

L'Enquête de la Communauté Ace

Voici l'Enquête de la Communauté Ace de 2021, un projet communautaire dirigé par l'équipe de l'Enquête de la Communauté Ace. L'objectif de ce projet est de mieux connaître la diversité de la communauté ace, y compris les personnes qui s'identifient comme asexuelles, demisexuelles, a-grises ou des identités apparentées. Les résultats seront publiés dans un rapport sommaire, ainsi que dans des articles supplémentaires qui traiteront de sujets spécifiques et de leurs liens avec la communauté ace.

Cette enquête est ouverte à toute personne âgée de plus de 13 ans, qu'elle soit ace ou non. Il vous faudra environ 30 minutes pour y répondre.

Toutes les données collectées seront gardées confidentielles, et aucune information permettant de vous identifier ne sera recueillie. Veuillez noter que certaines données agrégées pourront être partagées avec des personnes d'établissements universitaires ou d'organisations communautaires à but non lucratif qui demandent des informations à l'équipe de l'enquête afin de publier des renseignements sur les identités, la santé et les besoins en matière de santé des communautés aces. Toutes les demandes de données seront examinées par l'équipe de l'enquête.

La participation à cette enquête est totalement volontaire et vous pouvez arrêter l'enquête à tout moment. La plupart des questions de l'enquête sont complètement facultatives et vous pouvez les laisser en blanc si elles vous mettent mal à l'aise ou si vous ne savez pas comment répondre. Il se peut que vous rencontriez des termes que vous ne connaissez pas ; vous pouvez choisir de les rechercher ou de répondre de votre mieux.

Cette enquête aborde des sujets sensibles, y compris des questions sur l'activité sexuelle, la violence sexuelle, le suicide, la santé mentale et d'autres sujets qui peuvent être considérés comme sensibles. Si certaines de ces questions vous mettent mal à l'aise, vous n'êtes pas obligé-e d'y répondre. Nous vous avertirons également des sections potentiellement sensibles et vous donnerons la possibilité de passer la section dans son intégralité.

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant l'enquête, vous pouvez contacter l'équipe de l'Enquête de la Communauté Ace à l'adresse asexualcensus@gmail.com.

Une liste de questions fréquemment posées peut être consultée ici : <https://asexualcensus.wordpress.com/frequently-asked-questions/english-survey-faq/>.

Vous pourrez consulter les résultats de l'enquête ici : <http://asexualcensus.wordpress.com>.

En cliquant sur le bouton « Suivant » ci-dessous, vous indiquez que vous avez plus de 13 ans et que vous acceptez de participer à cette enquête. Si vous avez moins de 13 ans ou si vous ne

souhaitez pas participer à l'enquête, veuillez utiliser le bouton « retour » de votre navigateur pour quitter cette page.

Données démographiques

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

A1. En quelle année êtes-vous né·e? *

A2. Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous avez complété ?

- Inférieur à niveau secondaire (par ex. n'a pas obtenu le diplôme d'études secondaires, école élémentaire seulement)
- Diplôme d'études secondaires (par ex. DES, DEP, Baccalauréat français, Maturité gymnasiale, etc.) ou équivalent
- Études supérieures/universitaires (sans diplôme)
- Diplôme d'enseignement supérieur de cycle court (environ 1–2 ans, par ex. *Associate degree*, BTS, CAP, DUT, Cégep, DEC, AEC) ou équivalent
- Diplôme de premier cycle (BA, BS, BSc, AB, Licence, etc.) ou équivalent
- Diplôme de deuxième cycle (MA, MS, MBA, M.Sc, Master etc.) ou équivalent
- Diplôme d'écoles professionnelles (HEC, Polytechnique, ETS, etc.) ou équivalent
- Diplôme de troisième cycle (PhD, EdD, etc.) ou équivalent

A3. Êtes-vous actuellement étudiant·e ?

- Non
- Oui, école secondaire
- Oui, école professionnelle ou programme d'apprentissage
- Oui, enseignement supérieur de cycle court (*Associate degree* ou équivalent) ou de premier cycle (Licence, Baccalauréat universitaire ou équivalent)
- Oui, enseignement supérieur de deuxième ou troisième cycle (Maîtrise, M.A., M.S.C, Thèse, PhD ou équivalent)
- Autre : _____

A4. Lequel des énoncés décrit le mieux votre statut d'emploi actuel ?

- Travailleur·euse à temps plein
- Travailleur·euse à temps partiel
- Travailleur·euse autonome
- Retraité·e
- Parent au foyer à temps plein (e.g. aidant naturel)
- Étudiant·e à temps plein

- Sans emploi cherchant du travail
- Sans emploi ne cherchant pas du travail
- Sans emploi à cause d'une invalidité
- Travailleur·euse bénévole ou stagiaire
- Travailleur·euse saisonnier·ère ou contractuel·le

A5. Avez-vous plus d'un emploi ?

- Non, je suis sans emploi
- Non, un seul
- Oui, 2 emplois
- Oui, 3 emplois ou plus

A6. À quelle(s) religion(s) diriez-vous que vous appartenez, à titre personnel ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Agnosticism
- Athéisme
- Bouddhisme
- Christianisme
- Hindouisme
- Judaïsme
- Islam
- Paganisme
- Panthéisme
- Sikhisme
- Universalisme unitaire
- Wicca
- Sans religion
- Incertain·e
- Autre religion
- Autre : _____

A7. Si vous aimeriez être plus spécifique au sujet de votre préférence religieuse, veuillez préciser ci-bas.

A8. Vivez-vous présentement avec quelqu'un ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Je vis seul·e
- Je vis avec des enfants de moins de 18 ans
- Je vis avec des membres de la famille adulte ou ayant ma garde
- Je vis avec conjoint·e

- Je vis avec des amis proches
- Je vis avec des connaissances, inconnu·e·s ou autre
- Je vis avec des animaux
- Autre : _____

A9. Quelle(s) langue(s) parlez-vous avec vos ami·e·s, votre famille, dans votre vie de tous les jours ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Anglais
- Bengali
- Danois
- Néerlandais
- Français
- Allemand
- Hindi
- Italien
- Japonais
- Chinois mandarin
- Polonais
- Portuguais
- Russe
- Espagnol
- Autre : _____

A10. Vous identifiez-vous avec l'une ou l'autre de ces catégories raciales/ethniques ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Aborigène ou Indigène du détroit de Torres (Australie)
- Pasefika, Insulaire du Pacifique et/ou Polynésien·ne (Kanaka Maoli, Māori, Kanak, Samoan, etc.)
- Est-Asiatique (Chinois·e, Japonais·e, Coréen·ne, Taïwanais·e, Mongol·e, etc.)
- Sud-Asiatique (Indien·ne, Pakistanais·e, Sri Lankais·e, etc.)
- Sud-est-Asiatique (Vietnamien·ne, Cambodgien·ne, Malaisien·ne, Laotien·ne, etc.)
- Moyen-oriental, Asiatique du Sud-Ouest (Arabe, Arménien·ne, Azerbaïdjanais·e, Kurde, Perse, Turc·que, etc.)
- Nord-Africain·e (Amazigh, Égyptien·ne, Libyen·ne, etc.)
- Noir·e et/ou issu·e de la diaspora africaine
- Noir·e africain·e
- Noir·e caribéen·ne
- Hispanique, Latino/a/e/x, Chicano/a/e/x

- Autochtone d'Amérique du Nord (Inuit, Métis, Premières Nations, etc.)
- Autochtone d'Amérique Centrale ou du Sud (Quechua, Aymara, Chiquitano, etc.)
- Juif·ve (Ashkénaze, Séfarade, Beta Israel, etc.)
- Blanc·he ou d'origine européenne
- Double ou pluri-héritage / Multiracial·e
- Autre : _____

A11. Si vous préférez décrire votre origine ethnique ou identité raciale avec vos propres mots, veuillez le faire ci-bas.

