéressés d'en apprendre plus sur la consommation de cannabis parmi les participants de l'étude NICO en raison de la légalisation du cannabis à usage récréatif au Canada en 2018.

NOTE POUR CEUX QUI REMPLISSENT LE QUESTIONNAIRE SUR LINESURVEY : Vous pouvez voir vos progrès à travers le questionnaire avec l'indicateur en haut de l'écran. Veuillez noter que les questions marquées d'un astérisque sont obligatoires. De plus, vos réponses sont sauvegardées automatiquement - vous pouvez quitter le questionnaire à tout moment et y revenir par la suite pour le compléter.

### VOTRE CONSOMMATION DE CANNABIS

Dans ce questionnaire, le terme **cannabis** englobe la marijuana (pot, weed, herbe), le haschich (hasch), les extraits ou concentrés liquides (huile de cannabis) ou solides (shatter, budder, wax) et tout autre produit fabriqué à partir de la plante de cannabis, mais pas les cannabinoïdes synthétiques (Spice, K2, Yucatan Fire).

L'**utilisation du cannabis** fait référence au fait de fumer du cannabis, de le vapoter, de le consommer dans un produit comestible ou de l'utiliser de toute autre façon, à des fins médicales ou non.

#### 1. Veuillez penser à votre consommation de cannabis à des fins récréatives ou médicinales. Cochez la case qui vous décrit le mieux.

- Je n'ai jamais consommé du cannabis de ma vie → [Allez à la question 17](#)
- J'ai déjà consommé du cannabis, mais pas dans les 12 derniers mois → [Allez à la question 15](#)
- J'ai consommé du cannabis une ou plusieurs fois dans les 12 derniers mois
- Je consomme du cannabis une ou plusieurs fois par mois
- Je consomme du cannabis une ou plusieurs fois par semaine
- Je consomme du cannabis tous les jours

#### 2. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des produits de cannabis contenant...?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours	Je ne sais pas
Exclusivement du THC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de THC que de CBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autant de THC que de CBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de CBD que de THC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exclusivement du CBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé chacune des méthodes suivantes pour consommer du cannabis?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Fumé dans un joint, une pipe à eau, une pipe ou un cigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalé par « dabbing » ce qui inclut l'inhalation au couteau, à l'aiguille ou au clou chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalé sous forme de e-liquide par vapotage avec une cigarette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalé par vaporisation avec un vaporisateur stationnaire ou portatif	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mangé dans un produit alimentaire (brownies, gâteaux, biscuits, bonbons)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bu dans du thé, boisson gazeuse, alcool ou autres boissons	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé sous forme de pilule, gélule, capsule, gouttes orales ou à l'aide d'un atomiseur oral (spray, poche-pouche)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**4. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis à ...?**

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Des fins médicales avec une ordonnance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des fins médicales sans ordonnance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des fins récréatives	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**5. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis pour vous aider à gérer ...?**

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Des symptômes de dépression	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
De l'anxiété/de la nervosité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des problèmes de sommeil (insomnie, difficulté à s'endormir)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
De la douleur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**6. En pensant aux 12 derniers mois, comment décririez-vous l'effet de votre consommation de cannabis sur votre santé mentale?**

Très négatif Aucun effet Très positif

-5 <input type="checkbox"/>	-4 <input type="checkbox"/>	-3 <input type="checkbox"/>	-2 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**7. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis...?**

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Seul(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avec mon/ma conjoint(e) ou partenaire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avec des membres de ma famille ou des proches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avec des amis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Avec des collègues de travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avec des étrangers	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avec des trafiquants de drogue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**8. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis...?**

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Dans une résidence privée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
À l'extérieur d'une résidence privée (dans la cour ou sur le balcon)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
À un concert, événement sportif, festival	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
À l'intérieur ou à l'extérieur d'un bar ou d'un restaurant	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
À l'intérieur ou à l'extérieur d'une école secondaire, CEGEP ou université	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
À l'intérieur ou à l'extérieur du lieu de travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
À l'intérieur d'une voiture	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dans un endroit public extérieur (rue, parc, allée)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dans la nature (en forêt, en camping ou à la pêche)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**9. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes en même temps que du cannabis pour que leurs effets se chevauchent?**

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Médicaments disponibles sans ordonnance (mélatonine, médicaments pour le rhume ou la toux)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Produits de tabac ou nicotine (cigarettes combustibles, cigarettes électroniques, blunts, spliff)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des anti-douleurs qui sont habituellement sous ordonnance (Percocet, Percodan, Demerol, OxyNEO, OxyContin, codéine)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Droge illégale (cocaïne, speed (amphétamines), ecstasy (MDMA), hallucinogènes (PCP, LSD (acide), champignons), inhalants (colle, essence), héroïne (smack, junk))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**10. Certaines personnes consomment du cannabis pour remplacer d'autres substances parce qu'elles croient que le cannabis est moins nocif. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis au lieu des produits suivants afin de réduire les risques ?**

