

Questionnaire version: 22

Nom du participant: _____

Date de naissance: _____

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

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

Jour Mois Année

2. Quel est votre code postal?

3. Vivez-vous présentement seul(e)?

- Oui → Allez à la question 5
- Non

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

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

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

	Oui il(s)/elle(s) fume(nt)
Mère biologique	<input type="checkbox"/>
Père biologique	<input type="checkbox"/>
Belle-mère	<input type="checkbox"/>
Beau-père	<input type="checkbox"/>
Soeur(s), belle(s)-soeur(s), demi-soeur(s)	<input type="checkbox"/> Combien fument? _____
Frère(s), beau(x)- frère(s), demi- frère(s)	<input type="checkbox"/> Combien fument? _____
Époux(se)	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/>
Fils, beau(x)-fils	<input type="checkbox"/> Combien fument? _____
Fille(s), belle(s)-fille(s)	<input type="checkbox"/> Combien fument? _____
Colocataire(s)	<input type="checkbox"/> Combien fument? _____
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Combien fument? _____

6. 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

7. Combien de vos amis proches fument la cigarette?

_____ Amis proches fument

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

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

9. Même si vous ne fumez pas, quel est votre niveau de dépendance...?

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

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

- Non → Allez à la question 52
- Oui, 1 ou 2 fois
- Oui, 3 ou 4 fois
- Oui, 5 à 10 fois
- Oui, plus de 10 fois

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

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

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

J'avais _____ ans

13. 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

Je n'ai jamais fumé une cigarette au complet jusqu'au filtre ou près du filtre

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

- Non
 Oui

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

J'avais _____ ans

Je n'ai jamais respiré plus d'une bouffée de cigarette → Allez à la question 17

16. Les premières fois que vous avez respiré profondément jusque dans vos poumons la fumée de cigarette, jusqu'à quel point avez-vous ressenti les symptômes suivants...?

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Relaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausée(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Rush» ou «buzz»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlement dans la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Battements cardiaques rapides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Non → Allez à la question 26
 Oui

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Aucun → Allez à la question 24
 1 jour 16-20 jours
 2-3 jours 21-30 jours
 4-5 jours Chaque jour
 6-10 jours Je ne sais pas
 11-15 jours

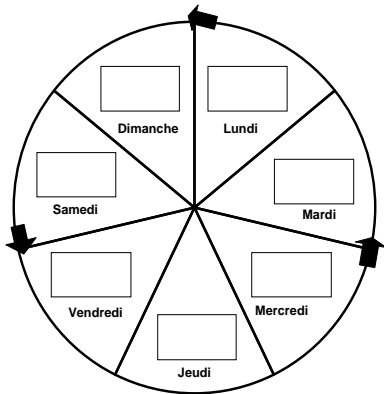
23. Les jours où vous avez fumé en _____ (il y a 3 mois), combien de cigarettes avez-vous fumées par jour habituellement?

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

24. Avez-vous fumé la cigarette au cours des 7 derniers jours, même si ce n'est qu'une bouffée?

- Non → Allez à la question 26
- Oui

25. En commençant avec la journée d'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.



26. Quand avez-vous fumé votre dernière cigarette...?

- Il y a _____ minute(s)
- Il y a _____ heure(s)
- Il y a _____ jour(s)
- Il y a _____ mois
- Il y a _____ ans
- Je ne sais pas

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

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

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

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

29. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé les produits de tabac de contrebande suivants...?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par mois	Tous les jours
Cigarettes à rabais (« discount ») (Peter Jackson, MacDonald, Viceroy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarettes de marques autochtones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarillos de marques autochtones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarettes de marques étrangères (Gauloise, Camel, Marlboro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarillos de marques étrangères (Prime, Time, Bullseye)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

31. Indiquez à quel point chacun des énoncés suivants vous décrivent. Si je suis trop longtemps sans fumer...

	Me décrit.....			
	Pas du tout	Un peu	Assez Bien	Très bien
La première chose que je vais noter est une légère envie de fumer que je peux ignorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'envie de fumer devient si forte qu'elle est difficile à ignorer et elle interrompt mes pensées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas fonctionner correctement et je sais que je vais devoir fumer pour me sentir de nouveau normal(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

33. Combien de temps pouvez-vous habituellement aller sans fumer avant de sentir une forte envie de fumer qui est difficile à ignorer?

