

ENQUÊTE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

C-SURF

(Cohort Study on Substance Use Risk Factors)

Merci d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire vise à comprendre plus en détail le type de consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et d'autres substances chez les jeunes hommes suisses et certains facteurs liés à cette consommation, notamment leurs activités, leur personnalité et leur environnement.

Merci de répondre à **toutes** les questions de ce questionnaire. Si vous hésitez entre deux réponses, choisissez celle qui se rapproche le plus de votre situation. Il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse. Veillez à toujours répondre par une des réponses proposées, le plus spontanément possible. Pour répondre, il vous suffit de mettre une croix dans la case correspondante . Ne tracez pas de croix entre les cases. Si vous voulez apporter une correction, remplissez complètement la case cochée par erreur et tracez une croix dans une autre case.

Nous tenons à vous rappeler que les réponses à ce questionnaire sont **entièrement confidentielles** et **qu'aucune donnée ne sera communiquée ni à l'armée, ni au centre de recrutement où nous vous avons contactés, ni à qui que ce soit d'autre.** Soyez rassurés que vos coordonnées de contact et vos réponses au questionnaire sont gérées **séparément**, ce qui garantit l'**anonymat** de vos réponses. En effet, il ne nous importe pas d'identifier l'auteur des réponses aux questionnaires. Par contre, notre système nous permet de voir si vous avez rempli votre questionnaire ou non, sans pour autant indiquer vos réponses confidentielles. Cela nous permet alors de vous payer la rémunération promise, le cas échéant.

A. SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE ET CONDITIONS DE VIE

A1. Quelle est votre situation professionnelle ACTUELLE?

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formation professionnelle élémentaire | <input type="checkbox"/> École polytechnique fédérale |
| <input type="checkbox"/> Apprentissage, école professionnelle | <input type="checkbox"/> Université |
| <input type="checkbox"/> École de degré diplôme ou de culture générale | <input type="checkbox"/> Emploi rémunéré |
| <input type="checkbox"/> Maturité professionnelle | <input type="checkbox"/> Chômage |
| <input type="checkbox"/> Gymnase / Collège / Lycée (Baccalauréat) | <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Haute école spécialisée (HES) | <input type="checkbox"/> AI |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise fédérale, Brevet fédéral | <input type="checkbox"/> Aide sociale |
| <input type="checkbox"/> École professionnelle supérieure (par ex. ETS, ESCEA, ESAA) | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

A2. Quel est le PLUS HAUT niveau scolaire que vous avez atteint (formation terminée)?

Une seule réponse possible (formation la plus haute)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Scolarité obligatoire | <input type="checkbox"/> Maturité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Formation professionnelle élémentaire | <input type="checkbox"/> Gymnase / Collège / Lycée (Baccalauréat) |
| <input type="checkbox"/> Apprentissage, école professionnelle | <input type="checkbox"/> Bachelor (Université, HES) |
| <input type="checkbox"/> École de degré diplôme ou de culture générale | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

A3. Quelle est votre date de naissance?

____ . ____ . ____ (jj . mm . aaaa)

A4. Quel est votre code postal ?

____ - ____ - ____

A5. Quel est votre mode d'habitation actuel (durant la semaine)?

- Seul dans un appartement, un studio ou une maison
- Avec mon père et ma mère
- Avec un seul parent
- Dans une famille « recomposée » (1 parent et son/sa nouveau/elle partenaire et frères et sœurs, demi-frères/sœurs)
- Avec mon/ma partenaire (marié ou non)
- En colocation avec des amis, connaissances
- Dans un foyer d'étudiants, internat
- Dans une institution sociale (orphelinat, foyer social)
- Sans domicile

A6. Laquelle de ces situations se rapproche le plus de la vôtre ?

- Je couvre moi-même tous mes frais
- Je couvre une partie de mes frais et reçois une aide extérieure (par ex. parents, bourse d'étude, aide sociale)
- Mes parents ou une autre aide extérieure (par ex. bourse d'étude, aide sociale) couvrent mes frais

A7. Quel est votre état civil?

- Célibataire
- Ni marié, ni divorcé, ni séparé, mais en vie commune avec un/e partenaire (y compris en partenariat enregistré)
- Divorcé
- Marié
- Marié, mais séparé
- Veuf

A8. Avez-vous des enfants?

- Non
- Oui => Combien? _____

A9. Attendez-vous un enfant (votre femme/compagne est-elle enceinte)?

- Non
- Oui

A10. Avez-vous des frères et sœurs?

- Non
- Oui => Combien? _____soeurs _____frères

A11. De quelle église ou de quelle communauté religieuse faites-vous partie (même si vous n'êtes pas pratiquant/croyant) ?

- Eglise catholique romaine
- Eglise réformée évangélique (protestante)
- Catholique-chrétienne
- Eglises chrétiennes-orthodoxes
- Autres communautés chrétiennes
- Communautés islamiques
- Communauté de confession juive
- Aucune
- Autre Eglise ou communauté

A12. Laquelle de ces catégories vous correspond le mieux (une seule réponse possible)?

Le terme « Dieu » prend en compte toute divinité.

- Je ne crois pas en Dieu (athée)
- Je crois qu'on ne peut pas vraiment savoir si Dieu existe (agnostique)
- Je ne sais pas quoi penser par rapport à Dieu
- Je crois en Dieu, mais je ne suis pas pratiquant
- Je crois en Dieu et je suis pratiquant

B. SANTE

Les questions suivantes portent sur votre santé en général.

B.1. Quelle est votre taille en centimètres (ex: 1 mètre 72 = 172 cm)?

_____ centimètres

B.2. Quel est votre poids?

_____ kilos

B.3. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.4. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes LIMITÉ EN RAISON DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL.

Cochez une case par ligne.

	OUI, très limité	OUI, un peu limité	NON, pas du tout
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer au bowling, jouer au golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.5. AU COURS DE CES 4 DERNIÈRES SEMAINES, et en raison de votre état PHYSIQUE...

Cochez une case par ligne.

	Tout le temps	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
...avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... n'avez-vous pas pu faire certaines choses ou étiez-vous limité dans certaines activités?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.6. AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre état ÉMOTIONNEL (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé)...

Cochez une case par ligne.

	Tout le temps	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
... avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.7. AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, dans quelle mesure vos DOULEURS physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.8. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où...

Cochez une case par ligne.

	Tout le temps	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
...vous vous êtes senti calme et détendu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous vous êtes senti débordant d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous vous êtes senti triste et déprimé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.9. AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, PHYSIQUE OU EMOTIONNEL, vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

Tout le temps	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.10. AU COURS DE CES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous rencontré ces problèmes?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10 fois ou plus
Altercation physique ou bagarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérieux problèmes avec vos parents/famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérieux problèmes avec vos ami-e-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvais résultats à l'école ou au travail (manqué des cours/travail ou eu du retard dans votre travail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Victime d'un vol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes avec la police	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation ou admission aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport sexuel que vous avez regretté le lendemain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport sexuel sans préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causé des dommages matériels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu recours à un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eté à l'hôpital toute la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une intervention chirurgicale ambulatoire (où vous n'avez pas eu à rester toute la nuit à l'hôpital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eté examiné ou traité dans un service d'urgences à la suite d'un accident ou d'une blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eté dans un service d'accueil et d'urgence ou dans un centre spécialisé pour des problèmes de dépendances aux substances toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.11. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, à quelle fréquence...

Cochez une case par ligne.

	Tout le temps	La plupart du temps	Un peu plus de la moitié du temps	Un peu moins de la moitié du temps	Parfois	Jamais
...vous êtes-vous senti triste ou démoralisé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous manqué d'intérêt pour vos activités quotidiennes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu l'impression de manquer de force ou d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous êtes-vous senti moins sûr de vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu mauvaise conscience ou vous êtes-vous senti coupable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu du mal à vous concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous êtes-vous senti agité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous êtes-vous senti ramolli ou ralenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu du mal à dormir la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu moins d'appétit que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu plus d'appétit que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes portent sur le type d'activités physiques que les gens ont dans leur vie quotidienne. Les questions portent sur le temps que vous avez passé à être actif physiquement **au cours des 7 derniers jours**.

Merci de répondre à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active.

Pensez aux activités que vous faites au travail, à domicile et dans votre jardin, pour vos déplacements d'un endroit à l'autre et pendant votre temps libre pour les loisirs, l'exercice ou le sport.

Tout d'abord, pensez aux activités physiques **intenses** que vous avez eues **au cours des 7 derniers jours**. Par 'intense' on entend des activités qui demandent un grand effort physique et qui provoquent un essoufflement important. Pensez seulement aux activités physiques qui ont duré **au moins 10 minutes d'affilée**.

B.12. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques intenses comme soulever des charges (ou autres travaux de chantier), faire du fitness, faire du vélo (intensivement) ?

