

Étude sur la consommation de substances auprès des conscrits du Centre de recrutement de Lausanne

Ce questionnaire vise à mieux comprendre la **consommation de tabac, d'alcool et de cannabis** chez les jeunes hommes suisses.

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire en veillant à **répondre à toutes les questions** qui suivent. En cas de doute ou de question, n'hésitez pas à vous renseigner auprès de la personne qui vous a proposé ce questionnaire.

Nous tenons à vous rappeler que ce questionnaire est entièrement **anonyme**. Notre équipe de recherche n'a **aucun lien avec l'armée** et les données ne seront **en aucun cas communiquées à l'armée** ou au personnel du Centre de recrutement.

ALCOOL

A.1 Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous de l'alcool?

jours) par semaine

Moins d'une fois par semaine:

2 à 3 fois par mois 1 fois par mois ou moins Jamais

*Si vous ne buvez **jamais** d'alcool, passez à la question A.13, page 3.*

A.2 Combien de boissons alcoolisées standards (voir dessin ci-dessous) buvez-vous en moyenne au cours d'une journée pendant laquelle vous consommez de l'alcool ?

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

A.3 Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standards ou plus?

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

A.4 Quel est le nombre maximal de boissons standards que vous avez consommés en 1 jour au cours des 12 derniers mois?

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

1 boisson alcoolisée standard

	=		=		=		=		=		=	
1 verre de vin de 1 dl				1 bière de 2.5 dl		1 alcopop		1 alcool fort de 0.25 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 standards.

En pensant aux **12 derniers mois**, veuillez répondre aux questions suivantes:

		Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
A.5	Combien de fois n'avez-vous pas pu faire ce que, normalement, vous auriez dû faire parce que vous aviez bu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.6	Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir consommé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.7	Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.8	Combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez bu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.9	Après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Non	Oui, mais pas dans l'année écoulée	Oui, au cours de l'année dernière
A.10	Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.11	Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé de la diminuer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.12 Pouvez-vous décrire votre consommation d'alcool de cette dernière semaine, c'est-à-dire jusqu'à hier ?

Commencez par décrire la journée d'hier, puis continuer en allant en arrière. Par exemple, si nous sommes jeudi, commencer 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
	<u>Nb verres</u> 2.5 dl	<u>Nb verres</u> 1 dl	<u>Nb verres</u> 0.25 dl	<u>Nb verres</u> 0.5 dl	<u>Nb bouteilles</u> 3 dl	<u>Nb bouteilles</u> 3 dl	<u>Nb verres</u> 1dl	<u>Cochez</u>
Mardi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Lundi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

A.13 A quel âge avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée standard pour la première fois?

___ ans	<input type="checkbox"/> Jamais
---------	---------------------------------

A.14 A quel âge avez-vous été saoul pour la première fois?

___ ans	<input type="checkbox"/> Jamais
---------	---------------------------------

TABAC

B.1 Fumez-vous des cigarettes, même occasionnellement?

<input type="checkbox"/> Oui, je fume régulièrement (1 cigarette ou plus par jour)
<input type="checkbox"/> Oui, je fume occasionnellement
<input type="checkbox"/> Non, mais je suis un ancien fumeur (arrêt depuis 6 mois ou plus)
<input type="checkbox"/> Non, je viens d'arrêter de fumer (arrêt depuis moins de 6 mois)
<input type="checkbox"/> Non, je ne fume pas

 Si vous **ne fumez pas de cigarettes ou avez arrêté**, passez directement à la question B.4 ci-dessous

B.2 Fumez-vous tous (ou presque tous) les jours?

<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, combien de cigarettes (y compris le tabac à rouler) fumez-vous en moyenne par jour?
B.3	<input type="text"/> cigarettes
<input type="checkbox"/> Non	Si non, combien de cigarettes (y compris le tabac à rouler) fumez-vous en moyenne les jours où vous fumez?
B.3	<input type="text"/> cigarettes

B.4 Si vous consommez du tabac d'une autre manière, pouvez-vous indiquer à quelle fréquence et en quelle quantité en moyenne?