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

34. À quelle fréquence fumez-vous la cigarette lorsque vous êtes seul(e)?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

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

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

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

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

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

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

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

- Non
- Oui

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

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

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

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

- Jamais → Allez à la question 43
- Très rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

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

- Pas très intense
- Un peu intense
- Intense
- Très intense

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

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

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

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

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

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

46. À quand remonte votre dernière tentative sérieuse pour arrêter de fumer?

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

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

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

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

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

49. Indiquez le niveau d'importance que vous accordez à chacune de ces raisons pour arrêter de fumer.

	Raison pour arrêter de fumer...			
	Pas importante	Peu importante	Assez importante	Extrêmement importante
Je monte les marches et je suis essoufflé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je tousse à tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à respirer quand je fais de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que les cigarettes contrôlent ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certaines personnes pensent que je sens mauvais ou que j'ai mauvaise mine (dents/ongles jaunis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je tombe malade plus souvent parce que je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer me cause des ennuis à l'école/travail (obtenir une contravention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes choses sont endommagées parce que je fume (brûlures sur mes vêtements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fume la cigarette par habitude même si je ne désire plus fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le monde avec qui je sors ou avec qui je me tiens n'aiment pas que je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes amis(es) qui ne fument pas me rendent la vie difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes parents sont très fâchés parce que je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai joint un groupe ou une organisation qui n'aime pas que je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne veux pas tomber malade quand je serai plus vieux/vieille (être atteint d'un cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne veux pas fumer quand je serai plus vieux/vieille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre médecin...?

	Non	Oui	Ne s'applique pas
Vous a demandé si vous fumiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a conseillé de cesser de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a fourni de l'aide ou de l'information pour cesser de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui		Oui
Timbres de nicotine	<input type="checkbox"/>	Participé à un concours de cessation	<input type="checkbox"/>
Gomme à la nicotine (Nicorette)	<input type="checkbox"/>	Utilisé d'autres drogues plus souvent (alcool, marijuana, somnifères)	<input type="checkbox"/>
Inhalateur de nicotine	<input type="checkbox"/>	Passé du temps avec des ami(es) qui ne fume(nt) pas	<input type="checkbox"/>
Zyban, Wellbutrin, Bupropion	<input type="checkbox"/>	Me garder occupé(e) avec autre chose	<input type="checkbox"/>
Arrêté seul(e) tout d'un coup (Cold Turkey)	<input type="checkbox"/>	Visite à un « centre d'abandon du tabac »	<input type="checkbox"/>
Réduit le nombre de cigarettes fumées en fumant seulement dans certaines situations ou à certains moments	<input type="checkbox"/>	Appel à un centre d'assistance téléphonique	<input type="checkbox"/>
Essayé de ne pas avoir de cigarettes sur moi (les jeter)	<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>

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

- Non
- Il est interdit de fumer dans ma maison
- Il est permis de fumer dans certaines pièces seulement
- Il est interdit de fumer en présence de jeunes enfants
- Autre (précisez) _____

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

- Aucune **OU** _____ personne(s)

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

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

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

- Aucune équipe **OU** _____ équipe(s)

56. Lequel des choix ci-dessous représente le mieux le niveau d'activité physique que vous aviez en 7^e année (secondaire I)

- Tout ou la plupart de mon temps libre était consacré à faire des choses qui demandaient peu d'activité physique
- Je faisais à l'occasion (1-2 fois par semaine) des choses physiques durant mon temps libre (c'est-à-dire participer à des sports, courir, nager, randonnée de bicyclette, activités aérobiques)
- Je faisais souvent (3-4 fois par semaine) des choses physiques durant mon temps libre
- Je faisais assez souvent (5-6 fois par semaine) des choses physiques durant mon temps libre
- Je faisais très souvent (7 fois par semaine ou plus) des choses physiques durant mon temps libre

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

- Aucun → Allez à la question 59
 _____ jour(s) au cours de la dernière semaine

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

- _____ minutes par jour

59. 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 61
 _____ jour(s) au cours de la dernière semaine

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

- _____ minutes par jour

61. 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 63
 _____ jour(s) au cours de la dernière semaine

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

_____ minute(s) par jour

63. Au cours du dernier mois, combien de jours par semaine avez-vous fait chacune des activités suivantes? Écrivez «0» si la réponse est aucun jour. En moyenne, combien de minutes en avez-vous fait à chaque occasion? Quel est le niveau d'effort que vous avez fourni pour chacune des activités?