_____ jours par semaine
<input type="checkbox"/> Pas d'activité physique intense

→ passez à la question B14 ci-dessous

B.13. Quand vous avez fait des activités physiques intenses AU COURS D'UN DE CES JOURS, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne?

_____ heures _____ minutes par jour

Maintenant, pensez aux activités physiques **modérées** que vous avez eues **au cours des 7 derniers jours**. Par 'modérées' on entend des activités qui demandent un effort physique modéré et qui provoquent un léger essoufflement. Pensez seulement aux activités physiques qui ont duré **au moins 10 minutes d'affilée**.

B.14. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques modérées comme soulever des charges légères, faire du vélo à un rythme tranquille, jouer au tennis en double? Ne pas tenir compte de la marche.

_____ jours par semaine
<input type="checkbox"/> Pas d'activité physique modérée

→ passez à la question B16 (page suivante)

B.15. Quand vous avez fait des activités physiques modérées AU COURS D'UN DE CES JOURS, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

_____ heures _____ minutes par jour

*Maintenant, pensez au temps que vous avez passé à **marcher au cours des 7 derniers jours**. Ceci inclut le temps passé à marcher au travail et à votre domicile, pour aller d'un endroit à un autre, et la marche comme exercice ou loisir pendant votre temps libre.*

B.16. AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, pendant combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes d'affilée?

_____ jours par semaine
<input type="checkbox"/> Pas de marche

→ passez à la question C1 (page suivante)

B.17. Quand vous avez marché AU COURS D'UN DE CES JOURS, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

_____ heures _____ minutes par jour

C. CONTEXTE FAMILIAL

C1. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation familiale AVANT que vous ayez eu 18 ans?

- Je vivais la plupart du temps avec mes 2 parents biologiques
- Je vivais la plupart du temps avec 2 parents, mais 1 était un beau-parent (belle-mère/beau-père)
- Je vivais la plupart du temps avec 1 seul de mes parents
- J'ai été élevé par des parents adoptifs
- J'ai été élevé par des personnes de ma famille, par une famille d'accueil ou dans une institution telle qu'un orphelinat

C2. Est-ce que vos parents (biologiques ou adoptifs) ont divorcé ou ont arrêté de vivre ensemble de manière définitive AVANT que vous ayez eu 18 ans?

- Non, ils sont restés ensemble
- Oui, mais ils ne vivaient déjà plus ensemble quand je suis né
- Oui => Quel âge aviez-vous à ce moment? _____

Les questions suivantes concernent vos parents. Si vous avez été élevé principalement par des parents adoptifs, des beaux-parents ou autres, répondez en vous référant à eux. Par exemple, si vous avez à la fois un beau-père et un père naturel, répondez pour celui qui a le plus d'importance dans votre éducation.

C3. Quel est le niveau d'études le plus élevé de vos parents ?

Cochez la case qui correspond le mieux dans chaque colonne

	Votre père	Votre mère
Scolarité obligatoire terminée ou non terminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprentissage ou école professionnelle (au moins 2 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole secondaire supérieure terminée (baccalauréat ou maturité professionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HES (Haute école spécialisée) ou formation professionnelle spécialisée (diplôme de maître, de spécialiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole Polytechnique Fédérale (EPFL ou EPFZ) ou Université non terminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole Polytechnique Fédérale (EPFL ou EPFZ) ou Université terminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Comparée à celle d'autres familles en Suisse, la situation financière de votre famille vous semble-t-elle ?

- très au-dessus de la moyenne ? en dessous de la moyenne ?
 bien au-dessus de la moyenne ? bien en dessous de la moyenne ?
 au-dessus de la moyenne ? très en dessous de la moyenne ?
 dans la moyenne ?

C5. Pensez à votre situation AVANT L'AGE DE 18 ans, même si celle-ci a complètement changé depuis. Généralement, à quel point étiez-vous satisfait de...

Cochez une case par ligne.

	Très satisfait	Satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Insatisfait	Très Insatisfait	Je ne connais(sais) pas cette personne
...votre relation avec votre mère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...votre relation avec votre père ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...votre relation avec vos ami-e-s ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6. Pensez à votre situation AUX ENVIRONS DE L'AGE DE 15 ans, dans quelle mesure ces affirmations vous concernant sont-elles exactes?

Cochez une case par ligne.

	Presque toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais
Mes parents avaient établi des règles claires sur ce que je pouvais faire à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes parents avaient établi des règles claires sur ce que je pouvais faire en dehors de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes parents savaient avec qui je passais mes soirées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes parents savaient où je passais mes soirées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai reçu chaleur et affection de la part de mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes parents m'ont soutenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pouvais facilement emprunter de l'argent à ma mère ou mon père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma mère ou mon père me donnait facilement de l'argent (sans attendre de remboursement) si je le souhaitais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les prochaines questions portent sur ce que pensaient vos parents de la consommation d'alcool, de tabac et de drogue **lorsque vous aviez environ 15 ans**, même si cela a changé depuis.

C7. Comment pensez-vous que votre MERE aurait réagi si vous aviez fait les choses suivantes (même si vous ne les avez pas faites)?

Cochez une case par ligne.

	Elle ne l'aurait pas permis/ ne le permettait pas	Elle m'en aurait dissuadé/ m'en a dissuadé	Cela lui aurait été égal / lui était égal	Elle l'aurait approuvé/ l'approuvait	Je ne sais pas
Etre saoul, au point de ne plus pouvoir marcher droit et parler normalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer du cannabis (haschisch, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer des cigarettes ou consommer du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire 1 ou 2 boissons alcoolisées tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire 3 à 4 boissons alcoolisées tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire 5 boissons alcoolisées ou plus 1 ou 2 fois tous les week-ends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C8. Comment pensez-vous que votre PERE aurait réagi si vous aviez fait les choses suivantes (même si vous ne les avez pas faites)?

Cochez une case par ligne.

	Il ne l'aurait pas permis/ ne le permettait pas	Il m'en aurait dissuadé/ m'en a dissuadé	Cela lui aurait été égal / lui était égal	Il l'aurait approuvé/ l'approuvait	Je ne sais pas
Etre saoul, au point de ne plus pouvoir marcher droit et parler normalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer du cannabis (haschisch, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer des cigarettes ou consommer du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire 1 ou 2 boissons alcoolisées tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire 3 à 4 boissons alcoolisées tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire 5 boissons alcoolisées ou plus 1 ou 2 fois tous les week-ends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C9. Est-ce que quelqu'un dans votre famille a eu ce que vous appelleriez un problème sérieux d'alcool, de drogue ou un problème psychiatrique (un problème qui a, ou aurait nécessité un traitement) ?

Cochez tout ce qui convient.

	Alcool	Drogue	Problème psychiatrique	Aucun de ces trois
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille du côté de votre mère				
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille du côté de votre père				
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frères et sœurs				
Frère 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C10. Et en ce qui concerne vos ami(e)s proches (c'est-à-dire ceux/celles avec qui vous passez le plus de temps)? Quelqu'un a-t-il eu ce que vous appelleriez un problème sérieux d'alcool, de drogue ou un problème psychiatrique (un problème qui a, ou aurait nécessité un traitement) ?

Cocher une case par ligne.

	La plupart d'entre eux	Certains	1 ou 2	Aucun
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. ALCOOL

Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool. Celle-ci inclut la bière, le vin, le champagne, les alcools forts tels que whisky, rhum, gin, vodka, bourbon, scotch, les liqueurs, les alcopops et tout autre type d'alcool.

D1. A votre avis, quel pourcentage des hommes de votre âge boit plus d'alcool que vous?

 %

D2. A quel âge avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée standard (voir image ci-dessous) pour la première fois?

 ans

Jamais

=> passez à la partie Tabac, section E (page 25)

D3. A quel âge avez-vous été saoul pour la première fois?

 ans

Jamais

D4. Au total, au cours de votre vie, avez-vous consommé au moins 12 boissons alcoolisées standard, quelles qu'elles soient (sans compter les fois où vous avez juste goûté ou bu une gorgée) ?

Oui

Non

1 boisson alcoolisée standard

	=		=		=		=		=	
1 verre de vin de 1 dl		1 bière de 2.5 dl		1 alcopop		1 alcool fort de 0.2 dl		1 long drink avec alcool fort		1 apéritif de 0.5 dl

Notez qu'une « chope » de bière (5dl) ou un double « shot » de spiritueux équivaut à deux boissons standard.

1 boisson alcoolisée standard



1 verre de vin de 1 dl = 1 bière de 2.5 dl = 1 alcopop = 1 alcool fort de 0.2 dl = 1 long drink avec alcool fort = 1 apéritif de 0.5 dl

Notez qu'une « chope » de bière (5dl) ou un double « shot » de spiritueux équivaut à deux boissons standard.

D5. Pensez aux premières fois où vous avez consommé de l'alcool. Quelle quantité d'alcool (voir image ci-dessus) vous a-t-il fallu pour vous sentir différent ?
 Donnez un nombre de boissons alcoolisées pour chaque ligne. Si une question ne s'applique pas à votre cas, veuillez cocher la colonne « ne s'applique pas ».

