



## Questionnaire d'inscription

Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles et feront l'objet de la plus grande discrétion. Ces renseignements servent à vous connaître et à permettre aux intervenantes de se préparer à animer le groupe.

Nom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone – maison : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone – travail : \_\_\_\_\_

Adresse de courrier électronique : \_\_\_\_\_

## Choisir de maigrir?

### Section 1 - Vos objectifs et vos motivations

La première partie de ce questionnaire se rapporte aux objectifs et aux motivations qui vous amènent à vouloir vous inscrire au programme Choisir de maigrir ?

**1. Comment avez-vous été informé(e) de l'existence du programme Choisir de maigrir ?**

- Journal       Ami(e), parent(s)       Intervenant(e) du CLSC ou du centre  
 Intervenant(e) extérieur(e) (médecin, psychologue, etc.)       Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

**2. Pourquoi voulez-vous participer au programme Choisir de maigrir ?**

(Indiquez les trois principales raisons par ordre d'importance dans les trois cases ci-dessous.)

- 1 Perdre du poids
- 2 Comprendre et résoudre mon problème
- 3 Chercher de la motivation
- 4 Rencontrer des gens qui partagent le même problème
- 5 Avoir une diète équilibrée
- 6 Essayer une autre méthode
- 7 Recevoir des conseils d'intervenants(es) professionnels(les)

Autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_

Première raison       Deuxième raison       Troisième raison

**3. Qu'est-ce qui vous motive à vouloir solutionner votre problème de poids ?**

(Cochez 3 cases au maximum.)

- Je veux améliorer ma santé  
 Je veux prévenir des problèmes de santé  
 Je veux m'habiller plus facilement  
 Je veux passer à autre chose dans ma vie  
 Je veux me sentir mieux dans mon corps  
 Je veux me sentir mieux dans ma tête  
 Je veux améliorer ma relation de couple  
 Je veux en finir avec mon obsession  
 Je veux avoir plus confiance en moi  
 C'est un défi que je me donne  
 Autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_

4. En général, quelles sont, selon vous, les principales causes d'un problème de poids ?

(Cochez 3 cases au maximum.)

- Un problème de glandes
- La prise de certains médicaments
- Le choix des aliments
- La quantité d'aliments
- La relation avec les aliments
- Le manque d'activité physique
- L'hérédité
- Le surplus de poids cache quelque chose
- Le corps ne réagit plus aux diètes
- Le style de vie en général
- Autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_

5. En général, quelles sont, selon vous, les meilleures solutions à un problème de poids ?

(Cochez 3 cases au maximum.)

- Suivre une bonne diète
- Modifier les comportements liés à l'alimentation
- Comprendre la source psychologique de son problème
- Écouter les animateurs(trices) et les spécialistes
- Manger très peu
- Changer ses façons de penser
- Changer son style de vie
- Faire beaucoup d'activité physique
- Prendre soin de soi
- Se faire davantage confiance
- Autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_

6. Si cela s'avérait pertinent pour solutionner votre problème de poids, seriez-vous prêt(e) à apporter des changements dans :

	Oui	Non	Ne s'applique pas
Vos relations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre utilisation du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations de couples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Choisir de maigrir?

7. Qu'est-ce qui changerait dans votre vie si vous étiez à votre poids idéal ?  
Pourquoi voulez-vous maigrir ?

---

---

---

---

## Section 2 - Votre histoire de poids

Nous aimerions maintenant en savoir davantage sur l'évolution de votre problème de poids.

1. À quel âge avez-vous commencé à prendre du poids ? \_\_\_\_\_ ans  
Est-ce qu'un événement important s'est produit à peu près au même moment ?  
oui  non  je ne sais pas   
Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_
2. À quel âge avez-vous commencé à être préoccupé(e) par votre poids ? \_\_\_\_\_ ans  
Combien pesiez-vous environ au moment où vous êtes devenu(e) préoccupé(e) ?  
\_\_\_\_\_ livres ou \_\_\_\_\_ kilogrammes  
Est-ce qu'un événement important s'est produit à peu près au même moment ?  
oui  non  je ne sais pas   
Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_
3. Combien pesez-vous ?  
\_\_\_\_\_ livres ou \_\_\_\_\_ kilogrammes
4. Combien mesurez-vous ?  
\_\_\_\_\_ pieds et pouces ou \_\_\_\_\_ mètres et centimètres
5. Combien désirez-vous peser ?  
\_\_\_\_\_ livres ou \_\_\_\_\_ kilogrammes
6. Depuis un an, votre poids... a augmenté  a diminué  est resté stable
7. Y a-t-il des grosses personnes dans votre famille :  
oui  non   
Si oui,  
mère  père  frère(s)  sœur(s)  grands-parents  oncles, tantes   
(Cochez même si les personnes sont décédées.)