A12. Faites-vous partie d'une minorité raciale/ethnique dans votre communauté ?

- Oui
- Non
- Incertain

A13. Faites-vous partie d'une minorité raciale/ethnique dans votre pays de résidence?

Si vous passez du temps dans plus d'un pays, considérez le pays dans lequel vous passez le plus de temps.

- Oui
- Non
- Incertain

A14. Veuillez sélectionner le pays dans lequel vous vivez. *

Si vous passez du temps dans plus d'un pays, veuillez sélectionner le pays dans lequel vous passez le plus de temps. Si votre pays est absent de cette liste, veuillez choisir « autre ».

Albanie	<i>Passez à la question B1</i>
Algérie	<i>Passez à la question B1</i>
Argentine	<i>Passez à la question B1</i>
Arménie	<i>Passez à la question B1</i>
Aruba	<i>Passez à la question B1</i>
Australie	<i>Passez à la question B1</i>
Autriche	<i>Passez à la question B1</i>
Bahamas	<i>Passez à la question B1</i>
Bahreïn	<i>Passez à la question B1</i>
Barbades	<i>Passez à la question B1</i>
Bangladesh	<i>Passez à la question B1</i>
Belarus	<i>Passez à la question B1</i>
Belgique	<i>Passez à la question B1</i>
Belize	<i>Passez à la question B1</i>
Bolivie	<i>Passez à la question B1</i>
Bosnie Herzégovine	<i>Passez à la question B1</i>
Brésil	<i>Passez à la question B1</i>

Brunei	<i>Passez à la question B1</i>
Bulgarie	<i>Passez à la question B1</i>
Canada	<i>Passez à la question B1</i>
Îles Caïman	<i>Passez à la question B1</i>
Chili	<i>Passez à la question B1</i>
Chine	<i>Passez à la question B1</i>
Colombie	<i>Passez à la question B1</i>
Costa Rica	<i>Passez à la question B1</i>
Croatie	<i>Passez à la question B1</i>
Chypre	<i>Passez à la question B1</i>
République Tchèque	<i>Passez à la question B1</i>
Danemark	<i>Passez à la question B1</i>
République Dominicaine	<i>Passez à la question B1</i>
Timor Oriental	<i>Passez à la question B1</i>
Équateur	<i>Passez à la question B1</i>
Égypte	<i>Passez à la question B1</i>
Salvador	<i>Passez à la question B1</i>
Guinée équatoriale	<i>Passez à la question B1</i>
Érythrée	<i>Passez à la question B1</i>
Estonie	<i>Passez à la question B1</i>
Éthiopie	<i>Passez à la question B1</i>
Finlande	<i>Passez à la question B1</i>
France	<i>Passez à la question B1</i>
Géorgie	<i>Passez à la question B1</i>
Allemagne	<i>Passez à la question B1</i>
Grèce	<i>Passez à la question B1</i>
Guatemala	<i>Passez à la question B1</i>
Honduras	<i>Passez à la question B1</i>
Hong Kong	<i>Passez à la question B1</i>
Hongrie	<i>Passez à la question B1</i>
Islande	<i>Passez à la question B1</i>
Iran	<i>Passez à la question B1</i>
Irak	<i>Passez à la question B1</i>
Irlande	<i>Passez à la question B1</i>
Inde	<i>Passez à la question B1</i>
Indonésie	<i>Passez à la question B1</i>
Israël	<i>Passez à la question B1</i>
Italie	<i>Passez à la question B1</i>
Jamaïque	<i>Passez à la question B1</i>
Japon	<i>Passez à la question B1</i>
Jersey	<i>Passez à la question B1</i>
Jordanie	<i>Passez à la question B1</i>

Kazakhstan	<i>Passez à la question B1</i>
Kenya	<i>Passez à la question B1</i>
Koweït	<i>Passez à la question B1</i>
Lettonie	<i>Passez à la question B1</i>
Liban	<i>Passez à la question B1</i>
Lituanie	<i>Passez à la question B1</i>
Luxembourg	<i>Passez à la question B1</i>
Macédoine	<i>Passez à la question B1</i>
Malaisie	<i>Passez à la question B1</i>
Malte	<i>Passez à la question B1</i>
Mexique	<i>Passez à la question B1</i>
Maroc	<i>Passez à la question B1</i>
Mozambique	<i>Passez à la question B1</i>
Népal	<i>Passez à la question B1</i>
Pays-Bas	<i>Passez à la question B1</i>
Nouvelle Zélande	<i>Passez à la question B1</i>
Nicaragua	<i>Passez à la question B1</i>
Nigeria	<i>Passez à la question B1</i>
Macédoine du Nord	<i>Passez à la question B1</i>
Norvège	<i>Passez à la question B1</i>
Oman	<i>Passez à la question B1</i>
Pakistan	<i>Passez à la question B1</i>
Panama	<i>Passez à la question B1</i>
Papouasie-Nouvelle-Guinée	<i>Passez à la question B1</i>
Paraguay	<i>Passez à la question B1</i>
Pérou	<i>Passez à la question B1</i>
Philippines	<i>Passez à la question B1</i>
Pologne	<i>Passez à la question B1</i>
Portugal	<i>Passez à la question B1</i>
Porto Rico	<i>Passez à la question B1</i>
Qatar	<i>Passez à la question B1</i>
République du Congo	<i>Passez à la question B1</i>
Roumanie	<i>Passez à la question B1</i>
Russie	<i>Passez à la question B1</i>
Arabie saoudite	<i>Passez à la question B1</i>
Sénégal	<i>Passez à la question B1</i>
Serbie	<i>Passez à la question B1</i>
Singapour	<i>Passez à la question B1</i>
Slovaquie	<i>Passez à la question B1</i>
Slovénie	<i>Passez à la question B1</i>
Afrique du Sud	<i>Passez à la question B1</i>
Corée du Sud	<i>Passez à la question B1</i>