	Les premières fois où vous avez bu de l'alcool	Ne s'applique pas
Combien de boissons alcoolisées standard vous ont été nécessaires pour commencer à vous sentir différent ?	_____	<input type="checkbox"/>
Combien de boissons alcoolisées standard vous ont été nécessaires pour vous sentir étourdi et avoir un langage confus, troublé ?	_____	<input type="checkbox"/>
Combien de boissons alcoolisées standard vous ont été nécessaires pour tituber ou trébucher ?	_____	<input type="checkbox"/>
Combien de boissons alcoolisées standard vous ont été nécessaires pour perdre connaissance ou vous endormir alors que vous ne le vouliez pas ?	_____	<input type="checkbox"/>

D6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous bu au moins 1 boisson alcoolisée standard (sans compter les fois où vous avez juste goûté ou bu une gorgée) ?

- Oui
- Non => passez à la partie Tabac, section E (page 25)

1 boisson alcoolisée standard



Notez qu'une « chope » de bière (5dl) ou un double « shot » de spiritueux équivaut à deux boissons standard.

D7. Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous de l'alcool?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 7 jours par semaine | <input type="checkbox"/> 2 jours par semaine |
| <input type="checkbox"/> 6 jours par semaine | <input type="checkbox"/> 1 jour par semaine |
| <input type="checkbox"/> 5 jours par semaine | <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 4 jours par semaine | <input type="checkbox"/> 1 fois par mois ou moins |
| <input type="checkbox"/> 3 jours par semaine | <input type="checkbox"/> jamais |

D8. Combien de boissons alcoolisées standard (voir dessin ci-dessus) buvez-vous en moyenne au cours d'une journée pendant laquelle vous consommez de l'alcool ?

_____ boisson(s) alcoolisées standard par jour avec consommation d'alcool

D9. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire SIX BOISSONS STANDARD OU PLUS?

- chaque jour ou presque
- chaque semaine
- chaque mois
- moins d'une fois par mois
- jamais

D10. Quel est le nombre maximum de boissons standard que vous avez consommés en 1 jour au cours des 12 derniers mois?

_____ boisson(s) alcoolisées standard(s)

1 boisson alcoolisée standard

1 verre de vin de 1 dl = 1 bière de 2.5 dl = 1 alcopop = 1 alcool fort de 0.2 dl = 1 long drink avec alcool fort = 1 apéritif de 0.5 dl

Notez qu'une « chope » de bière (5dl) ou un double « shot » de spiritueux équivaut à deux boissons standard.

Pensez AUX 12 DERNIERS MOIS :

D11. Le weekend, c'est-à-dire les VENDREDIS, SAMEDIS ET DIMANCHES, en moyenne combien de jours buvez-vous au moins une boisson alcoolisée standard ?

<input type="checkbox"/> Les 3 jours du weekend	<input type="checkbox"/> 2-3 jours de weekend par mois
<input type="checkbox"/> 2 jours par weekend	<input type="checkbox"/> 1 jour de weekend par mois
<input type="checkbox"/> 1 jour par weekend	<input type="checkbox"/> Moins d'un jour de weekend par mois
	<input type="checkbox"/> Jamais

D12. Quand vous buvez le weekend (c'est-à-dire les VENDREDIS, SAMEDIS ET DIMANCHES), combien de boissons alcoolisées standard buvez-vous en moyenne PAR JOUR de consommation?

<input type="checkbox"/> 12 ou plus	<input type="checkbox"/> 5 ou 6
<input type="checkbox"/> 9 à 11	<input type="checkbox"/> 3 ou 4
<input type="checkbox"/> 7 ou 8	<input type="checkbox"/> 1 ou 2

D13. En semaine (c'est-à-dire DU LUNDI AU JEUDI), en moyenne combien de jours buvez-vous au moins une boisson alcoolisée standard?

<input type="checkbox"/> Les 4 jours de la semaine	<input type="checkbox"/> 2-3 jours de semaine par mois
<input type="checkbox"/> 3 jours sur les 4	<input type="checkbox"/> 1 jour de semaine par mois
<input type="checkbox"/> 2 jours sur les 4	<input type="checkbox"/> Moins d'un jour de semaine par mois
<input type="checkbox"/> 1 jour sur les 4	<input type="checkbox"/> Jamais

D14. Quand vous buvez en semaine (c'est-à-dire DU LUNDI AU JEUDI), combien de boissons alcoolisées standard buvez-vous en moyenne PAR JOUR de consommation?

<input type="checkbox"/> 12 ou plus	<input type="checkbox"/> 5 ou 6
<input type="checkbox"/> 9 à 11	<input type="checkbox"/> 3 ou 4
<input type="checkbox"/> 7 ou 8	<input type="checkbox"/> 1 ou 2

Les questions suivantes portent sur les différents endroits ou situations dans lesquels vous consommez de l'alcool.

D15. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool dans les endroits suivants ?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	1 ou 2 fois	1-2 jours par mois	3-4 jours par mois	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5-6 jours par semaine	Tous les jours
Chez vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des pubs, bars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En boîte, disco, night club, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre d'activités sportives (foot, hockey, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre d'autres activités de groupe (ex. fanfare, orchestre, tir, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cinéma, théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors d'événements sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des espaces publics extérieurs (dans les parcs, la rue, à la piscine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors d'événements spéciaux (festival, fêtes de jeunesse, carnaval, concerts, foire/comptoirs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D16. En pensant aux 12 DERNIERS MOIS, combien de boissons alcoolisées standard (cf. image) avez-vous bues à une occasion lorsque vous étiez dans les endroits suivants ?

Cochez une case par ligne.	Aucune	1-2 boissons standard	3-4 boissons standard	5-6 boissons standard	7-8 boissons standard	9-11 boissons standard	12 ou + boissons standard
Chez vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des pubs, bars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En boîte, disco, night clubs, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre d'activités sportives (foot, hockey, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre d'autres activités de groupe (ex. fanfare, orchestre, tir, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cinéma, théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors d'événements sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des espaces publics extérieurs (dans les parcs, la rue, à la piscine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors d'événements spéciaux (festival, fêtes de jeunesse, carnaval, concerts, foire/comptoirs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 boisson alcoolisée standard

1 verre de vin de 1 dl

=

1 bière de 2.5 dl

=

1 alcopop

=

1 alcool fort de 0.2 dl

=

1 long drink avec alcool fort

=

1 apéritif de 0.5 dl

Notez qu'une « chope » de bière (5dl) ou un double « shot » de spiritueux équivaut à deux boissons standard.


D17. La question suivante porte sur les 7 DERNIERS JOURS, même s'il s'agissait d'une semaine spéciale. Combien de boissons alcoolisées standard de chacun des types suivants avez-vous bu chaque jour?

Commencez par décrire la journée d'hier, puis continuez en allant en arrière. Par exemple, si nous sommes jeudi, commencez par décrire mercredi, puis mardi, puis lundi, etc.

Si vous n'avez pas consommé d'alcool un jour, cochez "Aucune boisson alcoolisée".


	Bière	Vin (rouge, blanc, champagne)	Alcool fort (Whisky, Vodka, Pastis, etc.)	Apéritif (Suze, Martini, etc.)	Alcopops (Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, etc.)	Beerpops winepops, Chiller, Cooler (Cardinal Lemon, Eve, Swizly, Chiller, Strongbow, Sputnik)	Mélange, cocktail (par ex. Caipirinha, Vodka orange, Whisky Coca)	Aucune boisson alcoolisée
	Nb verres 2.5 dl	Nb verres 1 dl	Nb verres 0.25 dl	Nb verres 0.5 dl	Nb bouteilles 3 dl	Nb bouteilles 3 dl	Nb verres 1dl	Cochez
Dimanche	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Samedi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Vendredi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Jeudi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Mercredi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Mardi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Lundi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

1 boisson alcoolisée standard




1 verre de vin de 1 dl

=




1 verre de vin de 1 dl

=




1 bière de 2.5 dl

=




1 alcopop

=




1 alcool fort de 0.2 dl

=



1 long drink avec alcool fort

=



1 apéritif de 0.5 dl

Notez qu'une « chope » de bière (5dl) ou un double « shot » de spiritueux équivaut à deux boissons standard.

D18. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous expérimenté les conséquences suivantes?

Cochez une case par ligne.

	Oui	Non
...j'ai déjà eu une gueule de bois au point que j'ai dû boire de l'alcool ou prendre des médicaments forts (autres que des analgésiques courants tels que l'Aspirine ou le Paracétamol) pour m'en remettre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai eu un black-out après une consommation d'alcool (je ne me souvenais plus de rien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai fait quelque chose en buvant que j'ai regretté plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai eu une relation sexuelle qui n'était pas prévue parce que j'avais bu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai eu une relation sexuelle non protégée parce que j'avais bu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai eu un accident où je me suis blessé parce que j'avais bu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai eu plus d'une fois des ennuis avec la police ou d'autres représentants de l'ordre publique à cause de ma consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai eu une dispute sérieuse ou une bagarre tout en consommant de l'alcool ou juste après.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'ai endommagé la propriété d'autrui parce que j'étais ivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D19. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé ...

