

# **Questionnaire En Ligne**

**(v.25Nov2011)**

## Table of Contents

Inscription (page 1 de 2) .....	3
Inscription (page 2 de 2) .....	4
Renseignements de participant .....	7
<b>DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES</b> .....	10
<b>CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES</b> .....	12
<b>ÉDUCATION</b> .....	14
<b>ÉTAT DE SANTÉ</b> .....	15
<b>SANTÉ DES HOMMES</b> .....	18
<b>SANTÉ DES FEMMES</b> .....	20
<b>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS</b> .....	25
<b>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX</b> .....	33
<b>SOMMEIL</b> .....	43
<b>LUMIÈRE DU SOLEIL</b> .....	44
<b>ALIMENTS CONSOMMÉS DANS UNE JOURNÉE ORDINAIRE</b> .....	45
<b>CONSOMMATION D'ALCOOL</b> .....	46
<b>CONSOMMATION DE TABAC</b> .....	48
<b>AUTRES TYPES DE PRODUITS DE TABAC</b> .....	51
<b>FUMÉE DE TABAC SECONDAIRE</b> .....	54
<b>QUESTIONNAIRE SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE</b> .....	56
<b>ORIGINE ETHNIQUE</b> .....	59
<b>RÉSIDENCE</b> .....	64
<b>LANGUES</b> .....	65
<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b> .....	66
<b>REVENU DU MÉNAGE</b> .....	68
<b>MÉDICAMENTS PRESCRITS</b> .....	69
<b>TOUR DE TAILLE ET HANCHES</b> .....	72

## Inscription (page 1 de 2)

Titre:

- M.
- Mme.
- Dr.
- Mlle.

Prénom\*: \_\_\_\_\_

Deuxième prénom: \_\_\_\_\_

Nom de famille\*: \_\_\_\_\_

†Sexe\*:  Homme  Femme

† Âge\*: \_\_\_\_\_

† Code postal\*: \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de nous?:

Select One...

- Journal – Article
- Journal – Annonce publicitaire
- Radio – Annonce publicitaire
- Transport en commun
- En ligne – Annonce publicitaire
- En ligne – Article
- Média sociaux
- Lieu de travail
- Membre de votre famille
- Ami(e)(s)
- Kiosque
- Lettre d'invitation
- Syndicat / organisation professionnelle
- Affiche/poster
- Centre de cancérologie
- Clinique pour ceux qui ont survécu le cancer
- Smoking Treatment for Ontario Patients (STOP)
- Autre

*À noter - Les champs marqués avec un ( † ) vont être conservés par l'Étude, seulement après que vous ayez passé en revue les modalités nécessaires à l'Étude et ce, même si vous choisissez de ne pas y participer.*

## Inscription (page 2 de 2)

Adresse électronique: \_\_\_\_\_

Veillez saisir un mot de passe composé d'au moins 6 caractères incluant au un ou plusieurs caractères spéciaux (par ex. \*!)

Mot de passe: \_\_\_\_\_

Confirmez votre mot de passe: \_\_\_\_\_

Question de sécurité

Quel est le nom de jeune fille de votre mère?

Quel est le nom de votre animal?

Dans quelle ville êtes-vous née?

À quelle école étiez-vous pour la 6ème année?

Réponse: \_\_\_\_\_

Tapez s'il vous plaît les caractères que vous voyez dans l'image:

[CAPTCHA]

\_\_\_\_\_

Modalités:

Le respect de votre vie privée est notre priorité

Pour s'assurer que la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels de tous les participants sont préservées, l'Étude sur la santé Ontario a mis en place des politiques de confidentialité spécifiques pour protéger vos renseignements personnels et définir la façon dont ceux-ci seront recueillis et utilisés, et pour déterminer les personnes qui y auront accès.

Collecte des renseignements personnels dans le cadre de l'Étude sur la santé Ontario

Tout au long de l'Étude, nous recueillerons des renseignements vous concernant, notamment les suivants :

- Renseignements démographiques, tels que votre adresse, votre sexe et votre date de naissance;
- Votre numéro de carte Santé, afin de faciliter le recoupement de vos données médicales et de votre dossier médical régulièrement actualisés. Au cours du processus de consentement, vous avez la possibilité de refuser le recoupement des données et de ne pas fournir votre numéro de carte Santé;
- Renseignements sur votre environnement et votre profession, notamment depuis combien de temps vous êtes domicilié à votre adresse actuelle;

- Renseignements sur votre régime alimentaire, notamment vos habitudes alimentaires;
- Renseignements sur la santé, la prise de mesures physiques, telles que votre poids et votre tour de taille.

On vous demandera de remplir un questionnaire en ligne

Vous pouvez ignorer les questions auxquelles vous ne voulez pas répondre et ne fournir que les renseignements que vous acceptez de divulguer dans le cadre de l'Étude sur la santé Ontario.

### **Suivi annuel**

Une fois que vous serez inscrit à l'Étude sur la santé Ontario, nous communiquerons avec vous chaque année afin d'obtenir régulièrement des renseignements sur votre santé et votre environnement. Au cours du processus de consentement, vous avez la possibilité de refuser ce suivi régulier.

### **Adresses de courriel partagées**

Vous devez détenir votre propre adresse de courriel pour vous inscrire à l'Étude sur la santé Ontario. Nous conseillons aux participants de ne pas utiliser d'adresse de courriel partagée pour participer à l'Étude, car elle constituera notre principal mode de correspondance avec vous et sera votre nom d'utilisateur dans notre système en ligne.

### **Protection de vos renseignements personnels**

Les renseignements pouvant permettre de vous identifier directement (p. ex. vos nom, adresse, numéro de carte Santé), seront conservés séparément des données que vous aurez fournies sur votre santé. Nous aurons recours à ces renseignements pour communiquer avec vous au moment des suivis prévus et du recoupement des données.

Les données recueillies qui ne permettent pas de vous identifier directement sont appelées renseignements anonymisés. Tous ces renseignements anonymisés seront codés avec un numéro d'identification de l'étude et demeureront confidentiels. Ils seront utilisés par les chercheurs pour mener des recherches approuvées par un comité d'éthique de la recherche.

### **Autres recherches**

Les chercheurs ayant obtenu l'approbation pour une étude de recherche peuvent avoir besoin de renseignements additionnels vous concernant pour leur étude. Dans ce cas, ce seront toujours les personnes chargées de mener l'Étude sur la santé Ontario qui communiqueront directement avec vous. Vous pourrez refuser de fournir ces renseignements additionnels et de participer à ces études.

## **Renseignements techniques**

Ce site recueille des renseignements globaux (« Renseignements globaux ») grâce aux journaux de serveur Web.

Les renseignements globaux sont des données standards qui reflètent le trafic Web/serveur Web, dont les habitudes de navigation des internautes. Les serveurs Web recueillent habituellement ce type de renseignements de base dans leur journal de serveur.

En plus des renseignements fournis par les visiteurs sur son site Web, l'Étude utilise des outils de surveillance Internet qui fonctionnent avec des protocoles Internet et des systèmes Web standards. Ces renseignements fournis par le système sont habituellement conservés dans des fichiers-journaux et utilisés pour recueillir des renseignements globaux. Ces derniers comprennent le nombre total de visiteurs, les sections les plus consultées, les périodes de pointe, etc. Les fichiers-journaux sont simplement des relevés des consultations conservés par les serveurs Web. Ces journaux servent à recueillir des renseignements tels que :

- Les adresses IP des fournisseurs Internet;
- Les versions des navigateurs;
- Les sites Web de renvoi;
- Les termes de recherche utilisés;
- Le nombre moyen de pages requises;
- La durée moyenne de consultation;
- Le volume total du trafic.

L'Étude sur la santé Ontario (ESO) utilise les renseignements réunis à l'issue de chaque consultation afin d'améliorer la conception de son site Web. Ces renseignements présentent un aperçu global de la façon dont les internautes utilisent le site Web afin d'améliorer la gestion des systèmes informatiques de l'ESO ainsi que les services offerts au public.

### **Vos choix**

Vous pouvez vous retirer de l'Étude sur la santé Ontario en tout temps, en communiquant avec nous au 1-866-606-0686 ou en écrivant à [info@ontariohealthstudy.ca](mailto:info@ontariohealthstudy.ca). Si vous décidez de vous retirer de l'Étude, nous ne communiquerons plus avec vous et vous ne devrez fournir aucun autre renseignement. Les données que vous aurez déjà fournies dans le cadre de l'Étude continueront d'être utilisées par les chercheurs.

### **I\_| Je reconnais avoir lu et compris la susdite déclaration.**

À noter – À présent notre système ne permet qu'un enregistrement par adresse électronique (aucun compte partagé). Ceci protège la vie privée, la confidentialité et la sécurité de l'information des participants.

## Renseignements de participant

Adresse\*: \_\_\_\_\_

Adresse d'unité: \_\_\_\_\_

Ville\*: \_\_\_\_\_

Code Postal\*: |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Numéro de téléphone\*: |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro de carte de santé: \_\_\_\_\_

**S'il vous plaît indiquer votre numéro de carte de santé sans espaces ou tirets**

**Noter** - Les domaines qui sont marqués avec un astérisque sont requis

Êtes-vous employé(e) en dehors de la maison?