Soudan du Sud	<i>Passez à la question B1</i>
Espagne	<i>Passez à la question B1</i>
Sri Lanka	<i>Passez à la question B1</i>
Soudan	<i>Passez à la question B1</i>
Suède	<i>Passez à la question B1</i>
Suisse	<i>Passez à la question B1</i>
Taiwan	<i>Passez à la question B1</i>
Tanzanie	<i>Passez à la question B1</i>
Thaïlande	<i>Passez à la question B1</i>
Trinité-et-Tobago	<i>Passez à la question B1</i>
Tunisie	<i>Passez à la question B1</i>
Turquie	<i>Passez à la question B1</i>
Uganda	<i>Passez à la question B1</i>
Ukraine	<i>Passez à la question B1</i>
Royaume-Uni	<i>Passez à la question B1</i>
États Unis d'Amérique	<i>Passez à la question B1</i>
Emirats Arabe Unis	<i>Passez à la question B1</i>
Uruguay	<i>Passez à la question B1</i>
Venezuela	<i>Passez à la question B1</i>
Vietnam	<i>Passez à la question B1</i>
Zimbabwe	<i>Passez à la question B1</i>
Autre pays	<i>Passez à la question A15</i>

Autre pays

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

A15. Dans quel pays habitez-vous ?

Genre

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

B1. Lequel ou lesquels (s'il y en a un ou plusieurs) parmi les mots suivants utiliseriez-vous pour décrire votre identité de genre ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Femme
- Homme
- Non binaire
- Agenre

- Androgyne
- Bigenre
- Demi-fille
- Demi-garçon
- Avec un genre fluide / Genderfluid
- Queer / Genderqueer
- Neutrois
- Aucun genre
- En questionnement ou incertain·e
- Aucune de ces réponses
- Préfère ne pas répondre
- Autre : _____

B2. Vous identifiez-vous comme transgenre ?

- Oui
- Non
- Incertain·e
- Préfère ne pas répondre

B3. Vous identifiez-vous comme non-binaire ou vous considérez-vous sur le spectre de la non-binarité ?

- Oui
- Non
- Incertain·e
- Préfère ne pas répondre

B4. Avez-vous été diagnostiqué·e par un médecin comme étant intersexe ou ayant une « différence dans le développement sexuel » ou êtes-vous né·e avec (ou avez-vous développé durant votre puberté) des parties génitales ou des organes reproductifs et/ou un arrangement chromosomique ne correspondant pas à la norme établie définissant un individu masculin ou féminin ?

- Oui
- Non
- Incertain·e
- Préfère ne pas répondre

Spectre asexuel

C1. Vous considérez-vous comme appartenant au spectre asexuel ? *

Dans cette enquête, le « spectre asexuel » inclut les personnes asexuelles, a-grises, demisexuelles, aces, etc.

- Oui Passez à la question C3
- Non
- Incertain·e Passez à la question C3

Spectre allosexuel

C2. Vous décririez-vous comme une personne allosexuelle ? *

- Oui Passez à la question E1
- Non Passez à la question E1
- Incertain·e Passez à la question E1
- Je ne connais pas ce terme Passez à la question E1

Identité asexuelle

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

C3. Parmi les options listées ci-dessous, laquelle décrit le mieux votre orientation sexuelle ?

- Asexuel·le
- Asexuel·le gris·e, a-gris·e, graysexuel·le
- Demisexuel·le
- En questionnement quant à l'asexualité, l'asexualité grise, la demisexualité
- Préfère un autre terme : _____

C4. A quel point vous reconnaissez-vous dans l'option que vous avez choisie ci-dessus ?

	0	1	2	3	4	
Très peu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout à fait

Être « out »

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

D1. Parmi les options listées ci-dessous, laquelle décrit au mieux à quel point vous êtes « out » auprès de différents groupes, c'est-à-dire auprès de combien de personnes vous êtes ouvertement asexuel·le ou connu·e comme appartenant au spectre asexuel ?

Si une ou plusieurs de ces questions ne s'appliquent pas à votre situation, choisissez l'option « Ne s'applique pas » ou passez la question. Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler l'écran vers la droite pour voir toutes les options.

	Aucun·e	Quelques- un·e·s	La plupart	Tout·e·s	Ne s'applique pas
Partenaire(s) (par exemple partenaire(s) romantique(s), queerplatonique(s), etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ex-partenaire(s) (par exemple ex-partenaires romantique(s), queerplatonique(s), etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres de votre foyer (y compris colocataires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ami·e·s de la communauté LGBTQIA+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ami·e·s en dehors de la communauté LGBTQIA+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camarades de classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel enseignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnel·le·s de la santé mentale (psychologues, psychothérapeutes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. À quel âge avez-vous commencé à vous interroger ou à considérer la possibilité que vous soyez asexuel·le ou appartenant au spectre asexuel ?

Peu importe si vous ne pouviez pas mettre de mot exact sur votre questionnement, cela compte quand même. Si vous n'avez pas de souvenir précis de quand cela a débuté, veuillez répondre « 0 » ou passez la question.

D3. À quel âge avez-vous commencé à vous définir - en privé ou autrement - comme asexuel·le ou appartenant au spectre asexuel ?

Si vous êtes actuellement en questionnement quant à votre identité, ou si vous n'avez pas de souvenir précis de quand vous avez commencé à vous définir ainsi, veuillez répondre « 0 » ou passez la question.

D4. À quel âge avez-vous dit à quelqu'un pour la première fois que vous étiez asexuel·le ou que vous apparteniez au spectre asexuel ?

Si vous n'en avez jamais parlé à personne, veuillez répondre « 0 » ou passez la question.

Orientation

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

E1. À laquelle (ou auxquelles) des orientations sexuelles suivantes vous identifiez-vous actuellement ?

Il y a plus loin une question concernant les orientations romantiques. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Asexuel·le
- Demisexuel·le
- Asexuel·le gris·e, a-gris·e, graysexuel·le
- Aceflux
- Aegosexuel·le / Autochorissexuel·le
- Hétérosexuel·le / Straight
- Lesbien·ne
- Gay / Homosexuel·le
- Bisexuel·le
- Pansexuel·le
- Queer
- Attiré·e sexuellement par les hommes
- Attiré·e sexuellement par les femmes
- Attiré·e sexuellement par les personnes non-binaires
- Attiré·e sexuellement par la masculinité
- Attiré·e sexuellement par la féminité
- Attiré·e sexuellement par l'androgynie
- En questionnement ou incertain·e
- Je préfère ne pas utiliser une terminologie d'orientation sexuelle
- Autre : _____

E2. Laquelle ou lesquelles parmi les identités suivantes avez-vous *déjà* utilisée(s) à un moment (même si vous ne vous y identifiez plus actuellement) ?