Cochez une case par ligne.

	Oui	Non
...de négliger <u>plus d'une fois</u> des tâches importantes à l'école, au travail, ou à la maison dans le cadre de votre famille parce que vous aviez consommé de l'alcool ou parce que vous vous sentiez mal après en avoir consommé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...de conduire plus d'une fois un véhicule (p.ex. voiture, vélo, vélomoteur, scooter ou moto) après avoir bu quelques verres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...de vous être trouvé <u>plus d'une fois</u> dans une situation dans laquelle vous auriez pu vous blesser après avoir trop bu (p.ex. avec des outils au travail ou sur des machines, en faisant du sport ou d'autres situations dangereuses telles que marcher au milieu de la route) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'avoir repris vos habitudes de consommation d'alcool alors que celles-ci avaient généré des problèmes avec votre partenaire, un(e) ami(e) ou connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'avoir l'impression que vous devez consommer beaucoup plus d'alcool qu'auparavant pour en ressentir les effets ou être saoul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'avoir tremblé ou de vous être senti nerveux pendant toute une journée ou plus après avoir arrêté votre consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'avoir bu davantage et pendant plus longtemps que vous ne l'aviez prévu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'avoir essayé de réduire votre consommation , mais sans succès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'avoir passé beaucoup de temps soit à vous saouler, à être saoul, ou à dessaouler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'avoir abandonné des activités importantes telles que l'école, le travail ou les rencontres entre amis ou avec la famille à cause de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'avoir continué votre consommation d'alcool bien que vous saviez qu'elle avait généré des problèmes récurrents de santé ou des problèmes psychiques tels que l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'avoir ressenti un besoin ou un désir si fort que vous ne pouviez pas faire autrement que de boire de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D20. Si vous pensez à toutes les fois où vous avez bu de l'alcool (bière, vin, alcools forts, etc.) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS combien de fois l'avez-vous fait...

Cochez une case par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
... pour mieux apprécier une fête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que cela vous aide lorsque vous êtes déprimé ou nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour vous reconforter lorsque vous êtes de mauvaise humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que vous aimez les sensations que cela procure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour vous saouler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que c'est plus drôle lorsque vous êtes avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que vous aimeriez faire partie d'un certain groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour que les fêtes soient plus réussies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour oublier vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... simplement parce que cela vous amuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour être apprécié par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour ne pas vous sentir exclu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D21. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, pendant que vous consommiez de l'alcool, combien de fois vous est-il arrivé de prendre en même temps... ?

« En même temps » comprend aussi le moment juste avant ou juste après pendant la même soirée, mais PAS le jour avant ou le jour après.

Cochez une case par ligne.

	Presque chaque fois	Souvent (plus d'une fois sur deux)	Environ une fois sur deux	Rarement (moins d'une fois sur deux)	Presque jamais	Jamais
...des produits à base de tabac (cigarette, cigare, pips, snus, chnouf, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du cannabis (haschisch, marijuana, herbe) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'autres drogues (cocaïne, héroïne, amphétamine, LSD, champignons hallucinogènes, ecstasy, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...des médicaments : <ul style="list-style-type: none"> - Hypnotiques, tranquillisants, anxiolytiques (somnifères, calmants, anti-anxieux; benzodiazépines comme par ex. Temesta®, Valium®, Xanax®, Rohypnol® ou inducteurs de sommeil comme Stilnox®) - Stimulants (amphétamines) comme Ritaline®, Strattera®, Adderal® - Antidouleurs puissants, surtout ceux contenant des opiacés/codéine (Tamgesic®, Benylin®, Bexin®, Fentanyl; NE PAS INCLURE les antidouleurs courants comme l'aspirine, le paracétamol ou les tisanes) - Antidépresseurs (p. ex. Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. TABAC

E.1. A votre avis, quel pourcentage des hommes de votre âge fume des cigarettes?

_____ %

E.2. Au total, au cours de votre vie, avez-vous fumé ou consommé un ou plusieurs des produits suivants au moins dans la quantité indiquée?

Cochez tout ce qui convient.

- Au moins **50 cigarettes (y compris le tabac roulé)**
- Au moins **10 narguilés** (shisha, pipe à eau, avec du tabac seulement, pas de cannabis ou autre drogue)
- Au moins **10 sachets du snus** (« plug », tabac en palette)
- Au moins **10 prises de tabac à priser** (chnouf, Schnupf)
- Au moins **10 prises de tabac à chiquer**
- Au moins **25 cigares ou cigarillos**
- Au moins **25 pipes** (pas des pipes à eau/narguilés)

- Non, aucun de ces produits dans cette quantité

E.3. LES TOUTES PREMIERES FOIS que vous avez consommé du tabac, ...

Cochez une case par ligne.

- Je n'ai jamais consommé de tabac => *passez à la partie Cannabis, section F (page 34)*

	Oui	Non
...vous êtes-vous senti pas très bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous toussé, ressenti des douleurs dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu mal à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu les yeux irrités, un mauvais goût dans la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu des problèmes d'estomac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous senti vos battements de cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu des vertiges, été étourdi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous été nauséux, au bord du vomissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...l'expérience vous a-t-elle plu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous êtes-vous senti relaxé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cigarettes (y compris les cigarettes roulées)

E.4. A quel âge avez-vous fumé une cigarette POUR LA PREMIERE FOIS?

_____ ans
<input type="checkbox"/> Jamais

=> passez à la question E9 (Narguilé) ci-dessous

E.5. A quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes TOUS LES JOURS (ou presque tous les jours)?

_____ ans

Je n'ai jamais fumé de cigarettes tous les jours ou presque tous les jours

E.6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé des cigarettes ?

- Oui
- Non => passez à la question E9 (Narguilé) ci-dessous

E.7. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence fumiez-vous des cigarettes, en temps normal?

- Tous les jours
- 5-6 jours par semaine
- 3-4 jours par semaine
- 1-2 jours par semaine
- 2-3 jours par mois
- Une fois par mois ou moins d'une fois par mois (de temps en temps)

E.8. Durant une journée typique où vous fumez des cigarettes, combien de cigarettes fumez-vous?

_____ cigarettes

Narguilé (shisha, pipe à eau avec du tabac seulement, sans cannabis ou autre drogue)

E.9. A quel âge avez-vous fumé le narguilé pour LA PREMIERE FOIS?

_____ ans
<input type="checkbox"/> Jamais

=> passez à la question E14 (Snus), page suivante



E.10. A quel âge avez-vous commencé à fumer le narguilé TOUS LES JOURS (ou presque tous les jours) ?

____ ans

- Je n'ai jamais fumé le narguilé tous les jours ou presque tous les jours

E.11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé le narguilé (shisha)?

- Oui
 Non => *passez à la question E14 (Snus), ci-dessous*

E.12. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS à quelle fréquence fumiez-vous le narguilé, en temps normal?

- Tous les jours
 5-6 jours par semaine
 3-4 jours par semaine
 1-2 jours par semaine
 2-3 jours par mois
 Une fois par mois ou moins d'une fois par mois (de temps en temps)

E.13. Durant une journée typique où vous fumez le narguilé, combien de narguilés (unités, douilles ou foyers de tabacs) fumez-vous ?

_____ unités

Snus (plus, tabac en palette)

E.14. A quel âge avez-vous utilisé du snus pour LA PREMIERE FOIS ?

_____ ans
 Jamais

=> *passez à la question E19 (Chnouf, Tabac à priser), page suivante*



E.15. A quel âge avez-vous commencé à utiliser du snus TOUS LES JOURS (ou presque tous les jours)?

_____ ans

- Je n'ai jamais utilisé de snus tous les jours ou presque tous les jours

E.16. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous utilisé du snus?

- Oui
- Non => passez à la question E19 (Chnouf, Tabac à priser), ci-dessous

E.17. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence utilisiez-vous du snus, en temps normal?

- Tous les jours
- 5-6 jours par semaine
- 3-4 jours par semaine
- 1-2 jours par semaine
- 2-3 jours par mois
- Une fois par mois ou moins d'une fois par mois (de temps en temps)

E.18. Durant une journée typique où vous utilisez du snus, combien d'unités de snus (un sachet) utilisez-vous?

_____ unités (sachets)

Chnouf (Schnupf, tabac à priser)

E.19. A quel âge avez-vous pris de la chnouf pour LA PREMIERE FOIS ?

_____ ans

- Jamais => passez à la question E24 (Tabac à chiquer), page suivante



E.20. A quel âge avez-vous commencé à prendre de la chnouf TOUS LES JOURS (ou presque tous les jours)?