- Oui -----> Plusieurs employeurs ont promu l'Étude auprès de leur personnel. Êtes-vous employé(e) dans l'une des organisations suivantes?  
 Non  
 Préfère ne pas répondre

[Sélectionnez une réponse]

- Bayshore Home Health
- Bluewater Health
- Canadian Cancer Society
- Canadian Celiac Association
- Canadian Diabetes Association
- Canadian Liver Foundation
- Canadian National Institute of the Blind
- Canadian Partnership Against Cancer
- Cancer Care Ontario
- Centre for Addiction and Mental Health
- Crohn's and Colitis Foundation of Canada
- Hearing Foundation of Canada
- Heart & Stroke Foundation
- Institute for Clinical and Evaluative Sciences
- Kidney Foundation of Canada
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion
- Ontario Institute for Cancer Research
- Ontario Lung Association
- Ottawa Hospital
- Queensway Carleton Hospital
- Samuel Lunenfeld Research Institute
- St. Joseph's Health Centre, London
- Sunnybrook Health Sciences Centre
- Toronto East General Hospital
- University Health Network
- Women's College Hospital
- Prefer not to answer
- Other-----> Please Specify: \_\_\_\_\_

**Interlocuteur à contacter si je ne peux pas être rejoint**

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom de famille: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Province/État: \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom de famille: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Province/État: \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

**Notez** - Veuillez faire connaître à ces personnes que vous participez à l'Étude sur la santé Ontario

## Instructions pour remplir ce questionnaire

Nous vous remercions de votre participation à l'Étude sur la santé Ontario! Veuillez remplir le questionnaire suivant au cours des six prochaines semaines. Afin de pouvoir répondre à toutes les questions, vous aurez besoin des renseignements suivants :

- Le numéro d'identification (DIN) de tout médicament d'ordonnance que vous prenez en ce moment
- Votre poids et votre taille actuels
- La circonférence de votre taille et de vos hanches
- L'historique de santé de vos parents, de vos frères et sœurs et de vos enfants.

Vous n'êtes pas obligé de compléter le questionnaire en une seule séance. Vous pouvez interrompre votre travail, sauvegarder ce que vous avez déjà entré et y revenir en tout temps durant les six prochaines semaines. Aucun renseignement entré ne sera perdu.

Veillez fournir une réponse à chacune des questions apparaissant à l'écran. Si vous n'êtes pas à l'aise de répondre à certaines questions, veuillez choisir l'option « Je préfère ne pas répondre ».

Si vous n'êtes pas sûr de la façon de répondre à une question, n'hésitez pas à communiquer avec nous :

Numéro sans frais au Canada : 1-866-606-0686 Par courriel, à :

[info@ontariohealthstudy.ca](mailto:info@ontariohealthstudy.ca) Pour consulter les réponses aux questions les plus courantes, visitez notre site Web, à [OntarioHealthStudy.ca/fr/faq](http://OntarioHealthStudy.ca/fr/faq)

## DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

DE01. Date de naissance:  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DE02. Quel est votre sexe?             Homme     Femme

DE03. La recherche a démontré que l'orientation sexuelle est liée à plusieurs aspects de la santé. Vous considérez-vous:

- Hétérosexuel(le)
- Homosexuel(le), c'est-à-dire lesbienne ou gai
- Bisexuel(le)
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

DE04. Vous considérez-vous comme une personne trans (transgenre, transexuelle ou avec des antécédents de transition sexuelle)?

- Oui
- Non → Passez à la question FA01
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question FA01

DE05. Quel sexe vous a-t-on assigné à la naissance?

- Masculin
- Féminin
- Indéterminé
- Préfère ne pas répondre

DE06. De quel sexe vous considérez-vous?

- Masculin ou principalement masculin
- Féminin ou principalement féminin
- Masculin et féminin
- Ni masculin, ni féminin
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

DE07. À quel sexe vous identifiez-vous dans votre vie quotidienne?

- Masculin
- Féminin
- Parfois masculin, parfois féminin
- Du troisième sexe, autre que le sexe masculin ou féminin
- Préfère ne pas répondre

DE08. Avez-vous subi l'un des traitements suivants ou l'une des opérations suivantes pour changer de sexe médicalement? (Encerchez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Hormonothérapie
- Enlèvement des poils (par électrolyse ou laser)
- Mastectomie ou reconstruction du torse (l'ablation des seins ou la construction d'un torse masculin)
- Augmentation mammaire (une opération visant à augmenter le volume des seins à l'aide d'implants)
- Hystérectomie (ablation de l'utérus)
- Ovariectomie (ablation des ovaires)
- Métoidioplastie (une opération pour libérer le clitoris)
- Phalloplastie (fabrication d'un phallus)
- Orchidectomie (ablation des testicules)
- Vaginoplastie (fabrication d'un vagin)
- Aucun traitement ou opération
- Préfère ne pas répondre

## CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES

FA01. Quel est votre statut matrimonial actuel? Veuillez choisir LE statut qui décrit le mieux votre situation actuelle.

- Marié(e) et (ou) en couple
- Divorcé(e)
- Veuf (veuve)
- Séparé(e)
- Célibataire, jamais marié(e)
- Je préfère ne pas répondre

FA02. Avez-vous des frères et soeur biologiques, y compris ceux qui sont décédés? Inclure les demi-frères et soeurs (un parent commun) mais exclure les demi-frères et soeurs par alliance ou les frères et soeurs adoptés.

- Oui
- Non → Passez à la question FA07
- Ne sais pas → Passez à la question FA07
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question FA07

FA03. Entrez s'il vous plaît dans le nombre de frères et soeurs dans les boîtes ci-dessous.(N'entrez "0" si aucun frère ou soeurs).

Frères: \_\_\_\_\_  
Sœurs: \_\_\_\_\_

FA04. Combien de vos frères et sœurs biologiques sont, ou étaient plus âgés que vous? Si vous êtes issu(e) d'une naissance multiple (p. ex., jumeaux, triplés, etc.), donnez à ces frères et sœurs le même âge que vous, peu importe l'ordre dans lequel vous êtes nés.

- nombre de frères et sœurs: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

FA05. Avez-vous un jumeau (une jumelle) ou êtes-vous issu(e) d'une naissance multiple? Les naissances multiples comprennent les jumeaux, les triplés, les quadruplés, les quintuplés, les sextuplés, etc.

- Oui
- Non → Passez à la question FA07
- Ne sais pas → Passez à la question FA07
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question FA07

FA06. Si vous avez un jumeau (une jumelle) ou si vous êtes issu(e) d'une naissance multiple, veuillez choisir le type de naissance dont vous êtes issu(e):

- Identical twin
- Non-identical twin
- Triplet
- Four or more
- Don't know
- Prefer not to answer

- Vrais jumeaux
- Faux jumeaux
- Triplés
- Quadruplés ou plus
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

FA07. Avez-vous été adopté(e)?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## ÉDUCATION

EL01. Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous ayez complété?

- Primaire
- Secondaire
- Enseignement technique ou professionnel, formation en apprentissage ou CÉGEP technique
- Diplôme d'un collège communautaire, CÉGEP préuniversitaire ou certificat non universitaire
- Certificat universitaire inférieur au baccalauréat
- Baccalauréat
- Diplôme d'études supérieures (M. Sc., M.B.A., M.D., Ph. D., etc.)
- Aucun → Passez à la question HS01
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question HS01

EL02. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez complété ce niveau d'éducation?

- Âge lorsque vous avez terminé ce niveau d'études: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## ÉTAT DE SANTÉ

HS01. Comment qualifieriez-vous votre santé en général?

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Acceptable
- Médiocre
- Je préfère ne pas répondre

HS02. Êtes-vous habituellement libre de douleur ou d'inconfort?

- Oui → Passez à la question HS05
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question HS05

HS03. Comment décririez-vous l'intensité habituelle de votre douleur ou de votre inconfort?

- Légère
- Modérée
- Grave
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS04. Combien d'activités votre douleur ou votre inconfort vous empêche-t-il de pratiquer?

- Aucune
- Quelques-unes
- Certaines
- La plupart
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS05. Quand avez-vous eu votre dernier examen médical de routine effectué par un médecin ou une infirmière?

Un examen médical de routine est un examen physique qui comprend habituellement au moins une mesure de la pression sanguine et la mesure du poids et de la taille.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS06. Quand avez-vous eu votre dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, comme un dentiste ou un hygiéniste dentaire?

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

HS07. Quel énoncé parmi les suivants décrit le mieux votre capacité auditive?

- Vous n'avez aucun problème à entendre
- Vous avez de la difficulté à entendre
- Vous ne pouvez pas entendre
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS08. Comment décririez-vous votre vision, en portant des verres ou des lentilles correctrices si vous en utilisez?

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS09. À quelle fréquence allez-vous habituellement à la selle?

- 1 fois par semaine ou moins
- Entre 2 et 4 fois par semaine
- Entre 5 et 6 fois par semaine
- 1 fois par jour
- 2 fois par jour
- 3 fois ou plus par jour
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS10. Quand avez-vous eu un test de recherche du sang occulte dans les selles ou TSOFF pour la dernière fois?

Un test de recherche du sang occulte dans les selles ou TSOFF consiste à prélever, au moyen d'un bâtonnet ou d'une petite brosse, un petit échantillon de selles sur une carte spéciale afin de vérifier s'il contient du sang. L'échantillon est habituellement prélevé à la maison, deux ou trois jours de suite.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais → Passez à la question HS12
- Ne sais pas → Passez à la question HS07
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question HS12

HS11. Si vous avez subi un TSOFF, quelle en a été la raison? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Antécédents familiaux de cancer colorectal
- Bilan de santé/examen de dépistage de routine
- Signes ou symptômes inquiétants
- Suivi du traitement pour un cancer colorectal
- Autre
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS12. À quand remonte votre dernière colonoscopie?

Une coloscopie est un examen qui consiste à insérer un long tube dans le côlon pour l'examiner sur toute sa longueur. Un sédatif est généralement administré avant l'intervention.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS13. À quand remonte votre dernière sigmoïdoscopie?

Une sigmoïdoscopie est un examen qui consiste à insérer un tube souple dans le rectum et la partie inférieure du gros intestin pour rechercher les signes d'un cancer ou d'autres problèmes. L'intervention ne requiert généralement pas l'administration d'un sédatif.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**Les participants qui cochent "Jamais", "Ne sais pas" ou "Je préfère ne pas répondre" lorsqu'ils répondent à la question HS07 ET la question HS08 ne seront pas demandés de répondre aux questions suivantes (HS12 & HS13).**

HS14. Vous a-t-on déjà enlevé un polype au côlon?

Un polype est une croissance anormale des tissus.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HS15. Si vous avez subi une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie, quelle en a été la raison ?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Antécédents familiaux de cancer colorectal
- Bilan de santé/examen de dépistage de routine
- Signes ou symptômes inquiétants
- Suivi du traitement pour un cancer colorectal
- Suivi après un TSO
- Autre
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**SI VOUS ÊTES UNE FEMME, PASSEZ À LA QUESTION WH1**

## SANTÉ DES HOMMES

MH01. Quand avez-vous eu votre dernier test sanguin de l'APS?