Activités/trajets	Nombre de jours/semaine	Nombre de minutes à chaque occasion	Effort
Marcher pour vous rendre au travail/école (aller-retour)	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
Vélo pour vous rendre au travail/école (aller-retour)	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
Marcher (aller-retour)	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
Vélo	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
Jardinage	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
Travaux d'entretien	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
Sport/activité physique (précisez)			
1 _____	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
2 _____	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
3 _____	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense
4 _____	___ jour(s)	___ minutes	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense

Travaux ménagers/activités scolaires	Nombre de jours/semaine	Nombre de minutes à chaque occasion
Travaux ménagers légers (cuisiner, faire la vaisselle, repasser, garder des enfants)	___ jour(s)	___ minutes
Travaux ménagers intenses (laver le plancher, marcher avec des sacs de magasinage lourds)	___ jour(s)	___ minutes
Travaux légers (assis/debout avec peu de marche, par exemple: travail de bureau)	___ jour(s)	___ minutes
Travail intense (soulever souvent des objets lourds au travail)	___ jour(s)	___ minutes

64. Les individus font de l'activité physique pour différentes raisons. Indiquez dans quelle mesure les énoncés suivants sont vrais pour vous.

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Totalement vrai
Je fais de l'exercice parce que les autres me suggèrent d'en faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens coupable lorsque je ne fais pas d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les avantages de l'exercice sont importants pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice parce que c'est agréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne vois pas pourquoi je devrais faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice parce que mes amis, ma famille ou mon conjoint (amoureux, amoureuse, chum, blonde) me disent que je devrais en faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai honte lorsque je manque une séance d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est important pour moi de faire de l'exercice régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne vois pas pourquoi je devrais me donner la peine de faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime mes séances d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais de l'exercice parce que les autres ne seront pas fiers de moi si je n'en fais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne vois pas le but de faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens comme un(e) raté(e) si je ne fais pas de l'exercice pour un certain temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois qu'il est important de se forcer à faire de l'exercice régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que faire de l'exercice est une activité agréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens de la pression pour faire de l'exercice de la part de mes amis et de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens agité(e) si je ne fais pas d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je retire de la satisfaction et du plaisir du fait de participer à des séances d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que faire de l'exercice est une perte de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Considérez-vous que vous.....?

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

66. Combien pesez-vous?

_____ livres **OU** _____ kilogrammes

67 Combien mesurez-vous sans chaussures?

___ pieds ___ pouce(s) **OU** ___ mètre(s)

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

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

69. 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 la semaine, je regarde ___ heure(s) de télévision par jour

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

70. 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 la semaine, je passe ___ heure(s) à l'ordinateur pour l'école ou au travail par jour.

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe ___ heure(s) à l'ordinateur pour l'école ou le travail par jour.

71. Habituellement, combien d'heures par jour passez-vous à l'ordinateur pendant votre temps libre (à jouer à des jeux sur l'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 la semaine, je passe ___ heure(s) à l'ordinateur pendant mon temps libre par jour.

Habituellement, les jours de fin de semaine, je passe ___ heure(s) à l'ordinateur pendant mon temps libre par jour.

72. Habituellement, combien d'heure(s) par jour avez-vous passé à lire (livres, revues, journaux, travaux scolaires). Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez « MQ1/2 » si la réponse est moins que ½ heure.

Habituellement, les jours de la semaine je lis pendant ___ heure(s) par jour.

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

73. Habituellement, combien d'heures par jour parlez-vous sur votre téléphone cellulaire. Inscrivez « 0 » si la réponse est zéro. Inscrivez « MQ1/2 » si la réponse est moins que ½ heure.

Habituellement, les jours de la semaine, je parle sur mon téléphone cellulaire ___ heure(s) par jour.

Habituellement, les jours de fin de semaine, je parle sur mon téléphone cellulaire ___ heure(s) par jour.

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

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

75. Veuillez indiquer dans quelle mesure, au cours des 6 derniers mois, vous avez éprouvé des sentiments de honte et/ou culpabilité?