Il y a plus loin une question concernant les orientations romantiques. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Asexuel·le
- Demisexuel·le
- Asexuel·le gris·e, a-gris·e, graysexuel·le
- Aceflux
- Aegosexuel·le / Autochorissexuel·le
- Hétérosexuel·le / Straight
- Lesbien·ne
- Gay / Homosexuel·le
- Bisexuel·le
- Pansexuel·le
- Queer
- Attiré·e sexuellement par les hommes
- Attiré·e sexuellement par les femmes
- Attiré·e sexuellement par les personnes non-binaires
- Attiré·e sexuellement par la masculinité
- Attiré·e sexuellement par la féminité
- Attiré·e sexuellement par l'androgynie
- En questionnement ou incertain·e
- Je préfère ne pas utiliser une terminologie d'orientation sexuelle
- Autre : _____

E3. Vous considérez-vous comme appartenant au spectre aromantique ?

Dans ce sondage, le « spectre aromantique » inclut aromantique, gris-aromantique, demiromantique, aro, etc.

- Oui
- Non
- En questionnement / Incertain·e

E4. Parmi les orientations romantiques suivantes à laquelle ou auxquelles vous identifiez-vous actuellement ?

Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Aromantique
- Demiromantique
- Grisaromantique ou Grisromantique, grayromantic ou grayaromantic
- Aroflux
- Cupioromantique

- Lithoromantique / Aquoiromantique
- WTFromantique / Quoiromantique
- Hétéroromantique / Straight
- Homoromantique / Gay / Lesbien·ne
- Biromantique
- Panromantique
- Polyromantique
- Queer
- Attiré·e romantiquement par les hommes
- Attiré·e romantiquement par les femmes
- Attiré·e romantiquement par les personnes non-binaires
- Attiré·e romantiquement par la masculinité
- Attiré·e romantiquement par la féminité
- Attiré·e romantiquement par l'androgynie
- En questionnement ou incertain·e
- Je préfère ne pas utiliser une terminologie d'orientation romantique
- Autre : _____

E5. Laquelle ou lesquelles des identités romantiques suivantes avez-vous *déjà* utilisée(s) à un moment (même si vous ne vous y identifiez plus actuellement) ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Aromantique
- Demiromantique
- Grisaromantique ou Grisromantique, grayromantic ou grayaromantic
- Aroflux
- Cupioromantique
- Lithoromantique / Aquoiromantique
- WTFromantique / Quoiromantique
- Hétéroromantique / Straight
- Homoromantique / Gay / Lesbien·ne
- Biromantique
- Panromantique
- Polyromantique
- Queer
- Attiré·e romantiquement par les hommes
- Attiré·e romantiquement par les femmes
- Attiré·e romantiquement par les personnes non-binaires
- Attiré·e romantiquement par la masculinité
- Attiré·e romantiquement par la féminité

- Attiré·e romantiquement par l'androgynie
- En questionnement ou incertain·e
- Je préfère ne pas utiliser une terminologie d'orientation romantique
- Autre : _____

E6. À quelle fréquence ressentez-vous de l'attirance sexuelle et/ou du désir sexuel envers une autre personne ?

- Jamais
- Rarement
- Quelquefois
- Souvent
- Incertain·e

E7. Si vous avez déjà ressenti de l'attirance sexuelle ou du désir sexuel, envers qui était-ce ?
Si vous n'êtes pas certain·e d'avoir déjà ressenti de l'attirance sexuelle, vous pouvez passer cette question et la laisser vide. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Ne s'applique pas
- Quelqu'un avec qui j'étais dans une relation intime
- Quelqu'un avec qui j'étais proche ou avec qui je ressentais une connexion
- Ami·e
- Connaissance
- Inconnu·e
- Célébrité / Personnalité publique
- Personnage de fiction
- Personne en particulier

E8. Si vous avez déjà ressenti de l'attirance sexuelle et/ou du désir sexuel, à quelle fréquence avez-vous souhaité y donner suite (i.e. chercher à développer une relation ou une expérience sexuelle) ?

- Ne s'applique pas
- Jamais
- Rarement
- Quelquefois
- Souvent
- Incertain·e

E9. Certaines personnes ressentent des attirances autres que romantique ou sexuelle. Si vous êtes familier·ère avec certains des termes suivants, lesquels décrivent quelque chose que vous ressentez ?

Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Attirance esthétique
- Attirance alternée
- Attirance émotionnelle
- Attirance intellectuelle
- Attirance platonique
- Attirance sensuelle
- Attirance queerplatonique
- En questionnement ou incertain·e
- Je ne ressens pas ces attirances
- Je n'arrive pas à différencier mes attirances ainsi
- Autre : _____

Relations

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

Note sur les définitions :

Pour les questions suivantes, l'expression « relations partenariales ou intimes » fait référence à des relations étroites qui sont distinctes des relations familiales ou des amitiés proches—des exemples typiques pourraient inclure le mariage, les partenariats domestiques, les relations queerplatoniques, les partenaires, les petits amis, les petites amies, etc. Les relations partenariales ou intimes ne doivent pas forcément être sexuelles ou romantiques.

F1. Quel est votre statut relationnel actuel ?

Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Célibataire
- Dans une relation partenariale ou intime
- Dans plus d'une relation partenariale ou intime
- Fiancé·e
- Marié·e
- En union civile, partenariat domestique, concubinage, PACS
- Divorcé·e
- Séparé·e
- Veuf·ve
- Préfère ne pas répondre
- Aucune des réponses ci-dessus
- Autre : _____

F2. Avez-vous déjà eu une relation partenariale ou intime ?

- Oui (actuellement et/ou dans le passé)

- Non *Passez à la question G1*
- Incertain·e

F3. Laquelle des propositions suivantes décrit *le mieux* votre préférence pour la monogamie/la non-monogamie dans le cadre d'une relation partenariale ou intime ?

- Je préfère la monogamie
- Je préfère la non-monogamie
- Je suis satisfait·e de la monogamie ou de la non-monogamie
- En questionnement ou incertain·e
- Je ne suis pas intéressé·e par les relations partenariales ou intimes
- Autre : _____

La non-monogamie

F4. Pour celles et ceux d'entre vous qui sont non-monogames, lesquels des termes suivants utiliseriez-vous pour décrire votre approche de la non-monogamie ?

Si vous n'êtes pas non-monogame, vous pouvez passer cette question. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Polyamour / polyamorie
- Polyaffection
- Non-monogamie hiérarchique
- Non-monogamie non-hiérarchique
- Relation ouverte
- Polyamour/polyamorie solo
- Anarchie relationnelle
- Ne s'applique pas
- Autre : _____

Historique des relations

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

F5. Avez-vous déjà eu une relation partenariale ou intime qui était romantique ?

- Oui, j'en ai au moins une actuellement
- Oui, dans le passé
- Non
- Je ne fais pas de distinction entre les relations romantiques et non romantiques
- Incertain·e

F6. Avez-vous déjà eu une relation partenariale ou intime qui n'était pas romantique ?

- Oui, j'en ai au moins une actuellement
- Oui, dans le passé
- Non
- Je ne fais pas de distinction entre les relations romantiques et non romantiques
- Incertain·e

Orientation des partenaires

F7. Avez-vous déjà eu une relation partenariale ou intime avec quelqu'un que vous savez être ... ?