_____ ans

- Je n'ai jamais pris de la chnouf tous les jours ou presque tous les jours

E.21. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous utilisé de la chnouf (tabac à priser)?

- Oui
- Non => passez à la question E24 (Tabac à chiquer), page suivante

E.22. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence utilisiez-vous de la chnouf, en temps normal?

- Tous les jours
- 5-6 jours par semaine
- 3-4 jours par semaine
- 1-2 jours par semaine
- 2-3 jours par mois
- Une fois par mois ou moins d'une fois par mois (de temps en temps)

E.23. Durant une journée typique où vous prenez de la chnouf, combien d'unités de chnouf (une prise) utilisez-vous?

_____ unités (prises)

Tabac à chiquer

E.24. A quel âge avez-vous utilisé du tabac à chiquer pour LA PREMIERE FOIS ?

_____ ans



- Jamais => passez à la question E29 (Cigares, cigarillos), page suivante

E.25. A quel âge avez-vous commencé à utiliser du tabac à chiquer TOUS LES JOURS (ou presque tous les jours)?

_____ ans

- Je n'ai jamais utilisé de tabac à chiquer tous les jours ou presque tous les jours

E.26. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous utilisé du tabac à chiquer?

- Oui
- Non => passez à la question E29 (Cigares, cigarillos), page suivante

E.27. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence utilisiez-vous du tabac à chiquer, en temps normal?

- Tous les jours
- 5-6 jours par semaine
- 3-4 jours par semaine
- 1-2 jours par semaine
- 2-3 jours par mois
- Une fois par mois ou moins d'une fois par mois (de temps en temps)

E.28. Durant une journée typique où vous utilisez du tabac à chiquer, combien de prises de tabac à chiquer utilisez-vous?

_____ unités (prises)

Cigares/cigarillos

E.29. A quel âge avez-vous fumé un cigare/cigarillo pour la PREMIERE FOIS?

_____ ans

- Jamais => passez à la question E34 (Pipes), page suivante

E.30. A quel âge avez-vous commencé à fumer des cigares/cigarillos TOUS LES JOURS (ou presque tous les jours)

_____ ans

- Je n'ai jamais fumé de cigare/cigarillo tous les jours ou presque tous les jours

E.31. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé des cigares/cigarillos ?

- Oui
 Non => passez à la question E34 (Pipes), page suivante

E.32. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence fumiez-vous des cigares/cigarillos, en temps normal?

- Tous les jours
 5-6 jours par semaine
 3-4 jours par semaine
 1-2 jours par semaine
 2-3 jours par mois
 Une fois par mois ou moins d'une fois par mois (de temps en temps)

E.33. Durant une journée typique où vous fumez des cigares/cigarillos, combien de cigares/cigarillos fumez-vous?

_____ cigares/cigarillos

Pipe (pas le narguilé ni la pipe à eau)

E.34. A quel âge avez-vous fumé la pipe pour LA PREMIERE FOIS?

_____ ans

- Jamais => passez à la question E39 (Attitude envers le tabac), ci-dessous

E.35. A quel âge avez-vous commencé à fumer la pipe TOUS LES JOURS (ou presque tous les jours)

_____ ans

- Je n'ai jamais fumé la pipe tous les jours ou presque tous les jours

E.36. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé la pipe?

- Oui
 Non => passez à la question E39 (Attitude envers le tabac,) ci-dessous

E.37. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence fumiez-vous la pipe, en temps normal?

- Tous les jours
 5-6 jours par semaine
 3-4 jours par semaine
 1-2 jours par semaine
 2-3 jours par mois
 Une fois par mois ou moins d'une fois par mois (de temps en temps)

E.38. Durant une journée typique où vous fumez la pipe, combien de pipes fumez-vous?

_____ pipes

Attitudes envers le tabac

Les questions qui suivent portent sur toutes les consommations de tabac : cigarette, narguilé, snus, chnouf, tabac à chiquer, cigares, cigarillos et pipe.)

E.39. Avez-vous consommé au moins une fois un des ces produits au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
 Non => Passer à la partie Cannabis, section F (page 34)

E.40. D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette/ prenez-vous votre première prise de tabac?

- 0-5 minutes
- 6-15 minutes
- 16-30 minutes
- 31-60 minutes
- 61 et + minutes

E.41. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (p.ex. cinémas, bibliothèques, restaurants, etc.) ?

- Oui
- Non

E.42. A quelle cigarette/consommation de tabac renoncerez-vous le plus difficilement?

- À la première de la journée
- À une autre

E.43. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée?

- Oui
- Non

E.44. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée?

- Oui
- Non

E.45. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, pendant que vous fumiez ou utilisiez du tabac, combien de fois vous est-il arrivé de prendre en même temps... ?

« En même temps » comprend aussi le moment juste avant ou juste après pendant la même soirée, mais PAS le jour avant ou le jour après.

Cochez une case par ligne.

	Presque chaque fois	Souvent (plus d'une fois sur deux)	Environ une fois sur deux	Rarement (moins d'une fois sur deux)	Presque jamais	Jamais
De l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du cannabis (haschisch, marijuana, herbe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres drogues (cocaïne, héroïne, amphétamine, LSD, champignons hallucinogènes, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des médicaments : <ul style="list-style-type: none"> - Hypnotiques, tranquillisants, anxiolytiques (somnifères, calmants, anti-anxieux; benzodiazépines comme par ex. Temesta®, Valium®, Xanax®, Rohypnol®, ou inducteurs de sommeil comme Stilnox®) - Stimulants (amphétamines) comme Ritaline®, Strattera®, Adderal® - Antidouleurs puissants, surtout ceux contenant des opiacés/codéine (Tamgesic®, Benylin®, Bexin®, Fentanyl; NE PAS INCLURE les antidouleurs courants comme l'aspirine, le paracétamol ou les tisanes) - Antidépresseurs (p. ex. Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. CANNABIS

F1. A votre avis, quel pourcentage des hommes de votre âge fument du cannabis?

_____ %

F2. Avez-vous déjà pris du cannabis (herbe, haschisch, joint), plus que simplement une bouffée pour essayer?

- Oui, j'en ai pris au moins une fois
 Non, je n'en ai jamais pris => passez à la partie Autres produits, section G (page 38)

F3. En pensant AUX PREMIÈRES FOIS où vous avez consommé du cannabis, comment vous êtes-vous senti ou comporté?

Cochez une case par ligne.

	Oui	Non
Je me suis senti vraiment « pété »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai perdu connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti détendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai beaucoup ri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti malade, étourdi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai fait des choses stupides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti heureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F4. A quel âge avez-vous pris du cannabis POUR LA PREMIÈRE FOIS?

_____ ans

F5. A quel âge avez-vous été "pété" avec du cannabis POUR LA PREMIÈRE FOIS?

_____ ans

- Jamais

F6. Avez-vous pris du cannabis AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

- Oui
 Non => passez à la partie Autres produits, section G (page 38)

F7. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence preniez-vous habituellement du cannabis?

- 1 fois par mois ou moins souvent 4 à 5 fois par semaine ou plus souvent
 2 à 4 fois par mois Tous les jours ou presque tous les jours
 2 à 3 fois par semaine

F8. Durant une journée typique où vous prenez du cannabis, pendant combien d'heures êtes-vous "pété"?

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

F9. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, veuillez répondre aux questions suivantes:

Cochez une case par ligne.

	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 "pété" pendant au moins 6 heures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous eu l'impression de ne plus pouvoir vous arrêter de prendre du cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois n'étiez-vous plus en mesure de faire ce que l'on attend normalement de vous à cause de la prise de cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous pris du cannabis le matin pour être à nouveau en forme après une forte consommation de cannabis la veille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous eu des sentiments de culpabilité ou des remords à cause de votre consommation de cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous eu des problèmes de mémoire ou de concentration à cause de votre consommation de cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous renoncé, durant vos loisirs, à une activité que vous auriez en fait voulu faire - par exemple une sortie, du sport, un hobby, etc. - à cause de votre consommation de cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous eu des problèmes dans le cadre de votre formation ou de votre travail à cause de votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F10. Laquelle de ces deux affirmations vous correspond-elle le mieux?

- « Je fume du cannabis par plaisir, parce que c'est quelque chose de spécial ».
- « Je fume du cannabis par habitude, car cela fait partie de mon quotidien ».

F11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous été blessé physiquement ou est-ce qu'une autre personne l'a été en raison de votre consommation de cannabis?

- Oui
- Non

F12. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé qu'un parent, un ami ou un médecin exprime des réserves sur votre consommation de cannabis ou vous conseille de réduire votre consommation?

- Oui
- Non

F13. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence votre consommation de cannabis a-t-elle contribué à...

	Jamais	Rare-ment	Parfois	Souvent	Tou-jours
... avoir des difficultés à vous endormir sans consommer du cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous sentir fatigué, abattu, pas motivé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aller au travail/aux cours après avoir fumé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fumer plus de cannabis que prévu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... faire quelque chose que vous avez regretté plus tard ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous sentir mal par rapport à votre consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dépenser plus d'argent que vous n'aviez prévu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F14. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS...

