

# Habitudes et comportements divers avec un impact sur la nutrition ou sur l'activité physique

## Introduction

---

Les questions qui suivent portent sur vos expériences pendant votre enfance ainsi que sur vos éventuelles habitudes et comportements dans la vie adulte.

Certaines questions peuvent vous paraître personnelles mais ne vous découragez pas, toutes les informations demandées sont très importantes pour les projets scientifiques des chercheurs.

Nous souhaiterions également attirer votre attention sur le fait que certaines parties du questionnaire portent sur les 12 derniers mois, tandis que d'autres portent sur la situation en général. Aussi, il est important de respecter le cadre temporel pour chaque partie.

Les informations recueillies grâce à ce questionnaire nous aideront à améliorer le suivi des événements de santé physique et mentale dans la cohorte NutriNet-Santé et ainsi améliorer les recherches concernant ces événements en lien avec la nutrition ou avec l'activité physique.

Rappelez-vous :

- Toutes vos informations sont protégées et strictement confidentielles.
- Utilisez les boutons Précédent et Suivant pour changer de page.
- Une fois le questionnaire totalement rempli, n'oubliez pas de le « Valider définitivement ». Attention, vous ne pourrez alors plus modifier ce questionnaire.

Bon remplissage et merci de votre participation !

## Partie 1 : Généralités

---

### Êtes-vous né(e) en France métropolitaine, en France d'outre-mer ou dans un pays étranger ?

France métropolitaine

France d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane, Mayotte)

Pays d'Europe (hors la France)

Pays d'Afrique

Pays d'Amérique du Nord

Pays d'Amérique du Sud ou Amérique centrale

Pays d'Asie

Pays d'Océanie (hors Hawaii)

### En quelle année êtes-vous arrivé(e) en France ?

Je n'ai jamais vécu en France

En

### Le français est-il votre langue maternelle ?

Oui  Non

### D'une manière générale, quel est votre niveau d'activité physique ou de sédentarité pendant vos heures de travail (en présentiel ou en distanciel) ?

Principalement sédentaire (je travaille sur ordinateur / écran, je suis étudiant(e), ...)

Principalement avec un effort physique, je bouge beaucoup, je suis en mouvement, ...

Je suis retraité(e)

Autre

Veillez préciser :

### Avez-vous déjà divorcé ?

Oui  Non

**Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre ménage / famille, financièrement...**

Je suis à l'aise

Ça va

C'est juste

J'y arrive difficilement

Je ne peux pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation)

**Comment estimez-vous votre état de santé en général ?**

Très bon  Bon  Assez bon  Mauvais  Très mauvais

**Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?**

Oui  Non

**Le(s)quel(s) ?**

Trouble cardio-vasculaire (arythmie, tachycardie, hypertension, ...)

Cancer (quelle que soit la localisation)

Diabète (quel que soit le type)

Insuffisance rénale ou autre maladie rénale chronique

VIH ou autre trouble de l'immunité

Trouble psychiatrique (dépression, anxiété, ...)

Trouble neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, migraine, ...)

Maladie hépatique sévère (cirrhose, NASH, hépatite, ...)

Trouble du sommeil (insomnie, troubles du rythme circadien, ...)

Trouble gastro-intestinal (dyspepsie fonctionnelle, syndrome du côlon irritable, hypersensibilité au reflux, ...)

Trouble respiratoire (insuffisance respiratoire, asthme, bronchite chronique, ...)