Un test APS est un test sanguin spécifique prescrit par un médecin pour dépister le cancer de la prostate.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais → Passez à la question MH03
- Ne sais pas → Passez à la question MH03
- Je préfère ne pas répondre

MH02. Si vous avez subi un test sanguin de l'APS, quelle en a été la raison? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Antécédents familiaux de cancer de la prostate
- Bilan de santé/examen de dépistage de routine
- Signes ou symptômes inquiétants
- Suivi d'un traitement pour le cancer de la prostate
- Autre
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

MH03. De combien d'enfants êtes-vous le père biologique (naissances vivantes seulement)?

- Nombre d'enfants: \_\_\_\_\_
- Aucun
  - Ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre

MH04. Avez-vous adopté un ou plusieurs enfants?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

MH05. Un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué des problèmes de fertilité?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

MH06. Avez-vous eu une relation sexuelle avec une femme au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre

MH07. Avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

**SI VOUS ÊTES UN HOMME, PASSEZ À LA QUESTION PM01**

## SANTÉ DES FEMMES

WH01. À quel âge vos menstruations ont-elles débuté?

- Âge lors des premières règles: \_\_\_\_\_
- N'ai jamais eu de règles
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH02. Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs hormonaux pour une raison quelconque? Les contraceptifs hormonaux comprennent les pilules contraceptives, les implants, les timbres, les injections et les anneaux contraceptifs ou les dispositifs intra-utérins qui libèrent des hormones femelles.

- Oui
- Non → Passez à la question WH05
- Ne sais pas → Passez à la question WH05
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH05

WH03. À quel âge avez-vous commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux?

- Âge auquel vous avez commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH04. Au total, depuis combien d'années ou de mois avez-vous utilisé ou utilisez-vous des contraceptifs hormonaux? Additionnez toutes les années ou tous les mois pendant lesquels vous avez utilisé des contraceptifs, même si vous avez arrêté et recommencé à plusieurs reprises.

- Années **OU**  Mois: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH05. Combien de fois avez-vous été enceinte, y compris les naissances vivantes, les mortinaissances, les fausses couches et les avortements thérapeutiques?

- Nombre de grossesses: \_\_\_\_\_
- N'ai jamais été enceinte → Passez à la question WH12
- Ne sais pas → Passez à la question WH12
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH12

WH06. À quel âge êtes-vous tombé enceinte pour la première fois?

- Âge lors de la première grossesse: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH07. Êtes-vous enceinte actuellement?

- Oui -----> À quelle semaine de grossesse êtes-vous? \_\_\_\_\_
- Non
- Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

WH08. Combien de vos grossesses ont atteint la 20e semaine ou plus? Veuillez inclure toutes les grossesses, peu importe l'issue?

- Nombre de grossesses: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH09. À combien d'enfants avez-vous donné naissance, considérant les naissances vivantes uniquement?

- Nombre de naissances vivantes: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Prefer not to answer

WH10. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été enceinte pour la dernière fois?

- Âge lors de la dernière grossesse: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH11. Au total, pendant combien de mois avez-vous allaité votre (vos) enfant(s)? Pensez à tous les enfants que vous avez allaités et à la durée totale de l'allaitement en mois. Additionnez ensuite le nombre de mois pendant lesquels vous avez allaité chaque enfant. Si vous n'avez jamais allaité, inscrivez « 0 ».

- Mois: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH12. Avez-vous déjà suivi un traitement hormonal de fertilité pour vous aider à tomber enceinte?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH13. Avez-vous eu une relation sexuelle avec une femme au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre

WH14. Avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre

WH15. Avez-vous eu votre ménopause, c'est-à-dire que vos menstruations ont cessé depuis au moins un an et n'ont pas recommencé?

- Oui, ménopause naturelle
- Oui, autres raisons (chirurgie, chimiothérapie, médicaments)
- Non → Passez à la question WH17
- Ne sais pas → Passez à la question WH17
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH17

WH16. À quel âge vos menstruations ont-elles cessé pendant au moins un an sans qu'elles réapparaissent?

- Âge auquel vous avez cessé d'avoir vos règles: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH17. Avez-vous déjà eu recours à une hormonothérapie substitutive (THS) pour une raison quelconque?

L'hormonothérapie substitutive comprend la progestérone et (ou) l'œstrogène. Cela inclut toutes les formes de timbres, anneaux, crèmes et autres formes topiques prescrits par un médecin. Cela exclut le traitement hormonal thyroïdien et les contraceptifs hormonaux ainsi que les traitements « naturels » en vente libre..

- Oui
- Non → Passez à la question WH21
- Ne sais pas → Passez à la question WH21
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH21

WH18. Si vous avez suivi une hormonothérapie substitutive, quel type d'hormonothérapie substitutive avez-vous utilisé le plus?

- Œstrogène et progestérone
- Œstrogène seulement (p. ex., Premarin, Estrace)
- Progestérone seulement (p. ex., Prometrium, Provera)
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH19. À quel âge avez-vous commencé à utiliser une hormonothérapie substitutive?

- Âge auquel vous avez commencé à utiliser une hormonothérapie substitutive: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH20. Au total, depuis combien d'années ou de mois avez-vous utilisé ou utilisez-vous une hormonothérapie substitutive? Additionnez toutes les années ou tous les mois pendant lesquels vous avez utilisé une hormonothérapie substitutive, même si vous avez arrêté et recommencé de l'utiliser plusieurs fois.

- Années **OU**  Mois: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH21. Avez-vous subi une hystérectomie (une opération qui consiste à enlever l'utérus)?

- Oui
- Non → Passez à la question WH23
- Ne sais pas → Passez à la question WH23
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH23

WH22. À quel âge avez-vous subi votre hystérectomie?

- Âge lors de l'hystérectomie: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH23. Avez-vous subi une opération pour vous enlever les ovaires?

- Oui
- Non → Passez à la question WH27
- Ne sais pas → Passez à la question WH27
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH27

WH24. Vous a-t-on enlevé un seul ovaire ou les deux?

- Les deux
- Un seul → Passez à la question WH26
- Ne sais pas → Passez à la question WH26
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH26

WH25. Vos deux ovaires ont-ils été enlevés en même temps?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH26. À quel âge avez-vous subi la dernière intervention chirurgicale visant à vous enlever un ou des ovaires?

- Âge lors de la dernière intervention chirurgicale: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH27. Avez-vous subi une ligature des trompes?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH28. Quand avez-vous eu une mammographie pour la dernière fois?

Une mammographie est un examen de dépistage du cancer du sein qui consiste à exposer les seins à une faible dose de rayons X dans un appareil qui presse et aplatit le sein.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais → Passez à la question WH30
- Ne sais pas → Passez à la question WH30
- Je préfère ne pas répondre

WH29. Si vous avez subi une mammographie, quelle en a été la raison? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Antécédents familiaux de cancer du sein
- Bilan de santé/examen de dépistage de routine
- Signes ou symptômes inquiétants
- Suivi d'un traitement pour le cancer du sein
- Autre
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WH30. Quand avez-vous eu un test de Pap ou frottis cervical pour la dernière fois?

Un test de Pap (parfois appelé frottis cervical) est un test réalisé par un médecin ou une infirmière qui consiste à prélever un échantillon de cellules au niveau du col de l'utérus.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS

PM01. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une ou plusieurs des maladies suivantes?

### Pression sanguine élevée (hypertension)

(sauf pendant la grossesse)

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | <input type="checkbox"/> Âge au moment du premier diagnostic: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |                                                                     |

### Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | <input type="checkbox"/> Âge au moment du premier diagnostic: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |                                                                     |

### Accident vasculaire cérébral (AVC)

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | <input type="checkbox"/> Âge au moment du premier diagnostic: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |                                                                     |

### Asthme

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | <input type="checkbox"/> Âge au moment du premier diagnostic: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |                                                                     |

### Maladie pulmonaire obstructive chronique

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | <input type="checkbox"/> Âge au moment du premier diagnostic: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |                                                                     |

### Dépression majeure

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | <input type="checkbox"/> Âge au moment du premier diagnostic: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |                                                                     |

### Trouble anxieux

- |                                                     |                                                            |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | <input type="checkbox"/> Âge au premier diagnostic : _____ |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas                    |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas             | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre        |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |                                                            |

### Toxicomanie

- |                                         |                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->     | <input type="checkbox"/> Âge au premier diagnostic : _____ |
| <input type="checkbox"/> Non            | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas                    |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre        |

Je préfère ne pas répondre

Taux élevé de sucre ou de glucose dans le sang

Oui ----->  Âge au premier diagnostic : \_\_\_\_\_  
 Non  Je ne sais pas  
 Je ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Diabète

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Quel **type** de diabète s'agissait-il?

Diabète gestationnel uniquement  
 Diabète de type 1  
 Diabète de type 2  
 Ne sais pas  
 Je préfère ne pas répondre

Cirrhose du foie

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Hépatite chronique

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Maladie de Crohn

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Colite ulcéreuse

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Syndrome du côlon irritable

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Eczéma

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

#### Lupus

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

#### Psoriasis

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

#### Sclérose en plaques

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

#### Ostéoporose

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

#### Arthrite

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

Si « oui », de quel type d'arthrite s'agissait-il?

Polyarthrite rhumatoïde  
 Arthrose  
 D'autre (spécifiez s'il vous plaît): \_\_\_\_\_  
 Ne sais pas  
 Je préfère ne pas répondre

#### Maladie rénale

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Non  Ne sais pas  
 Ne sais pas  Je préfère ne pas répondre  
 Je préfère ne pas répondre

#### Maladies du coeur

Oui ----->  Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_

- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Taux élevé de cholestérol

- Oui ----->
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

- Âge au premier diagnostic : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Migraine

- Oui ----->
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

- Âge au premier diagnostic : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Apnée du sommeil

- Oui ----->
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

- Âge au premier diagnostic : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

PM02. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) d'un cancer ou d'une tumeur maligne?