	Oui, actuellement	Oui, dans le passé	Non/incertain·e
Asexuel·le ou sur le spectre asexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS asexuel·le ou sur le spectre asexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aromantique ou sur le spectre aromantique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS aromantique ou sur le spectre aromantique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attitudes et comportements sexuels

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

G1. Quelle est l'intensité de votre désir sexuel/libido, en général ?

Le désir sexuel ou la libido fait référence à l'envie de s'engager dans une forme de stimulation sexuelle, qu'il s'agisse du sexe en partenariat ou de la stimulation individuelle (par exemple, la masturbation).

	0	1	2	3	4	
Inexistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Très forte

G2. Comment vous sentez-vous à l'idée d'avoir (à titre personnel) une activité sexuelle ?

Des exemples d'« activités sexuelles » comprennent ici les rapports sexuels, le sexe oral, le sexe anal et la stimulation manuelle par ou pour une autre personne, etc. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Dégoûté·e
- Réticent·e
- Indifférent·e

- Favorable
- Incertain·e
- Cela dépend fortement de la personne ou de la situation
- Cela dépend de l'acte sexuel spécifique
- Mes sentiments à ce sujet changent au fil du temps

Historique sexuel

H1. La section suivante contient des questions de nature sensible concernant votre historique sexuel. Êtes-vous prêt·e à répondre à des questions concernant ces sujets ? *

Dans cette section, le terme « sexe » comprend les relations sexuelles vaginales, orales ou anales, ou la stimulation manuelle par ou pour une autre personne.

- Oui
- Non, passez-les *Passez à la question I1*

Historique sexuel

Dans cette section, le terme « sexe » comprend les relations sexuelles vaginales, orales ou anales, ou la stimulation manuelle par ou pour une autre personne.

H2. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles consenties ?

- Oui
- Non *Passez à la question I1*
- Incertain·e

Historique sexuel

Dans cette section, le terme « sexe » comprend les relations sexuelles vaginales, orales ou anales, ou la stimulation manuelle par ou pour une autre personne.

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

H3. Au meilleur de votre connaissance, quel âge aviez-vous la PREMIÈRE fois que vous avez eu une relation sexuelle consentie ?

Si cela ne s'est jamais produit, ou si vous ne savez plus quand, passez la question.

H4. Au meilleur de votre connaissance, quel âge aviez-vous lors de votre relation sexuelle consentie la plus RÉCENTE ?

Si cela ne s'est jamais produit, ou si vous ne savez plus quand, passez la question.

H5. A combien de reprises avez-vous eu des rapports sexuels consentis au cours des douze dernier mois ?

- Aucune fois
- 1 ou 2 fois
- 3 - 5 fois
- 6 - 10 fois
- 11 - 25 fois
- 26 - 50 fois
- Au moins 50 fois

Violence sexuelle

La section suivante contient des questions de nature sensible concernant vos expériences en matière d'agression sexuelle et/ou de comportement sexuel non désiré. Les questions comportent des références explicites à des actes sexuels. Nous avons fait de notre mieux pour rendre les questions suivantes aussi neutres que possible, mais nous savons qu'il ne sera pas facile d'y répondre. Vous pouvez décider de passer à la question ou à la section suivante quand vous le souhaitez. Si vous trouvez que répondre à cette section fait surgir trop de pensées et de sentiments difficiles, nous avons ajouté des ressources de soutien à la fin qui pourraient vous être utiles.

I1. Après lecture du paragraphe ci-dessus, êtes-vous prêt-e à continuer cette section et répondre aux questions ? *

- Oui
- Non, passez-les *Passez à la question J1*

Violence sexuelle

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

I2. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été harcelé-e sexuellement par quelqu'un dans un lieu public au point de vous sentir en danger ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

I3. Au cours des douze derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il montré ses organes génitaux (ou autre partie sexualisée de son corps), vous a forcé à faire de même, ou vous a fait regarder des vidéos ou photos à caractère sexuel contre votre gré ?

- 0

- 1-2
- 3-4
- 5+

14. Au cours des douze derniers mois, combien de fois quelqu'un a-t-il tenté de ou vous a effectivement embrassé·e de manière sexuelle, atouché·e, tripoté·e, ou touché·e contre votre gré ou au point de vous faire sentir en danger ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

Remarque concernant le reste de cette section

Dans le reste de cette section nous allons vous poser des questions sur des actes sexuels pénétratifs (pénétration vaginale, anale, orale, et autre). Cela inclut les situations au cours desquelles vous avez été pénétré·e ET les situations au cours desquelles vous avez été poussé·e à pénétrer quelqu'un.

Plus particulièrement, cela inclut quelqu'un insérant son pénis dans la bouche, l'anus ou le vagin de quelqu'un d'autre ; quelqu'un mettant sa bouche sur le pénis, l'anus ou le vagin de quelqu'un d'autre ; quelqu'un stimulant manuellement les organes génitaux d'une autre personne ; ou encore quelqu'un insérant ses doigts ou un objet dans la bouche, le vagin ou l'anus de quelqu'un d'autre.

15. Au cours des douze derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il menacé d'un acte sexuel pénétratif quel qu'il soit (avec cette même personne ou vous seule) et ce contre votre gré, mais *sans que cela ne se produise* ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

Combien de personnes ont-elles eu des relations sexuelles (vaginales, orales, anales ou manuelles) avec vous, ou inséré un doigt ou un objet dans votre bouche/vagin/anus dans les situations suivantes :

Cela s'applique à toutes les questions restantes dans cette section.

16. Lorsque vous étiez ivre, sous l'emprise de la drogue, inconscient·e et pas en mesure de donner votre consentement ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

17. En recourant à la force ou en vous menaçant de violences physiques ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

18. Après avoir fait pression sur vous en vous mentant, ou en faisant des fausses promesses concernant l'avenir ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

19. Après avoir fait pression sur vous en vous menaçant de mettre fin à votre relation ou de colporter des rumeurs à votre sujet ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

110. Après avoir fait pression sur vous en vous demandant à maintes reprises un rapport sexuel ou en montrant qu'il était insatisfait-e jusqu'à ce que vous cédiez ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

111. Après avoir fait pression sur vous en utilisant son pouvoir ou sa position d'autorité, par exemple en tant que patron-ne ou professeur-e ?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5+

112. Les questions restantes pour la fin de cette section portent sur les violences sexuelles à votre rencontre avant d'avoir eu 18 ans. Êtes-vous prêt-e à continuer cette section et répondre à ces questions ? *

- Oui *Passez à la question 113*
- Non, passez-les *Passez à la question J1*

Si après avoir répondu à ces questions, vous vous sentez vulnérable ou ressentez des émotions difficiles à gérer et désirez parler à quelqu'un, les liens hypertextes ci-dessous contiennent des ressources accessibles de manière anonyme dans différents pays :

<https://mtch.com/safety-details-international#> (en anglais)

<https://mtch.com/fr/safety-details-international#> (en français)

Des ressources supplémentaires pour les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Australie et l'Allemagne :

<https://docs.google.com/document/d/1yYYzKfYli31GS1QoIKrdESBNDhWiUWzOwQBMoTCnBfQ/edit?usp=sharing>

Violence sexuelle

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

Avant d'avoir eu 18 ans ...