Trouble musculo-squelettique ou ostéoarticulaire

Handicap physique

Trouble gynécologique

Syndrome post-Covid 19

Autre

Veillez préciser :

**En général, comment qualifieriez-vous la qualité de votre régime alimentaire ?**

Excellente  Très bonne  Bonne  Acceptable  Mauvaise

**[La partie suivante porte sur la situation pendant votre enfance.](#)**

**AVANT VOS 18 ANS...**

**L'un de vos parents a-t-il eu un grave problème de santé ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**L'un de vos parents est-il décédé ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**Lorsque vous étiez enfant ou adolescent(e), avez-vous vécu avec une personne que vous considérez comme assez gros buveur ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**Votre famille a-t-elle eu de graves problèmes d'argent ?**

Oui  Non  Je ne me souviens pas

**Quelqu'un a-t-il cherché à vous dénigrer, vous dévaloriser, ou se moquer de vous de manière insistante, blessante (par exemple à l'école) ?**

Oui  Non  Je ne me souviens pas

**Avez-vous souffert d'un grave manque d'affection ?**

Oui  Non  Je ne me souviens pas

## Partie 2 : Alimentation

---

La partie suivante porte sur vos habitudes alimentaires des 12 derniers mois. Pour chaque question, merci de choisir la réponse qui correspond le mieux à vos habitudes alimentaires des 12 derniers mois. Certaines personnes ont parfois du mal à contrôler la quantité de nourriture qu'elles peuvent manger, par exemple :

- les aliments sucrés comme les glaces ou les crèmes glacées, le chocolat, les beignets, les biscuits, les gâteaux et les bonbons ;
- les féculents comme le pain, le pain de mie, les sandwichs, les pâtes et le riz ;
- les aliments salés comme les chips, les bretzels et les biscuits apéritifs ;
- les aliments gras comme le steak, les charcuteries, le bacon, les hamburgers, les cheeseburgers, les fromages, les pizzas et les frites ;
- les boissons sucrées comme le soda, la limonade, le jus de fruit et les boissons énergisantes.

Pour les questions suivantes, l'expression « CERTAINS ALIMENTS » sera utilisée. Dans ce cas, merci de penser à **TOUT** aliment ou boisson indiqué(e) dans la liste ci-dessous ou à **TOUT AUTRE(S)** aliment(s) qui vous a (ont) posé un problème au cours des 12 derniers mois.

**J'ai mangé jusqu'au point de me sentir « mal » physiquement.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**J'ai passé beaucoup de temps à me sentir endormi(e) ou fatigué(e) après avoir trop mangé.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**J'ai évité certaines activités au travail, à l'école ou certaines activités sociales par peur de trop manger dans ces situations.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**Lorsque j'ai diminué ou arrêté ma consommation de certains aliments et que je me suis senti(e) irritable, stressé(e) ou triste, j'ai mangé ces aliments pour me sentir mieux.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine

- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**Mon comportement vis-à-vis de la nourriture et de l'alimentation a été source de souffrance.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**J'ai eu beaucoup de problèmes à cause de la nourriture et de l'alimentation, comme par exemple des problèmes pour gérer le quotidien, des problèmes au travail, à l'école, avec la famille ou encore des problèmes de santé.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**Mon alimentation excessive m'a empêché(e) de faire des choses importantes et/ou de m'occuper correctement de ma famille ou de faire des tâches ménagères.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**J'ai continué à manger le(s) même(s) type(s) d'aliment(s) ou la même quantité de nourriture bien que cela ait été source de problèmes psychologiques, émotionnels et/ou physiques.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Tous les jours

**J'ai eu besoin de manger de plus en plus pour avoir le même effet qu'avant, comme par exemple avoir moins de stress, avoir moins de tristesse ou avoir plus de plaisir.**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine

4 à 6 fois par semaine  
Tous les jours

**J'ai eu des envies si fortes pour certains aliments que je ne pouvais plus penser à autre chose.**

Jamais  
Moins d'une fois par mois  
Une fois par mois  
2 à 3 fois par mois  
Une fois par semaine  
2 à 3 fois par semaine  
4 à 6 fois par semaine  
Tous les jours

**J'ai essayé mais n'ai pas réussi à diminuer ou à arrêter de manger certains aliments.**

Jamais  
Moins d'une fois par mois  
Une fois par mois  
2 à 3 fois par mois  
Une fois par semaine  
2 à 3 fois par semaine  
4 à 6 fois par semaine  
Tous les jours

