

Quelle est la date d'aujourd'hui?

____ Jour ____ Mois ____ Année

1. La/lesquelle(s) des écoles secondaires suivantes avez-vous fréquentée(s)? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> St-Thomas | <input type="checkbox"/> Sophie-Barat |
| <input type="checkbox"/> Honoré-Mercier | <input type="checkbox"/> Royal West |
| <input type="checkbox"/> Soulanges | <input type="checkbox"/> Hudson (Westwood) |
| <input type="checkbox"/> Rosemere | <input type="checkbox"/> Laurenhill |
| <input type="checkbox"/> Lindsay Place | <input type="checkbox"/> Beaconsfield |

2. Vivez-vous présentement seul(e)?

- Oui → Allez à la question 4
 Non

3. Vivez-vous présentement avec les personnes suivantes ? Votre...

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

4. Est-ce que cette/ces personne(s) fume(nt) présentement la cigarette? Votre...

	Ne s'applique pas	Non	Oui
Mère biologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père biologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belle-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beau-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur(s), belles-sœur(s), demi-sœur(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Combien d'entre eux fument? ____
Frère(s), beaux-frère(s), demi-frère(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Combien d'entre eux fument? ____
Époux (se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que cette/ces personne(s) fume(nt) présentement la cigarette? Votre... (suite)

	Ne s'applique pas	Non	Oui
Fils, beau-fils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fille(s), belle-fille (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

_____ Amis proches

6. Combien d'amis proches fument la cigarette?

_____ Amis proches fument

7. Lorsque vous voyez d'autres personnes fumer, est-ce facile pour vous de ne pas fumer?

- Très facile de ne pas fumer
 Assez facile de ne pas fumer
 Un peu difficile de ne pas fumer
 Très difficile de ne pas fumer

8. À quelle fréquence ressentez-vous vraiment le besoin de fumer une cigarette?

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent

9. Quel est votre niveau de dépendance à la cigarette?

	Pas du tout dépendant(e)	Un peu dépendant(e)	Assez dépendant(e)	Très dépendant(e)
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Avez-vous déjà de votre vie fumé la cigarette, même si c'est juste une bouffée?

- 1 Non → Allez à la question 49
- 2 Oui, 1 ou 2 fois
- 3 Oui, 3 ou 4 fois
- 4 Oui, 5 ou 10 fois
- 5 Oui, plus de 10 fois

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

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

12. Diriez-vous que vous êtes une personne qui a essayé de fumer la cigarette, mais qui a cessé de fumer complètement et (probablement) pour toujours ?

- 1 Non
- 2 Oui
- 7 Je ne sais pas

13. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris une bouffée de cigarette pour la première fois?

- J'avais _____ ans
- 7 Je ne sais pas

14. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez fumé une cigarette au complet, jusqu'au filtre ou près du filtre, pour la première fois?

- J'avais _____ ans
- 0 Je n'ai jamais fumé une cigarette au complet jusqu'au filtre ou près du filtre

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

- 1 Non
- 2 Oui

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

- J'avais _____ ans
- 0 Je n'ai jamais respiré plus d'une bouffée de cigarette → Allez à la question 18

17. Les premières fois que vous avez respiré profondément jusque dans vos poumons la fumée de cigarette, vous êtes-vous/avez-vous...?

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Senti(e) relaxé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ressenti des nausées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

18. Avez-vous fumé la cigarette (même si c'est juste une bouffée) au cours des 3 derniers mois?

- 1 Non → Allez à la question 27
- 2 Oui

19. Pendant le mois de Octobre, combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si c'est juste une bouffée?

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

20. Les jours où vous avez fumé en Octobre, combien de cigarettes avez-vous fumées par jour habituellement?

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

21. Pendant le mois de Septembre, combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si c'est juste une bouffée?

- 1 Aucun → Allez à la question 23
- 2 1 jour
- 3 2-3 jours
- 4 4-5 jours
- 5 6-10 jours
- 6 11-15 jours
- 7 16-20 jours
- 8 21-30 jours
- 9 Chaque jour
- 77 Je ne sais pas