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent

Médicaments d'ordonnance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Drogue illégale (cocaïne, speed (amphétamines), ecstasy (MDMA), hallucinogènes (PCP, LSD (acide), champignons), inhalants (colle, essence), héroïne (smack, junk))	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>SI VOUS AVEZ RÉPONDU « JAMAIS » À CHACUNE DES SOUS-QUESTIONS → Allez à la question 12</b>					

**11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis au lieu d'une autre substance pour une des raisons suivantes ?**

	Non	Oui
Moins d'effets secondaires indésirables avec le cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Moins de symptômes de sevrage avec le cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Le cannabis est plus facile à obtenir que d'autres substances	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Le cannabis a une meilleure acceptabilité sociale que d'autres substances	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
J'obtiens une meilleure gestion des symptômes avec le cannabis qu'avec d'autres substances	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Je consomme du cannabis comme traitement pour la dépendance à l'alcool et/ou aux drogues	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

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

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Consommé du cannabis avant midi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé du cannabis lorsque vous étiez seul(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Eu des problèmes de mémoire lorsque vous consommiez du cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Eu des amis ou des membres de votre famille qui vous ont suggéré de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (disputes, accidents, problèmes au travail)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**13. Dans quelle mesure les énoncés suivants sont-ils vrai pour vous?**

	Pas vrai du tout 1	2	3	4	Tout à fait vrai 5
Je me retrouve à chercher du cannabis sans y penser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai souvent une forte envie de consommer du cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mes envies de cannabis deviennent plus fortes si je ne consomme pas du cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Le cannabis me contrôle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ma consommation de cannabis est incontrôlable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je veux habituellement consommer du cannabis juste après mon réveil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je ne peux passer que quelques heures sans consommer de cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Il m'arrive souvent de me retrouver à presque consommer du cannabis sans y penser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommer du cannabis m'aiderait vraiment à me sentir mieux si je me sentais déprimé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommer du cannabis m'aide à mieux réfléchir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me sentirais seul(e) sans mon cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je trouverais vraiment difficile d'arrêter de consommer du cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je trouverais difficile d'arrêter de consommer du cannabis pendant une semaine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lorsque je n'ai pas consommé de cannabis pendant un certain temps, j'ai besoin d'en consommer pour me sentir moins agité(e) et irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lorsque je n'ai pas consommé du cannabis pendant un certain temps, j'ai besoin d'en consommer pour ne pas ressentir d'inconfort	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**14. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous trouvé difficile de ne pas consommer du cannabis dans les endroits où c'était interdit?**

- 1  Non  
2  Oui

**15. Avez-vous consommé du cannabis pour la première fois après sa légalisation au Canada le 17 octobre 2018?**

- 1  Non  
2  Oui

**16. Depuis que le cannabis est devenu légal au Canada, diriez-vous que votre consommation de cannabis... ?**

- 1  A augmenté  
2  A diminué  
3  Est demeurée la même

#### VOTRE TABAGISME

**17. Veuillez maintenant considérer le tabagisme. Combien de personnes, y compris vous, fument la cigarette à l'intérieur de votre maison tous les jours ou presque tous les jours ?**

8888  Aucune OU  personne(s)

**18. Veuillez cochez la case qui vous décrit le mieux...**

- 1  Je n'ai jamais fumé la cigarette de ma vie, ne serait-ce qu'une bouffée (« poffe ») → **Allez à la question 36**  
2  J'ai déjà fumé la cigarette, mais pas dans les 12 derniers mois → **Allez à la question 34**  
3  J'ai fumé la cigarette une ou plusieurs fois dans 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

19. Avez-vous fumé la cigarette (même juste une bouffée), au cours des 3 derniers mois?

- Non → [Allez à la question 26](#)
- Oui

20. 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 22](#)
- 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

21. 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
- 2-3 cigarettes
- 4-5 cigarettes
- 6-10 cigarettes
- 11-15 cigarettes
- 16-20 cigarettes
- 21-25 cigarettes
- Plus de 25 cigarettes
- Je ne sais pas

22. 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 24](#)
- 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

23. 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
- 2-3 cigarettes
- 4-5 cigarettes
- 6-10 cigarettes
- 11-15 cigarettes
- 16-20 cigarettes
- 21-25 cigarettes
- Plus de 25 cigarettes
- Je ne sais pas

24. 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?

- 1 Aucun → Allez à la question 26  
 2 1 jour                       7 16-20 jours  
 3 2-3 jours                     8 21-30 jours  
 4 4-5 jours                     9 Chaque jour  
 5 6-10 jours                  10 Je ne sais pas  
 6 11-15 jours

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

- 1 Moins d'une cigarette (une ou plusieurs bouffées)  
 2 1 cigarette                     7 16-20 cigarettes  
 3 2-3 cigarettes                 8 21-25 cigarettes  
 4 4-5 cigarettes                 9 Plus de 25 cigarettes  
 5 6-10 cigarettes               10 Je ne sais pas  
 6 11-15 cigarettes