	Jamais	Rarement	Quelque fois	Souvent	Toujours
Je me sens coupable lorsque j'ai mangé plus ce que je ne le voulais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai honte dans les situations où les autres peuvent voir mon corps (ex. à la piscine ou au vestiaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je mange des aliments engraisants (ex. tartes), je me sens comme si j'avais fait quelque chose de mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devant les autres, l'apparence de mon corps me gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je ne parviens pas à faire de l'exercice physique, je me sens coupable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je pense à la possibilité que quelqu'un puisse me voir nu(e), je préfère me cacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai honte de moi lorsque les autres viennent à connaître mon vrai poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens coupable quand je ne peux pas maintenir mon poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens coupable lorsque je ne tiens pas une de mes bonnes résolutions à propos de mes habitudes alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'évite de pousser à fond mes exercices devant les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je me regarde dans le miroir, je me sens coupable et je décide de faire des efforts pour ma silhouette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puisque je me sens coupable de la taille de mes vêtements, j'évite de m'acheter de nouveaux vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Voici une liste de déclarations concernant votre sentiment général face à vous-même. Êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ... ?

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

77. 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? Quel âge aviez-vous lorsque le problème a été diagnostiqué ?

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

78. Avez-vous déjà dans votre vie eu une période de 2 semaines ou plus quand la plupart de la journée, presque tous les jours, vous... ?

	Oui	Subi pour la première fois à...
Étiez triste, vide ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	___ ans
Étiez très découragé(e) sur la façon dont les choses allaient dans votre vie	<input type="checkbox"/>	___ ans
Aviez ressenti une perte d'intérêt dans la plupart des activités que vous aimiez habituellement.	<input type="checkbox"/>	___ ans

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

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

80. Avez-vous déjà eu une période de 4 jours ou plus où vous vous êtes senti(e) beaucoup plus excité(e) et plein(ne) d'énergie que d'habitude ET avez ressenti(e)/vécu(e) d'autres changements inhabituels (votre esprit/pensées allaient trop vite, vous parliez beaucoup, vous étiez très agité(e), vous aviez besoin de moins de sommeil, vous étiez plus social(e), vous conduisiez trop vite, vous dépensiez trop d'argent)?

- Non
- Oui → C'est arrivé pour la première fois quand j'avais ___ ans

81. Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous donner la mort?

- Non
 Oui

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

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

83. Avez-vous déjà subi les événements suivants? Quel âge l'avez-vous subi pour la première fois? L'avez-vous subi dans les 12 derniers mois?

	Avez-vous subi	Âge subi pour la première fois	Subi dans la dernière année
Crise de peur ou de panique où soudainement vous vous êtes senti(e) effrayé(e), anxieux(se), inquiet(ète)	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
Crise où soudainement vous êtes devenu(e) étourdi(e), très inconfortable, à bout de souffle, vous aviez eu mal au cœur, des palpitations de cœur, ou vous pensiez que vous pourriez perdre le contrôle, mourir ou devenir fou/folle	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
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"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
Une période de 6 mois ou plus pendant laquelle vous étiez anxieux(se) ou inquiet(ète) la majorité du temps	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
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"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
Un moment où vous aviez très peur ou étiez très gêné(e) de rencontrer de nouvelles personnes, de sortir à une fête ou à un rendez-vous romantique	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
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"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>
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 voyagiez	<input type="checkbox"/>	___ ans	<input type="checkbox"/>

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

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

85. Avez-vous faim lorsque vous vous levez le matin?

- Pas du tout
 Peu
 Quelque peu
 Modérément
 Beaucoup

86. Au courant du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous mangé des collations...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Après le déjeuner, mais avant le dîner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après le dîner, mais avant le souper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après le souper, mais avant l'heure du coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand vous vous réveillez la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu les événements suivants? Si oui, indiquez le niveau de stress que cela vous a causé.

	Oui, je l'ai vécu	Niveau de stress			
		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Très
Une relation ou un mariage a été rompu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renvoyé(e) de l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident sérieux d'automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de santé majeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème financier majeur et/ou chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Début d'études collégiales ou universitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche de soins psychologiques ou psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etabli une nouvelle relation stable avec un(e) conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mariage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes au travail (avec le patron ou avec des collègues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes légaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort d'un parent ou d'un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispute majeure avec un parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naissance d'un enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un parent ou un ami proche a subi une maladie ou une blessure grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre conjoint, parent, frère, sœur ou enfant est décédé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un autre membre de la famille est décédé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez eu des problèmes sérieux avec un ami, voisin ou un parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes devenu beaucoup plus à l'aise financièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre événement stressant (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. 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
Fumé le cigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumé des cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumé la pipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumé des bidis (ce sont des cigarettes de l'Inde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mâché du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé du tabac à priser (snuff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisé une pipe à eau (hubble bubble, nargilé, shisha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des boissons alcoolisées (bière, vin, liqueur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bu 5 consommations ou plus d'alcool dans une même occasion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de la marijuana, du cannabis, du hashish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de la cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé du "speed" (metamphétamines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de l'ecstasy (MDMA) ou d'autres drogues semblables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des hallucinogènes (PCP, LSD (acide), champignons magiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé des inhalants (colle, gasoline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé de l'héroïne (smack, junk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommé une autre drogue illégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joué a des jeux vidéo actifs (WII, WII fit, Dance Dance Revolution, EyeToy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu des idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérieusement songé à vous suicider ou à vous donner la mort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Avez-vous déjà utilisé une pipe à eau (hubble bubble, nargilé, shisha)?