- Oui
- Non → Passez à la question PM04
- Ne sais pas → Passez à la question PM04
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question PM04

PM03. De quel type de cancer s'agissait-il et quel âge aviez-vous lorsqu'il a été diagnostiqué pour la première fois?

Si vous avez eu plus d'un cancer, veuillez sélectionner chaque cancer séparément.

**Premier type de cancer**

Choisissez celui:

- Vessie
- Cerveau
- Sein
- Col de l'utérus
- Côlon
- Œsophage
- Rein
- Larynx
- Leucémie
- Foie
- Poumon et bronches
- Lymphome
- Lymphome non hodgkinien
- Ovaire
- Pancréas

- Prostate
- Rectum
- Peau
- Estomac
- Thyroïde
- Trachée
- Utérus
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre
- D'autre (spécifiez s'il vous plaît) : \_\_\_\_\_

Ce qui était votre âge quand ce cancer a été d'abord diagnostiqué?

- Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Avez-vous reçu un traitement pour ce cancer?

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | De quel type de traitement s'agissait-il? (Sélectionnez             |
| <input type="checkbox"/> Non                        | TOUTES les réponses qui s'appliquent).                              |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie                             |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> Radiothérapie                              |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Chirurgie                                  |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
|                                                     | <input type="checkbox"/> D'autre: (spécifiez s'il vous plaît) _____ |

### Type du deuxième cancer

Non applicable. Je n'ai pas été diagnostiqué avec plus qu'un cancer. → Passez à la question PM04

Choisissez celui:

- Vessie
- Cerveau
- Sein
- Col de l'utérus
- Côlon
- Œsophage
- Rein
- Larynx
- Leucémie
- Foie
- Poumon et bronches
- Lymphome
- Lymphome non hodgkinien
- Ovaire
- Pancréas

- Prostate
- Rectum
- Peau
- Estomac
- Thyroïde
- Trachée
- Utérus
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre
- D'autre (spécifiez s'il vous plaît) : \_\_\_\_\_

Ce qui était votre âge quand ce cancer a été d'abord diagnostiqué?

- Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Avez-vous reçu un traitement pour ce cancer?

- |                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | De quel type de traitement s'agissait-il? (Sélectionnez             |
| <input type="checkbox"/> Non                        | TOUTES les réponses qui s'appliquent).                              |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie                             |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> Radiothérapie                              |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Chirurgie                                  |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                 |
|                                                     | <input type="checkbox"/> D'autre: (spécifiez s'il vous plaît) _____ |

### Type du troisième cancer

Non applicable. Je n'ai pas été diagnostiqué avec plus de deux cancers. → Passez à la question PM04

Choisissez celui:

- Vessie
- Cerveau
- Sein
- Col de l'utérus
- Côlon
- Œsophage
- Rein
- Larynx
- Leucémie
- Foie
- Poumon et bronches
- Lymphome
- Lymphome non hodgkinien
- Ovaire
- Pancréas

- Prostate
- Rectum
- Peau
- Estomac
- Thyroïde
- Trachée
- Utérus
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre
- D'autre (spécifiez s'il vous plaît) : \_\_\_\_\_

Ce qui était votre âge quand ce cancer a été d'abord diagnostiqué?

- Âge au moment du premier diagnostic: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Avez-vous reçu un traitement pour ce cancer?

- |                                                     |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | De quel type de traitement s'agissait-il? (Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent). |
| <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie                                                        |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | <input type="checkbox"/> Radiothérapie                                                         |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> Chirurgie                                                             |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                                                           |
|                                                     | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre                                            |
|                                                     | <input type="checkbox"/> D'autre: (spécifiez s'il vous plaît) _____                            |

PM04 Êtes-vous atteint(e) ou avez-vous déjà été atteint(e) d'autres maladies chroniques?

- |                                                     |                                                  |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui ----->                 | Veillez énumérer ces affections de longue durée. |
| <input type="checkbox"/> Non                        | 1: _____                                         |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                | 2: _____                                         |
| <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | 3: _____                                         |

PM05. Avez-vous reçu un diagnostic d'une condition d'intersexualité reconnue médicalement?

- Oui
- Non → Passez à la question FM01
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question FM01

PM06. Avez-vous reçu un diagnostic de l'une des conditions suivantes?

- Syndrome de Klinefelter (chromosomes XXY)
- Syndrome de Turner (chromosomes XO)
- Syndrome de l'insensibilité totale aux androgènes
- Hyperplasie congénitale des surrénales
- Autre condition d'intersexualité, précisez s'il-vous-plaît: \_\_\_\_\_
- Aucune de ces conditions
- Préfère ne pas répondre



## **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX**

Pour vos antécédents médicaux familiaux, veuillez inclure **UNIQUEMENT** les membres immédiats de votre famille biologique, c'est-à-dire votre mère, votre père, vos enfants, vos frères et sœurs et vos demi-frères et sœurs. N'incluez pas les parents par mariage, les frères et sœurs par alliance, les parents d'adoption, les enfants de votre conjoint(e) ou les enfants adoptés. Bien que la description de votre situation familiale soit importante, si vous ne connaissez pas la réponse, veuillez cocher « Je ne sais pas » et passez à la prochaine question.

FM01. Est-ce que vos parents par le sang du premier degré se sont vu diagnostiquer une ou plusieurs des affections médicales de longue durée suivantes par un médecin?

- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- AVC
- Diabète
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Tension artérielle élevée
- Asthme
- Dépression majeure
- Cirrhose du foie
- Hépatite chronique
- Maladie de Crohn
- Colite ulcéreuse
- Syndrome du côlon irritable
- Eczéma
- Lupus
- Psoriasis
- Sclérose en plaques
- Ostéoporose
- Arthrite
- Maladie rénale
- Maladies du coeur
- Démence

Oui

Non → Passez à la question FM08

Ne sais pas → Passez à la question FM08

Je préfère ne pas répondre → Passez à la question FM08

FM02. Avec lesquelles des affections médicales suivantes votre mère s'est vue diagnostiquer?

	Oui	Non	Ne sais pas	Je préfère ne pas répondre
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie pulmonaire obstructive chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression majeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome du côlon irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FM03. Avec lesquelles des affections médicales suivantes votre père s'est vu diagnostiquer?

	Oui	Non	Ne sais pas	Je préfère ne pas répondre
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie pulmonaire obstructive chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression majeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome du côlon irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Les hommes qui cochent “Aucun” lorsqu’ils répondent à la question MH03 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante. Les femmes qui cochent “Aucun” lorsqu’ils répondent à la question WH09 ne seront pas demandées de répondre à la question suivante.**

FM04. Vos enfants se sont-ils vus diagnostiquer une ou plusieurs affection médicale de longue durée?

- Oui
- Non → Passez à la question FM06
- Ne sais pas → Passez à la question FM06
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question FM06

**Les participants qui cochent “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FA02 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante.**

FM05. Vos frères et soeurs se sont-ils vus diagnostiquer une ou plusieurs affection médicale de longue durée?

- Oui
- Non → Passez à la question FM08
- Ne sais pas → Passez à la question FM08
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question FM08

**Les participants qui cochent “Aucun” lorsqu’ils répondent à la question MH03 OU “Aucun” lorsqu’ils répondent à la question WH09 OU “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FM04 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante.**

FM06. Lequel des affections médicales de longue durée suivants a été diagnostiqué à vos enfants? Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent. # d'enfants

- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- AVC
- Diabète
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Tension artérielle élevée
- Asthme
- Dépression majeure
- Cirrhose du foie
- Hépatite chronique
- Maladie de Crohn
- Colite ulcéreuse
- Syndrome du côlon irritable
- Eczéma
- Lupus
- Psoriasis
- Sclérose en plaques
- Ostéoporose
- Arthrite
- Maladie rénale
- Maladies du coeur

Démence

**Les participants qui cochent “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FA02 OU “Non”, “Ne sais pas” or “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FM05 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante.**

FM07. Lequel des affections médicales de longue durée suivantes a été diagnostiqué à votre frères et soeurs? Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent. # de frères et soeurs

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

AVC

Diabète

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Tension artérielle élevée

Asthme

Dépression majeure

Cirrhose du foie

Hépatite chronique

Maladie de Crohn

Colite ulcéreuse

Syndrome du côlon irritable

Eczéma

Lupus

Psoriasis

Sclérose en plaques

Ostéoporose

Arthrite

Maladie rénale

Maladies du coeur

Démence

FM08. Est-ce que l'un des membres de votre famille biologique immédiate, incluant votre mère, votre père, vos enfants, vos frères et sœurs et vos demi-frères et sœurs ont déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui

Non → Passez à la question SP01

Ne sais pas → Passez à la question SP01

Je préfère ne pas répondre → Passez à la question SP01

FM09. Votre mère biologique a-t-elle déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui

Non

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

FM10. Votre père biologique a-t-il déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui

Non

- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**Les participants qui cochent “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FA02 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante.**

FM11. Certains de vos frères et sœurs biologiques ont-ils déjà reçu un diagnostic de cancer?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**Les hommes qui cochent “Aucun” lorsqu’ils répondent à la question MH03 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante. Les femmes qui cochent “Aucun” lorsqu’ils répondent à la question WH09 ne seront pas demandées de répondre à la question suivante.**

FM12. Certains de vos enfants biologiques ont-ils déjà reçu un diagnostic de cancer?

- Oui
- Non → Passez à la question SP01
- Ne sais pas → Passez à la question SP01
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question SP01

**Les participants qui cochent “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FM10 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante.**

FM13. Pour lesquels des types de cancer suivants votre père a-t-il été diagnostiqué? Sélectionnez TOUTES les réponses qui s’appliquent.

- Vessie
- Cerveau
- Sein
- Côlon
- Œsophage
- Rein
- Larynx
- Leucémie
- Foie
- Poumon et bronches
- Lymphome
- Lymphome non hodgkinien
- Pancréas
- Prostate
- Rectum
- Peau
- Estomac
- Thyroïde
- Trachée

- D'autre; Spécifiez: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**Les participants qui cochent “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FM09 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante.**

FM14. Pour lesquels des types de cancer suivants votre mère a-t-elle été diagnostiquée? Sélectionnez TOUTES les réponses qui s’appliquent.