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

	Pas vrai du tout 1	2	3	4	Tout à fait vrai 5
Je me retrouve à chercher des cigarettes sans y penser	<input type="checkbox"/>				
J'ai souvent une forte envie de fumer des cigarettes	<input type="checkbox"/>				
Mes envies de fumer deviennent plus fortes si je ne fume pas de cigarettes	<input type="checkbox"/>				
Les produits du tabac me contrôlent	<input type="checkbox"/>				
Ma consommation de cigarettes est incontrôlable	<input type="checkbox"/>				
Je veux habituellement fumer des cigarettes juste après mon réveil	<input type="checkbox"/>				
Je ne peux passer que quelques heures sans fumer de cigarettes	<input type="checkbox"/>				
Il m'arrive souvent de me retrouver à presque fumer des cigarettes sans y penser	<input type="checkbox"/>				
Fumer des cigarettes m'aiderait vraiment à me sentir mieux si je me sentais déprimé(e)	<input type="checkbox"/>				
Fumer des cigarettes m'aide à mieux réfléchir	<input type="checkbox"/>				
Je me sentirais seul(e) sans mes cigarettes	<input type="checkbox"/>				
Je trouverais vraiment difficile d'arrêter de fumer des cigarettes	<input type="checkbox"/>				
Je trouverais difficile d'arrêter de fumer des cigarettes pendant une semaine	<input type="checkbox"/>				
Après avoir cessé de fumer pendant un certain temps, j'ai besoin de fumer des cigarettes pour me sentir moins agité(e) et irritable	<input type="checkbox"/>				

Après avoir cessé de fumer pendant un certain temps, j'ai besoin de fumer des cigarettes pour ne pas ressentir d'inconfort	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**27. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il été difficile pour vous de ne pas fumer la cigarette dans les endroits où c'était interdit?**

- 1  Non  
2  Oui

**28. Quelle est l'intensité de vos envies de fumer une cigarette?**

- 1  Je n'ai pas de fortes envies de fumer une cigarette  
2  Pas du tout intense  
3  Un peu intense  
4  Assez intense  
5  Très intense

**29. Fumez-vous la cigarette présentement parce qu'il est vraiment trop difficile d'arrêter de fumer?**

- 1  Non  
2  Parfois  
3  Souvent/toujours  
4  Je n'ai jamais essayé d'arrêter  
5  Autre (spécifiez)  
6  Je ne sais pas (je fume trop peu)

**30. 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 (une grande partie de la journée), à quelle fréquence ressentez-vous les effets suivants...?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Être irritable ou fâché(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Être agité(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Se sentir nerveux(se), anxieux(se), ou stressé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir de la difficulté à se concentrer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir une forte envie ou besoin de fumer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Très vrai
J'évite d'aller à la maison d'un(e) ami(e) où il n'est pas permis de fumer, même si j'ai envie de voir cet(te) ami(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Dans les situations où je dois aller dehors pour fumer, je considère que ça vaut la peine même s'il fait froid ou s'il pleut	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
J'ai arrêté ou je fais moins d'activité physique ou de sport parce que je fume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Comparé à lorsque j'ai commencé à fumer la première fois, je dois fumer beaucoup plus maintenant pour être satisfait(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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 <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu mal au cœur ou été malade à cause de la cigarette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à me procurer des cigarettes (faire un détour pour acheter des cigarettes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
J'ai cessé de fréquenter certaines personnes parce que je fume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**32. Si vous avez un gros rhume ou un mal de gorge, fumez-vous?**

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

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

- 1  Pas difficile du tout → [Allez à la question 36](#)  
2  Un peu difficile → [Allez à la question 36](#)  
3  Très difficile → [Allez à la question 36](#)

**34. Dans quelle mesure les énoncés suivants sont-ils vrai pour vous?**

	Pas vrai du tout 1	2	3	4	Tout à fait vrai 5
Je me retrouve à chercher des cigarettes sans y penser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai souvent une forte envie de fumer des cigarettes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai des envies de fumer des cigarettes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Les produits du tabac me contrôlent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ma consommation de cigarettes est incontrôlable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je veux habituellement fumer des cigarettes juste après mon réveil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je ne peux passer que quelques heures sans vouloir fumer des cigarettes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Il m'arrive souvent de me retrouver à presque fumer des cigarettes sans y penser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fumer des cigarettes m'aiderait vraiment à me sentir mieux si je me sentais déprimé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fumer des cigarettes m'aiderait à mieux réfléchir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me sentirais vraiment seul(e) sans mes cigarettes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je trouverais vraiment difficile de ne pas fumer de cigarettes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je trouverais difficile de ne pas fumer de cigarettes pendant une semaine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Après avoir cessé de fumer pendant un certain temps, j'aimerais fumer des cigarettes afin de me sentir moins agité(e) et irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Après avoir cessé de fumer pendant un certain temps, je sens que j'ai besoin de fumer des cigarettes pour ne pas ressentir d'inconfort	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

35. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il été difficile pour vous de ne pas fumer dans les endroits où c'était interdit?

- 1  Non  
2  Oui

#### VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL

36. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé une boisson alcoolisée?