22. Les jours où vous avez fumé en Septembre, combien de cigarettes avez-vous fumées par jour habituellement?

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

23. Pendant le mois de Aout, combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si c'est juste une bouffée?

- 1 Aucun → Allez à la question 25
 2 1 jour
 3 2-3 jours
 4 4-5 jours
 5 6-10 jours
 6 11-15 jours
 7 16-20 jours
 8 21-30 jours
 9 Chaque jour
 77 Je ne sais pas

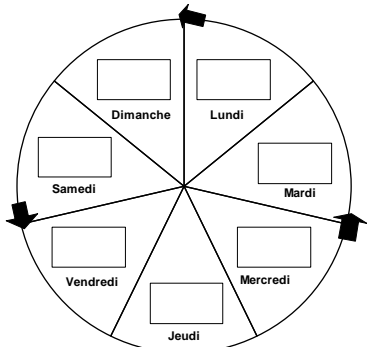
24. Les jours où vous avez fumé en Aout, combien de cigarettes avez-vous fumées par jour habituellement?

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

25. Avez-vous fumé la cigarette au cours des 7 derniers jours, même si c'est juste une bouffée?

- 1 Non → Allez à la question 27
 2 Oui

26. En commençant avec hier, indiquez combien de cigarettes vous avez fumées par jour, au cours des 7 derniers jours, même si ce n'était qu'une bouffée. Si vous n'avez pas fumé pendant cette journée, inscrivez "0" dans la case.



27. Actuellement, fumez-vous la cigarette 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 → Expliquez _____
 7 Je ne sais pas (je fume si peu)

28. Habituellement lorsque vous fumez une cigarette, jusqu'à quel point la fumez-vous?

- 1 Je fume une ou quelques bouffées
 2 Je fume moins de la moitié de la cigarette
 3 Je fume environ la moitié de la cigarette
 4 Je fume la plupart de la cigarette
 5 Je la fume jusqu'au filtre ou presque
 7 Je ne sais pas (je fume si peu)

29. Lorsque vous avez diminué votre consommation de cigarettes ou que vous avez cessé de fumer ou que vous n'avez pas pu fumer une cigarette pendant une période de temps prolongé (comme presque toute une journée), combien de fois avez-vous ressenti les effets suivants...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Je ne sais pas
Être irritable ou fâché(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Être agité(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <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"/>	7 <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"/>	7 <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"/>	7 <input type="checkbox"/>
Avoir de la difficulté à dormir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

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

- 1 Je ne la respire pas
 2 Dans ma bouche seulement
 3 Jusque dans ma gorge
 4 Peu profondément dans mes poumons
 5 Profondément dans mes poumons
 7 Je ne sais pas (je fume si peu)

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

- 1 Dans les 5 minutes qui suivent
- 2 De 6 à 30 minutes après mon réveil
- 3 De 31 à 60 minutes après mon réveil
- 4 Plus de 60 minutes après mon réveil
- 7 Je ne sais pas (je fume si peu)

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

- 1 Pas difficile du tout
- 2 Un peu difficile
- 3 Très difficile
- 7 Je ne sais pas (je fume si peu)

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

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

34. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés dans les premières heures après le réveil, comparativement au reste de la journée?

- 1 Non
- 2 Oui
- 7 Je ne sais pas (je fume si peu)

35. Lorsque 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 quand je ne suis pas malade
- 7 Je ne sais pas (je fume si peu)

36. Indiquez à quel point les affirmations suivantes sont vraies pour vous.

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Très vrai
Les cigarettes sont un bon moyen de combattre l'ennui.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Une cigarette me donne de l'énergie lorsque je suis fatigué(e).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Lorsque je me sens déprimé(e), fumer m'aide à me sentir mieux.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Fumer la cigarette me relaxe lorsque je suis nerveux(se).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Fumer m'aide à contrôler mon poids.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Fumer la cigarette m'aide à me concentrer sur mes travaux/travaux scolaires.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

