

ENQUÊTE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES C-SURF

(Cohort Study on Substance Use Risk Factors)

Merci d'avoir accepté de répondre aussi à ce 2ème questionnaire !

Pour le remplir, il faut compter **env. 45 minutes**, c'est pourquoi nous vous remercierons avec un **bon-cadeau de CHF 30.- lorsque vous aurez terminé** (Manor, Media Markt ou FNAC). *Si vous aviez aussi répondu au 1^{er} questionnaire il y a environ 15 mois, vous recevez un 2^e bon de CHF 30.- à titre de **bonus fidélité** – ce qui fait un total de CHF 60.-.*

Merci de répondre à **toutes** les questions, le plus **spontanément** possible. 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.

Vos réponses sont traitées de manière **strictement confidentielle**. Nous n'allons en aucun cas lier vos réponses directement à vos coordonnées personnelles, ni les livrer à l'armée ou à qui que ce soit d'autre. Nous séparons strictement vos données personnelles de vos réponses au questionnaire.

A. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE ET CONDITIONS DE VIE

A1. Travaillez-vous contre rémunération même s'il s'agit seulement d'une heure par semaine, peu importe si c'est en tant qu'employé, indépendant ou apprenti ?

- oui
 non => *passez à la question A5, page suivante*

A2. Êtes-vous ... ?

- employé (à plein temps ou temps partiel)
 indépendant
 en apprentissage
 employé occasionnel

A3. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à votre activité professionnelle ?

_____ Heures / Semaine

A4. Les affirmations suivantes portent sur la manière dont vous percevez votre activité professionnelle. Veuillez indiquer à quel point vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes.

Cochez une case par ligne	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je reçois de la reconnaissance pour le travail bien fait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens proche de mes collègues de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens en sécurité en ce qui concerne mon poste de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un bon salaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sers de tous mes talents et compétences dans mon travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bien dans mon travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. En général, quelle est votre situation professionnelle ACTUELLE?

Plusieurs réponses possibles

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

A6. 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: |
-

A7. Quelle est votre date de naissance ?

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

A8. Quel est votre code postal ?

Je n'habite pas en Suisse

A9. 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

A10. 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

A11. 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

A12. Avez-vous des enfants?

- Non
- Oui => Combien? _____

A13. Attendez-vous un enfant (votre femme/compagne est-elle enceinte)?

- Non
- Oui

A14. À quel point êtes-vous d'accord avec les 5 affirmations ci-dessous ?

Cochez une case par ligne	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Ma vie correspond de près à mon idéal à presque tous les niveaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes conditions de vie sont excellentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'ici, j'ai obtenu les choses importantes que je souhaite dans la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je pouvais recommencer ma vie, je ne changerais presque rien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Lors de votre recrutement à l'armée, étiez-vous jugé apte au service militaire?

- Non => *passez à la question B1, page suivante*
- Oui

A16. Quel service vous a-t-il été assigné?

- Service civil => *passez à la question B1, page suivante*
- Service militaire

A17. L'école de recrue, vous l'avez ...

- pas encore commencée?
- commencée?
- terminée ?
- prématurément interrompue?

B. SANTE

Les questions suivantes portent sur votre santé en général.

B1. Quelle est votre taille en centimètres (ex: 1 mètre 72 = 172 cm)?

 centimètres

B2. Quel est votre poids?

 kilos

B3. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

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

B4. 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"/>

B5. 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"/>				
... n'avez-vous pas pu faire certaines choses ou étiez-vous limité dans certaines activités?	<input type="checkbox"/>				

B6. 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"/>				
... avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude?	<input type="checkbox"/>				

B7. 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"/>				

B8. 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"/>				
...vous vous êtes senti débordant d'énergie?	<input type="checkbox"/>				
...vous vous êtes senti triste et déprimé?	<input type="checkbox"/>				