	Jamais	Rare-ment	Parfois	Souvent	Tou-jours
... à quelle fréquence avez-vous conduit un véhicule (voiture, scooter, etc.) dans les 4 heures suivant une consommation de cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F15. De quelle manière consommez-vous le cannabis ?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
En joint composé uniquement de marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En joint avec du tabac et du cannabis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moyen d'une pipe à eau (narguilé, bang) <u>avec</u> tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moyen d'une pipe à eau (narguilé, bang) <u>sans</u> tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mêlé à des aliments (gâteaux, thé, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une autre manière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F16. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, pendant que vous preniez du cannabis/haschisch, combien de fois vous est-il arrivé de prendre en même temps... ?

« En même temps » comprend aussi le moment juste avant ou juste après pendant la même soirée, mais PAS le jour avant ou le jour après.

Cochez une case par ligne.

	Pres- que chaque fois	Souv- ent (plus d'une fois sur deux)	Environ une fois sur deux	Rare- ment (moins d'une fois sur deux)	Pres- que jamais	Jamais
...de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du tabac (cigarette, snus, chnouf, etc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...d'autres drogues (cocaïne, héroïne, amphétamine, LSD, champignons hallucinogènes, ecstasy, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...des médicaments ? - Hypnotiques, tranquillisants, anxiolytiques (somnifères, calmants, anti-anxieux; benzodiazépines comme par ex Temesta®, Valium®, Xanax®, Rohypnol®, ou inducteurs de sommeil comme Stilnox®) - Stimulants (amphétamines) comme Ritaline®, Strattera®, Adderal® - Antidouleurs puissants, surtout ceux contenant des opiacés/codéine (Tamgesic®, Benylin®, Bexin®, Fentanyl; NE PAS INCLURE les antidouleurs courants comme l'aspirine, le paracétamol ou les tisanes) - Antidépresseurs (p. ex. Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. AUTRES PRODUITS

G1. A votre avis, quel pourcentage des hommes de votre âge utilise des drogues (autres que le cannabis)?

_____ %

G2. AU COURS DE VOTRE VIE, avez-vous déjà consommé d'autres produits stupéfiants (que le cannabis/haschisch, le tabac et l'alcool), et si oui, combien de fois?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	1 à 3 fois	4 fois ou plus
Champignons hallucinogènes (Magic Mushrooms), psilocybine, peyotl, mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres hallucinogènes (p.ex. LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, métamphétamines, amphétaminesulphate (p.ex. la dexétrine, benzédrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chrystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (nitrite d'amyle, nitrite de butyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalants ou autres solvants (comme par exemple le protoxyde d'azote (gaz hilarant), les colles, le toluène ou l'essence.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne, crack, freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine (Special K), DXM (Bexin ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / 1-4 butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits chimiques utilisés dans la recherche (research chemicals) (p.ex. méphedrone, butylone, methedrone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spice ou produit similaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez coché « Jamais » partout, allez directement à la section « H. Médicaments », p. 41.

G3. Avez-vous consommé l'un de ces produits stupéfiants AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, et si oui, combien de fois?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	1 à 3 fois	4 fois ou plus
Champignons hallucinogènes (Magic Mushrooms), psilocybine, peyotl, mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres hallucinogènes (p.ex. LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, métamphétamines, amphétaminesulphate (p.ex. la dexédrine, benzédrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (nitrite d'amyle, nitrite de butyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalants ou autres solvants (comme par exemple le protoxyde d'azote (gaz hilarant), les colles, le toluène ou l'essence.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne, crack, freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine (Special K), DXM (Bexin ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / 1-4 butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits chimiques utilisés dans la recherche (research chemicals) (p.ex. méphedrone, butylone, methedrone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spice ou produit similaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez coché « Jamais » partout, alors allez directement à la section « H. Médicaments », p. 41.

G4. Avez-vous consommé l'un de ces produits stupéfiants AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, et si oui, combien de fois?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	1 à 3 fois	4 fois ou plus
Champignons hallucinogènes (Magic Mushrooms), psilocybine, peyotl, mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres hallucinogènes (p.ex. LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, métamphétamines, amphétaminesulphate (p.ex. la dexétrine, benzédrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (nitrite d'amyle, nitrite de butyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalants ou autres solvants (comme par exemple le protoxyde d'azote (gaz hilarant), les colles, le toluène ou l'essence.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne, crack, freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine (Special K), DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / 1-4 butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits chimiques utilisés dans la recherche (research chemicals) (p.ex. méphedrone, butylone, methedrone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spice ou produit similaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. MEDICAMENTS

Les prochaines questions portent sur vos expériences **AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS** avec les médicaments sur ordonnance ou d'autres types de substances que vous auriez pu utiliser **de votre propre chef** – c'est-à-dire, soit **sans ordonnance** d'un médecin, soit **pour une autre raison** que celle que le médecin vous a indiquée.

H1. Les gens utilisent ces médicaments ou substances par eux-mêmes pour se détendre, se sentir mieux, avoir du plaisir, être « pété », ou pour tester leur effet. A quelle fréquence cela vous est-il arrivé ?

Cochez une case par ligne.	Jam- ais	Une fois	2 à 3 fois par année	4 à 9 fois par année	1 à 2 fois par mois	3 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par sem- aine	4 fois par sem- aine ou plus
Somnifères (hypnotiques) P.ex. benzodiazépines (Dalmadorm®, Rohypnol®, Halcion®), barbituriques, hydrate de chloral (Nervifène®), zopiclon, zolpidem (Imovane®, Stilnox®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquillisants ou anxiolytiques P.ex. benzodiazépines (Valium®, Xanax®, Librax®, Temesta®, Normison®, Demetrin®, Dalmadorm®) ou des relaxants musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidouleurs puissants (ne pas inclure les antidouleurs courants comme l'aspirine ou le paracétamol) P.ex. ceux contenant de la buprénorphine (Tamgesic®), de la codéine (Benylin®), ou des opiacés (fentanyl, hydrocodone, Journista®, Palladon®, Targin®, Oxycontin®, Vicodin®, Dilaudid®) ou du DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulants et amphétamines P. ex. sulfate d'amphétamine (Aderall®) ; atomoxétine (Strattera®) ; methylphenidate (Ritalin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs (Remeron®, Fluoxétine®, Citalopram®, Trimin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béta-blockers P. ex. propranolol (Indéral®), aténolol (Aténil®, Tenormin®), métoprolol (Loprésor®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La question suivante porte sur votre consommation de **Smart Drugs au cours des 12 derniers mois**. Il s'agit de médicaments prescrits pour certaines maladies, mais qui sont

parfois utilisés pour d'autres raisons, telles que pour augmenter sa concentration, son « énergie » mentale, sa mémoire, ses capacités d'apprentissage, ses capacités d'attention, pour réduire le stress lors d'examens ou pour se sentir plus performant.

H2. Avez-vous déjà consommé des SMART DRUGS pour les raisons suivantes, et si oui, combien de fois?

Cochez une case par ligne.	Jamais	Une fois	2 à 3 fois par année	4 à 9 fois par année	1 à 2 fois par mois	3 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
Pour augmenter l'éveil, l'énergie ou la productivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour augmenter les capacités d'attention et prolonger la charge de travail mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour augmenter les capacités de mémorisation ou d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour augmenter les capacités de concentration ou d'autres capacités cognitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour réduire l'anxiété ou le stress (par exemple lors d'examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez coché « Jamais » partout, alors allez directement à la question H4, ci-dessous.

H3. Quels médicaments avez-vous pris ?

Cochez tout ce qui convient.

- Modafinil (ex : Modasomil®, Provigil®, Vigil®) ; adrafinil (p.ex. Olmifon®), armodafinil (p.ex. Nuvigil®)
- Venlafaxine (Efexor®), fluoxétine (Fluctine®, Fluocim®, Fluoxifar®, Fluxet®, Prozac®), réboxétine (Edronax®, Solvex®), mirtazapine (Remeron®, Remergil®), propranolol (Inderal®)
- Donézépil (Aricept®), rivastigmine (Exelon®), galantamine (Reminyl®)
- Desmopressine, vasopressine (Nocutil®, Octostim®, Minirin®), idébénone (Mnesis®), sélégiline (Jumexal®, Deprenyl®)
- Ritalin®
- Bêtabloquants, p. ex. propranolol (Indéral®), aténolol (Aténil®, Tenormin®), métoprolol (Loprésor®)
- Autres : _____

H4. Avez-vous déjà pris des stéroïdes/anabolisants?

- Non, jamais
- Oui, l'année dernière mais PAS au cours des 30 derniers jours
- Oui, mais PAS l'année dernière
- Oui, au cours des 30 derniers jours

I. COMBINAISONS DE SUBSTANCES

Les prochaines questions portent sur les **COMBINAISONS** de substances que vous avez faites lors d'une même soirée de weekend **AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS** (en sortie avec vos amis, à la maison avec des amis ou seul).