36. Indiquez à quel point les affirmations suivantes sont vraies pour vous. (suite)

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Très vrai
Fumer m'aide à me détendre lorsque je suis stressé(e).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je me considère comme un(e) fumeur(se) social(e).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je fais moins d'activités physiques/sports ou j'ai arrêté de faire de l'activité physique/sports parce que je fume.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je fonctionne beaucoup mieux le matin après avoir fumé une cigarette.	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 me satisfaire.	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. OU <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 manque souvent de cigarettes plus rapidement que j'aurais pensé.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à me procurer des cigarettes (par exemple, faire un détour pour acheter des cigarettes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
J'ai cessé de me tenir avec certaines personnes parce que je fume.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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

- 1 Jamais → Allez à la question 39
- 2 Très rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Très souvent

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

- 1 Pas très intense
- 2 Un peu intense
- 3 Intense
- 4 Très intense

39. À quel point ressentez-vous du plaisir lorsque vous fumez une cigarette? Encercliez le chiffre qui décrit le mieux votre sentiment de plaisir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Aucun Beaucoup

40. À quelle fréquence la fumée de cigarette vous donne-t-elle un sentiment de plaisir? Encercliez le chiffre qui décrit le mieux votre sentiment de plaisir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Jamais Toujours

41. Les énoncés suivants décrivent les sentiments et expériences qu'ont certains fumeurs. À quel point ces énoncés vous décrivent-ils?

Me décrit...	Pas du tout	Un peu	Bien	Très bien
Lorsque je passe trop de temps sans fumer, je deviens impatient(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je vois d'autres personnes fumer, je veux une cigarette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Je compte sur la cigarette pour focaliser mon attention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je passe trop de temps sans fumer, ma concentration est interrompue par des pensées par rapport à la cigarette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je sens la fumée de cigarette, je veux une cigarette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Je compte sur la cigarette pour combattre l'ennui	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je passe trop de temps sans fumer, je ressens de telles envies de fumer que j'ai la sensation d'être sous l'emprise d'une force incontrôlable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Après avoir mangé, je veux une cigarette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Je deviendrais fou(olle) si je ne pouvais pas fumer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je passe trop de temps sans fumer, je deviens facilement irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je me sens stressé(e), je veux une cigarette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Je me fie à la cigarette pour gérer mon stress	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je passe trop de temps sans fumer, je me sens nerveux(se) ou anxieux(se)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque je fais un travail qui nécessite beaucoup de concentration, j'ai une forte envie de fumer une cigarette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lorsque j'essai d'arrêter de fumer, je me sens comme si je perdais un ami	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

- 1 Pas du tout
2 Un peu
3 Assez
4 Beaucoup

43. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous sérieusement essayé de cesser de fumer complètement et pour toujours?

- 1 Non → Allez à la question 45
2 Oui, 1 fois
3 Oui, 2 fois ou plus

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

- 1 Non, mais j'ai beaucoup diminué
2 Non, mais j'ai un peu diminué
3 Non, la quantité de cigarettes que je fume n'a pas du tout changé
4 Oui → j'ai arrêté complètement pendant _____ jours
5 Oui → j'ai arrêté complètement et je n'ai pas fumé depuis

45. À quel point avez-vous confiance que vous pouvez cesser ou que vous avez cessé de fumer complètement pour toujours?

- 1 Je suis très confiant(e)
2 Je suis assez confiant(e)
3 Je ne suis pas très confiant(e)
4 Je ne suis pas confiant(e) du tout

46. Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'arrêtez pas de fumer maintenant? Cochez une case seulement.

- 1 Je ne veux pas arrêter, j'aime fumer
2 C'est devenu une routine qui serait très difficile à briser
3 C'est trop difficile, parce que tout le monde autour de moi fume
4 Mes fortes envies de fumer sont trop intenses
5 J'ai trop de stress dans ma vie
6 Je me sens mal lorsque j'arrête de fumer
7 Je n'ai pas besoin d'arrêter (car je fume très peu actuellement)
8 Autre (précisez) _____

47. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que...?

	Non	Oui	Ne s'applique pas
Vous avez arrêté de fumer pendant au moins 24 heures parce que vous essayiez de cesser de fumer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Votre médecin vous a demandé si vous fumez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Votre médecin vous a conseillé de cesser de fumer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Votre médecin vous a fourni de l'aide ou de l'information pour cesser de fumer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

48. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé les outils suivants pour vous aider à arrêter de fumer?