8. Quelles sont vos réactions les plus fréquentes lorsque les gens vous font des remarques sur votre poids ou votre régime ? (Cochez 3 cases au maximum.)

- Personne ne me fait de remarques sur mon poids ➡ Passez à la section 8.
- Je me décourage
- Je me justifie
- Je me fâche
- J'essaie d'expliquer ma démarche
- Je m'affirme
- Je me referme sur moi-même
- Je me confie à une personne en qui j'ai confiance
- J'essaie de comprendre les motifs de cette personne
- Je mange encore plus
- Je me prive encore plus
- Autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_

9. a) Y a-t-il quelqu'un avec qui vous échangez sur votre difficulté avec votre poids ?

oui  non

b) Si oui, cette relation d'échange est-elle satisfaisante pour vous ?

oui  plus ou moins  non

### Section 3 - Votre histoire de perte de poids

Les prochaines questions servent à retracer l'histoire de vos tentatives de pertes de poids.

- Je n'ai jamais utilisé de méthodes ou produits, ou consulté une ou un spécialiste pour maigrir.  
➡ Passez à la question 3.
- Je n'ai jamais tenté de perdre du poids. ➡ Passez à la question 4.

1. Quel âge aviez-vous au moment de votre première tentative de perte de poids ? \_\_\_\_\_ ans

2. Nous aimerions savoir quel genre de régime(s), de programme(s) ou de produit(s) vous avez utilisé pour perdre du poids. Ne tenez compte que des tentatives importantes ayant duré un mois ou plus.

Afin de maigrir, combien de tentatives avez-vous faites avec les régimes suivants :

	aucune	une tentative	plus d'une tentative
• régime de 1 000 cal. ou moins/jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• régime de plus de 1 000 cal./jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• régime à base de certains aliments (pamplemousse, soupe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jeûne modifié aux protéines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jeûne total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Choisir de maigrir?

Ne tenez compte que des tentatives importantes ayant duré un mois ou plus.

**Afin de maigrir, combien de tentatives avez-vous faites avec les médicaments ou produits suivants :**

	aucune	une tentative	plus d'une tentative
• « coupe-faim »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• diurétiques (pilules qui font uriner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• série d'injections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• gommes, pastilles, pilules de fibres, laxatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• substituts de repas (lait fouetté en poudre, barres...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• médicaments prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

**Afin de maigrir, combien de tentatives avez-vous faites avec les programmes suivants :**

	aucune	une tentative	plus d'une tentative
• Weight Watchers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Minçavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Méthode Montignac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diète Scarsdale, Atkins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Outre-mangeurs anonymes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Centre de santé minceur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Activité physique (Nautilus...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres, spécifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Afin de maigrir, combien de tentatives avez-vous faites en consultant un ou une :**

	aucune	une tentative	plus d'une tentative
• Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diététiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychologue, psychothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Afin de maigrir, avez-vous utilisé d'autre(s) moyen(s) durant un mois ou plus ?**

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

3. À l'exception des tentatives énumérées ci-dessus, quelle proportion du temps durant la dernière année avez-vous « fait attention » pour ne pas engraisser (couper les portions, ne pas manger de dessert, de pain, etc.) ?

Tout le temps  les trois quarts du temps  la moitié du temps  le quart du temps  jamais

4. Actuellement, suivez-vous un régime ou faites-vous une autre démarche en rapport avec votre poids ?

oui  non

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

## Section 4 - Vos comportements de santé

Cette section porte sur différents comportements de santé.

### 1. Avez-vous consulté un médecin durant la dernière année ?

non  ➔ Passez à la question 2.

oui

**Vous a-t-il ou vous a-t-elle dit que :**

- votre taux de cholestérol sanguin était trop élevé ?

oui  non

- votre taux de sucre dans le sang était trop élevé (ou que vous étiez diabétique) ?

oui  non

- votre tension artérielle était trop élevée ?

oui  non

### 2. Prenez-vous des médicaments ?

oui  non

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Au cours des quatre derniers mois, combien de fois avez-vous fait de l'activité physique pendant au moins 20 minutes durant vos loisirs ?

jamais

une fois par semaine

moins de une fois par mois

deux fois par semaine

environ une fois par mois

trois fois et plus par semaine

environ deux à trois fois par mois

### 4. Combien d'heures par jour passez-vous en moyenne à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo ou à utiliser l'ordinateur durant vos loisirs ?