B9. 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"/>				

B10. 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"/>				
Accident ou blessure	<input type="checkbox"/>				
Sérieux problèmes avec vos parents/famille	<input type="checkbox"/>				
Sérieux problèmes avec vos ami(e)s	<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"/>				
Victime d'un vol	<input type="checkbox"/>				
Problèmes avec la police	<input type="checkbox"/>				
Hospitalisation ou admission aux urgences	<input type="checkbox"/>				
Rapport sexuel que vous avez regretté le lendemain	<input type="checkbox"/>				
Rapport sexuel sans préservatif	<input type="checkbox"/>				
Causé des dommages matériels	<input type="checkbox"/>				
Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>				
Eu recours à un traitement médical	<input type="checkbox"/>				
Été à l'hôpital toute la nuit	<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"/>				
Été examiné ou traité dans un service d'urgences à la suite d'un accident ou d'une blessure	<input type="checkbox"/>				
Été dans un service d'accueil et d'urgence ou dans un centre spécialisé pour des problèmes de dépendances aux substances toxiques	<input type="checkbox"/>				

B11. AU COURS DES DEUX DERNIÈRES 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"/>

B12. Beaucoup de personnes ont vécu ou ont été témoins d'un évènement très stressant et traumatisant à un certain moment de leur vie. Ci-dessous vous trouverez une liste d'évènements traumatisants.

Cochez la case « OUI » située à côté de tous les évènements qui vous sont arrivés ou auxquels vous avez assisté (pas seulement vus à la TV ou dans les journaux) – ou « NON » si ça ne vous est jamais arrivé.

	Oui, durant les 12 derniers mois	Oui, il y a plus que 12 mois	Non, jamais
1. Accident grave, incendie ou explosion (par exemple un accident industriel, agricole, de voiture, avion ou bateau).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Toute autre situation dans laquelle vous avez été gravement blessé, ou quelqu'un d'autre a été gravement blessé ou même tué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Toute autre situation dans laquelle vous avez craint que vous-même ou quelqu'un d'autre puisse être tué ou gravement blessé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Catastrophe naturelle (par exemple, une tornade, ouragan, inondation ou tremblement de terre majeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Toute autre catastrophe comme l'effondrement d'un bâtiment, vol de banque, etc., où vous avez senti que vous ou vos proches étiez en danger de mort ou de blessure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agression (pas sexuelle) par un membre de votre famille ou quelqu'un que vous connaissez (par exemple être agressé, attaqué physiquement, se faire tirer dessus, être poignardé ou tenu en joue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Agression (pas sexuelle) par un inconnu (par exemple être agressé, attaqué physiquement, se faire tirer dessus, être poignardé ou tenu en joue).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quelqu'un a essayé ou réussi à faire infraction dans votre maison alors que vous étiez là.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Agression sexuelle par un membre de la famille ou quelqu'un que vous connaissez (par exemple un viol ou une tentative de viol).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Agression sexuelle par un inconnu (par exemple un viol ou une tentative de viol).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Combat militaire ou zone de guerre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Contact sexuel alors que vous aviez moins de 18 ans avec quelqu'un qui était de 5 ans ou plus votre aîné (par exemple, contact avec les parties génitales ou les seins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...suite...	Oui, durant les 12 derniers mois	Oui, il y a plus que 12 mois	Non, jamais
13. Emprisonnement (par exemple détenu, prisonnier de guerre, otage).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Torture.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Maladie mettant votre vie en danger (ou mortelle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avoir été exposé à des produits chimiques dangereux ou à de la radioactivité qui pourraient menacer votre santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avoir blessé quelqu'un gravement, fait du mal physiquement à quelqu'un, ou même causé la mort de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Blessure grave, maladie mortelle ou mort inattendue d'un proche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avoir vu une personne gravement blessée ou morte (excepté lors de funérailles).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Autre évènement traumatisant. Décrivez s'il vous plaît l'évènement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B13. Parmi les évènements traumatisants que vous avez cochés ci-dessus, indiquez le numéro correspondant à l'évènement qui vous bouleverse le plus dans la case ci-dessous.

Si vous n'avez répondu « OUI » **qu'à un seul** évènement traumatisant, celui-ci est alors considéré comme le plus traumatisant.