- Vessie
- Cerveau
- Sein
- Col de l’utérus
- Côlon
- Œsophage
- Rein
- Larynx
- Leucémie
- Foie
- Poumon et bronches
- Lymphome
- Lymphome non hodgkinien
- Ovaire
- Pancréas
- Rectum
- Peau
- Estomac
- Thyroïde
- Trachée
- Utérus
- Autre, précisez: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**Les participants qui cochent “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FA02 OU “Non”, “Ne sais pas” ou “Je préfère ne pas répondre” lorsqu’ils répondent à la question FM11 ne seront pas demandés de répondre à la question suivante.**

FM15. Lequel des types de cancer suivants a été diagnostiqué à votre frères et sœurs? Sélectionnez TOUTES les réponses qui s’appliquent.

Indiquez s’il vous plaît combien de vos frères et sœurs biologiques ont été diagnostiqués avec les types de cancer énumérés ci-dessous.

- Vessie

- # de frères et sœurs biologiques: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre

Cerveau

Sein

Col de l'utérus

Côlon

Œsophage

Rein

Larynx

Leucémie

Foie

Poumon et bronches

Lymphome

Lymphome non hodgkinien

Ovaire

Pancréas

Prostate

Rectum

Peau

Estomac

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs

biologiques: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

# de frères et sœurs



- Lymphome non hodgkinien
- Ovaire
- Pancréas
- Prostate
- Rectum
- Peau
- Estomac
- Thyroïde
- Trachée
- Utérus
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre
- D'autre, spécifier

- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- # d'enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre

## SOMMEIL

SP01. Combien d'heures par jour dormez-vous en moyenne, incluant les siestes? Un jour correspond à une période de 24 heures. Veuillez penser à la durée totale de sommeil ininterrompu.

Heures: \_\_\_\_\_ **ET** Minutes: \_\_\_\_\_

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

SP02. Avez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e)?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Tout le temps

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

SP03. En moyenne, quelle quantité de lumière pénètre dans votre chambre pendant que vous dormez?

Pratiquement aucune

Un peu

Beaucoup

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

## LUMIÈRE DU SOLEIL

SU01. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous utilisé de l'équipement de bronzage artificiel, comme un lit de bronzage, une lampe solaire ou une lampe de bronzage, pour une raison quelconque, y compris des raisons médicales?

- Jamais
- Entre 1 et 4 fois
- Entre 5 et 9 fois
- Entre 10 et 14 fois
- Entre 15 et 19 fois
- Entre 20 et 24 fois
- 25 fois ou plus
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

SU02. Après avoir passé plusieurs mois sans vous être exposé au soleil, si vous vous exposiez au soleil au milieu de la journée pendant l'été sans porter d'écran solaire ou de vêtements protecteurs pendant une heure, comment réagirait votre peau? Si vous ne vous exposez jamais au soleil, tâchez d'imaginer ce qui arriverait à votre peau si vous vous y exposiez.

- Un coup de soleil grave, avec cloques
- Un coup de soleil douloureux pendant quelques jours et la peau qui pèle ensuite
- Un léger coup de soleil et la peau qui bronze ensuite
- Peau bronzée sans coup de soleil
- Aucun changement
- Autre
- Je préfère ne pas répondre

SU03. Quelle est la couleur naturelle de vos cheveux? Si vous avez maintenant les cheveux gris, veuillez indiquer la couleur de vos cheveux avant qu'ils ne deviennent gris. Choisissez UNE seule couleur.

- Blond
- Roux
- Brun clair
- Brun foncé
- Noir
- Je préfère ne pas répondre

SU04. Quelle est la couleur naturelle de vos yeux? Choisissez UNE seule couleur

- Ambre
- Bleu
- Brun
- Gris
- Vert
- Noisette
- Je préfère ne pas répondre

## **ALIMENTS CONSOMMÉS DANS UNE JOURNÉE ORDINAIRE**

Les questions qui suivent portent sur les aliments que vous consommez dans une journée ordinaire. Étant donné que l'alimentation est un domaine très important, nous allons nous y intéresser davantage dans le futur. Aujourd'hui, nous nous contenterons de poser quelques questions fondamentales.

FC01. Dans une journée ordinaire, combien de portions de légumes mangez-vous au total? Une portion de légumes frais, congelés, en conserve ou cuits équivaut à environ 1/2 tasse ou 125 ml.

- Le nombre de portions/ le jour: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

FC02. Dans une journée ordinaire, combien de portions de fruits (n'incluant pas les jus de fruits) mangez-vous au total? Une portion équivaut à environ 1/2 tasse ou 125 ml de fruits frais, congelés ou en conserve.

- Le nombre de portions/ le jour: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

FC03. Dans une journée ordinaire, combien de portions de jus de fruits ou de légumes purs à 100 % consommez-vous au total?

Les mélanges de jus de fruits et légumes sont compris, mais non les boissons ou les cocktails de fruits. Une portion de jus de fruits ou de légumes équivaut à environ 1/2 tasse ou 125 ml.

- Le nombre de portions/ le jour: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## CONSOMMATION D'ALCOOL

AU01. Avez-vous déjà consommé de l'alcool?

- Oui
- Non → Passez à la question TU01
- Ne sais pas → Passez à la question TU01
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question TU01

AU02. Au cours de la dernière année, quelle a été votre consommation approximative d'alcool?

- Entre 6 et 7 fois par semaine
- Entre 4 et 5 fois par semaine
- Entre 2 et 3 fois par semaine
- Une fois par semaine
- Entre 2 et 3 fois par mois → Hommes: Passez à la question AU05; Femmes: Passez à la question AU06
- Environ une fois par mois → Hommes: Passez à la question AU05; Femmes: Passez à la question AU06
- Moins d'une fois par mois → Hommes: Passez à la question AU05; Femmes: Passez à la question AU06
- Jamais → Passez à la question TU01
- Ne sais pas → Passez à la question TU01
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question TU01

AU03. En moyenne, combien de verres d'alcool consommez-vous au cours d'une semaine ordinaire?

Un verre standard équivaut à un verre de vin ou de breuvage à base de vin (142 ml, 5 onces), à une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière pression (341 ml, 12 onces), à un verre d'alcool sec ou mélangé contenant 1,5 onces (43 ml) de spiritueux.

### Vin rouge

- Verre(s) par semaine: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Vin blanc

- Verre(s) par semaine: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Bière

- Verre(s) par semaine: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Liqueur/spiritueux

- Verre(s) par semaine: \_\_\_\_\_

- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Autres alcools

- Verre(s) par semaine: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

AU04. Pendant une semaine ordinaire, consommez-vous de l'alcool surtout la fin de semaine (ou les jours de repos)?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

**HOMMES SEULEMENT. SI VOUS ÊTES UNE FEMME, PASSEZ À LA QUESTION AU06**

AU05. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins cinq verres d'alcool lors d'une même rencontre ou occasion?

- Entre 6 et 7 fois par semaine
- Entre 4 et 5 fois par semaine
- Entre 2 et 3 fois par semaine
- Une fois par semaine
- Entre 2 et 3 fois par mois
- Environ une fois par mois
- Entre 6 et 11 fois par an
- Entre 1 et 5 fois par an
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**FEMMES SEULEMENT. SI VOUS ÊTES UN HOMME, PASSEZ À LA QUESTION TU01**

AU06. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins quatre verres d'alcool lors d'une même rencontre ou occasion?

- Entre 6 et 7 fois par semaine
- Entre 4 et 5 fois par semaine
- Entre 2 et 3 fois par semaine
- Une fois par semaine
- Entre 2 et 3 fois par mois
- Environ une fois par mois
- Entre 6 et 11 fois par an
- Entre 1 et 5 fois par an
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## CONSOMMATION DE TABAC

Cette section porte sur le tabac. Les premières questions concernent la CONSOMMATION DE CIGARETTES. Le terme « cigarette » désigne les cigarettes achetées toutes faites et celles que vous roulez vous-même. N'incluez pas les cigares, les cigarillos ou la pipe lorsque vous répondez à ces premières questions sur les cigarettes.

TU01. Au cours de votre vie, avez-vous fumé au moins 100 cigarettes? (entre 4 et 5 paquets)

Oui → Passez à la question TU03

Non

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

TU02. Avez-vous déjà fumé une cigarette entière?

Oui

Non → Passez à la question TU16

Ne sais pas → Passez à la question TU16

Je préfère ne pas répondre → Passez à la question TU16

TU03. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière?

Âge: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

TU04. À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, occasionnellement ou jamais?

Chaque jour (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours)

Occasionnellement (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours) → Passez à la question TU09

Jamais (vous n'avez pas du tout fumé au cours des 30 derniers jours) → Passez à la question TU11

Je préfère ne pas répondre → Passez à la question TU11

TU05. À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes chaque jour?

Âge: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

TU06. Combien de cigarettes fumez-vous par jour présentement?

Entre 1 et 5 cigarettes

Entre 6 et 10 cigarettes

Entre 11 et 15 cigarettes

Entre 16 et 20 cigarettes

Entre 21 et 25 cigarettes

26 cigarettes ou plus ----->Combien? \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

TU07. Au total, pendant combien d'années avez-vous fumé chaque jour?

- Années: \_\_\_\_\_  
 Je préfère ne pas répondre

TU08. Au cours des années où vous avez fumé quotidiennement, combien de cigarettes fumiez-vous généralement chaque jour? (Si vos habitudes de consommation de tabac ont changé au fil des ans, indiquez le nombre moyen de cigarettes fumées par jour qui vous paraît le plus proche de la réalité.)

- Entre 1 et 5 cigarettes  
 Entre 6 et 10 cigarettes  
 Entre 11 et 15 cigarettes  
 Entre 16 et 20 cigarettes  
 Entre 21 et 25 cigarettes  
 26 cigarettes ou plus ----->Combien? \_\_\_\_\_  
 Je préfère ne pas répondre

-----> 

<b>Si vous fumez <u>chaque jour</u> actuellement, PASSEZ À LA QUESTION TU16</b>
---------------------------------------------------------------------------------

TU09. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé au moins une cigarette?