**En mangeant, il m'est arrivé d'être tellement inattentif (inattentive) que j'aurai pu être blessé(e) (par exemple en conduisant une voiture, en traversant la rue ou en utilisant une machine ou un instrument dangereux).**

Jamais  
Moins d'une fois par mois  
Une fois par mois  
2 à 3 fois par mois  
Une fois par semaine  
2 à 3 fois par semaine  
4 à 6 fois par semaine  
Tous les jours

**Mes amis et ma famille ont été inquiets de la quantité de nourriture que je pouvais manger.**

Jamais  
Moins d'une fois par mois  
Une fois par mois  
2 à 3 fois par mois  
Une fois par semaine  
2 à 3 fois par semaine  
4 à 6 fois par semaine  
Tous les jours

**Merci de choisir TOUS les aliments pour lesquels vous avez eu des difficultés à en contrôler la consommation.**

Glaces/Crèmes glacées  
Chocolat  
Pommes  
Beignets  
Brocolis  
Biscuits  
Gâteaux  
Bonbons  
Pain

Pain de mie  
Sandwichs  
Laitues  
Pâtes  
Fraises  
Riz  
Chips  
Bretzels  
Biscuits apéritifs  
Carottes  
Steak  
Charcuteries  
Bananes  
Bacon  
Hamburgers  
Cheeseburgers  
Fromages  
Pizzas  
Frites  
Sodas  
Pâte à tartiner  
Non concerné(e)  
Autre

Veillez préciser :

**Connaissez-vous l'existence d'applications pour smartphone, permettant de contrôler la quantité de nourriture consommée? ⓘ**

Oui  Non

**Utilisez-vous une ou plusieurs de ces applications ?**

Oui  Non

**Laquelle/lesquelles utilisez-vous ?**

Sugar Smart (ou toute autre application pour réduire la consommation de sucre, telles que SuggarLess ; Sugar 7 Day Sugar-Free Detox ; Calorie Counter – MyFitnessPal ; etc.)

Calendrier de dépendance à la nourriture

Autre

Veillez préciser :

**Quelle est, selon vous, l'utilité principale de ces applications ?**

Diminuer la consommation de certains aliments

Maigrir

Améliorer la qualité de son alimentation

Améliorer la santé

Uniquement pour le divertissement

Autre

Veillez préciser :

**Partie 3 : Caféine**

---

La partie suivante porte sur votre consommation de boissons contenant de la caféine au cours des 12 derniers mois.

Quelle est la fréquence de votre consommation de boissons dites énergisantes (energy drinks) ?



- Aucune
- Moins de 1 portion par semaine
- 1 à 3 portions par semaine
- 4 à 6 portions par semaine
- 1 à 2 portions par jour
- Plus de 3 portions par jour

Buvez-vous des boissons dites énergisantes (energy drinks) avec de l'alcool ?

Oui  Non

Quelle est la fréquence de votre consommation d'autres boissons contenant de la caféine ?

**Café espresso**



- Aucune
- Moins de 1 portion par semaine
- 1 à 3 portions par semaine

4 à 6 portions par semaine

1 à 2 portions par jour

Plus de 3 portions par jour

**Café « filtre » ou café long dosettes**



- Aucune
- Moins de 1 portion par semaine
- 1 à 3 portions par semaine

4 à 6 portions par semaine

1 à 2 portions par jour

Plus de 3 portions par jour

**Café soluble reconstitué prêt à boire**



- Aucune
- Moins de 1 portion par semaine
- 1 à 3 portions par semaine

4 à 6 portions par semaine

1 à 2 portions par jour

Plus de 3 portions par jour

**Thé noir**



- Aucune
- Moins de 1 portion par semaine
- 1 à 3 portions par semaine

4 à 6 portions par semaine

1 à 2 portions par jour

Plus de 3 portions par jour

**Soda au cola (sucré, non sucré, light/diet)**



i

- Aucune
- Moins de 1 portion par semaine
- 1 à 3 portions par semaine
- 4 à 6 portions par semaine
- 1 à 2 portions par jour
- Plus de 3 portions par jour

**Prenez-vous des compléments alimentaires pour la perte de poids ?**

Non

Non, mais j'ai pris dans le passé ce type de compléments alimentaires

Oui

## Partie 4 : Alcool

La partie suivante porte sur votre consommation d'alcool des 12 derniers mois.

