



Merci pour votre participation répétée à l'étude NICO. Répondez à toutes les questions.

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

- Non → **Allez à la question 9**
- Oui, 1 ou 2 fois
- Oui, 3 ou 4 fois
- Oui, 5 à 10 fois
- Oui, plus de 10 fois

2. Cochez la case qui vous décrit le mieux.

- J'ai déjà fumé la cigarette, mais pas du tout depuis les 12 derniers mois → **Allez à la question 9**
- J'ai fumé la cigarette une ou plusieurs fois pendant les 12 derniers mois
- Je fume la cigarette une ou plusieurs fois par mois
- Je fume la cigarette une ou plusieurs fois par semaine
- Je fume la cigarette tous les jours

3. Pendant le mois de février, combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si ce n'est qu'une bouffée ?

- Aucun → **Allez à la question 5**
- 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

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

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

5. Pendant le mois de janvier, combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si ce n'est qu'une bouffée?

- 1 Aucun → **Allez à la question 7**
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
10 Je ne sais pas

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

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

7. Pendant le mois de décembre, combien de jours avez-vous fumé la cigarette, même si ce n'est qu'une bouffée?

- 1 Aucun → **Allez à la question 9**
- 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
- 10 Je ne sais pas

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

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

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

⁰ Aucun → **Allez à la question 11**

_____ jour(s) au cours des derniers 7 jours

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

_____ minutes par jour

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

Aucun → **Allez à la question 13**

_____ jour(s) au cours des derniers 7 jours

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

_____ minutes par jour

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

Aucun → **Allez à la question 15**

_____ jour(s) au cours des derniers 7 jours

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

_____ minutes par jour

15. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis (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

minutes par jour

16. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis (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

minutes par jour

17. Combien d'heures par jour passez-vous habituellement devant un écran (ordinateur, appareils portables) pour le travail ou l'école? Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez « 0.5 » si la réponse est moins qu'une demi-heure.

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

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

18. 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 « 0.5 » si la réponse est moins qu'une demi-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

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

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

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

20. Au cours du dernier mois, combien de jours par semaine avez-vous joué à des jeux vidéo actifs (exergaming) qui utilisent une console (Nintendo Wii, XBOX 360, Kinect, Sony Play Station Move, Sony Eye Toy: Kinetic), un cellulaire et/ou une application mobile (RUN!, Nike+ Running APP, Pokémon Go)?

⁰ Aucun → Allez à la question 23

_____ jour(s) par semaine

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

_____ minutes en moyenne

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

- ¹ Léger
- ² Modéré
- ³ Intense

23. 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 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"/>
La qualité de votre sommeil le mois dernier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

24. 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

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

	À aucun moment	Une partie du temps	Un peu moins de 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 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"/>

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

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Pratiquement chaque jour
Se 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 d'arrêter de m'inquiéter ou de contrôler mon inquiétude	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Trop m'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 me 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 se 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"/>

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

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Utilisé des cigarettes électroniques sans nicotine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Utilisé 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"/>
Utilisé des cigarettes électroniques pour fumer de la marijuana, de l'huile, du liquide ou de la cire de hash	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fumé des cigarillos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fumé le cigare, la pipe ou des cigarettes bidî, mâché du tabac ou 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"/>
Fumé des cigarettes/cigarillos aromatisés	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"/>
Utilisé des anti-douleurs (Percocet, Percodan, Demerol, OxyNeo, OxyCotin, codéine) sans prescription ou sans qu'un médecin vous recommande d'en prendre	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 sans tabac	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 avec tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Consommé une drogue illégale (cocaïne, speed (amphétamines), ecstasy, inhalants, hallucinogènes, héroïne, autre drogue illégale)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Utilisé une application mobile qui surveille votre activité physique, comme la marche, la bicyclette et la course (Moves et Strava)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Porté un dispositif qui surveille votre activité physique (Fitbit, Jawbone, Apple Watch)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Joué à des jeux vidéo actifs (exergaming) qui utilisent une console (Nintendo Switch ou Wii, XBOX 360, Kinect, Sony Play Station Move, Sony Eye Toy: Kinetic), un appareil mobile et/ou une application mobile (RUN!, Nike+ Running APP, Pokémon Go)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Utilisé une application mobile qui surveille votre consommation alimentaire (My Fitness Pal, Carbon diet coach, Zoom, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

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

minutes

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

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

heures de sommeil

32. Est-ce que vous ou quelqu'un avec lequel vous vivez ou vous avez des contacts réguliers a été infecté par la COVID-19?