- Entre 1 et 5 jours  
 Entre 6 et 10 jours  
 Entre 11 et 20 jours  
 Entre 21 et 29 jours  
 Je préfère ne pas répondre

TU10. Les jours où vous avez fumé, combien de cigarettes fumiez-vous généralement?

- Entre 1 et 5 cigarettes  
 Entre 6 et 10 cigarettes  
 Entre 11 et 15 cigarettes  
 Entre 16 et 20 cigarettes  
 Entre 21 et 25 cigarettes  
 26 cigarettes ou plus  
 Je préfère ne pas répondre

TU11. Avez-vous déjà fumé des cigarettes quotidiennement? (Au moins une cigarette par jour pendant 30 jours consécutifs)

- Oui  
 Non → Passez à la question TU16  
 Ne sais pas → Passez à la question TU16  
 Je préfère ne pas répondre → Passez à la question TU16

TU12. À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement?

- Âge: \_\_\_\_\_  
 Je préfère ne pas répondre

TU13. Les jours où vous avez fumé quotidiennement, combien de cigarettes fumiez-vous généralement chaque jour?

- Entre 1 et 5 cigarettes
- Entre 6 et 10 cigarettes
- Entre 11 et 15 cigarettes
- Entre 16 et 20 cigarettes
- Entre 21 et 25 cigarettes
- 26 cigarettes ou plus ----->Combien? \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre

TU14. Au total, pendant combien d'années avez-vous fumé quotidiennement?

- Années: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre

TU15. Quand avez-vous cessé de fumer des cigarettes quotidiennement?

- Il y a moins d'un an
- Il y a entre 1 et 2 ans
- Il y a entre 3 et 5 ans
- Il y a plus de 5 ans
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## **AUTRES TYPES DE PRODUITS DE TABAC**

TU16. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé d'autres types de produits du tabac régulièrement pendant une période d'au moins six mois?

- Oui
- Non → Passez à la question ET01
- Ne sais pas → Passez à la question ET01
- Je préfère ne pas répondre → Passez à la question ET01

TU17. Quels autres types de produits, parmi ceux énumérés ci-dessous, avez-vous déjà utilisés régulièrement et pendant une période d'au moins six mois?

### Cigares

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Petits cigares (cigarillos)

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Pipes de tabac

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Tabac à mâcher ou à priser

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Timbres de nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

### Gomme à la nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Noix d'arec

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Paan

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Narquilé (Shisha)

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Autre

- Oui -----> \_\_\_\_\_
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

TU18. Utilisez-vous actuellement un ou plusieurs des autres types de produits énumérés ci-dessous?

Cigares

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Petits cigares (cigarillos)

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Pipes de tabac

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Tabac à mâcher ou à priser

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Timbres de nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Gomme à la nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Noix d'arec

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Paan

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Narquilé (Shisha)

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Autre, précisez

- Oui -----> \_\_\_\_\_
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## FUMÉE DE TABAC SECONDAIRE

ET01. Jusqu'à l'âge de 18 ans, pendant combien d'années avez-vous vécu avec une personne qui fumait des cigarettes, des cigares ou la pipe à l'intérieur de votre maison?

- Années: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

ET02. À l'âge adulte, c'est-à-dire à compter de 18 ans jusqu'à présent, pendant combien d'années avez-vous vécu avec une personne qui fumait des cigarettes, des cigares ou la pipe à l'intérieur de votre maison?

- Années: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

ET03. À la maison, à quelle fréquence êtes-vous généralement exposé(e) à la fumée de tabac des autres?

- Tous les jours
- Pratiquement tous les jours
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

ET04. Dans le cadre de vos loisirs pratiqués à l'extérieur de votre résidence, à quelle fréquence êtes-vous généralement exposé(e) à la fumée de tabac des autres?

- Tous les jours
- Pratiquement tous les jours
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

ET05. À l'âge adulte, c'est-à-dire à compter de 18 ans jusqu'à présent, combien d'années avez-vous régulièrement travaillé dans un environnement où d'autres personnes fumaient des cigarettes, des cigares ou la pipe en votre présence?

- Années: \_\_\_\_\_
- Aucun
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

ET06. Au travail, à quelle fréquence êtes-vous généralement exposé(e) à la fumée de tabac des autres?

- Tous les jours
- Pratiquement tous les jours
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## QUESTIONNAIRE SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Nous sommes intéressés à obtenir plus de renseignements à propos des divers types d'activités physiques pratiquées par la population dans le cadre d'activités quotidiennes. Les questions qui vous seront posées portent sur les moments où vous avez été actif physiquement au cours des sept derniers jours. Veuillez répondre à chacune des questions, même si vous ne vous considérez pas comme une personne active. Pensez aux activités que vous effectuez au travail, au cours de tâches domestiques dans la maison ou sur votre terrain, durant vos déplacements d'un endroit à l'autre, ainsi que dans votre temps libre, qu'il s'agisse d'activités récréatives, d'exercice ou de la pratique d'un sport.

Pensez à toutes les activités physiques intenses que vous avez pratiquées au cours des sept derniers jours. Les activités physiques intenses désignent des activités qui demandent un grand effort physique et qui vous font respirer beaucoup plus fort qu'à l'habitude. Considérez seulement les activités physiques qui ont duré au moins dix minutes d'affilée.

PA01. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques intenses comme soulever des objets lourds, creuser, faire des exercices d'aérobie ou faire du vélo de façon énergique?

| jours par semaine: \_\_\_\_\_

| Aucune activité physique vigoureuse → Passez à la question PA03

| Je préfère ne pas répondre → Passez à la question PA03

PA02. Quand vous avez fait des activités physiques intenses au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne?

| Heures par jour: \_\_\_\_\_ **ET** Minutes par jour: \_\_\_\_\_

| Ne sais pas/ne suis pas sûr(e)

| Je préfère ne pas répondre

Pensez à toutes les activités exigeant un effort modéré que vous avez accomplies au cours des 7 derniers jours. Les activités modérées sont les activités qui requièrent un effort physique modéré et qui vous font respirer un peu plus fort qu'à l'habitude. Considérez seulement les activités physiques qui ont duré au moins dix minutes d'affilée

PA03. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques modérées, comme transporter des objets assez légers, faire du vélo à un rythme modéré ou jouer au tennis en double? N'incluez pas la marche.

| jours par semaine: \_\_\_\_\_

| Aucune activité physique vigoureuse → Passez à la question PA05

| Je préfère ne pas répondre → Passez à la question PA05

PA04. Quand vous avez fait des activités physiques modérées au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne?

| Heures par jour: \_\_\_\_\_ **ET** Minutes par jour: \_\_\_\_\_

| Ne sais pas/ne suis pas sûr(e)

| Je préfère ne pas répondre

Réfléchissez au temps que vous avez passé à marcher au cours des 7 derniers jours. Ce temps inclut la marche au travail et à la maison, la marche pour se déplacer d'un endroit à un autre ou la marche que vous pratiquez à des fins ludiques, sportives, récréatives ou à titre d'exercice.

PA05. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes à la fois?

| jours par semaine: \_\_\_\_\_

| Aucune marche → Passez à la question PA07

| Je préfère ne pas répondre → Passez à la question PA07

PA06. En moyenne, combien de temps consacrez-vous à la marche lors d'une de ces journées?

| Heures par jour: \_\_\_\_\_ **ET** Minutes par jour: \_\_\_\_\_

| Ne sais pas/ne suis pas sûr(e)

Je préfère ne pas répondre

Les dernières questions portent sur le temps que vous êtes resté(e) assis(e) les jours de la semaine et la fin de semaine au cours des 7 derniers jours. Ce temps inclut le temps passé au travail et à la maison et celui consacré aux devoirs et aux activités récréatives. Ce temps peut inclure le temps assis devant un bureau, chez des amis, à lire ou le temps assis ou étendu devant la télévision.

PA07. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis pendant un jour de semaine?

Heures par jour: \_\_\_\_\_ **ET** Minutes par jour: \_\_\_\_\_

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

PA08. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis pendant un jour de fin semaine?

Heures par jour: \_\_\_\_\_ **ET** Minutes par jour: \_\_\_\_\_

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

## ORIGINE ETHNIQUE

EB01. Quelle est votre origine ethnique? Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- Autochtone** (p. ex. Première Nation, Métis, Inuit)
- Arabe** (p. ex. originaire de l'Égypte, de l'Iraq, de la Jordanie, du Liban)
- Noir** (originaire de l'Afrique ou des Caraïbes)
- Chinois**
- Philippin**
- Japonais**
- Juif**
- Coréen**
- Latino-Américain / Hispanique**
- Asie du Sud** (p. ex. originaire de l'Inde, du Sri Lanka, du Pakistan, du Bangladesh)
- Asie du Sud-Est** (p. ex. originaire de la Malaisie, de l'Indonésie, du Vietnam, du Cambodge, du Laos)
- Asie de l'Ouest** (p. ex. originaire de la Turquie, de l'Iran, de l'Afghanistan)
- Blanc** (originaire de l'Europe)
- Autre groupe ethnique** (non énuméré ci-dessus)
- Je ne sais pas**
- Je préfère ne pas répondre**

EB02. Quelle est l'origine ethnique de votre mère biologique? Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- Autochtone** (p. ex. Première Nation, Métis, Inuit)
- Arabe** (p. ex. originaire de l'Égypte, de l'Iraq, de la Jordanie, du Liban)
- Noir** (originaire de l'Afrique ou des Caraïbes)
- Chinois**
- Philippin**
- Japonais**
- Juif**
- Coréen**
- Latino-Américain / Hispanique**
- Asie du Sud** (p. ex. originaire de l'Inde, du Sri Lanka, du Pakistan, du Bangladesh)
- Asie du Sud-Est** (p. ex. originaire de la Malaisie, de l'Indonésie, du Vietnam, du Cambodge, du Laos)
- Asie de l'Ouest** (p. ex. originaire de la Turquie, de l'Iran, de l'Afghanistan)
- Blanc** (originaire de l'Europe)
- Autre groupe ethnique** (non énuméré ci-dessus)
- Je ne sais pas**
- Je préfère ne pas répondre**

EB03. Quelle est l'origine ethnique de votre père biologique? Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- Autochtone** (p. ex. Première Nation, Métis, Inuit)
- Arabe** (p. ex. originaire de l'Égypte, de l'Iraq, de la Jordanie, du Liban)
- Noir** (originaire de l'Afrique ou des Caraïbes)
- Chinois**
- Philippin**
- Japonais**
- Juif**
- Coréen**
- Latino-Américain / Hispanique**

- Asie du Sud** (p. ex. originaire de l'Inde, du Sri Lanka, du Pakistan, du Bangladesh)
- Asie du Sud-Est** (p. ex. originaire de la Malaisie, de l'Indonésie, du Vietnam, du Cambodge, du Laos)
- Asie de l'Ouest** (p. ex. originaire de la Turquie, de l'Iran, de l'Afghanistan)
- Blanc** (originaire de l'Europe)
- Autre groupe ethnique** (non énuméré ci-dessus)
- Je ne sais pas**
- Je préfère ne pas répondre**

EB04. Dans quel pays vous, vos parents et vos grands-parents biologiques êtes-vous nés?  
Veuillez cocher UNE seule réponse par personne.