Une boisson standard = 10 g d'alcool pur.



Apéritifs 120 ml



Apéritifs 150 ml



Apéritifs 100 ml



Apéritifs 50 ml



Apéritifs 40 ml



Apéritifs 40 ml



Bière à 5% 250 ml



Vin à 12% 100ml



Apéritifs 100 ml

**A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

Jamais

Une fois par mois ou moins

2 à 4 fois par mois

2 à 3 fois par semaine

4 fois ou plus par semaine

**Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

1 ou 2  3 ou 4  5 ou 6  7 à 9  10 ou plus

**Combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standards ou plus au cours d'une même occasion ?**

Jamais

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois

Une fois par semaine

Chaque jour ou presque

Chaque jour ou presque

**Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque

**Combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque

**Combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque

**Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque

**Combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque

**Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**

- Non
- Oui, mais dans les années passées
- Oui, au cours des 12 derniers mois

**Est-ce qu'un(e) ami(e) ou un(e) médecin ou un(e) autre professionnel(le) de santé s'est déjà préoccupé(e) de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**

- Non
- Oui, mais dans les années passées
- Oui, au cours des 12 derniers mois

**La partie suivante porte sur vos éventuelles expériences au cours de votre vie.**

**Avez-vous déjà été ivre ?**

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas

**À quel âge approximativement était-ce la première fois ?**

an(s)

**D'une manière générale, votre consommation d'alcool le week-end est...**

- Moins importante qu'en semaine
- Plus importante qu'en semaine
- Pareille qu'en semaine
- C'est difficile à dire

**Connaissez-vous l'existence d'applications pour smartphone, permettant de gérer la consommation d'alcool ? **Oui  Non**Utilisez-vous une ou plusieurs de ces applications ?**Oui  Non**Laquelle/lesquelles utilisez-vous ?**

- Compteur de sobriété - Arrêtez de boire (EasyQuit)
- Arrêter de boire - Restez sobre
- AlcoDroid journal d'alcoolémie
- Autre

Veuillez préciser : **Quelle est, selon vous, l'utilité principale de ces applications ?**

- Arrêter de boire
- Gérer la consommation d'alcool
- Améliorer son état de santé
- Améliorer son équilibre alimentaire et/ou mon apport calorique
- Maigrir en réduisant l'apport énergétique
- Uniquement pour le divertissement
- Autre

Veuillez préciser : **Partie 5 : Tabagisme**

La partie suivante porte sur le tabagisme en général. Les questions portent d'abord sur le tabagisme classique (cigarettes, etc.) et ensuite il y a trois questions sur le vapotage.

**Quel est votre statut tabagique actuel ?**Fumeur (plus d'une cigarette/jour)  Fumeur occasionnel  Ex-fumeur  Non-fumeur**À quel âge approximativement avez-vous fumé votre première cigarette ?**

an(s)

**Avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?**Oui  Non**À quel âge approximativement avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?**

an(s)

**À quel âge approximativement avez-vous fumé votre première cigarette ?**

an(s)

**Fumez-vous ou avez-vous fumé quotidiennement ?**

Oui  Non

**À quel âge approximativement avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?**

an(s)

**Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : **

**Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?**

cigarette(s)/jour

**D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?**

minute(s)

**Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :**

Très facile  Plutôt facile  Plutôt difficile  Très difficile  Impossible

**Veillez indiquer si vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes :**

**Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Je suis prisonnier des cigarettes.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Je fume trop.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Je fume tout le temps.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plus ou moins d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**Approximativement combien de tentatives d'arrêts avez-vous faites jusqu'à aujourd'hui ?**

fois

**Avez-vous utilisé :**

- Des substituts nicotiques (patches, gommes à mâcher, comprimés, inhalateur, spray, ...)
- Un kit d'aide à l'arrêt du tabac
- Des groupes de soutien pour le sevrage tabagique
- Autre

Veuillez préciser :

**Utilisez-vous la cigarette électronique ?**

- Non, je n'ai jamais vapoté
- Non, mais j'ai vapoté dans le passé
- Oui, occasionnellement, toujours avec nicotine
- Oui, quotidiennement, toujours avec nicotine
- Oui, occasionnellement, toujours sans nicotine
- Oui, quotidiennement toujours sans nicotine
- Oui, occasionnellement, avec ou sans nicotine
- Oui, quotidiennement, avec ou sans nicotine

**Quelle est la dose journalière de liquide à vapoter que vous utilisez le plus souvent ?**

ml par jour

**À quel âge approximativement avez-vous vapoté votre première cigarette électronique ?**

an(s)

**Connaissez-vous l'existence d'applications pour smartphone, permettant d'arrêter de fumer / vapoter ? **

- Oui
- Non

**Utilisez-vous une ou plusieurs de ces applications ?**

Oui  Non

**Laquelle/lesquelles utilisez-vous ?**

- Tabac info service
- Smoke Free - Arrêter de fumer
- Arrêter de fumer assistant
- QuitNow ! Arrêter de fumer
- SmokeFree - Quit smoking slowly
- Flamy - Arrêtez de fumer et devenez non-fumeur
- Autre

Veillez préciser :

**Quelle est, selon vous, l'utilité principale de ces applications ?**

- Arrêter de fumer
- Gérer le tabagisme
- Améliorer son état de santé
- Uniquement pour le divertissement
- Autre

Veillez préciser :

**Partie 6 : Internet**

---

**De nos jours, Internet (y compris smartphone, tablette, réseaux sociaux, ...) devient un élément indispensable pour la plupart d'entre nous. Parallèlement à l'augmentation de l'usage d'Internet dans la population, de plus en plus d'études s'intéressent au lien entre ce dernier et les comportements de santé tels que la sédentarité et l'activité physique. Les informations recueillies grâce à la partie suivante permettront non seulement d'approfondir les connaissances sur cette thématique, mais aussi de découvrir son lien avec la nutrition.**

**La partie suivante porte sur votre usage d'Internet en général.**

**Vous arrive-t-il de rester sur Internet plus longtemps que vous en aviez l'intention au départ ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de négliger des tâches ménagères afin de passer plus de temps sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de préférer l'excitation/l'amusement d'Internet à l'intimité de votre partenaire ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de vous faire de nouvelles relations avec des utilisateurs d'Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vos proches vous reprochent-ils de passer trop de temps sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Arrive-t-il que votre travail ou vos devoirs scolaires souffrent du temps que vous passez sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de regarder d'abord votre messagerie avant d'accomplir une chose nécessaire et urgente ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Arrive-t-il que vos performances au travail ou votre productivité souffrent à cause d'Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il d'être sur la défensive ou de refuser de répondre si quelqu'un vous demande ce que vous faites sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de chasser les soucis de votre vie quotidienne par la pensée réconfortante d'aller sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de vous réjouir du moment où vous irez de nouveau sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de penser que la vie sans Internet serait ennuyeuse, vide et sans joie ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de répondre d'un ton brusque, de crier ou de vous montrer agacé(e) si quelqu'un vous dérange pendant que vous êtes sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de manquer de sommeil parce que vous êtes resté(e) tard sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Lorsque vous n'êtes pas sur Internet, vous arrive-t-il d'y penser activement ou rêver d'y être ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de vous dire "juste encore quelques minutes" lorsque vous êtes sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il d'essayer de diminuer le temps que vous passez sur Internet sans y arriver ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de cacher aux autres combien de temps vous avez passé sur Internet ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de choisir de passer plus de temps sur Internet plutôt que de sortir avec des proches ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Vous arrive-t-il de vous sentir déprimé(e), de mauvaise humeur ou énervé(e) lorsque vous n'êtes pas sur Internet, puis de vous sentir mieux lorsque vous y êtes ?**

