

## QUESTIONNAIRE POUR MÈRE OU BELLE-MÈRE

ou personne qui est le plus comme une mère

(c'est-à-dire quelqu'un qui est/était très proche de «participant NICO»)

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. Votre nom: \_\_\_\_\_  
Prénom Nom

2. Date d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2009  
Jour Mois

3. Quelle est votre date de naissance? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

DANS CE QUESTIONNAIRE, «participant NICO» EST:

Nom « participant NICO »

4. Quelle est votre lien avec «participant NICO»?

- Mère biologique  
 Belle-mère  
 Grand-mère  
 Autre (précisez) \_\_\_\_\_

5. Quel âge avait «participant NICO» lorsque vous avez commencé à vivre avec lui/elle pour au moins la moitié (50%) du temps?

\_\_\_\_\_ mois OU \_\_\_\_\_ ans

- J'ai habité avec «participant NICO» toute sa vie

6. Combien d'années avez-vous vécu avec «participant NICO» pour au moins la moitié (50%) du temps?

\_\_\_\_\_ années

7. Avez-vous déjà fumé la cigarette?

- Non → Allez à la question 10  
 Oui

8. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez fumé la cigarette pour la première fois?

\_\_\_\_\_ ans

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

- Non  
 Oui

10. Même si vous ne fumez pas présentement, à quelle fréquence ressentez-vous vraiment le besoin de fumer une cigarette?

- Jamais  
 Rarement  
 Parfois  
 Souvent  
 Très souvent

11. Même si vous ne fumez pas présentement, à quelle fréquence ressentez-vous une forte envie de fumer?

- Jamais → Allez à la question 13  
 Très rarement  
 Parfois  
 Souvent  
 Très souvent

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

- Pas très intense  
 Un peu intense  
 Intense  
 Très intense

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

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

14. Actuellement, fumez-vous la cigarette...?

- Tous les jours  
 À l'occasion  
 Jamais → Allez à la question 29

**15. Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous en moyenne?**

\_\_\_\_\_ cigarette(s) par jour

**16. Lorsque vous avez réduit votre consommation de cigarettes ou quand vous n'avez pas pu fumer pendant une longue période de temps (comme presque toute une journée), combien de fois avez-vous ressenti les effets suivants ...?**

	Jamais	Rarement	Par-fois	Sou-vent	Je ne sais pas
Être irritable ou fâché(e)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Se sentir nerveux(se), anxieux(se), ou stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une forte envie ou besoin de fumer	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Est-ce que votre médecin vous a déjà...**

	Non	Oui	Ne s'applique pas
Demandé si vous fumez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseillé de cesser de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fourni de l'aide ou de l'information pour cesser de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. 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
- Je ne sais pas

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

- La première de la journée
- Une autre (précisez) \_\_\_\_\_

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

- Non
- Oui

**21. 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"/>
Quand je suis 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 m'aide à me concentrer sur mon travail	<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 envie 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'activités physiques/sports 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, je dois fumer beaucoup plus maintenant pour me satisfaire	<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 <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais eu mal au cœur ou été malade à cause de la cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je manque souvent de cigarettes plus rapidement que j'aurais pensé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à me procurer des cigarettes (par exemple, faire un détour pour acheter des cigarettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe beaucoup de temps à fumer la cigarette (fumer une cigarette après l'autre, fumer beaucoup tout au long de la journée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai cessé de voir certaines personnes parce que je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Durant les 5 minutes qui suivent
- 6 - 30 minutes après mon réveil
- 31 - 60 minutes après mon réveil
- Plus d'une heure après mon réveil, mais avant midi
- L'après-midi ou dans la soirée

**23. 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

**24. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ou de réduire votre consommation de tabac?**

- Non → **Allez à la question 29**  
 Oui

**25. La dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer ou de réduire votre consommation de tabac, c'était...?**

Il y a \_\_\_\_\_ mois **OU** Il y a \_\_\_\_\_ ans

**26. La dernière fois que vous avez essayé d'arrêter de fumer ou de réduire votre consommation de tabac, avez-vous ...?**

- Beaucoup diminué  
 Un peu diminué  
 Fumé la même quantité de cigarettes  
 Complètement arrêté pour \_\_\_\_\_ jours **OU** \_\_\_\_\_ mois  
 Complètement arrêté et je n'ai pas fumé depuis