=> Si vous n'avez pas vécu d'évènement traumatisant, passez à la question C1, p. 14.

Numéro :

Les questions suivantes portent sur cet évènement traumatisant (le plus bouleversant pour vous) :

B14. Depuis combien de temps cet évènement traumatisant s'est-il produit ?

Cochez UNE seule réponse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins d'un mois | <input type="checkbox"/> 6 mois à 3 ans |
| <input type="checkbox"/> 1 à 3 mois | <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans |
| <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois | <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans |

B15. Pendant cet événement traumatisant...

Cochez Oui ou Non sur chaque ligne

	Oui	Non
...avez-vous été blessé physiquement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...est-ce que quelqu'un d'autre a été blessé physiquement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous pensé que votre vie était en danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous pensé que la vie d'autrui était en danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous pensé que la vie d'un proche était en danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous êtes-vous senti impuissant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous êtes-vous senti terrifié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. CONTEXTE SOCIAL

C1. La question suivante porte sur la manière dont vous percevez votre voisinage. Par voisinage nous faisons référence à l'endroit où vous habitez et à ses alentours proches (quartier).

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 n'arrivez pas à choisir une des deux situations, cochez la case « ni l'un ni l'autre ».

	Tout à fait d'accord	D'accord	Un peu d'accord	Ni l'un ni l'autre	Un peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
Dans ce quartier, on ne peut PAS faire confiance à la plupart des gens	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, on peut faire confiance à la plupart des gens						
Dans ce quartier, les gens ont peur d'aller dehors seuls à pied après la tombée de la nuit	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils vont dehors seuls à pied après la tombée de la nuit						
Dans ce quartier, les gens profitent de vous	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, les gens vous traitent toujours de manière correcte						
Si vous étiez en difficulté , personne dans ce quartier ne vous viendrait en aide	<input type="checkbox"/>	Si vous étiez en difficulté , un grand nombre de personnes de ce quartier vous viendraient en aide						
Si une maison était cambriolée , les gens de ce quartier fermeraient les yeux	<input type="checkbox"/>	Si une maison était cambriolée , les gens de ce quartier feraient quelque chose						
Dans ce quartier, les gens ne font rien s'ils voient des enfants vandaliser des choses	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, les gens interviennent s'ils voient des enfants vandaliser des choses						
Je ne sens pas que j'appartiens à ce quartier	<input type="checkbox"/>	Je sens que j'appartiens vraiment à ce quartier						
Dans ce quartier, la plupart des gens sont froids / hostiles	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, la plupart des gens sont aimables						
Dans ce quartier, les gens n'ont PAS l'esprit communautaire	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, un grand nombre de gens ont un FORT esprit communautaire						
Dans ce quartier, les gens pensent seulement à leurs intérêts	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, les gens font des choses pour aider la communauté						
Certaines personnes de ce quartier ne devraient PAS avoir les mêmes droits que les autres (y compris le droit à la parole)	<input type="checkbox"/>	Tout le monde dans ce quartier devrait avoir les mêmes droits (y compris le droit à la parole)						

	Tout à fait d'accord	D'accord	Un peu d'accord	Ni l'un ni l'autre	Un peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
Il est difficile de gagner le respect des gens dans ce quartier	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, les gens se traitent avec respect						
Les gens de ce quartier désapprouvent les autres qui ne sont pas comme eux	<input type="checkbox"/>	Les gens de ce quartier sont tolérants avec les autres qui ne sont pas comme eux						
Dans ce quartier, il y a des gens qui sont à leur place et d'autres pas	<input type="checkbox"/>	Chaque personne dans ce quartier est à sa place autant que les autres						
il y a dans ce quartier, une pression à ce que tout le monde se comporte de la même manière	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, il n'y a aucune pression à se comporter d'une quelconque manière						
Les gens de ce quartier aiment mettre leur nez dans les affaires des autres	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, les gens respectent la vie privée des autres						

C2. À quel point êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants?