- 1  Jamais → Allez à la question 41  
2  Moins d'une fois par mois  
3  Mensuellement  
4  Une fois par semaine  
5  2-3 fois par semaine  
6  4-6 fois par semaine  
7  Tous les jours

37. Combien de verres d'alcool buvez-vous au cours d'une journée typique lorsque vous buvez ? REMARQUE : Un verre équivaut à 12 oz liquides (341 ml) de bière à 5 % d'alcool, 5 oz liq. (142 ml) de vin à 12 % d'alcool ou 1,25 oz liq. (40 % d'alcool) whisky ou autre alcool fort (un shot). Par exemple, une "bière forte" de 1,18 L compterait pour 3,5 verres.

- 1  1 verre  
2  2 verres  
3  3 verres  
4  4 verres  
5  5 à 6 verres  
6  7 à 9 verres  
7  10 verres ou plus

38. Femmes : Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 4 verres ou plus en une seule occasion ?

Hommes : Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 5 verres ou plus en une seule occasion ?

- 1  Jamais  
2  Moins d'une fois par mois  
3  Mensuellement  
4  1 fois par semaine  
5  2-3 fois par semaine  
6  4-6 fois par semaine  
7  Chaque jour

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

	Pas vrai du tout 1	2	3	4	Tout à fait vrai 5
Je me retrouve à prendre un verre sans y penser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

J'ai souvent une forte envie de boire de l'alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mes envies de boire deviennent plus fortes si je ne bois pas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
L'alcool me contrôle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ma consommation d'alcool est incontrôlable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je veux habituellement boire juste après mon réveil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je ne peux passer que quelques heures sans boire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Il m'arrive souvent de me retrouver à presque boire de l'alcool sans y penser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Boire m'aiderait vraiment à me sentir mieux si je me sentais déprimé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Boire m'aide à mieux réfléchir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me sentirais seul(e) sans alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je trouverais vraiment difficile d'arrêter de boire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je trouverais difficile d'arrêter de boire pendant une semaine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Après ne pas avoir bu pendant un certain temps, j'ai besoin de boire pour me sentir moins agité(e) et irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Après ne pas avoir bu pendant un certain temps, j'ai besoin de boire pour ne pas ressentir d'inconfort	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**40. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il été difficile pour vous de ne pas boire d'alcool dans les endroits où c'était interdit?**

1  Non

2  Oui

#### VOTRE CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

**41. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé...?**

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Des cigarettes électroniques sans nicotine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des cigarettes électroniques avec nicotine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des produits du tabac autres que les cigarettes combustibles, tels que des cigares, cigarillos, petits cigares, cigarettes bidî, du tabac à mâcher, du tabac à priser (snuff), une pipe à eau (hubble bubble, nargilé, shisha), du snus ou du tabac soluble	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des anti-douleurs (Percocet, Percodan, Demerol, OxyNEO, OxyContin, codéine) sans prescription ou sans qu'un médecin vous indique d'en prendre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
De la cocaïne, "speed" (amphétamines), ecstasy (MDMA) ou d'autres drogues semblables, des hallucinogènes (PCP, LSD (acide), champignons), des inhalants (colle, essence), de l'héroïne (smack, junk) ou d'autres drogues illégales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**42. Dans quelle mesure pensez-vous qu'il est socialement acceptable de consommer les substances suivantes de temps en temps...?**

	Complètement inacceptable	Quelque peu inacceptable	Quelque peu acceptable	Complètement acceptable	Aucune opinion
Cannabis pour des raisons non-médicales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cannabis pour des raisons médicales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cigarettes électroniques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**VOTRE NUTRITION**

**43. Combien de fois par jour OU par semaine OU par mois (CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE) consommez-vous chacun de ces aliments?**

	Jamais		Fois par jour		Fois par semaine		Fois par mois
Jus 100% pur (sans sucre ou édulcorant ajouté) tel que du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Fruits (en <u>excluant</u> les jus de fruits). Ceci peut inclure les fruits en conserve, surgelés et frais, consommés seuls ou avec d'autres aliments, cuits ou crus	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Salade verte, incluant la laitue avec ou sans d'autres ingrédients	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Pommes de terre, en <u>excluant</u> les frites, les patates rôties et les croustilles	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Carottes	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>
Autres légumes, en <u>excluant</u> les carottes, les pommes de terre et la salade verte	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>	ou	<input type="checkbox"/>

**44. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous essayé l'un des régimes suivants pour perdre du poids?**

	Non	Oui	Je ne connais pas ce régime
Jeûne intermittent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
« Manger propre » (« Clean eating »)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Régime du juste milieu (« the zone diet »)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Régime méditerranéen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Régime faible en gras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Régime cétogène	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Décompte des calories/Macronutriments	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Régime végétalien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Régime paléo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**45. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé une application mobile qui permet le suivi de votre apport alimentaire (MyFitnessPal, Carbon Diet Coach, Lifesum, Noom) ?**

- <sup>1</sup>  Jamais → Allez à la question 47  
<sup>2</sup>  Moins d'une fois par mois  
<sup>3</sup>  1-3 fois par mois  
<sup>4</sup>  1-6 fois par semaine  
<sup>5</sup>  Tous les jours