**27. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous réduit votre consommation de tabac ou essayé d'arrêter? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.**

- Pour préserver ou améliorer votre santé  
 Vous ne vouliez pas exposer les personnes autour de vous à la fumée secondaire  
 Pression de la part de votre famille  
 Pression de la part de vos amis  
 Pression de la part des gens en général  
 Vous ne pouviez plus fumer dans les endroits publics  
 Raisons financières  
 Autre(s) (précisez) \_\_\_\_\_

**28. Avez-vous utilisé un des outils suivants pour vous aider à arrêter de fumer ou pour réduire votre consommation de tabac? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.**

- Ligne téléphonique j'Arrête  
 Site internet j'Arrête  
 Centre d'abandon du tabagisme  
 Consulté un médecin  
 Timbre ou gomme de nicotine  
 Zyban, bupropion, autre médicament  
 Autre(s) (précisez) \_\_\_\_\_  
 Je n'ai jamais utilisé d'outils pour m'aider

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

Votre...	Jamais	A l'occasion	Tous les jours	Ne s'applique pas
Mère biologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père biologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belle-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beau-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soeur(s), belle(s)-soeur(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère(s), beau(x)-frère(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30. 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 → **Allez à la question 32**  
 Il est permis de fumer dans certaines pièces seulement  
 Autre(s) (précisez) \_\_\_\_\_

**31. Combien de personnes fument à l'intérieur de votre domicile tous les jours ou presque tous les jours?**

- Aucune **OU** \_\_\_\_\_ personnes

**32. À quelle fréquence êtes-vous ou avez-vous ...?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Tout à fait réveillé(e) durant la plupart de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigué(e) et irritable durant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu de la difficulté à vous lever le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retombé(e) endormi(e) le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu besoin d'aide pour vous lever le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu la sensation que vous auriez besoin de plus de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêté de respirer pour de courtes périodes durant votre sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu de la difficulté à vous endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une envie irrésistible de bouger vos jambes pendant votre sommeil, afin de soulager des sensations anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. Au cours du dernier mois, les jours de semaine, à quelle heure habituellement vous êtes-vous...**

Couché(e) le soir \_\_\_\_\_ heure(s) le soir

Levé(e) le matin \_\_\_\_\_ heure(s) le matin

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

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

**35. 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?**

Aucune → **Aller à la question 37**  
\_\_\_\_\_ jours au cours de la dernière semaine

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

\_\_\_\_\_ minutes par jour

**37. 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? Ne pas inclure la marche.**

Aucune → **Aller à la question 39**  
\_\_\_\_\_ jours au cours de la dernière semaine

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

\_\_\_\_\_ minutes par jour

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

Je n'ai pas marché pendant au moins 10 minutes à la fois  
→ **Aller à la question 41**  
\_\_\_\_\_ jours au cours de la dernière semaine

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

\_\_\_\_\_ minutes par jour

**41. Combien mesurez-vous sans chaussures?**

\_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouce(s) **OU** \_\_\_\_\_ mètres

Je ne sais pas

**42. Combien pesez-vous?**

\_\_\_\_\_ livres **OU** \_\_\_\_\_ kilogrammes

Je ne sais pas

**43. Considérez-vous que vous...?**

- Êtes trop maigre
- Êtes à peu près normal(e)
- Avez un léger surplus de poids
- Avez un surplus de poids modéré
- Avez un surplus de poids important

**44. Quelle est la circonférence de votre taille? Veuillez utiliser le ruban à mesurer inclus dans votre enveloppe.**

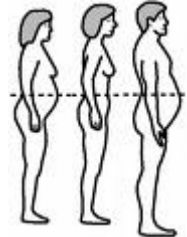
(i) Repérez le sommet de l'os de votre hanche.

(ii) Placez le ruban à mesurer autour de votre abdomen (sans vêtements) au niveau de cet os. Détendez votre abdomen et ne retenez pas votre respiration.

Assurez-vous que le ruban ne soit pas trop serré. TRUC: Pour vous faciliter la tâche, placez le ruban contre votre nombril et tenez-le de façon à ce qu'il soit parallèle au sol.

(iii) Lisez le ruban et écrivez la mesure de la circonférence de votre taille en centimètres ou en pouces.