Moi

[Sélectionnez une réponse]

- Canada
- Chine
- France
- Allemagne
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays ----->Nom de Pays: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Mère

[Sélectionnez une réponse]

- Canada
- Chine
- France
- Allemagne
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée

- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays ----->Nom de Pays: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

#### Père

[Sélectionnez une réponse]

- Canada
- Chine
- France
- Allemagne
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays ----->Nom de Pays: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

#### Mère de la mère

[Sélectionnez une réponse]

- Canada
- Chine
- France
- Allemagne
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée

- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays ----->Nom de Pays: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Mère du père

[Sélectionnez une réponse]

- Canada
- Chine
- France
- Allemagne
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays ----->Nom de Pays: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Père de la mère

[Sélectionnez une réponse]

- Canada
- Chine
- France
- Allemagne
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée

- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays ----->Nom de Pays: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

Père du père

[Sélectionnez une réponse]

- Canada
- Chine
- France
- Allemagne
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays ----->Nom de Pays: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**SI VOUS ÊTES NÉ(E) AU CANADA, PASSEZ À LA QUESTION RE01**

EB05. À quel âge êtes-vous venu(e) la première fois au Canada pour y vivre?

- Âge lorsque vous êtes arrivé(e) au Canada pour y vivre: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## RÉSIDENCE

RE01. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre dans la résidence où vous habitez actuellement?

- Âge auquel vous avez commencé à vivre dans votre lieu de résidence actuel: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

RE02. Est-ce que la résidence dans laquelle vous vivez actuellement est-celle dans laquelle vous avez vécu le plus longtemps, tout au long de votre vie jusqu'à aujourd'hui?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## LANGUES

LS01. Quelle est la langue que vous avez apprise en premier à la maison, dans votre enfance, et que vous comprenez encore? Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent si plus d'une langue a été apprise en même temps.

- |                                                  |                                                          |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anglais                 | <input type="checkbox"/> Espagnol                        |
| <input type="checkbox"/> Italien                 | <input type="checkbox"/> Finnois                         |
| <input type="checkbox"/> Français                | <input type="checkbox"/> Suédois                         |
| <input type="checkbox"/> Coréen                  | <input type="checkbox"/> Gaélique                        |
| <input type="checkbox"/> Arabe                   | <input type="checkbox"/> Tagalog/Philippin               |
| <input type="checkbox"/> Mandarin                | <input type="checkbox"/> Allemand                        |
| <input type="checkbox"/> Langue(s) autochtone(s) | <input type="checkbox"/> Tamoul                          |
| <input type="checkbox"/> Norvégien               | <input type="checkbox"/> Grec                            |
| <input type="checkbox"/> Bengali                 | <input type="checkbox"/> Ukrainien                       |
| <input type="checkbox"/> Polonais                | <input type="checkbox"/> Hindi                           |
| <input type="checkbox"/> Cantonais               | <input type="checkbox"/> Urdu                            |
| <input type="checkbox"/> Portugais               | <input type="checkbox"/> Hongrois                        |
| <input type="checkbox"/> Danois                  | <input type="checkbox"/> Vietnamien                      |
| <input type="checkbox"/> Punjabi                 | <input type="checkbox"/> Islandais                       |
| <input type="checkbox"/> Néerlandais             | <input type="checkbox"/> Gallois                         |
| <input type="checkbox"/> Russe                   | <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser: _____ |
| <input type="checkbox"/> Farsi/Perse             | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre      |

## SITUATION PROFESSIONNELLE

WS01. Lesquels des énoncés suivants décrivent le mieux votre situation d'emploi actuelle?

Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

« Temps plein » signifie 30 heures ou plus par semaine. « Temps partiel » signifie moins de 30 heures par semaine.

- Employé(e)/travailleur(-euse) autonome à temps plein
- Employé(e)/travailleur(-euse) autonome à temps partiel

- Retraité(e)
- S'occupe de la maison et (ou) de la famille
- Incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une invalidité
- Sans emploi
- Effectue un travail non salarié ou bénévole
- Étudiant(e)
- Je préfère ne pas répondre

PASSEZ À LA  
QUESTION WS07

WS02. Quel est le titre de votre emploi principal actuel, c'est-à-dire l'emploi pour lequel vous travaillez le plus d'heures? Donnez une description aussi complète que possible (p. ex., commis de bureau, ouvrier en usine, technicien en foresterie)

- \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WS03. Dans quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service travaillez-vous?

- \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WS04. À quel âge avez-vous commencé à occuper votre poste actuel?

- Âge auquel vous avez commencé à occuper votre poste actuel: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WS05. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail pour l'emploi que vous occupez actuellement?

Quart de nuit signifie du travail effectué aux petites heures du matin, après minuit. Quart de soir signifie du travail effectué en soirée ou avant minuit.

Sélectionnez UNE seule réponse

- Horaire ou quart de jour ordinaire
- Quart de soir ordinaire
- Quart de nuit ordinaire
- Quart rotatif, qui alterne entre jours et soirs ou nuits
- Quart fractionné, soit au moins deux périodes distinctes par jour
- Horaire irrégulier ou sur appel
- Autre, précisez: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre

WS06. Votre emploi actuel est-il celui que vous avez occupé le plus longtemps (le plus grand nombre d'années)?

Oui → Passez à la question HI01

Non

Je préfère ne pas répondre

WS07. Quel était le titre du poste principal que vous avez occupé le plus longtemps, c'est-à-dire celui pour lequel vous avez travaillé le plus d'heures?

Indiquez les postes que vous occupiez lorsque vous étiez employé par quelqu'un d'autre ou à titre de travailleur(-euse) autonome. Donnez une description aussi complète que possible (p. ex., commis de bureau, ouvrier en usine, technicien en foresterie).

\_\_\_\_\_

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

WS08. Dans quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service avez-vous travaillé le plus longtemps (le plus grand nombre d'années)?

\_\_\_\_\_

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

WS09. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail pour l'emploi que vous avez occupé le plus longtemps? Quart de nuit signifie du travail effectué aux petites heures du matin, après minuit. Quart de soir signifie du travail effectué en soirée ou avant minuit.

Sélectionnez UNE seule réponse.

Horaire ou quart de jour ordinaire

Quart de soir ordinaire

Quart de nuit ordinaire

Quart rotatif, qui alterne entre jours et soirs ou nuits

Quart fractionné, soit au moins deux périodes distinctes par jour

Horaire irrégulier ou sur appel

Autre, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

## REVENU DU MÉNAGE

La section qui suit porte sur le revenu de votre ménage. Nous sommes conscients que cette information est de nature confidentielle, mais cette question est importante parce qu'elle permet de déterminer si les participants à l'étude viennent d'horizons variés.

HI01. Quel a été le revenu total approximatif de votre ménage (toutes sources confondues) avant impôts l'année dernière? Veuillez inclure le revenu total incluant des salaires, des retraites et des prestations.

- Moins de 10 000 \$
- Entre 10 000 \$ et 24 999 \$
- Entre 25 000 \$ et 49 999 \$
- Entre 50 000 \$ et 74 999 \$
- Entre 75 000 \$ et 99 999 \$
- Entre 100 000 \$ et 149 999 \$
- Entre 150 000 \$ et 199 999 \$
- 200 000 \$ ou plus
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HI02. Combien de personnes vivent de ce revenu, incluant le soutien de tout enfant, parent ou autres personnes qui habitent sous votre toit ou dans un autre domicile?

- Nombre de Personnes: \_\_\_\_\_
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

HI03. Combien d'adultes (âgés de 18 ans ou plus) y compris vous-même habitent actuellement sous votre toit?

- Nombre de Adultes: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre

HI04. Combien d'enfants (âgés de moins de 18 ans) habitent actuellement sous votre toit?

- Nombre de Enfants: \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre

## **MÉDICAMENTS PRESCRITS**

ME01. Prenez-vous actuellement un ou plusieurs médicaments prescrits par un médecin et remis par un pharmacien? Les médicaments d'ordonnance peuvent comprendre des médicaments comme l'insuline, les timbres de nicotine, les méthodes de contraception (pilules, timbres ou injections) et les autres traitements hormonaux.

Oui

Non → Passez à la question AM01

Ne sais pas → Passez à la question AM01

Je préfère ne pas répondre → Passez à la question AM01

Veuillez indiquer le nom et le numéro d'identification du médicament (DIN) de chaque médicament prescrit que vous prenez actuellement.

Le DIN est un numéro à 8 chiffres qui devrait être imprimé sur l'étiquette que le pharmacien appose sur le contenant. Il ne s'agit PAS du numéro de l'ordonnance. Le DIN n'est pas requis pour remplir cette section du questionnaire. Si votre médicament sur ordonnance n'a pas de DIN, entrez seulement le nom du médicament.

<b>Médicament</b>	<b>Nom du médicament</b>	<b>Numéro d'identification du médicament (DIN)</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

--	--	--

## MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

AM01. Selon vous, êtes-vous gaucher, droitier ou ambidextre?