0 à 1 heure  entre 1 et 2 heures  entre 2 et 3 heures  entre 3 et 4 heures

### 5. a) Fumez-vous ?

oui  non

### b) Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

oui  non

### 6. a) Combien de consommations d'alcool prenez-vous par semaine ? \_\_\_\_\_

(Une consommation équivaut à une bière, 3 onces de vin ou 1 once de spiritueux.)

### b) Avez-vous déjà eu un problème de consommation d'alcool ou de drogue ?

oui  non

## Choisir de maigrir?

c) Avez-vous présentement un problème de consommation d'alcool ou de drogue ?

oui  non

7. Vous sentez-vous stressé(e) ?

oui  plus ou moins  non

## Section 5 - Vos attitudes et vos comportements

Cette partie du questionnaire porte sur vos habitudes alimentaires ainsi que sur la façon dont vous percevez votre relation avec les aliments et votre corps.

Depuis la dernière année...	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. ...mangez-vous entre les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...mangez-vous durant la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...vous arrive-t-il d'avoir de la difficulté à vous endormir ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> – si c'est le cas, est-ce que vous êtes porté(e) à manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...vous levez-vous la nuit pour manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...avez-vous faim le matin au déjeuner ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> – si ce n'est pas le cas, mangez-vous quand même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...vous arrive-t-il de trop manger et de vous sentir mal ensuite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...vous arrive-t-il de manger de grandes quantités de nourriture (qui auraient semblé très grandes aux yeux des autres) et d'avoir l'impression de ne pas être capable d'arrêter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...vous arrive-t-il de continuer à manger même si vous vous sentez plein(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...vous arrive-t-il de préférer vous retrouver seul(e) pour manger afin de ne pas être embarrassé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...vous arrive-t-il de continuer à manger uniquement parce que c'est bon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...vous arrive-t-il de manger parce vous êtes en colère, frustré(e), contrarié(e), déçu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...vous arrive-t-il de manger parce vous êtes joyeux(se), excité(e), exalté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Choisir de maigrir?

Depuis la dernière année...	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
13. ...vous arrive-t-il de manger parce que c'est l'heure ou parce qu'il le faut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...vous arrive-t-il de manger pour accompagner les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...arrive-t-il que votre poids et/ou votre apparence influence ce que vous pensez de vous-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...arrive-t-il que vous ayez une crainte terrible de gagner du poids ou de devenir gros(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...arrive-t-il que vous vous sentiez déprimé(e), dégoûté(e) ou très coupable à cause de votre poids et/ou de votre apparence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...arrive-t-il que vous vous fassiez vomir pour éviter de prendre du poids ou pour contrer les effets d'une perte de contrôle alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...arrive-t-il que vous jeûniez (sauter au moins deux repas de suite) pour éviter de prendre du poids ou pour contrer les effets d'une perte de contrôle alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...arrive-t-il que vous preniez des laxatifs ou des diurétiques pour éviter de prendre du poids ou pour contrer les effets d'une perte de contrôle alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Section 6 - Questions générales

Les dernières questions nous permettent de mieux vous connaître.

1. Actuellement, vivez-vous une situation difficile à laquelle vous devez consacrer beaucoup de votre temps, de vos pensées et de votre énergie (dans votre vie personnelle, telle que deuil, difficultés maritales ou avec les enfants, maladie ou investigation médicale, difficultés professionnelles, etc.) ?

oui  non

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Actuellement, consultez-vous un(e) psychiatre, psychologue, travailleur(se) social(e) ou psychothérapeute ?

oui  non

3. En quelle année êtes-vous né(e) ? \_\_\_\_\_

4. Quelle est votre langue maternelle ?

français  anglais  autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

5. Avec qui habitez-vous ?

un conjoint(e)

un conjoint(e) et enfant(s); âge des enfants : \_\_\_\_\_

un ou des enfant(s); âge des enfants \_\_\_\_\_

d'autres personnes qu'un conjoint ou enfant(s)

seul(e)

6. Avez-vous un emploi rémunéré ?

oui  non

Si oui, selon quel horaire ? \_\_\_\_\_

7. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez terminé ?

primaire  secondaire  collégial  universitaire

Précisez : \_\_\_\_\_