\_\_\_\_\_ centimètres **OU** \_\_\_\_\_ pouces



**45. En général, comment évaluez-vous votre ...?**

	Excellente	Très bonne	Bonne	Assez bonne	Mauvaise
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>

**46. Est-ce que vous souffrez de l'un ou l'autre des problèmes de santé chroniques suivants qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé? Si oui, quel âge aviez-vous lorsque le problème a été diagnostiqué pour la première fois? Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments pour ce problème?**

	Non	Oui	Âge lors du diagnostic	Médicament(s) prescrit(s)
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Problème cholestérol/ problème de lipides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Cancer (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Problème de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Bronchite chronique ou emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Problème des gencives ou maladie parodontale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Trouble de l'apprentissage (dyslexie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Troubles intestinaux (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, colon irritable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Anxiété de séparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Autre trouble d'anxiété (phobie, trouble obsessionnel-compulsif, attaques de panique, anxiété généralisée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
TDAH (trouble déficit de l'attention/hyperactivité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Trouble du comportement (trouble des conduites, trouble oppositionnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maladie bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Schizophrénie, psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Problème de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Problème d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dépression post-partum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Problème de jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Autre(s) (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

**47. À quelle fréquence faites-vous les choses suivantes...?**

	Jamais	Rare-ment	Parfois	Sou-vent	Très souvent
Fumer le cigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer la pipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer des cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer des bidis (ce sont des cigarettes de l'Inde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mâcher du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer du tabac à priser (snuff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser une pipe à eau (hubble bubble, nargilé, shisha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer des boissons alcoolisées (bière, vin, liqueur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire 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"/>
Jouer à des jeux de hasard et d'argent (cartes, bingo, dés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parier de l'argent (machine à sous, loterie sportive, casino, ou paris sur Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acheter des billets de loterie (6/49, Sports Sélect, loterie instantanée, «gratteux»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer de la marijuana, du cannabis, du hashish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer une autre drogue illégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**48. A quelle fréquence avez-vous...?**

	Jam-ais	Rare-ment	Par-fois	Sou-vent	Très sou-vent
Discuté des risques/conséquences du jeu avec «participant NICO»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joué à des jeux de hasard et d'argent avec «participant NICO»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été inquiet(e) au sujet des habitudes de jeu de «participant NICO»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été inquiet(e) ou stressé(e) au sujet de votre relation avec «participant NICO»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été inquiet(e) ou stressé(e) au sujet de problèmes financiers de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49. Les énoncés suivants concernent les familles et les relations intrafamiliales. Pour chaque énoncé, veuillez indiquer quelle réponse décrit le mieux votre famille.**

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Organiser des activités familiales est compliqué parce que nous nous comprenons mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous pouvons compter l'un sur l'autre lors de moments difficiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous ne pouvons pas parler de notre tristesse aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les individus dans notre famille sont acceptés pour ce qu'ils sont réellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous évitons de discuter de nos inquiétudes et nos peurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous exprimons nos émotions aux autres membres de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans notre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous nous sentons acceptés pour qui nous sommes vraiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre des décisions est un problème pour notre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous sommes capables de prendre des décisions pour résoudre nos problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous ne nous entendons pas bien ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous nous confions l'un à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50. Les Canadiens ont des origines culturelles et raciales très variées. Quelle option parmi les suivantes décrit le mieux vos origines ainsi que celles de vos parents biologiques?**

	Vous	Votre mère biologique	Votre père biologique
Blanc(he)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chinois(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sud-Asiatique (Indien(ne) de l'Inde, Pakistanais(e), Sri Lankais(e))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noir(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latino Américain(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatique du Sud-Est (Cambodgien(ne), Indonésien(ne), Laotien(ne), Vietnamien(ne))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatique occidentale (Afghan(e), Iranien(ne))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**52. 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, un collège technique
- Études terminées dans un CÉGEP, collège communautaire, un 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) \_\_\_\_\_

**53. Présentement, quelle est votre activité principale?**

- Au travail à temps plein (35 heures par semaine ou plus)
- Au travail à temps partiel (moins de 35 heures par semaine)
- Aux études à temps plein
- Aux études à temps partiel
- À la maison
- Ne travaille pas pour des raisons de santé
- Au chômage
- Bénéficiaire de l'aide sociale
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**54. 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\$ - 124,999\$
- 125,000\$ - 149,999\$
- 150,000\$ - 249,999\$
- Plus de 250,000\$
- Je ne sais pas

**Fin des questions. Merci beaucoup!**