**46. Avez-vous utilisé une application mobile pour le suivi de votre apport alimentaire pour vous aider à...**

- <sup>1</sup>  Perdre du poids  
<sup>2</sup>  Prendre du poids  
<sup>3</sup>  Maintenir mon poids  
<sup>4</sup>  Autre (spécifiez)

### VOTRE SOMMEIL

**47. Au cours du dernier mois, à quelle heure habituellement vous êtes-vous couché(e) le soir?**

heures                      minutes

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

minutes

**49. Au cours du dernier mois, à quelle heure habituellement vous êtes-vous levé(e) le matin?**

heures                      minutes

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

heures de sommeil

**51. Veuillez penser à votre sommeil durant le dernier mois. À quelle fréquence avez-vous vécu chacune des situations suivantes?**

	Jamais	Moins qu'une fois par semaine	1-2 fois par semaine	3 fois ou plus par semaine
Ne pas pouvoir vous endormir en moins de 30 minutes	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Se réveiller au milieu de la nuit ou tôt le matin	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Devoir se lever pour aller à la salle de bain	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Ne pas pouvoir respirer facilement	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Tousser ou ronfler bruyamment	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Avoir trop froid	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Avoir trop chaud	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Avoir fait de mauvais rêves	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
Ressentir de la douleur	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>

Prendre un médicament, avec ou sans ordonnance, pour vous aider à dormir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir de la difficulté à rester éveillé(e) pendant que vous conduisez, mangez, ou participez à une activité sociale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**52. Au cours du dernier mois, avez-vous eu du mal à maintenir suffisamment d'enthousiasme pour compléter vos activités?**

- 1  Aucun problème du tout  
2  Un peu  
3  Assez  
4  Beaucoup

**VOTRE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE**

**53. En général, comment évalueriez-vous...?**

	Mauvaise	Assez bonne	Bonne	Très bonne	Excellente
Votre santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Votre santé mentale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Votre santé émotionnelle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
La qualité de votre sommeil au cours du dernier mois	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**54. Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) par un professionnel de la santé pour...?**

	Non	Oui
Des troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Des troubles anxieux (phobie, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de panique, anxiété généralisée)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Autre(s) trouble(s) de santé mentale (précisez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**55. Pensez à la quantité de stress dans votre vie. Diriez-vous que la plupart de vos journées sont...?**

- 1  Pas du tout stressantes  
2  Pas tellement stressantes  
3  Un peu stressantes  
4  Assez stressantes  
5  Extrêmement stressantes

**56. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence étiez-vous inquiet ou inquiète à propos de ... ?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Votre santé mentale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Votre santé physique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Une consommation trop élevée d'alcool	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Vos habitudes alimentaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vos habitudes tabagiques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ne pas pouvoir faire de l'exercice comme d'habitude	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des restrictions sur votre liberté et votre indépendance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Perdre votre emploi ou être sans emploi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ne pas pouvoir payer vos factures	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ne pas pouvoir visiter les personnes qui dépendent de vous	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Devoir défendre une décision de ne pas participer à un événement social	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vos habitudes de sommeil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Votre poids	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Votre famille	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vos ami(e)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
De l'état du monde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Du futur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**57. 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)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Intéressé(e) par la vie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Satisfait(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social ou votre quartier)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que notre société est un bon endroit, ou devient un meilleur endroit, pour tous	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que les gens sont fondamentalement bons	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que le fonctionnement de notre société a du sens pour vous	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que vous aimez la majeure partie de votre personnalité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que vous avez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Que vous vivez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Confiant(e) de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Que votre vie a un but ou un sens	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**58. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été préoccupé(e) par le fait de...?**

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Pratiquement chaque jour
Vous sentir nerveux(se), anxieux(se), tendu(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Être incapable de vous arrêter de vous inquiéter ou de contrôler votre inquiétude	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Trop vous inquiéter à propos de plusieurs choses différentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir de la difficulté à vous relaxer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Être tellement agité(e) que c'est difficile de vous tenir tranquille	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir peur que quelque chose d'affreux se produise	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

	Jamais	Rarement	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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ressenti une perte d'intérêt ou une incapacité à prendre plaisir à vos activités quotidiennes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ressenti un manque d'énergie ou de force	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Eu moins confiance en vous	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Eu mauvaise conscience ou un sentiment de culpabilité	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Eu un sentiment que la vie ne valait pas la peine d'être vécue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Eu de la difficulté à vous concentrer (en lisant le journal ou écoutant la télévision)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Été très agité(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Été amorti(e) ou ralenti(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Eu de la difficulté à vous endormir le soir ou vous êtes réveillé(e) trop tôt le matin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Souffert d'une perte d'appétit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Souffert d'une augmentation d'appétit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**60. Ces énoncés portent sur la façon dont vous contrôlez (régulez et gérez) vos émotions. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants.**