	Non	Oui, mais ça ne m'a pas aidé	Oui, ça m'a un peu aidé	Oui, ça m'a beaucoup aidé
Timbres de nicotine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Gomme à la nicotine (Nicorettes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Inhalateur de nicotine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zyban, Wellbutrin (Bupropion)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Visite à un « Centre d'abandon du tabac »	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Participation à un concours de cessation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Appel à un centre d'assistance téléphonique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

49. Est-ce qu'il y a des restrictions sur l'usage de la cigarette à l'intérieur de votre maison?

- 1 Non
- 2 Il est interdit de fumer dans ma maison
- 3 Il est permis de fumer dans certaines pièces seulement
- 4 Il est interdit de fumer en présence de jeunes enfants
- 5 Autre(s) (précisez) _____

50. Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été exposés (es) à la fumée secondaire...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
À la maison	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 ou d'un autre véhicule privé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dans des lieux publics (bars, restaurants, centres commerciaux, arénes, salles de bingo, salles de quilles)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lors de visites chez vos amis ou votre famille	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sur les lieux de votre travail ou à l'école	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

51. Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous fait les activités suivantes? Inscrivez «0» si vous n'avez pas fait l'activité. Si vous avez fait l'activité, pendant combien de minutes habituellement l'avez-vous fait à chaque occasion?

	Nombre de fois dans les 7 derniers jours	Nombre de minutes à chaque occasion			
		1-15	16-30	31-60	Plus de 60
Ski alpin, planche à neige	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ski de fond	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Jardinage ou travaux à l'extérieur	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Quilles	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Natation/aérobic aquatique	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Baseball, balle molle	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Bicyclette	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Tennis/badminton	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Danse moderne, danse sociale	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poids et haltères	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Arts martiaux	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Exercices à la maison («push-ups», redressements assis)	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pêche	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Hockey sur glace, ringuette	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Hockey de rue ou sur plancher	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Volley-ball	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Squash, racquetball	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Patinage sur glace	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Basketball	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

51. Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous fait les activités suivantes? Inscrivez «0» si vous n'avez pas fait l'activité. Si vous avez fait l'activité, pendant combien de minutes habituellement l'avez-vous fait à chaque occasion? (suite)

	Nombre de fois dans les 7 derniers jours	Nombre de minutes à chaque occasion			
		1-15	16-30	31-60	Plus de 60
Soccer	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Football	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Patinage en ligne, patin à roues alignées	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Jogging ou course	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Golf	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Classe d'exercices, aérobic	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Marche pour faire de l'exercice	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Machines elliptiques, tapis roulant, autre type d'équipements cardio	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez)	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

Aucune équipe
 _____ Équipe(s)

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

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

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

Aucune activité physique vigoureuse → **Allez à la question 56**
 _____ Jours au cours de la dernière semaine

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

_____ minutes par jour

56. 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?

Aucune activité physique modérée → **Allez à la question 58**
 _____ Jours au cours de la dernière semaine

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

_____ minutes par jour

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

Je n'ai pas marché pendant au moins 10 minutes à la fois → **Allez à la question 60**
 _____ Jours au cours de la dernière semaine

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

_____ minutes par jour

60. Habituellement, combien d'heures par jour passez-vous à regarder la télévision (incluant les films vidéo)? Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez "MQ1/2" si la réponse est moins que ½ heure.

Habituellement, les jours de semaine, je regarde _____ heure (s) de télévision par jour.

Habituellement, les jours de fin de semaine, je regarde _____ heure (s) de télévision par jour.

61. Habituellement, combien d'heures par jour passez-vous à l'ordinateur pour l'école 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 _____ heures à l'ordinateur pour l'école ou au travail par jour

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe _____ heures à l'ordinateur pour l'école ou le travail par jour

62. Habituellement, combien d'heures par jour passez-vous à l'ordinateur pendant votre temps libre (à jouer à des jeux sur ordinateur ou sur l'Internet)? 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 _____ heures à l'ordinateur pendant mon temps libre par jour

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe _____ heures à l'ordinateur pendant mon temps libre par jour

63. Habituellement, au cours d'une semaine normale, combien d'heure(s) avez-vous passé à lire (livres, revues, journaux, travaux scolaires). Inscrivez « 0 » si la réponse est aucune . Inscrivez "MQ1/2" si la réponse est moins que ½ heure.