	Fréquence					Quantité (par jour avec consommation)		
	Jamais	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par année	1 à 2	3 à 5	6 ou plus
Narguilé, shisha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chnouf, tabac à priser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac à chiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigare/Cigarillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.5 A quel âge avez-vous fumé du tabac pour la première fois (au moins 1 cigarette ou 1 narguilé, etc.) ?

___ ans	<input type="checkbox"/> Jamais
---------	---------------------------------

B.6 A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement (cigarettes, pipes, narguilés, etc.)?

___ ans	<input type="checkbox"/> Jamais
---------	---------------------------------

CANNABIS**C.1 Avez-vous déjà consommé du cannabis (herbe, haschisch, joint)?**

- Oui, j'en ai consommé au moins une fois Non, je n'en ai jamais consommé

 *Passez directement à la section Autres produits, ci-dessous*

C.2 A quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois ou moins souvent | <input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus souvent |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois | |

C.3 Consommez-vous encore du cannabis?

- Oui Non

C.4 A quel âge avez-vous consommé du cannabis pour la première fois?

___ ans

C.5 A quel âge avez-vous été "pété" pour la première fois?

___ ans Jamais

AUTRES PRODUITS**D.1 Avez-vous déjà consommé d'autres produits stupéfiants?**

	Durant votre vie			Durant les 12 derniers mois		
	Jamais	1 à 3 fois	4 fois ou plus	Jamais	1 à 3 fois	4 fois ou plus
Médicaments (pris comme drogue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres hallucinogènes (p.ex. LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, métamphétamines, amphetaminsulphate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chrystal Meth (Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers (nitrite d'amyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalants ou autres solvants (par ex. gaz hilarant, colles, toluène, essence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne, crack, freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine (Special K), DXM (Bexin ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / 1-4 butandiol (BDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spice ou produit similaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ

E.1 Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé sur Internet pour avoir des informations ou des conseils sur la santé ou sur des soins médicaux ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

E.2 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'email ou Internet pour en savoir plus sur les drogues (alcool, tabac, cannabis, autres drogues) ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

E.3 Veuillez cocher ce qui vous correspond le mieux :

	Je suis tout à fait d'accord	Je suis plutôt d'accord	Je ne suis pas tout à fait d'accord	Je ne suis pas d'accord
Les informations au sujet de la santé à disposition dans les journaux et magazines sont facilement compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations au sujet de la santé à disposition à la télévision et la radio sont facilement compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations au sujet de la santé à disposition sur Internet sont facilement compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.4 Les questions suivantes portent sur votre connaissance de différents risques pour la santé. Veuillez évaluer vos réponses ci-dessous sur une échelle de 1 à 10 (1 pour « très limitée » et 10 pour « très bonne »).

	Très limitée										Très bonne	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ma connaissance des différents risques associés à la consommation excessive d'alcool est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma connaissance des différents risques associés à la consommation de tabac est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma connaissance des différents risques associés à la consommation de cannabis est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE

F.1 Quelle est votre situation professionnelle ACTUELLE?

Plusieurs réponses possibles

<input type="checkbox"/> Formation professionnelle élémentaire	<input type="checkbox"/> École polytechnique fédérale (par ex. EPFL)
<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 _____

F.2 Quel est le PLUS HAUT niveau scolaire que vous avez atteint (FORMATION TERMINEE)?

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

F.3 Quelle est votre date de naissance?

__ . __ . __ __ __ __ (jj.mm.aaaa)

F.4 Vivez-vous en ville (>10'000 habitants) ou à la campagne?

<input type="checkbox"/> Ville	<input type="checkbox"/> Campagne
--------------------------------	-----------------------------------

F.5 Dans quel canton vivez-vous?

<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> GE	<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> JU	<input type="checkbox"/> VD	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> Autre

Merci beaucoup pour votre participation !

Vous pouvez remettre ce questionnaire aux responsables de l'étude.

Voulez-vous participer à la suite de l'étude ? N'oubliez pas de remettre le formulaire de consentement aux responsables.

Vous recevrez la suite de l'étude par poste ou par email dans les 2 prochaines semaines. Ce sera un questionnaire écrit qui durera environ 1heure et vous permettra de gagner CHF 30.- en bon d'achat.

Grâce à vous notre étude sera plus complète. Un grand merci pour votre précieuse collaboration