Non → Allez à la question 34

Oui

33. Qui était infecté? (Choisissez tout ce qui correspond)

- J'ai la COVID-19
- J'avais la COVID-19, mais je suis maintenant rétabli(e)
- Quelqu'un avec lequel je vis ou avec qui j'ai des contacts réguliers a la COVID-19
- Quelqu'un avec lequel je vis ou avec qui j'ai des contacts réguliers avait la COVID-19, mais est maintenant rétabli(e)

34. Au cours des 2 dernières semaines, indiquez la fréquence à laquelle vous avez effectué chaque geste/comportement en réponse à la pandémie de la COVID-19?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
Se laver les mains avec du savon et de l'eau pour au moins 20 secondes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Utiliser un désinfectant pour les mains	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Porter un masque à l'intérieur (magasins, restaurants, transports en commun, au travail)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Rester à 1-2 mètres (3-6 pieds) des autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Rester ou travailler à domicile plutôt que d'aller au 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"/>	6 <input type="checkbox"/>
S'isoler pendant 14 jours si vous revenez de voyage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
S'isoler si vous avez le virus ou si vous présentez des symptômes similaires à ceux du virus (ex : fièvre, perte soudaine de l'odorat et/ou du goût, fatigue, douleur musculaire générale)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Éviter de sortir dans les bars, pubs ou restaurants	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Éviter les grands rassemblements sociaux (cinémas, mariages)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Éviter les petits rassemblements sociaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Éviter tout voyage non essentiel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

35. Indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord ou en désaccord	D'accord	Fortement en accord
En général, je suis les recommandations de santé publique sur la COVID-19	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je consulte les nouvelles ou effectue des recherches d'informations liés à la COVID-19 plusieurs fois par jour	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

36. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous utilisé les suivants afin de rester informée au sujet de la pandémie COVID-19?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Télévision	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Journaux (papier ou en-ligne)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Radio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Communiqués de presse officiels gouvernementaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Médias sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, Tik Tok)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Plateformes vidéos en-ligne (Youtube, Dailymotion)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Amis et famille	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Collègues	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

37. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence étiez-vous inquiet ou inquiète 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"/>
Consommer trop 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 de tabagisme	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	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"/>
Autre (spécifiez)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

38. Veuillez penser à chacune de ces 3 périodes:

(i) Les 2 mois avant la pandémie COVID-19 en janvier et février 2020

(ii) La période de confinement généralisée du mois de mars à mai 2020 (les rassemblements sociaux, les visites non essentielles aux hôpitaux et aux résidences pour personnes âgées et les déplacements non essentiels étaient interdits et les activités d'été étaient annulées; on demandait à la population de demeurer à la maison et de travailler/étudier à domicile lorsque possible; et les lieux publics, les garderies, les écoles et les entreprises étaient fermés)

(iii) En ce moment

Les énoncés suivants concernent votre style de vie. Dans quelle mesure vous décrivent-ils au cours de chacune de ces périodes sur une échelle de 1 à 5?

(Exemple: Je ne me suis généralement pas senti stressé dans les mois précédant COVID-19 (1), mais je me suis senti très stressé pendant la période de confinement généralisé (5). En ce moment, mon stress est plus faible que dans la période précédente, mais je me sens toujours plus stressé qu'avant la pandémie COVID-19 (3)).

	Avant COVID-19 (jan - fév 2020)					Confinement généralisé (mars - mai 2020)					En ce moment (fév - mars 2021)				
	Me décrit....					Me décrit....					Me décrit....				
	Pas du tout			Parfaitement	Pas du tout			Parfaitement	Pas du tout			Parfaitement			
Je suis actif/active physiquement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai une alimentation saine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je dors bien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je pratique la méditation de pleine conscience	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je consomme de l'alcool tous les jours ou presque tous les jours	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je consomme de l'alcool de façon excessive (5 boissons alcoolisées ou plus)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

lors d'une occasion)															
Je fume des cigarettes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fume des cigarettes électroniques	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consomme du cannabis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens stressé(e)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens déprimé(e)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens anxieux/anxieuse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressens le besoin de consulter un(e) professionnel(le) de la santé mentale	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consulte les nouvelles fréquemment	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'utilise les médias sociaux	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un bon réseau social pouvant me soutenir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je rencontre mes amis(es) et ma famille à l'aide d'applications en ligne (Skype, Messenger, Discord, Zoom)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je lis des livres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux de société ou à des jeux vidéo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je regarde des films et des émissions de télévision	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à l'extérieur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

39. Les gens font face aux situations stressantes de différentes façons. Veuillez lire la liste ci-dessous et:

- (i) choisissez vos 3 principales façons de gérer votre stress pendant la pandémie COVID-19
- (ii) classez ces 3 façons de gérer votre stress comme #1, #2 et #3 selon la fréquence à laquelle vous les utilisez
- (iii) pour chacun des 3 choix, indiquez si cette stratégie vous aide beaucoup, un peu ou pas du tout