Habituellement, les jours de semaine, je lis pendant _____ heure(s) par jour

Habituellement, les jours de fin de semaine, je lis pendant _____ heure(s) par jour

64. Combien de fois par jour OU par semaine OU par mois (une seule réponse) mangez-vous de ces aliments?

	Jamais		Fois par jour		Fois par semaine		Fois par mois
Beignes ou gâteaux ou pâtisseries	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Bonbons ou tablettes de chocolat	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Crème glacée	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Croustilles (chips, Fritos, Doritos)	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Boissons gazeuses	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Poulet frit (Kentucky)	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Hot dogs	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Hamburgers	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Frites ou poutine	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Bacon ou saucisses	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Jus 100% pur (jus d'orange, pamplemousse ou jus de tomate)	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Fruits, <u>en excluant</u> les jus de fruits	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____

64. Combien de fois par jour OU par semaine OU par mois (une seule réponse) mangez-vous de ces aliments? (suite)

	Jamais		Fois par jour		Fois par semaine		Fois par mois
Salade verte	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Pommes de terre, <u>en excluant</u> les frites, les patates rôties et les croustilles	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Carottes	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____
Autres légumes, <u>en excluant</u> les carottes, les pommes de terre et la salade verte	0 <input type="checkbox"/>	ou	_____	ou	_____	ou	_____

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

	Excel- lente	Très bonne	Bonne	Assez bonne	Mau- vaise
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 capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles (crise personnelle ou familiale)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Votre capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie (responsabilités vis-à-vis le travail, la famille)	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, la nuit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

66. Combien pesez-vous?

_____ livres **OU** _____ kilogrammes

67. Combien mesurez-vous sans chaussures?

_____ pieds _____ pouce(s) **OU** _____ mètres

68. Considérez-vous que vous ... ?

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

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

_____ : _____

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

_____ : _____

71. Est-ce que vous souffrez de l'un ou l'autre des problèmes de santé chroniques suivants qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé? Si oui, quel âge aviez-vous lorsque le problème a été diagnostiqué pour la première fois?

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

72. Au cours du dernier mois, avez-vous pris les médicaments suivants (par prescription ou en vente libre)?

	Non	Oui
Analgésiques (Aspirine, Tylenol) incluant les médicaments pour l'arthrite et les anti-inflammatoires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tranquillisants (Valium, Ativan)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Pilules pour maigrir (Ponderal, Fastin)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Antidépresseurs (Prozac, Paxil, Effexor)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Codéine, Demerol, morphine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Médicaments contre les allergies (Allegra, Reactine)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Médicaments contre l'asthme (inhalateurs, nébulisateurs)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Remèdes contre la toux ou le rhume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Pénicilline ou autres antibiotiques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Stabilisateurs de l'humeur (Lithium, Epival)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tranquillisants majeurs, antipsychotiques ou neuroleptiques (Risperidol, Olanzapine, Seroquel)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Médicaments pour la thyroïde (Synthroïde, Levothyroxine)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Stéroïdes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

72. Au cours du dernier mois, avez-vous pris les médicaments suivants (par prescription ou en vente libre)? (suite)

	Non	Oui
Insuline	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Pilules pour le contrôle du taux de glycémie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Somnifères (Imovane, Nytol, Starnoc)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Médicaments contre les maux d'estomac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Laxatifs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Pilules contraceptives	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez) _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

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

	Jamais	Un peu de temps	Un peu moins que la moitié du temps	Un peu plus que 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 une 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 où vous réveiller 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"/>