I13. Avez-vous été forcé·e ou poussé·e à regarder les parties génitales d'un·e adulte ou d'un·e autre enfant, ou à visionner de la pornographie ?

Oui

Non

I14. Avez-vous été forcé·e ou poussé·e à vous déshabiller ou à montrer vos parties génitales à un·e adulte ou un·e autre enfant ?

Oui

Non

I15. Avez-vous été embrassé·e sur votre corps et/ou vos parties génitales dans un but sexuel ? Avez-vous été forcé·e à embrasser le corps et/ou les parties génitales de quelqu'un d'autre dans un but sexuel ?

Oui, quelqu'un a essayé mais sans succès

Oui, quelqu'un a essayé et l'a fait

Non

I16. Quelqu'un a-t'il essayé d'avoir un rapport sexuel vaginal, anal ou oral avec vous contre votre gré ?

Oui, quelqu'un a essayé mais sans succès

Oui, quelqu'un a essayé et l'a fait

Non

J2. Considérez-vous que vous faites parties des catégories suivantes?

Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler l'écran vers la droite pour voir toutes les options.

	Oui	Incertain·e	Non	Je ne connais pas le terme
Handicapé·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiquement handicapé·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognitivement handicapé·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrant de maladies chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrant de maladies mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodivergent·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sourd·e ou malentendant·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aveugle ou partiellement voyant·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3. Est-ce que l'un de ces diagnostics s'est déjà appliqué à vous ?

Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler l'écran vers la droite pour voir toutes les options.

	Oui - Diagnostic professionnel	Oui - Auto- diagnostic	Incertain·e	Non	Je ne connais pas le terme
TDAH ou TDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble d'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du désir sexuel hypoactif ou trouble de l'intérêt/de l'excitation sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trouble de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépendance liée à une substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépendance comportementale (hors troubles alimentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble dissociatif de l'identité/multiplicité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de stress post-traumatique (TSPT, y compris le TSPT complexe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble psychotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J4. Les prochaines questions portent sur les aliments que vous mangez. Êtes-vous prêt-e à répondre à ces questions ? *

- Oui
- Non, passez-les *Passez à la question K1*

Santé et capacité

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

Sécurité alimentaire

J5. Laquelle de ces affirmations décrit le mieux les aliments consommés dans votre foyer au cours des 12 derniers mois ?

- Il y avait suffisamment de types d'aliments que je veux manger
- Il y en avait suffisamment, mais pas toujours les types d'aliments que je veux
- Parfois, il n'y avait pas assez à manger
- Souvent, il n'y avait pas assez à manger
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

J6. Au cours des 12 derniers mois, j'ai eu peur d'épuiser mes aliments avant d'avoir de l'argent pour en acheter plus.

- Souvent vrai
- Parfois vrai
- Jamais vrai
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

J7. Au cours des 12 derniers mois, je n'ai pas pu me permettre de manger des repas équilibrés.

- Souvent vrai
- Parfois vrai
- Jamais vrai
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Suicide

K1. La section suivante contient des questions sur le suicide. Êtes-vous prêt·e à répondre à ces questions ? *

- Oui
- Non, passez-les *Passez à la question L1*

Suicide

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

K2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous sérieusement considéré de vous suicider ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas / Je ne suis pas certain·e
- Préfère ne pas répondre

K3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous établi un plan concernant la manière de vous suicider ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas / Je ne suis pas certain·e
- Préfère ne pas répondre

K4. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous tenté de vous suicider ?

- 0 - Aucune fois
- 1 - Une fois
- 2 ou 3 fois
- 4 ou 5 fois
- 6 fois ou plus
- Je ne sais pas / Je ne suis pas certain·e
- Préfère ne pas répondre

K5. Si vous avez fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, cela a-t-il donné lieu à une blessure, une intoxication, ou une overdose ayant nécessité l'intervention d'un·e docteur·e ou d'un·e infirmier·ère ?

- Je n'ai pas fait de tentative de suicide au cours des 12 derniers mois
- Oui
- Non
- Je ne sais pas / Je ne suis pas certain·e
- Préfère ne pas répondre

Si vous ressentez des émotions difficiles après avoir répondu à ces questions et vous souhaitez parler à quelqu'un, une liste de lignes internationales de prévention du suicide est accessible ici :

https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_suicide_crisis_lines (en anglais)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9vention_du_suicide#%C3%89coute_en_ligne_et_aide_directe (en français)

Des ressources supplémentaires pour les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Australie et l'Allemagne :

<https://docs.google.com/document/d/1TAPB0UUazLOqZQ1LQBXsV0NIGvYCA1tyRxoldzN4CbM/edit?usp=sharing>

Automutilation non suicidaire

L1. La section suivante contient des questions sur l'automutilation. Êtes-vous prêt·e à répondre à ces questions ? *

- Oui
- Non, passez-les *Passez à la question M1*

Automutilation non suicidaire

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

L2. Avez-vous déjà eu l'idée de vous blesser volontairement sans vouloir mourir (par exemple, en vous coupant ou en vous brûlant) ?

- Oui, au cours de la dernière année
- Oui, il y a plus d'un an
- Non
- Je ne sais pas / Je ne suis pas certain·e
- Préfère ne pas répondre

L3. Avez-vous déjà fait exprès de vous blesser sans vouloir mourir ?

- Oui, au cours de la dernière année
- Oui, il y a plus d'un an
- Non
- Je ne sais pas / Je ne suis pas certain·e
- Préfère ne pas répondre

Si vous ressentez des émotions difficiles après avoir répondu à ces questions et vous souhaitez parler à quelqu'un, une liste de lignes internationales de prévention du suicide est accessible ici :

https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_suicide_crisis_lines (en anglais)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9vention_du_suicide#%C3%89coute_en_ligne_et_aide_directe (en français)

Des ressources supplémentaires pour les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Australie et l'Allemagne :

<https://docs.google.com/document/d/1TAPB0UUazLOqZQ1LQBXsV0NIGvYCA1tyRxoldzN4CbM/edit?usp=sharing>

Expériences négatives

La section suivante porte sur la discrimination fondée sur l'identité sexuelle, romantique et/ou de genre. Vous pouvez décider de passer à la question ou à la section suivante quand vous le souhaitez. Nous comprenons qu'il peut être difficile de connaître les sources de la discrimination fondée sur des orientations et des identités différentes ; veuillez répondre de votre mieux.

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

M1. En raison de votre orientation sexuelle et/ou romantique, avez-vous vécu l'une des situations suivantes ?

Si vous ne parvenez pas à déterminer une cause claire pour des incidents, n'hésitez pas à les compter si vous pensez que votre orientation sexuelle/romantique a été un facteur important. Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler vers la droite pour voir toutes les options.