	3 meilleures	Cela vous a-t-il aidé		
		Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Je suis actif/active physiquement		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je fais du <i>exergaming</i> (exercice avec des jeux vidéos) en utilisant un téléphone portable / une application mobile / une console / une tablette		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
J'ai une alimentation saine		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je dors bien		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je pratique la méditation de pleine conscience		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je maintiens une routine quotidienne		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je me lave les mains fréquemment		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je consomme de l'alcool tous les jours ou presque tous les jours		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je consomme de l'alcool de façon excessive (5 boissons alcoolisées ou plus lors d'une occasion)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je fume des cigarettes		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je fume des cigarettes électroniques		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je consomme du cannabis		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je consulte un(e) professionnel(le) de la santé mentale		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je consulte mon professionnel de la santé par téléphone, SMS/courriel, ou vidéoconférence		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je consulte les nouvelles fréquemment		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
J'utilise les médias sociaux		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
J'ai un bon réseau social pouvant me soutenir		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je rencontre mes amis(es) et ma famille à l'aide d'applications en ligne (Skype, Messenger, Discord, Zoom)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je lis des livres		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je joue à des jeux de société ou à des jeux vidéo		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je regarde des films et des émissions de télévision		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à l'extérieur		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Je mange le souper en famille		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Autre #1 (spécifiez)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Autre #2 (spécifiez)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Autre #3 (spécifiez)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

40. Quel est votre identité de genre?

- ¹ Masculin
- ² Féminin
- ³ Autre, veuillez spécifier:
- ⁴ Je préfère ne pas répondre
- ⁵ Je ne sais pas

41. Quel est votre statut matrimonial?

- ¹ Célibataire
- ² Marié(e)
- ³ Conjoint de fait
- ⁴ Divorcé(e)
- ⁵ Séparé(e)
- ⁶ Autre (spécifiez)

42. Vivez-vous présentement ...

- Au Canada : Quelle province?
- À l'extérieur du Canada : Où

43. Vivez-vous présentement seul(e)?

- ¹ Non
- ² Oui → Allez à la question 46

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

- ¹ Non → Allez à la question 46
- ² Oui

45. Quel est l'âge de l'enfant le plus jeune? (inscrivez MQ 1 si l'enfant a moins d'un an)

L'âge du plus jeune enfant?	ans
L'âge du prochain plus jeune enfant?	ans
L'âge du prochain plus jeune enfant?	ans
L'âge du prochain plus jeune enfant?	ans
L'âge du prochain plus jeune enfant?	ans
L'âge du prochain plus jeune enfant?	ans

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

- ¹ Études secondaires partielles
- ² Études secondaires terminées
- ³ Études partielles dans un cégep, collège communautaire, collège technique
- ⁴ Études terminées dans un cégep, collège communautaire, 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
- ⁷ Études terminées dans une université avec l'obtention d'une maîtrise
- ⁸ Études terminées dans une université avec l'obtention d'un doctorat
- ⁹ Autre (spécifiez)

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

- ¹ Non → **Allez à la question 49**
- ² Oui, à temps plein. Où?
- ³ Oui, à temps partiel. Où?

48. Assistez-vous à vos cours en personne?

- ¹ Non, uniquement en-ligne
- ² Mixte (en-ligne et en personne)
- ³ Oui, uniquement en personne
- ⁴ Je préfère ne pas répondre

49. Travaillez-vous présentement à un emploi (rémunéré ou non) ou dans une entreprise?

- ¹ Non → **Allez à la question 52**
- ² Oui

50. Allez-vous au travail en personne?

- ¹ Non, je travaille de la maison
- ² Mixte (je me rends au travail en personne et je travaille de la maison)
- ³ Oui, je me rends uniquement au travail en personne
- ⁴ Je préfère ne pas répondre

51. Environ combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement à votre emploi/entreprise (rémunéré ou non)?

heures par semaine

52. Comment percevez-vous votre situation financière par rapport aux gens de votre âge?

Beaucoup moins confortable 1 2 3 4 5 Beaucoup plus confortable

53. 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?

- | | |
|--|---|
| 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\$ | 12 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

54. Quel est votre code postal ou votre adresse résidentielle actuelle?

Code postal

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

Ou votre adresse résidentielle

_____ Rue _____ Apt _____ Ville _____

55. 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 _____

56. Dans les prochains mois, notre équipe de recherche contactera les participants NICO pour mener des entrevues virtuelles individuelles (en utilisant une plateforme en ligne telle que Skype, Zoom ou Google Meets), pour mieux comprendre votre expérience de la pandémie COVID-19. Seriez-vous intéressé à participer à ces entretiens?

Oui, je serais intéressé à participer aux entretiens virtuels

57. Avez-vous des commentaires pour nous :

58. Merci d'avoir complété ce sondage. Pour vous assurer de recevoir votre transfert d'argent de 50\$, veuillez:

1) Soumettre le questionnaire

2) Nous fournir un numéro de téléphone et/ou une adresse courriel valide*

**Gardez un œil sur vos courriels ou messages texte. Nous vous enverrons votre transfert d'argent en utilisant les coordonnées que vous fournissez!*

Veillez sélectionner la méthode que vous souhaitez que nous utilisions pour le transfert d'argent et entrez votre adresse courriel ou votre numéro de téléphone dans la zone de commentaire.

Courriel (écrivez votre adresse courriel) : _____

Message texte (écrivez votre numéro de téléphone) : _____