74. Avez-vous déjà subi les événements suivants? Si oui, à quel âge l'avez-vous subi pour la première fois?

	Non	Oui	Subi pour la première fois à...
Crise de peur ou de panique où soudainement vous vous êtes senti(e) effrayé(e), anxieux(se), inquiet(ète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Crise où soudainement vous êtes devenu(e) étourdi(e), très inconfortable, à bout de souffle, vous avez eu mal au cœur, des palpitations de cœur, ou vous pensiez que vous pourriez perdre le contrôle, mourir ou devenir fou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Un moment où vous étiez constamment inquiet(ète) (où vous vous inquiétiez beaucoup plus que d'autres personnes avec les mêmes problèmes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Une période de 6 mois ou plus pendant laquelle vous étiez anxieux(se) ou inquiet(ète) la majorité du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Un moment où vous étiez beaucoup plus nerveux(se) ou anxieux(se) que la plupart des autres personnes avec les mêmes problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Un moment où vous aviez très peur ou vous étiez très gêné(e) de rencontrer des nouvelles personnes, de sortir à une fête ou à un rendez-vous romantique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Un moment où vous aviez très peur ou étiez mal à l'aise lorsqu'il fallait que vous fassiez quelque chose devant un groupe de personnes (exposé oral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Un moment dans votre vie où vous étiez mal à l'aise ou vous aviez peur d'être dans une foule, d'aller dans des endroits publics, ou de voyager seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Un moment dans votre vie où vous êtes devenu(e) très irrité(e) ou nerveux(se) lorsque vous étiez dans une foule, dans un endroit public, ou lorsque vous voyagez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans

75. En pensant 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

76. Avez-vous déjà fait les choses suivantes? Si oui, à quel âge l'avez-vous fait pour la première fois?

	Non	Oui	Lorsque j'ai fait ceci pour la première fois, j'avais
Consommé une boisson alcoolisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Bu 5 consommations ou plus d'alcool dans une même occasion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Joué à des jeux de hasard et d'argent (cartes, bingo, dés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Parié de l'argent (machines à sous, loterie sportive, casino, ou paris sur Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Acheté des billets de loterie (6/49, Sports Select, loterie instantanée, « gratteux »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Consommé de la marijuana, du cannabis, du hashish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Consommé de la cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Consommé du "speed" (metamphétamines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Consommé de l'ecstasy (MDMA) ou d'autres drogues semblables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Consommé des hallucinogènes (PCP, LSD (acide), champignons magiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Consommé des inhalants (colle, gasoline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans
Consommé de l'héroïne (smack, junk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ans

77. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que les événements suivant sont arrivés à vous ou à un de vos proches?

	M'est arrivé	Est arrivé à un de mes proches
Une relation ou un mariage a été rompu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renvoyé(e) de l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident automobile sérieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de santé majeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème financier majeur et/ou chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Début d'études collégiales ou universitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche de soins psychologiques ou psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etabli une nouvelle relation stable avec un conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mariage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes au travail (avec le patron ou avec des collègues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes légaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort d'un parent ou d'un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que les évènements suivant sont arrivés à vous ou à un de vos proches? (suite)

	M'est arrivé	Est arrivé à un de mes proches
Dispute majeure avec un parent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Naissance d'un enfant	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Autre situation stressante (précisez) _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

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

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	2-3 fois par semaine	Tous les jours
Fumé le cigare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fumé la pipe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fumé des bidis (ce sont des cigarettes de l'Inde)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mâché du tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé du tabac à priser (snuff)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Utilisé une pipe à eau (hubble bubble, nargilé, shisha)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé des boissons alcoolisées (bière, vin, liqueur)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Bu 5 consommations ou plus d'alcool dans une même occasion	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Joué à des jeux de hasard et d'argent (cartes, bingo, dés)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parié de l'argent (machines à sous, loterie sportive, casino, ou paris sur Internet)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Acheté des billets de loterie (6/49, Sports Select, loterie instantanée, « gratteux »)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Eu des idées suicidaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé de la marijuana, du cannabis, du hashish	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé de la cocaïne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé du "speed" (metamphétamines)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé de l'ecstasy (MDMA) ou d'autres drogues semblables	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé des hallucinogènes (PCP, LSD (acide), champignons magiques)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé des inhalants (colle, gasoline)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé de l'héroïne (smack, junk)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé une autre drogue illégale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

79. Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variés. Êtes-vous...?