	Oui	Incertain·e	Non
Harcèlement verbal (en personne et/ou en ligne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement sexuel (en personne et/ou en ligne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement physique / violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidation (en personne et/ou en ligne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de soutien matériel / financier de la famille ou d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentatives ou suggestions sur la façon de vous « réparer » ou de vous « guérir »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions personnelles excessives ou inappropriées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être traité·e avec moins de courtoisie et/ou de respect que les autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gens agissent comme s'ils pensent que vous étiez malhonnête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gens agissent comme s'ils étaient meilleur·e·s que vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres formes de discrimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M2. Parce que vous êtes transgenre ou ne vous conformez pas aux normes traditionnelles de genre, avez-vous vécu l'une des situations suivantes ?

Si vous n'êtes pas transgenre ou que vous vous conformez aux normes traditionnelles de genre, vous pouvez sauter cette question. Si vous ne parvenez pas à déterminer une cause claire pour des incidents, n'hésitez pas à les compter si vous pensez que le fait d'être transgenre ou de ne pas vous conformez aux normes traditionnelles de genre était un facteur important. Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler vers la droite pour voir toutes les options.

	Oui	Incertain·e	Non
Harcèlement verbal (en personne et/ou en ligne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement sexuel (en personne et/ou en ligne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement physique / violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intimidation (en personne et/ou en ligne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de soutien matériel / financier de la famille ou d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentatives ou suggestions sur la façon de vous « réparer » ou de vous « guérir »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions personnelles excessives ou inappropriées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être traité·e avec moins de courtoisie et/ou de respect que les autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gens agissent comme s'ils pensent que vous étiez malhonnête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gens agissent comme s'ils étaient meilleur·e·s que vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres formes de discrimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M3. Facultatif - Si vous souhaitez élaborer sur les raisons menant aux expériences mentionnées dans l'une ou l'autre des questions précédentes, veuillez commenter ici :

M4. Sur une échelle de 0 (peu ou pas d'impact) à 4 (impact majeur), quel impact la discrimination, les préjugés ou autres expériences négatives dues à votre orientation sexuelle ou romantique ont-ils eu sur les aspects suivants de votre vie ?

Si l'un de ces éléments ne s'applique pas à vous, vous pouvez laisser la ligne vide. Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler vers la droite pour voir toutes les options.

	0 (peu ou pas d'impact)	1	2	3	4 (impact majeur)
Capacité à trouver un emploi, à s'adapter à un emploi ou à progresser dans votre carrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité de choisir un lieu géographique pour ma carrière / voyage sans souci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusion dans les activités sociales en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inclusion dans les activités sociales hors ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à trouver un logement ou à s'entendre avec le propriétaire / les colocataires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusion dans les communautés religieuses ou spirituelles dont je faisais partie / auxquelles je veux participer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé mentale / émotionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé / bien-être physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M5. Sur une échelle de 0 (peu ou pas d'impact) à 4 (impact majeur), quel impact la discrimination, les préjugés ou d'autres expériences négatives dues à votre identité transgenre ou au fait que vous ne vous conformez pas aux normes traditionnelles de genre ont-ils eu sur les aspects suivants de votre vie ?

Si vous ne vous identifiez pas comme transgenre, ou vous conformez aux normes traditionnelles de genre veuillez ignorer cette question. Si l'un de ces éléments ne s'applique pas à vous, vous pouvez laisser la ligne vide. Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler vers la droite pour voir toutes les options.

	0 (peu ou pas d'impact)	1	2	3	4 (impact majeur)
Capacité à trouver un emploi, à s'adapter à un emploi ou à progresser dans une carrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité de choisir un lieu géographique pour ma carrière / voyage sans souci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusion dans les activités sociales en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inclusion dans les activités sociales hors ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à trouver un logement ou à s'entendre avec le propriétaire / les colocataires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusion dans les communautés religieuses ou spirituelles dont je faisais partie / auxquelles je veux participer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé mentale / émotionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé / bien-être physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chacun des énoncés suivants liés à votre expérience avec la religion, veuillez indiquer votre niveau d'accord/désaccord.

M6. J'ai du mal à concilier mes croyances avec mon identité LGBTQIA+.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Ni en accord ni en désaccord
- En accord
- Tout à fait en accord
- Ne s'applique pas

M7. Ma communauté religieuse accepte et soutient ma sexualité et/ou mon identité de genre.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Ni en accord ni en désaccord
- En accord
- Tout à fait en accord
- Ne s'applique pas

Communautés

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

N1. Où avez-vous entendu parler de l'asexualité pour la première fois ?

- AVEN
- Blogs (sauf Tumblr)
- Facebook
- Communauté de fandom / d'adeptes (sauf Tumblr)
- Instagram
- Communauté LGBTQIA+ (sauf Tumblr)
- Médias d'information
- Pinterest
- Médias populaires (films, télé, romans)
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Wikipédia
- YouTube
- Ami·e·s ou famille
- Recherche sur Internet
- École, système scolaire
- Je ne m'en souviens pas
- Autre : _____

N2. Où avez-vous participé pour la première fois à une communauté asexuelle ?

- Je n'ai jamais participé à une communauté asexuelle
- Amino
- AVEN (en anglais)
- Blogs (sauf Tumblr)
- Salons de clavardage (par exemple Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Forum asexuel non anglophone
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter

- Groupes asexuels hors-ligne
- Autre : _____

N3. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez participé pour la première fois à une communauté asexuelle ?

Si vous n'avez jamais participé à une communauté asexuelle, vous pouvez laisser cette question en blanc.

N4. Au cours de la dernière année, avez-vous lu ou regardé du contenu créé par les communautés asexuelles en lignes suivantes ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent. Vous pouvez passer la question si aucune des options ne s'applique.

- Amino
- AVEN (en anglais)
- Blogs (sauf Tumblr)
- Salons de clavardage (par exemple Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Forum asexuel non anglophone
- Pillowfort
- Pinterest
- Audios / Balados
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Youtube
- Ne s'applique pas
- Autre : _____

N5. Au cours de la dernière année, avez-vous publié ou commenté du contenu des communautés asexuelles en lignes suivantes ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent. Vous pouvez passer la question si aucune des options ne s'applique.

- Amino
- AVEN (en anglais)
- Blogs (sauf Tumblr)
- Salons de clavardage (par exemple Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Forum asexuel non anglophone

- Pillowfort
- Pinterest
- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Youtube
- Ne s'applique pas
- Autre : _____

N6. À quelle fréquence participez-vous actuellement à des groupes asexuels *HORS-LIGNE* ?

- Jamais
- Quelques fois par an ou moins
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Quelques fois par semaine
- Au moins une fois par jour

N7. Avez-vous déjà rencontré quelqu'un *HORS-LIGNE* qui s'identifiait comme asexuel·le ou sur le spectre asexuel, à votre connaissance ?

- Oui
- Non
- Incertain·e

N8. Avez-vous des ami·e·s actuel·le·s qui s'identifient comme asexuel·le·s ou sur le spectre asexuel, à votre connaissance ?