	Fortement en désaccord 1	2	3	Neutre 4	5	6	Fortement en accord 7
Lorsque je souhaite ressentir davantage d'émotions positives (telle que la joie ou l'amusement), je modifie mes pensées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Je garde mes émotions pour moi-même	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Lorsque je souhaite ressentir moins d'émotions négatives (telle que la tristesse ou la peur), je modifie mes pensées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Lorsque je ressens des émotions positives, je fais attention de ne pas les exprimer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Lorsque je suis dans une situation stressante, je change ma façon de voir la situation pour m'aider à rester calme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Je contrôle mes émotions en ne les exprimant pas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Lorsque je veux ressentir plus d'émotions positives, je modifie mes pensées à propos de la situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Je contrôle mes émotions en modifiant mes pensées à propos de la situation que je vis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Lorsque je ressens des émotions négatives, je m'efforce de ne pas les exprimer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Lorsque je veux ressentir moins d'émotions négatives, je change mes pensées à propos de la situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

**61. Les gens réagissent aux situations difficiles, stressantes ou bouleversantes de différentes façons. Veuillez indiquer à quel point vous vous engagez dans les activités suivantes lorsque vous rencontrez une telle situation.**

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Je me concentre sur le problème pour voir comment je peux le résoudre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me culpabilise de m'être embarqué(e) dans cette situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me gâte avec mon repas ou ma collation préférée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je pense à comment j'ai déjà résolu des problèmes semblables	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me sens anxieux(se) de ne pas être capable de gérer la situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je sors pour prendre un repas ou une collation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je détermine une façon d'agir et je la suis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Je me culpabilise de réagir de façon trop émotionnelle face à la situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je m'achète quelque chose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je travaille pour comprendre la situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je deviens très contrarié(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je visite un(e) ami(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je corrige la situation immédiatement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me culpabilise de ne pas savoir quoi faire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je passe du temps avec une personne spéciale pour moi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je réfléchis à la situation et j'apprends de mes erreurs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je souhaite que je puisse changer ce qui est arrivé ou comment je me suis senti(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je téléphone à un(e) ami(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'analyse le problème avant de réagir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me concentre sur mes faiblesses générales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je prends du repos et je fuis la situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**62. Veuillez réfléchir à la façon dont vous agissez généralement envers vous-même dans les moments difficiles. À quelle fréquence réagissez-vous ou vous comportez-vous de la manière suivante?**

	Presque jamais				Presque toujours
Quand j'échoue dans quelque chose d'important pour moi, je suis rongé(e) par des sentiments d'inadéquation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'essaie d'être compréhensif(ve) et patient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaie d'avoir une vision équilibrée de la situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Quand je me sens déprimé(e), j'ai tendance à penser que la plupart des autres personnes sont probablement plus heureuses que moi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'essaie de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Quand je traverse une période très difficile, je m'accorde la bienveillance et la tendresse dont j'ai besoin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Quand quelque chose me bouleverse, j'essaie de garder mes émotions en équilibre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Quand j'échoue dans quelque chose qui est important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul(e) dans mon échec	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Quand je me sens déprimé(e), j'ai tendance à être obsédé(e) et à me focaliser sur tout ce qui ne va pas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lorsque je me sens inadéquat(e) d'une manière ou d'une autre, j'essaie de me rappeler que les sentiments d'inadéquation sont partagés par la plupart des gens	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me désapprouve et je porte un jugement sur mes propres défauts et insuffisances	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

### VOTRE SOUTIEN SOCIAL

63. Le soutien social est l'aide ou le réconfort que vous recevez d'autres personnes pour vous aider à faire face à des problèmes. Actuellement, êtes-vous satisfait(e) de...

	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
La <b>quantité</b> du soutien social que vous recevez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
La <b>qualité</b> du soutien social que vous recevez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

64. Veuillez penser aux groupes auxquels vous avez appartenu au cours de la dernière année (chorale, club de lecture, groupe de musique, groupe de cuisine), en excluant les groupes liés à l'activité physique ou aux équipes sportives. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants.

	Fortement en désaccord 1	2	3	4	Fortement en accord 5
J'appartiens à beaucoup de groupes différents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je participe aux activités de beaucoup de groupes différents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai des amis qui sont membres de beaucoup de groupes différents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai des liens forts avec beaucoup de groupes différents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### VOTRE ACTIVITÉ PHYSIQUE

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

0 Aucun → Allez à la question 67  
jour(s) au cours des derniers 7 jours

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

minutes par jour

67. 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.

0 Aucun → Allez à la question 69  
jour(s) au cours des derniers 7 jours

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

minutes par jour

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

- <sup>0</sup> Aucun → [Allez à la question 71](#)  
jour(s) au cours des derniers 7 jours

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

minutes par jour

**71. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis(e) (y compris le temps passé au travail, à la maison, pendant les cours et pendant les loisirs) pendant un jour de semaine? Veuillez répondre en heures ou en minutes.**

heures par jour

**OU**

minutes par jour

**72. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis(e) (y compris le temps passé au travail, à la maison, pendant les cours et pendant les loisirs) pendant un jour de fin de semaine? Veuillez répondre en heures ou en minutes.**

heures par jour

**OU**

minutes par jour

**73. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail au cours du dernier mois?**

- <sup>1</sup> Je suis normalement assis(e) pendant la journée, sans trop marcher
- <sup>2</sup> Je suis souvent debout ou en train de marcher pendant la journée, mais sans avoir à soulever des objets → [Allez à la question 76](#)
- <sup>3</sup> Je dois habituellement soulever ou transporter des objets légers ou souvent monter des escaliers ou des pentes → [Allez à la question 76](#)
- <sup>4</sup> Je dois faire du travail forçant ou porter des objets très lourds → [Allez à la question 76](#)