- 1 Blanc(he)
- 2 Chinois(e)
- 3 Sud-Asiatique (Indien(ne) de l'Inde, Pakistanais(e), Sri Lankais(e))
- 4 Noir(e)
- 5 Latino Américain(e)
- 6 Asiatique du Sud-Est (Cambodgien(e), Indonésien(e), Laotien(e), Vietnamiens(e))
- 7 Arabe
- 8 Asiatique occidental(e) (Afghan(e), Iranien(e))
- 9 Autre (précisez) _____

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

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

81. Quel est votre statut matrimonial?

- 1 Célibataire
- 2 Marié(e)
- 3 En union libre
- 4 Divorcé(e)
- 5 Séparé(e)
- 6 Autre (précisez) _____

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

- 1 Non
- 2 Oui, à plein temps (où) _____
- 3 Oui, à temps partiel (où) _____

83. Travaillez-vous actuellement à un emploi ou à une entreprise (rénuméré ou non)?

- 1 Non → Allez à la question 85
2 Oui

84. Approximativement combien d'heures par semaine travaillez-vous à un emploi ou à une entreprise (rénuméré ou non)

_____ heures par semaine

85. Au mieux de vos connaissances, à combien estimez-vous le revenu total de tous les membres de votre ménage provenant de toutes sources, avant impôts et autres retenues, dans les 12 derniers mois.

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Moins de \$20,000 | 7 <input type="checkbox"/> 70 000\$ - 79 999\$ |
| 2 <input type="checkbox"/> 20 000\$ - 29 999\$ | 8 <input type="checkbox"/> 80 000\$ - 99 999\$ |
| 3 <input type="checkbox"/> 30 000\$ - 39 999\$ | 9 <input type="checkbox"/> 100,000\$ - 119,999\$ |
| 4 <input type="checkbox"/> 40 000\$ - 49 999\$ | 10 <input type="checkbox"/> 120,000\$ - 149,999\$ |
| 5 <input type="checkbox"/> 50 000\$ - 59 999\$ | 11 <input type="checkbox"/> 150,000\$ ou plus |
| 6 <input type="checkbox"/> 60 000\$ - 69 999\$ | 77 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

86. Comment décririez-vous la situation financière de votre ménage?

- 1 Bien au-dessus de la moyenne
2 En quelque sorte au-dessus de la moyenne
3 Moyenne
4 En quelque sorte au-dessous de la moyenne
5 Bien au-dessous de la moyenne

87. Pensez à cette échelle comme étant une représentation d'où se situent les gens dans leur communauté.

Au **sommet** de l'échelle on retrouve les gens qui ont le plus haut statut dans leur communauté. Au **bas** de l'échelle on retrouve les gens qui ont le plus bas statut dans leur communauté

Où vous placeriez-vous sur cette échelle?

Inscrivez un « X » sur le barreau où vous pensez vous situer actuellement dans votre vie, relativement au reste des personnes dans votre communauté.

87. Pensez à cette échelle comme étant une représentation d'où se situent les gens dans leur communauté. (suite)



Veillez compléter les informations sur la page suivante →

88. Pour nous aider à vous rejoindre pour le prochain suivi, quel est votre...?

Adresse: _____
Numéro de téléphone à la maison: _____
Numero de téléphone cellulaire: _____
Adresse courriel: _____
Adresse au travail: _____
Numéro de téléphone au travail: _____

89. Nom et informations de 3 amis/personnes dans votre famille que nous pourrions contacter si nous avons de la difficulté à vous rejoindre (au cas où vous auriez déménagé)?

Nom d'un ami(e)/personne de votre famille : _____
Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____
Adresse courriel : _____

Nom d'un ami(e)/personne de votre famille : _____
Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____
Adresse courriel : _____

Nom d'un ami(e)/personne de votre famille : _____
Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____
Adresse courriel : _____

90. Comment préférez-vous répondre à ce questionnaire?

- 1 Questionnaire envoyé à votre résidence par la poste
- 2 Sur Internet (à l'aide du site Web NICO www.etudenico.ca)
- 3 Répondre aux questions par téléphone
- 4 Autre (précisez) _____

91. Planifiez-vous de déménager dans les 12 prochains mois?

- 1 Non
- 2 Oui → Nouvelle adresse _____

**Fin des questions
Merci beaucoup pour votre participation!**