- Oui
- Non
- Incertain·e

N9. Lisez-vous ou regardez-vous du contenu créé par des communautés de personnes du spectre *aromantique* sur les espaces suivants ?

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent. Vous pouvez passer la question si aucune des options ne s'applique.

- Arocalypse
- AUREA
- Salons de clavardage (par exemple Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Audios / Balados

- Reddit
- TikTok
- Tumblr
- Twitter
- Youtube
- Ne s'applique pas
- Autre : _____

N10. Dans quelle(s) langue(s) interagissez/participez-vous avec des communautés aces ?
Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent. Vous pouvez passer la question si aucune des options ne s'applique.

- Anglais
- Bengali
- Danois
- Néerlandais
- Français
- Allemand
- Hindi
- Italien
- Japonais
- Chinois mandarin
- Polonais
- Portugais
- Russe
- Espagnol
- Ne s'applique pas
- Autre : _____

Espaces LGBTQ

Dans ces questions, les « communautés LGBTQ » font référence aux espaces dédiés principalement aux personnes LGBTQ (par exemple, les groupes de discussion, les forums, les événements sociaux, les parades, les bars, etc.), N'INCLUANT PAS les espaces spécifiquement destinés aux personnes asexuelles et/ou aromantiques, comme les groupes de rencontre asexuels ou aromantiques.

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

O1. Avez-vous déjà pris part ou contribué à des communautés LGBTQ ?

Si votre réponse est « non », veuillez passer les deux questions suivantes.

- Oui, en ligne et en personne

- Oui, en ligne uniquement
- Oui, en personne uniquement
- Non

O2. Comment qualifieriez-vous votre expérience au sein des communautés LGBTQ *en ligne* ?

- Positive
- Plutôt positive, avec quelques expériences négatives
- Neutre
- Plutôt négative, avec quelques expériences positives
- Négative
- Ne s'applique pas

O3. Comment qualifieriez-vous votre expérience au sein des communautés LGBTQ *en personne* ?

- Positive
- Plutôt positive, avec quelques expériences négatives
- Neutre
- Plutôt négative, avec quelques expériences positives
- Négative
- Ne s'applique pas

Impact de la COVID-19

P1. La section suivante contient des questions concernant l'impact qu'a eu la COVID-19.

Êtes-vous prêt-e à répondre à ces questions? *

- Oui
- Non, passez-les *Passez à la question Q1*

Impact de la COVID-19

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Un espace est consacré à vos commentaires et aux clarifications à la fin de l'enquête.

P2. Parmi les options suivantes, laquelle décrit le mieux votre sentiment de proximité avec différents groupes depuis que la COVID-19 a touché votre communauté ?

Si une ou plusieurs de ces options ne s'appliquent pas à votre situation, vous pouvez passer une ligne. Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler l'écran vers la droite pour voir toutes les options.

Moins proche Aucun changement Plus proche

Partenaire(s) (par exemple partenaire(s) romantique(s), queerplatonique(s), etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocataires et membres de votre foyer (en dehors de votre famille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communautés asexuelles ou aromantiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ami·e·s de la communauté LGBTQIA+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ami·e·s en dehors de la communauté LGBTQIA+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camarades de classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel enseignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnel·le·s de la santé mentale (psychologues, psychothérapeutes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Veuillez indiquer à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes ayant trait à la COVID-19.

Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler l'écran vers la droite pour voir toutes les options.

	Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Indifférent·e	Plutôt d'accord	Complète- ment d'accord
« Mes besoins d'intimité émotionnelle avec d'autres personnes ont été satisfaits durant la crise due à la COVID-19 »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« Mes besoins d'intimité physique avec d'autres personnes ont été satisfaits durant la crise due à la COVID-19 »

« La COVID-19 a eu un impact négatif sur ma santé mentale »

« La COVID-19 a réduit ma capacité à exprimer mon orientation sexuelle »

« La COVID-19 a rendu ma situation et mes conditions de vie plus stressantes »

P4. Dans quelle mesure la COVID-19 a-t-elle influencé votre envie concernant les relations suivantes ?

Si vous n'avez jamais désiré l'une ou plusieurs de ces relations, vous pouvez passer une ligne. Sur un appareil mobile, vous devrez peut-être faire défiler l'écran vers la droite pour voir toutes les options.

	Moins qu'avant	Aucun changement	Plus qu'avant	Incertain-e
Relation romantique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation queerplatonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amitié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohabitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concubinage / Union civile / PACS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mariage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relation familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Parmi les propositions suivantes, choisissez celle qui reflète au mieux votre position quant aux vaccins contre la COVID-19 :

- Je suis vacciné·e (complètement ou partiellement et dans l'attente d'une seconde dose)
- Je souhaite être vacciné·e mais ne suis pas en mesure de l'être (pour raisons médicales, ou manque de disponibilité)
- Je ne souhaite pas être vacciné·e
- Incertain·e

P6. Parmi les propositions suivantes, choisissez celle qui décrit le mieux vos préoccupations concernant les vaccins contre la COVID-19 :

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Je n'ai aucune inquiétude concernant le vaccin
- Je suis inquiet·ète de ne pas être en mesure de payer pour le vaccin
- J'ai des inquiétudes concernant l'efficacité du vaccin
- J'ai des inquiétudes concernant de possibles effets secondaires encore inconnus
- J'ai des inquiétudes concernant les essais cliniques et la procédure d'autorisation du vaccin

Questions sur l'enquête

Même s'il est préférable de répondre à un maximum de questions, la plupart d'entre elles peuvent être passées. Ceci est la dernière section de l'enquête.

Quand vous cliquez sur « envoyer » ci-dessous, toutes vos réponses seront envoyées et vous ne pourrez plus les modifier. Merci d'avoir répondu à cette enquête !

Q1. Où avez-vous entendu parler pour la première fois de l'enquête de cette année ?

- Amino
- AVEN (en anglais)
- Blogs (sauf Tumblr)
- Chat room / salon de clavardage (par exemple Discord, IRC, etc.)
- Facebook
- Instagram
- Forum asexuel non anglophone
- Reddit
- TikTok
- Tumblr

- Twitter
- Via des ami·e·s ou des membres de votre famille
- Email / Courriel
- Groupes asexuels hors-ligne
- Autre : _____

Q2. Avez-vous utilisé un guide de traduction pour compléter ce questionnaire ? Si oui, veuillez indiquer pour quelle langue.

Si vous ne savez pas ce qu'est un guide de traduction, vous pouvez sélectionner « non » comme réponse ou passer la question.

- Non
- Danish/Dansk
- French/Français
- German/Deutsch
- Japanese/日本語
- Polish/polski
- Portuguese/Português
- Russian/русский
- Spanish/Español
- Dutch/Nederlands
- Autre : _____

Q3. Commentaires et suggestions (question facultative)

Avez-vous des commentaires à ajouter concernant cette enquête ?