11. Au cours d'une soirée HABITUELLE de weekend ou de jours de congé, quelles substances combinez-vous ?

Cochez tout ce qui convient.

Alcool	Bière, vin, spiritueux, alco pops, etc.	<input type="checkbox"/>
Tabac	Cigarettes, pipe, pipe à eau, snus, snuff, cigares, tabac à mâcher, etc.	<input type="checkbox"/>
Drogues	Cannabis (herbe, haschisch, joint)	<input type="checkbox"/>
	Champignons hallucinogènes (Magic mushrooms), psilocybine, peyotl, mescaline	<input type="checkbox"/>
	Autres hallucinogènes (p.ex. LSD, PCP/Angeldust/2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>
	Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>
	Speed	<input type="checkbox"/>
	Amphétamines, métamphétamines, sulfate d'amphétamine (p.ex. dexédrine, benzédrine)	<input type="checkbox"/>
	Chrystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>
	Poppers (nitrite d'amyle, nitrite de butyle)	<input type="checkbox"/>
	Inhalants ou autres solvants (comme par exemple le protoxyde d'azote (gaz hilarant), les colles, le toluène ou l'essence.)	<input type="checkbox"/>
	Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>
	Cocaïne, crack, freebase	<input type="checkbox"/>
	Héroïne	<input type="checkbox"/>
	Kétamine (Special K), DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>
	GHB/GBL/1-4 butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>
	Produits chimiques utilisés dans la recherche (research chemicals) (p.ex. méphedrone, butylone, methedrone)	<input type="checkbox"/>
Spices ou produit similaires	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	Tranquillisants	<input type="checkbox"/>
	Sédatifs	<input type="checkbox"/>
	Antidouleurs (ne pas compter les médicaments en vente libre dans les drogueries/pharmacies, comme par exemple l'aspirine ou le Dafalgan®)	<input type="checkbox"/>
	Stimulants (Ritalin®)	<input type="checkbox"/>
	Smart drugs (modafinil, racetams, etc.)	<input type="checkbox"/>
Aucune		<input type="checkbox"/>

12. Pensez à la soirée où vous avez combiné un **MAXIMUM de substances **AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**. Quelles substances avez-vous consommées ce soir-là ?**

Cochez tout ce qui convient.

Alcool	Bière, vin, spiritueux, alco pops, etc.	<input type="checkbox"/>
Tabac	Cigarettes, pipes, pipe à eau, snus, snuff, cigares, tabac à mâcher, etc.	<input type="checkbox"/>
Drogues	Cannabis (herbe, haschisch, joint)	<input type="checkbox"/>
	Champignons hallucinogènes (Magic mushrooms), psilocibin, peyote, mescaline	<input type="checkbox"/>
	Autres hallucinogènes (p.ex. LSD, PCP/Angeldust/2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>
	Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>
	Speed	<input type="checkbox"/>
	Amphétamines, métamphétamines, sulfate d'amphétamine (p.ex. dexétrine, benzédrine)	<input type="checkbox"/>
	Crystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>
	Poppers (nitrite d'amyle)	<input type="checkbox"/>
	Inhalants ou autres solvants (comme par exemple le protoxyde d'azote (gaz hilarant), les colles, le toluène ou l'essence.)	<input type="checkbox"/>
	Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>
	Cocaïne, crack, freebase	<input type="checkbox"/>
	Héroïne	<input type="checkbox"/>
	Kétamine (Special K), DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>
	GHB/GBL/1-4 butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>
Médicaments	Tranquillisants	<input type="checkbox"/>
	Sédatifs	<input type="checkbox"/>
	Antidouleurs (ne pas compter les médicaments en vente libre dans les drogueries/pharmacies, comme par exemple l'aspirine ou le Dafalgan®)	<input type="checkbox"/>
	Stimulants et amphétamines (Ritalin®)	<input type="checkbox"/>
	Smart drugs (modafinil, racetams, etc.)	<input type="checkbox"/>
Aucune		<input type="checkbox"/>

J. PERSONNALITE ET LOISIRS

Chaque personne est différente, a des sentiments différents, a des difficultés et des problèmes différents, a du plaisir à des choses différentes, a des loisirs différents, etc.

Nous aimerions en connaître plus à votre sujet. Répondez le plus spontanément possible aux questions suivantes, sans trop réfléchir à chaque question.

J1. Pour chaque question, marquez d'une croix la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti ou conduit AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS.

Cochez une case par ligne.

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
A quelle fréquence avez-vous des difficultés à régler les derniers détails d'un projet une fois que le gros du travail a été fait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence avez-vous des difficultés à mettre les choses en ordre quand vous devez effectuer des travaux demandant de l'organisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence avez-vous des problèmes à vous souvenir de vos rendez-vous ou obligations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque vous devez effectuer un travail demandant beaucoup de réflexion, à quelle fréquence évitez-vous ou remettez-vous à plus tard le moment de vous mettre à la tâche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence vous tortillez-vous les mains ou devez-vous bouger les pieds si vous devez rester assis pour une longue période ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence vous sentez-vous trop actif et poussé à faire les choses, comme si vous étiez poussé par un moteur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J2. Etes-vous d'accord / pas d'accord avec les propositions suivantes ?

Cochez une case par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Indiférent	D'accord	Tout à fait d'accord
Je voudrais explorer des endroits étranges.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je deviens agité si je passe trop de temps à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime faire des choses dangereuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime faire la monstre fête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aimerais partir en voyage sans organisation ni horaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère les amis qui sont imprévisibles, c'est plus excitant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je voudrais essayer le saut à l'élastique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aimerais avoir des expériences nouvelles et excitantes, même si elles sont illégales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3. Etes-vous d'accord avec les propositions suivantes ? Ce sont des propositions que les gens utilisent pour se décrire eux-mêmes. Veuillez lire chaque proposition et décider si elle vous correspond ou non en cochant la case « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas tout à fait sûr de votre réponse.

Cochez une case par ligne.

	Vrai	Faux
Lorsque je suis furieux, je dis de vilaines choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est naturel pour moi de jurer lorsque je suis furieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir seul n'est pas un problème pour moi et, de manière générale, je préfère cela à sortir avec un grand groupe...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne ressens pratiquement jamais l'envie de frapper quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe le plus de temps possible avec mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent l'impression d'être « sous pression » sans raison apparente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis fréquemment bouleversé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si quelqu'un m'insulte, j'essaie de ne pas y penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai tendance à être hypersensible et facilement blessé par les remarques et les actions des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas besoin d'avoir un grand nombre de copains ou de connaissances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis facilement effrayé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque des personnes m'irritent, je n'hésite pas à le leur dire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai tendance à me sentir mal à l'aise dans les grandes fêtes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens parfois paniqué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans les fêtes, j'apprécie de me mêler à un grand nombre de personnes, que je les connaisse ou non.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je manque souvent de confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela ne me dérangerait pas d'être isolé socialement dans un endroit et pour un certain temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'inquiète souvent pour des choses que les autres considèrent comme n'étant pas importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque quelqu'un n'est pas d'accord avec moi, je ne peux pas m'empêcher de me disputer avec lui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement, j'aime être seul car je peux alors faire les choses dont j'ai envie sans être dérangé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'énerve facilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas m'empêcher d'être un peu « rude » envers les gens que je n'aime pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3. (Suite) Etes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?

Cochez une case par ligne.

	Vrai	Faux
Je suis une personne très sociable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent envie de pleurer, parfois sans raison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me prends pas la tête avec des petites choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis toujours patient avec les autres, même lorsqu'ils sont irritants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère généralement faire les choses seul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens souvent mal à l'aise sans aucune raison apparente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe probablement trop de temps avec mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque quelqu'un élève la voix avec moi, je lui réponds sur le même ton.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J4. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence pratiquez-vous les activités suivantes?

Cocher une case par ligne.

	Jamais	Quelques fois par année	Une à trois fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
Pratiquer un sport ou s'entraîner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire des livres pour le plaisir (ne pas compter les livres devant être lus pour des cours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir le soir (en discothèque, dans des bars, à une fête, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres passe-temps (jouer d'un instrument, chanter, dessiner, écrire, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me laisser aller, traîner avec des ami-e-s (dans des centres commerciaux, des parcs, la rue, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller sur Internet (pour chatter, chercher de la musique/des chansons, jouer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer aux machines à sous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux online, (p.ex., World of Warcraft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux sur console (Play Station, X-Box, Wii) ou PC (PAS ONLINE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J5. La question suivante porte sur l'influence de vos amis, c'est-à-dire lorsque vos amis vous encouragent ou vous poussent à faire ou ne pas faire quelque chose.