**74. Durant le temps passé assis, avez-vous pris des courtes pauses d'au moins 5 minutes pour vous lever, vous étirer, ou prendre une courte marche?**

- <sup>1</sup> Non, je reste habituellement assis(e) pour une période prolongée
- <sup>2</sup> Oui, j'ai essayé de prendre une pause d'au moins 5 minutes par heure
- <sup>3</sup> Oui, j'ai essayé de prendre deux pauses ou plus d'au moins 5 minutes par heure

**75. Pour une période typique de 7 jours, au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous participé à des entraînements musculaires (soulever des poids, faire des pompes (« push-ups »), des redressements assis, des bandes de résistance)?**

- <sup>0</sup> Aucun → [Allez à la question 78](#)  
fois par semaine

**76. Lorsque vous avez participé à des entraînements musculaires, combien de minutes avez-vous habituellement passé par séance?**

minutes par séance

**77. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous participé aux activités physiques suivantes (y compris en ligne)?**

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	Plusieurs fois par mois	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine
Sports d'équipe organisés (où vous pratiquez avec des coéquipiers ou jouez contre d'autres équipes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Activité physique avec au moins une autre personne (cours de yoga, club de course, jouer au tennis avec un ami)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Activité physique individuelle (seul(e), en l'absence de toute autre personne)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Activité physique individuelle avec un animal de compagnie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Activité physique de plein air (randonnée, escalade, kayak, ski)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**78. Veuillez penser à l'équipe ou au groupe d'activité physique qui est le plus important pour vous parmi ceux auxquels vous avez appartenu au cours des 12 derniers mois. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés suivants.**

	Fortement en désaccord				Fortement en accord	Non applicable
Je me sens engagé(e) envers ce groupe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Je suis content(e) de faire partie de ce groupe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Faire partie de ce groupe joue un rôle important dans ma perception de moi-même	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Je m'identifie à ce groupe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**79. 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 une application mobile (Google Fit, Runkeeper, Strava) qui surveille votre activité physique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Porté un dispositif (Fitbit, Garmin, Apple Watch) qui surveille votre activité physique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

#### **VOTRE PARTICIPATION DANS DES JEUX VIDÉOS ACTIFS (EXERGAMING)**

**80. Avez-vous déjà joué à des jeux vidéo actifs (exergaming) qui utilisent une console (Nintendo Wii, Nintendo Switch, XBOX 360, Kinect, Sony Play Station Move, Sony Eye Toy: Kinetic), un cellulaire et/ou une application mobile (Zombies, RUN!, Nike+ Running APP, Pokémon Go, Zwift) ou un appareil d'entraînement interactif (Peloton, Zwift, Electronic Mirror)?**

1  Non → [Allez à la question 85](#)

2  Oui

**81. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous joué à des jeux vidéo actifs (exergame)...?**

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	Moins de 1 jour par semaine	1-3 fois par semaine	4-6 fois par semaine	Tous les jours
Utilisant une console	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>7</sup> <input type="checkbox"/>
Utilisant un cellulaire ou une application mobile	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>7</sup> <input type="checkbox"/>
Utilisant un appareil d'entraînement interactif	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>7</sup> <input type="checkbox"/>

**82. Au cours du dernier mois, combien de jours par semaine avez-vous joué à des jeux vidéo actifs (exergaming)?**

Inscrivez « MQ 1 » si la réponse est moins que 1 journée par semaine.

<sup>0</sup> Aucun → [Allez à la question 85](#)

jour(s) par semaine

**83. En moyenne, combien de minutes dédiez-vous à chaque séance de jeux vidéo actifs (exergaming)?**

minutes en moyenne

**84. Quel était votre niveau d'effort habituel lorsque vous jouiez à des jeux vidéo actifs (exergaming)?**

<sup>1</sup> Léger

<sup>2</sup> Modéré

<sup>3</sup> Intense

**VOTRE TEMPS D'ÉCRAN**

**85. Habituellement, combien d'heures par jour passez-vous devant un écran (ordinateur, appareils portables) pour vos études ou au travail? Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez « MQ1/2 » si la réponse est moins que ½ heure.**

Habituellement, les jours de semaine, je passe \_\_\_\_\_ heure(s) par jour devant un écran pour le travail ou les études.

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe \_\_\_\_\_ heure(s) par jour devant un écran pour le travail ou les études.

**86. 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.

**87. Combien de minutes par jour passez-vous habituellement sur des médias sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat) soit pour y publier quelque chose, soit pour voir ce qui est affiché? Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro.**

Habituellement, les jours de la semaine, je passe \_\_\_\_\_ minute(s) par jour à publier et/ou naviguer sur les réseaux sociaux.