- Non → Allez à la question 94
- Oui, 1 ou 2 fois
- Oui, 3 ou 4 fois
- Oui, 5 à 10 fois
- Oui, 10 fois ou plus

90. Quand vous utilisez une pipe à eau, combien de temps dure habituellement une session?

- Moins d'une heure
- 1-2 heures
- 2 heures ou plus

91. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez utilisé une pipe à eau pour la première fois?

J'avais _____ ans

92. À quelle fréquence utilisez-vous une pipe à eau... ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans votre maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans un café ou un restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En partageant le tuyau de la pipe à eau avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Achetez-vous le tabac pour la pipe à eau...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Sur Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une tabagie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au dépanneur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Comparativement à fumer des cigarettes, fumer une pipe à eau est...

	Complètement d'accord	En accord	En désaccord	Complètement en désaccord
Moins nocif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins addictif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Au cours du dernier mois, combien de jours par semaine avez-vous joué à des jeux vidéo où vous deviez être physiquement actif (WII, Dance Dance Revolution)?

Aucun → Allez à la question 100

_____ jour(s) par semaine

96. Pendant combien de minutes jouez-vous en moyenne à chaque fois?

_____ minutes par jour

97. Quel est l'effort que vous avez fourni pour ces activités?

- Léger
 Modéré
 Intense

98. Jouez-vous à ces jeux vidéo....dans votre maison ou chez un(e) ami(e)? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

	Dans votre maison	Chez un(e) ami(e)
Wii Sports (ex: Snowboarding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boxing (ex: Punchout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dance Dance Revolution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pump it up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye toy (ex: Groove)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jenny McCarthy «in shape»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wii Fit:Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Powergrid Fitness Kilowatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yourself Fitness!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyclescore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. À quelle fréquence jouez-vous à des jeux vidéo où vous devez être physiquement actif...?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des ami(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Très vrai
J'aime jouer à des jeux vidéo actifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime mieux jouer à des jeux vidéo actifs que faire des sports d'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime mieux jouer à des jeux vidéo actifs que faire des sports d'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime jouer à des jeux vidéo actifs avec mes amis(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime jouer à des jeux vidéo actifs avec ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que jouer à des jeux vidéo actifs est une bonne façon d'intégrer des activités physiques dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois que je vais continuer de jouer à des jeux vidéo actifs pendant plusieurs années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous joué aux jeux suivants pour de l'argent...?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	1-6 fois par semaine	Tous les jours
Billets de loterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parié sur des courses de chevaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parié sur des sports professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parié sur des sports collégiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machine à sous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil de loterie vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux de table au casino (Blackjack, poker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux de dés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blackjack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux sur Internet (incluant le poker sur Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Été préoccupé(e) par le jeu (penser au jeu, planifier d'aller jouer, penser à des moyens pour vous procurer de l'argent pour le jeu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu besoin de jouer avec de plus en plus d'argent pour atteindre le niveau d'excitation désiré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenté de contrôler, diminuer ou arrêter votre participation au jeu sans succès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu des sentiments d'agitation ou d'irritabilité quant à votre tentative de réduire ou arrêter de jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joué pour vous échapper des difficultés ou altérer vos sentiments négatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retourné au jeu suite à une perte pour essayer de regagner l'argent que vous avez perdu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu recours au mensonge pour masquer l'ampleur de vos habitudes de jeu à votre famille, thérapeute ou autre(s) personne(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commis des actes illégaux par exemple la falsification, fraudes, vols ou détournement de financement pour la pratique du jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis en danger ou perdu une relation affective, un emploi, des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compté sur d'autres personnes pour obtenir un support financier pour vous sortir d'une situation financière désespérée due au jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103. Sans considérer les moments où vous vous sentez fatigué(e), quelle est la probabilité de vous endormir dans les situations suivantes...?