Jamais  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Toujours

**Connaissez-vous l'existence d'applications pour smartphone, permettant de gérer l'utilisation de smartphone/Internet ? **

Oui  Non

**Utilisez-vous une ou plusieurs de ces applications ?**

Oui  Non

**Laquelle/lesquelles utilisez-vous ?**

Your Hour - phone addiction tracker and controller

Forest

SPACE - En finir avec l'addiction au mobile

StayFree - Screen time & bien-être numérique

AntiSocial : dépendance au téléphone

AppBlock: Restez concentré

Détox - Attêt de procrastiner/block distractions

Stay focused - Bloc d'application et de site

Autre

Veillez préciser :

**Quelle est, selon vous, l'utilité principale de ces applications ?**

Gérer/diminuer l'utilisation de smartphone/Internet

Diminuer la sédentarité

Améliorer son état de santé

Uniquement pour le divertissement

Autre

Veillez préciser :

## Partie 7 : Sport

---

**La partie suivante se réfère à votre pratique d'activité(s) physique(s) en général, c'est-à-dire à(aux) activité(s) physique(s) que vous pratiquez dans la semaine, week-end compris. En vous référant à l'échelle ci-dessous, vous indiquerez, pour chaque phrase, la réponse qui vous correspond le mieux (nuancer de 1 : jamais à 6 : toujours). Même si certaines propositions peuvent vous paraître proches, il est très important pour notre travail que celles-ci soient toutes renseignées.**

**Je pratique une ou des activités physiques pour éviter d'être irritable.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pratique en dépit de problèmes physiques répétés.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**J'augmente sans cesse l'intensité de ma pratique physique pour parvenir aux effets désirés ou aux bénéfices souhaités.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je suis incapable de réduire la durée de ma pratique physique.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je préfère pratiquer cette(ces) activité(s) plutôt que de passer du temps en famille ou avec des amis.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je passe beaucoup de temps à pratiquer cette(ces) activité(s).**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pratique plus longtemps que je n'en avais l'intention.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pratique cette(ces) activité(s) pour éviter d'être anxieux(se).**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pratique cette(ces) activité(s) quand je suis blessé(e).**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**J'augmente sans cesse la fréquence de mes séances de pratique physique pour parvenir aux effets désirés ou aux bénéfices souhaités.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je suis incapable de diminuer la fréquence de mes séances de pratique physique.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pense à ma pratique physique alors que je devrais me concentrer sur mon travail ou sur mes études.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je passe presque tout mon temps libre à pratiquer une(des) activité(s) physique(s).**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pratique cette(ces) activité(s) plus longtemps que je ne m'attendais à le faire.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pratique une(des) activité(s) physique(s) pour éviter de me sentir tendu(e).**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je pratique une(des) activité(s) physique(s) en dépit de problèmes physiques persistants.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**J'augmente continuellement la durée de ma pratique physique pour parvenir aux effets désirés ou aux bénéfices souhaités.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je suis incapable de diminuer l'intensité de ma pratique physique.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Je choisis de pratiquer cette(ces) activité(s) de sorte que je ne peux plus passer du temps avec mes ami(e)s ou ma famille.**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Une grande partie de mon temps est consacré à la pratique d'une(des) activité(s) physique(s).**

1 (jamais)  2  3  4  5  6 (toujours)

**Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures au total avez-vous pratiqué seul(e) une activité sportive individuelle ? (c'est-à-dire, sans amis, sans professeur, ...)**

heure(s)

### Commentaires (facultatifs)

---

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)