Une personne ambidextre est capable d'utiliser les deux mains avec la même dextérité.

Gaucher

Droitier

Ambidextre

Je préfère ne pas répondre

AM02. Êtes-vous capable de vous tenir debout sans assistance?

Oui

Non → Passez à la question EQ01

Je préfère ne pas répondre → Passez à la question EQ01

Dans cette partie du questionnaire, nous vous demandons de bien vouloir mesurer votre taille et vos votre poids.

AM03. Combien pèsez-vous?

\_\_\_\_\_lbs

AM04. Combien mesurez-vous?

\_\_\_\_\_Pieds      \_\_\_\_\_Pouces

## TOUR DE TAILLE ET HANCHES

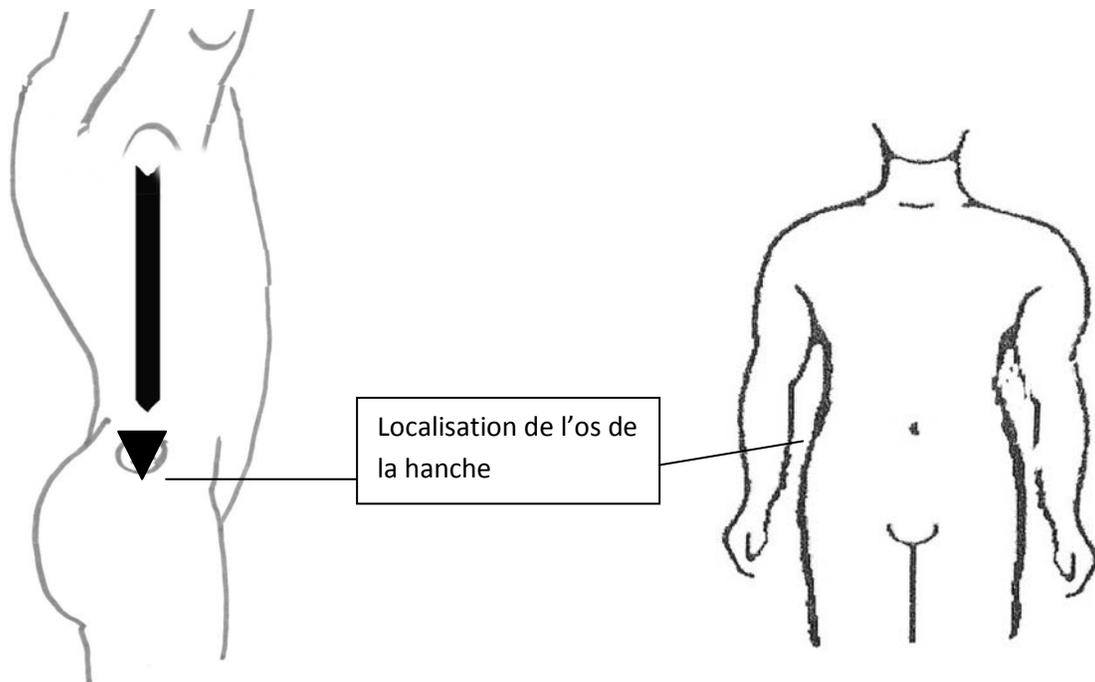
Si vous n'avez pas de ruban à mesurer à portée de la main, vous pouvez utiliser une ficelle ou un ruban et une règle pour mesurer la circonférence de votre taille et de vos hanches. Si vous ne pouvez pas fournir ces mesures ou que vous ne souhaitez pas le faire, cochez « Je ne sais pas » ou « Je préfère ne pas répondre » et passez à la section suivante.

Idéalement, prenez la prochaine série de mesures idéalement sans vêtements ou avec des sous-vêtements amples.

1. Tenez-vous devant un miroir pour vous aider à bien positionner le ruban à mesurer.
2. Tirez suffisamment sur le ruban pour qu'il ne glisse pas, mais sans qu'il marque la peau;
3. Inscrivez la mesure en pouces (ou en centimètres).

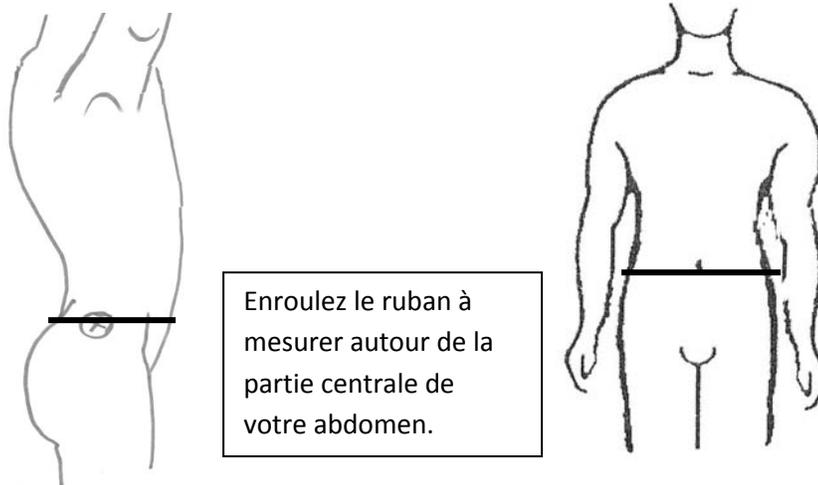
### Tour de taille

Cette mesure se prend à un endroit précis le long de votre côté. Pour trouver cet endroit, il vous suffit de placer votre pouce sous votre aisselle et de le descendre ensuite en ligne droite jusqu'à ce que vous rencontriez l'os de la hanche (voir le diagramme)



- À l'aide du miroir, alignez le bord inférieur du ruban avec le haut de vos hanches des deux côtés du corps.

**Conseil :** Un fois que vous l'aurez situé, il peut être utile de marquer le sommet de vos hanches avec un stylo afin de vous aider à bien placer le ruban.



- Regardez dans le miroir et faites un tour sur vous-même pour vous assurer que le ruban est à la même hauteur tout autour et qu'il n'est pas tordu. Détendez-vous et prenez deux respirations normales. Après la deuxième respiration, resserrez doucement le ruban autour de votre taille. Prenez la mesure, **MÊME S'IL NE S'AGIT PAS DE VOTRE TOUR DE TAILLE HABITUEL.**
- Notez la mesure en arrondissant au pouce (ou au centimètre) le plus près.

Mesure

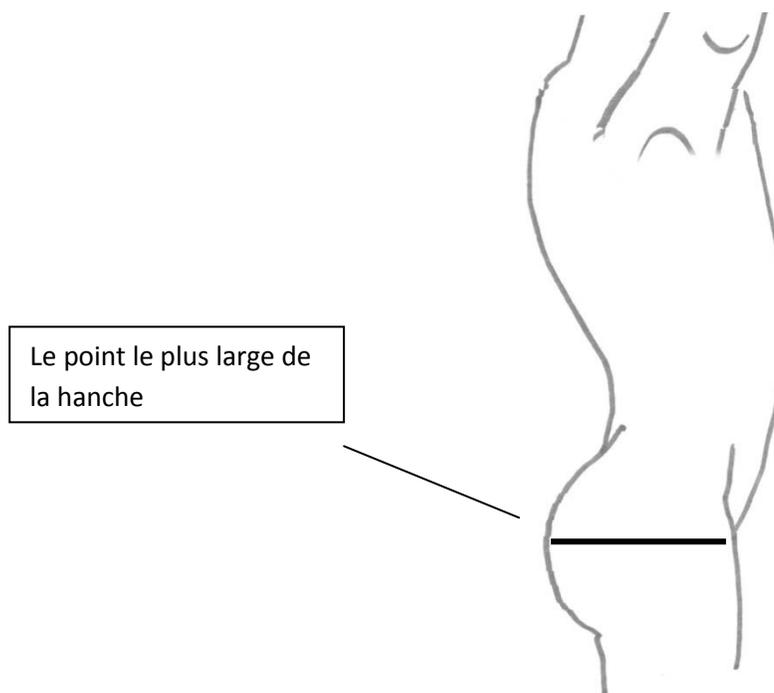
- Pouces -----> \_\_\_\_\_ Pouces  
 Centimètres -----> \_\_\_\_\_ Centimètres  
 Je préfère ne pas répondre



## Hanches

Tenez-vous de profil devant un miroir, les pieds écartés à la même distance que les épaules.

Cherchez le point le plus large de vos fesses et placez le ruban à mesurer à cet endroit.



- À présent, faites un tour complet sur vous-même devant le miroir pour vous assurer que le ruban à mesurer est au même niveau tout autour de votre corps. Procédez au mesurage.
- Notez la taille de vos fesses en arrondissant au pouce (ou au centimètre) le plus près.

Mesure

- Pouces -----> \_\_\_\_\_ Pouces  
 Centimètres -----> \_\_\_\_\_ Centimètres  
 Je préfère ne pas répondre

**S'il vous plaît, aidez-nous à améliorer l'expérience des participants en répondant aux quatre questions suivantes.**

EQ01. Où avez-vous rempli le questionnaire? Selectionnez une ou plusieurs réponses parmi les suivantes:

- Domicile / bureau à domicile
- Lieu de travail
- École
- Domicile d'un ami
- Bibliothèque publique
- Café Internet
- D'autre: (spécifiez S'il vous plaît): \_\_\_\_\_

EQ02. Indiquez en bas si vous êtes d'accord avec la déclaration suivant: J'ai trouvé la questionnaire facile à remplir.

- Totalemment d'accord
- D'accord
- Sans opinion
- En désaccord
- Totalemment en désaccord

EQ03. À quelle fréquence seriez-vous disposé à compléter d'autres questionnaires de longueur semblable à celui-ci?

- Tous les trois mois
- Tous les six mois
- Tous les douze mois
- Jamais

EQ04. Nous allons faire le suivi avec les participants qui ont consenté afin de leur demander à compléter des questionnaires additionnels au sujet de la depression et de la santé mentale, de l'alimentation, du stress, de leurs parcours professionnel, de l'activité physique, et autres. Est-ce qu'il y a d'autres aspects de votre santé dont vous pensez qu'il serait important de nous faire part?

---

---

---

---

---

---

---

---