	Pas probable	Peu probable	Assez probable	Extrêmement probable
Lire en position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être assis(e) et inactif(ve) dans un lieu public (théâtre, réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être assis(e) en tant que passager(ère) dans un véhicule pour une période d'une heure sans arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être étendu(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être assis(e) en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être assis(e) tranquille après un repas sans boisson alcoolisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104. Avez-vous déjà reçu un traitement pour un trouble du sommeil?

- Non → Allez à la question 106
 Oui

105. Quel(s) traitement avez-vous reçu? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

- Ventilation en pression positive continue
 Chirurgie
 Médicaments (précisez) _____

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

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

_____ minute(s)

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

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

_____ heure(s) de sommeil par nuit

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

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Me concentrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me culpabiliser de m'être embarqué dans cette situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gâter avec mon repas ou ma collation favorite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penser à comment j'ai déjà résolu des problèmes semblables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sentir anxieux(se) de ne pas être capable de gérer la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir pour prendre un repas ou une collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déterminer une façon d'agir et la suivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me culpabiliser de réagir de façon trop émotionnelle face à la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'acheter quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler pour comprendre la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devenir en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiter un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corriger la situation immédiatement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me culpabiliser de ne pas savoir quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer du temps avec une personne spéciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfléchir à la situation et apprendre de mes erreurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaiter que je pourrais changer ce qui est arrivé ou comment je me suis senti(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphoner à un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyser le problème avant de réagir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me concentrer sur mes faiblesses générales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre du repos et fuir la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111. Avez-vous un partenaire de lit ou un colocataire?

- Pas de partenaire de lit ou de colocataire → **Aller à la question 113**
- Partenaire ou colocataire dans une autre chambre
- Partenaire dans la même chambre mais pas le même lit
- Partenaire dans le même lit

112. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence votre partenaire de lit/colocataire vous a dit que vous aviez...?

	Pas du tout	Moins qu'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	3 fois ou plus par semaine
Ronflé bruyamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu de longues pauses entre les respirations pendant votre sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu des contractions ou des secousses dans les jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu des épisodes de désorientation ou de confusion durant le sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu d'autres agitations pendant que vous dormiez (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce-que vous ...?

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

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

- Aucun problème
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

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

	Pas vrai du tout	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai
Je fais des erreurs d'inattention ou, j'ai de la difficulté à porter attention aux détails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à maintenir mon attention quand je joue ou travaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à écouter ce que les personnes me disent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à terminer mes travaux scolaires ou mes tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à organiser mes tâches et mes activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'aime pas les travaux scolaires ou les devoirs où je dois penser beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je perds des choses nécessaires pour mes tâches ou activités (ex : devoirs scolaires, crayons, livres ou outils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis distrait(e) quand des choses se passent autour de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis distrait(e) dans mes activités quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je tripote ou joue nerveusement avec mes mains ou mes pieds ou, gigotte sur ma chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je quitte mon siège lorsque je ne dois pas le faire (ex. à l'école)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis agité(e) ou trop actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à jouer ou faire des activités de loisir calmement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis toujours en mouvement (à faire des choses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je parle trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je donne des réponses à des questions avant que les questions soient terminées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à attendre en ligne ou à prendre mon tour avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'interromps les autres lorsqu'ils travaillent ou jouent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Blanc(he)
- Chinois(e)
- Sud-Asiatique (Indien(ne) de l'Inde, Pakistanais(e), Sri Lankais(e))
- Noir(e)
- Latino Américain(e)
- Asiatique du Sud-Est (Cambodgien(ne), Indonésien(ne), Laotien(ne), Vietnamien(ne))
- Arabe
- Asiatique occidental(e) (Afghan(e), Iranien(e))
- Autre (précisez) _____

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

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

118. Quel est votre statut matrimonial?

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

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

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

120. Travaillez-vous actuellement à un emploi ou à une entreprise (rémunéré ou non)?

- Non → Allez à la question 122
- Oui

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

_____ heure(s) par semaine

122. 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.

- Moins de \$20 000
- 20 000\$ - 29 999\$
- 30 000\$ - 39 999\$
- 40 000\$ - 49 999\$
- 50 000\$ - 59 999\$
- 60 000\$ - 69 999\$
- 70 000\$ - 79 999\$
- 80 000\$ - 99 999\$
- 100 000\$ - 119 999\$
- 120 000\$ - 149 999\$
- 150 000\$ ou plus
- Je ne sais pas