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe \_\_\_\_\_ minute(s) par jour à publier et/ou naviguer sur les réseaux sociaux.

## VOTRE CORPS

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

- Non/Non-applicable  
 Oui, je suis enceinte  
 Oui, ma conjointe est enceinte

**89. Les énoncés suivants décrivent comment vous percevez votre apparence. À quelle fréquence éprouvez-vous les perceptions suivantes?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
J'ai honte de mon apparence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me sens coupable de ne pas faire plus pour améliorer mon apparence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je me sens gêné(e) par mon apparence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je suis fier/fière de mon apparence parce qu'elle reflète mon travail acharné	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Quand je compare mon apparence aux autres, je ressens de l'envie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mon apparence est supérieure à celle des autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**90. Considérez-vous que vous...?**

- Êtes trop maigre  
 Êtes au poids correct pour vous  
 Faites un peu d'embonpoint  
 Faites beaucoup d'embonpoint

**91. Combien pesez-vous?**

livres **OU** kilogrammes

**92. Combien mesurez-vous sans chaussures? Veuillez utiliser le système impérial (pieds, pouces) ou métrique (mètres, centimètres) pour répondre à la question.**

pieds pouce(s) **OU** m cm

**93. 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

**94. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chacune des propositions suivantes.**

	Fortement en désaccord 1	2	3	Neutre 4	5	6	Fortement en accord 7
Je suis anxieux/se à propos de mon poids à cause de ce que les gens peuvent penser de moi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
À chaque fois que je pense beaucoup à mon poids, je suis déprimé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Je ne m'aime pas en raison de mon poids.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

**95. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence les personnes qui vous entourent ...?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Ont émis des commentaires négatifs à propos de votre poids	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vous ont encouragé(e) à perdre du poids	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vous ont encouragé(e) à prendre du poids	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ont émis des commentaires positifs à propos de votre poids	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

**96. Vivez-vous présentement seul(e)?**

- Non  
 Oui

**97. Y a-t-il des enfants qui vivent avec vous dans votre lieu de résidence actuel?**

- Non → **Allez à la question 100**  
 Oui

**98. Veuillez indiquer l'âge de chaque enfant avec qui vous vivez. Inscrivez MQ 1 si l'enfant a moins d'un an.**

- L'âge de l'enfant 1            ans  
L'âge de l'enfant 2            ans  
L'âge de l'enfant 3            ans  
L'âge de l'enfant 4            ans  
L'âge de l'enfant 5            ans  
L'âge de l'enfant 6            ans

**99. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint?**

- École secondaire, **sans avoir diplômé**  
 Diplôme d'études secondaires (DES) ou l'équivalent  
 CEGEP (DEP, DEC), collège communautaire/technique, une école de métiers, formation en apprentissage dans les écoles professionnelles, autres études postsecondaires, **sans avoir diplômé**

- Études complétées dans un CEGEP (DEP, DEC), collège communautaire/technique, une école de métiers, formation en apprentissage dans les écoles professionnelles, autres études postsecondaires
- Études universitaires incomplètes et **sans diplôme**
- Diplôme universitaire de baccalauréat ou certificat universitaire inférieur au baccalauréat
- Diplôme universitaire de maîtrise ou certificat universitaire inférieur à la maîtrise
- Diplôme universitaire de doctorat ou doctorat professionnel (MD, Pharm.D)
- Autres, spécifiez:

**100. Quel est votre statut matrimonial?**

- Célibataire
- Marié(e)
- Conjoint(e) de fait
- Divorcé(e)
- Séparé(e)
- Autre, spécifiez:

**101. Travaillez-vous présentement dans le cadre d'un emploi (rémunéré ou non) ou dans une entreprise?**

- Non
- Oui

**102. 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        |

**103. Dans l'étude NICO, nous menons à l'occasion des entrevues virtuelles individuelles (en utilisant une plateforme en ligne telle que Skype, Zoom ou Google Meet) ou des évaluations écologiques momentanées (EMA) qui demandent de répondre à de courts questionnaires sur votre téléphone en temps réel. Seriez-vous intéressé(e) à participer à ce type d'études à l'avenir?**

- Oui, je serais intéressé(e)

**104. Quel est votre code postal?**

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

**105. Quelle est votre adresse résidentielle actuelle?**

\_\_\_\_\_

Numéro                      Rue                                      App.                                      Ville

**106. 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 #1

Adresse courriel #2

**107. Avez-vous des commentaires pour nous ?**

**108. Pour vous assurer de recevoir votre transfert INTERAC de 50\$, veuillez:**

(i) Sélectionner la méthode que vous souhaitez que nous utilisions pour le transfert d'argent

Courriel (écrivez votre adresse courriel)

Message texte (écrivez votre numéro de téléphone)

(ii) Soumettre votre questionnaire complété

(iii) Nous vous enverrons votre transfert d'argent par courriel ou message texte. Notez que la réponse à la question de sécurité est: [ndit](#)

**MERCI BEAUCOUP D'AVOIR COMPLÉTÉ CE QUESTIONNAIRE!**