Chaque ligne fait référence à deux situations opposées, l'une à gauche, l'autre à droite. Veuillez choisir sur chaque ligne la situation qui vous correspond le mieux et ne cocher qu'une seule case par ligne. Si vous pensez qu'il n'y a pas du tout d'influence de vos amis, cochez la case « pas d'influence ».

A quel point vos amis vous influencent-ils à ...				Pas d'influence				Ou à ...
	Beaucoup	Passablement	Un peu		Un peu	Passablement	Beaucoup	
...fumer du cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS fumer de cannabis ?
...être sociable, faire des choses avec les autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS être sociable, faire les choses seul ?
...boire de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS boire d'alcool?
...faire partie d'un (ou plusieurs) groupe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS faire partie d'un (ou plusieurs) groupe ?
...NE PAS aller à des fêtes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...aller à des fêtes?
...porter le MÊME style d'habits que vos amis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... porter des habits DIFFÉRENTS de vos amis?
...fumer des cigarettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS fumer de cigarettes ?
...parler ou agir DIFFÉREMMENT de vos amis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...parler ou agir DE LA MÊME MANIÈRE que vos amis?
...vous saouler ou "prendre une cuite"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS vous saouler?
...sortir avec des filles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS sortir avec des filles?
...avoir une coiffure DIFFÉRENTE de vos amis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...avoir la MÊME coiffure que vos amis?
...avoir la MÊME opinion sur les choses que vos amis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...avoir une opinion DIFFÉRENTE de vos amis
...NE PAS détruire des objets ou commettre des actes de vandalisme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...détruire des objets ou commettre des actes de vandalisme?
...écouter de la musique ou des groupes que vos amis aiment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...écouter de la musique ou des groupes que personne d'autre n'aime?
... « aller jusqu'au bout » (avoir un rapport sexuel) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...NE PAS « aller jusqu'au bout » (ne pas avoir un rapport sexuel) ?
...sortir avec des amis le week-end?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...rester chez vous le week-end?
...faire des choses pour impressionner les filles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...essayer de NE PAS impressionner les filles?

Les prochaines questions portent sur les jeux online (Internet), sur le temps que vous passez sur Internet pour jouer et sur les jeux électroniques (Nintendo, Playstation, X-Box, Wii, PC, etc.)

J6. AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence...

Cochez une case par ligne.

	Jamais	Rare-ment	Parfois	Souvent	Très souvent
... avez-vous pensé à jouer ou à être sur Internet durant toute la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous joué plus longtemps que prévu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous joué à des jeux ou passé du temps sur Internet pour oublier votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... est-ce que d'autres personnes de votre entourage ont essayé, sans succès, de vous faire réduire le temps que vous passez à jouer ou à être sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous êtes-vous senti mal quand vous ne pouviez pas jouer ou aller sur Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous eu des conflits avec des membres de votre entourage (famille, amis) en raison du temps que vous passez à jouer ou à être sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous négligé d'autres activités importantes (cours, travail, sport) pour jouer ou être sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J7. Combien de fois AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS avez-vous dépensé de l'argent pour les jeux de hasard ou d'argent suivants?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	Quelques fois par année	Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine)	Plusieurs fois par semaine (mais pas tous les jours)	Tous les jours ou presque tous les jours
Loteries et paris (sans loteries électroniques) <ul style="list-style-type: none"> • jeux à gratter • loteries à numéro • lotos d'associations/clubs/bingo • pari sportif (Toto-R, Toto-X, PMU) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loteries électroniques (par ex. Tactilo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machines à sous (Slot Machine, Automat poker, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux de table dans les casinos (Roulette, Black Jack, Poker, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux d'argent sur Internet <ul style="list-style-type: none"> • Casino Internet • poker avec argent sur Internet • pari sportif (bet & win, PMU, etc.) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeu d'argent et jeux de cartes avec argent (par ex. poker) dans un cadre privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres jeux d'argent (jeux d'adresse avec possibilité de gain, des paris dans un cadre privé, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J8. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous eu des problèmes personnels à cause de ces jeux de hasard ou d'argent?

- Oui
 Non
 Je n'ai pas joué au cours des 12 derniers mois => *Passer à la question J10, page suivante.*

J9. Quelle somme d'argent, au total, consacrez-vous aux jeux de hasard et jeux d'argent PAR MOIS (en moyenne au cours des 12 derniers mois)?

- CHF 1.- à CHF 50.- CHF 201.- à 500.-
 CHF 51.- à 100.- CHF 501.- à 1000.-
 CHF 101.- à 200.- Plus que CHF 1'000.-

J10. AVANT L'AGE DE 15 ANS, avez-vous ...

Cochez une case par ligne.

	Jamais	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10-19 fois	20 fois ou plus
... manqué l'école ou fugué de la maison plus d'une journée (y compris la nuit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... menti, triché, arnaqué ou volé d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... initié des bagarres, menacé ou intimidé d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... délibérément détruit ou mis le feu à des choses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... délibérément blessé des animaux ou des êtres humains?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J11. Qu'en est-il DEPUIS L'AGE DE 15 ANS ? Vous êtes-vous ou avez-vous...

Cochez une case par ligne.

	Jamais	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10-19 fois	20 fois ou plus
... comporté de telle manière que d'autres considèrent irresponsable, été impulsif, ou délibérément agi contre votre intérêt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fait des choses illégales même si vous ne vous êtes pas fait prendre (comme détruire le bien d'autrui, voler dans les magasins, vendre de la drogue ou commettre des crimes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... battu physiquement (y compris avec des membres de la famille)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... menti ou arnaqué d'autres personnes pour obtenir de l'argent ou pour le plaisir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... exposé d'autres personnes à un danger sans vous en soucier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ressenti aucun remords après avoir frappé, maltraité, menti ou volé d'autres personnes ou après avoir détruit leur bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. SEXUALITE

Voici quelques questions très personnelles sur votre vie sexuelle et amoureuse. Nous vous assurons que ces réponses resteront confidentielles.

K1. Les gens se sentent attirés sexuellement de différentes manières. Quel type d'attraction sexuelle ci-dessous vous correspond le mieux? Est-ce que vous vous sentez...

- ...seulement attiré par les femmes ?
- ...majoritairement attiré par les femmes ?
- ...attiré autant par les hommes que par les femmes ?
- ...majoritairement attiré par les hommes ?
- ...seulement attiré par les hommes ?

K2. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels complets (avec pénétration) ?

- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Non, jamais => *Passer à la dernière page du questionnaire*

K3. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel complet (avec pénétration)?

- 11 ans ou moins
- 12 ou 13 ans
- 14 ou 15 ans
- 16 ou 17 ans
- 18 ou 19 ans
- 20 ou 21 ans
- 22 ans ou plus

K4. En tout, combien de partenaires sexuel(les) avez-vous eus AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

- Aucun(e)
- Un(e)
- Deux
- Trois
- Quatre ou plus

Veillez maintenant répondre aux questions suivantes en pensant **aux 6 derniers mois** :

K5. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas sûr du tout | <input type="checkbox"/> Sûr |
| <input type="checkbox"/> Pas très sûr | <input type="checkbox"/> Très sûr |
| <input type="checkbox"/> Moyennement sûr | |

K6. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Tout le temps ou presque tout le temps

K7. Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?

- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Tout le temps ou presque tout le temps

K8. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin des rapports ?

- Extrêmement difficile
- Très difficile
- Difficile
- Un peu difficile
- Pas difficile

K9. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

- Presque jamais ou jamais
- Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- Quelquefois (environ la moitié du temps)
- La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- Tout le temps ou presque tout le temps

K10. En pensant AUX 6 DERNIERS MOIS : au cours des rapports sexuels, pensez-vous que le contrôle de votre éjaculation était...

- ...faible ?
- ...acceptable ?
- ...bon ?
- ...très bon ?
- ...excellent ?

K11. Laquelle de ces affirmations décrit le mieux la manière dont la durée entre la pénétration et le point culminant affecte votre relation ?

- C'est un problème pour moi, mais pas pour ma/mon partenaire.
- Ce n'est pas un problème pour moi, mais c'en est un pour ma/mon partenaire.
- C'est un problème pour moi et ma/mon partenaire.
- Ce n'est pas un problème ni pour moi ni pour ma/mon partenaire.

* * *

Merci d'indiquer encore la date d'aujourd'hui :

___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___ (JJ/MM/AAAA)

Votre participation sera rémunérée par un bon d'achat que vous recevrez par courrier postal (cela peut prendre entre deux et six semaines, nous vous remercions de votre patience). Veuillez choisir le bon d'une valeur de CHF 30.- qui vous convient le mieux :

- Bon Manor
- Bon Ochsner Sports
- Bon Fnac

Voulez-vous remplir le 2^{ème} questionnaire (dans 18 mois) sur internet?

- Oui
Si oui, merci d'indiquer ici votre adresse email: _____
(cela nous permettra de vous envoyer le lien vers le questionnaire électronique)
- Non, je préfère recevoir le questionnaire par voie postale

Merci beaucoup pour votre participation!!!