Cochez une case par ligne	Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni d'accord ni pas d'accord	Moyennement d'accord	Fortement d'accord	Très fortement d'accord
Mes amis essaient vraiment de m'aider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux vraiment compter sur mes amis lorsque les choses tournent mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des amis avec qui je peux partager mes joies et mes peines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux parler de mes problèmes à mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a une personne particulièrement importante pour moi qui est là quand je suis dans le besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a une personne particulièrement importante pour moi avec qui je peux partager mes joies et mes peines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...suite...	Très fortement en désaccord	Fortement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni d'accord ni pas d'accord	Moyennement d'accord	Fortement d'accord	Très fortement d'accord
Il y a une personne particulièrement importante pour moi qui est une véritable source de réconfort pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ma vie, il y a une personne particulièrement importante qui se soucie de mes états d'âme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3. Pensez à des situations courantes. Les affirmations suivantes correspondent-elles à vos habitudes ?

Cochez une case par ligne	Jamais / presque jamais vrai	Occasionnellement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours / toujours vrai
J'essaie d'aider les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de l'empathie pour ceux qui sont dans le besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais ce que je peux pour aider les autres à éviter de s'attirer des ennuis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressens profondément ce que les autres ressentent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'essaie de consoler ceux qui sont tristes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me mets facilement à la place de ceux qui sont mal à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'essaie d'être proche et de m'occuper de ceux qui sont dans le besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Pensez à 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) ?

Cochez 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. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de vos AMI(E)S ont pris de l'alcool pour se saouler (bière, vin, boisson forte, ou autre) au moins UNE FOIS PAR MOIS

Aucun(e) de mes ami(e)s	1 ou 2 de mes ami(e)s	Plusieurs de mes ami(e)s	Presque tous mes ami(e)s
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3. 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) ?

Voir image ci-dessous

- Oui
 Non => passez à la section Tabac, section E (page 27)

D4. Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous de l'alcool?

- 7 jours par semaine
 6 jours par semaine
 5 jours par semaine
 4 jours par semaine
 3 jours par semaine
 2 jours par semaine
 1 jour par semaine
 2 à 3 fois par mois
 1 fois par mois ou moins
 jamais

D5. Combien de boissons alcoolisées standard (cf. image ci-dessous) buvez-vous en moyenne au cours d'une journée pendant laquelle vous consommez de l'alcool ?

 boisson(s) alcoolisée(s) standard 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 2 cl



1 long drink avec alcool fort



1 apéritif de 4 cl

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

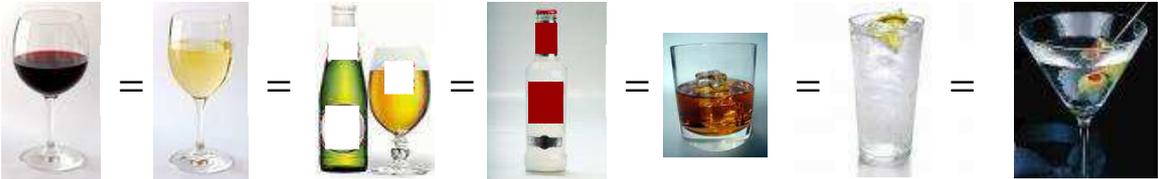
D6. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire SIX BOISSONS STANDARD OU PLUS (cf. image ci-dessous) ?

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

D7. Quel est le nombre maximum de boissons standard (cf. image ci-dessous) que vous avez consommées 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 2 cl = 1 long drink avec alcool fort = 1 apéritif de 4 cl

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

Pensez AUX 12 DERNIERS MOIS :

D8. Le weekend, c'est-à-dire les VENDREDIS, SAMEDIS ET DIMANCHES, en moyenne combien de jours buvez-vous au moins une boisson alcoolisée standard (cf. image ci-dessus) ?

<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

D9. Quand vous buvez le weekend (c'est-à-dire les VENDREDIS, SAMEDIS ET DIMANCHES), combien de boissons alcoolisées standard (cf. image ci-dessus) 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

D10. En semaine (c'est-à-dire DU LUNDI AU JEUDI), en moyenne combien de jours buvez-vous au moins une boisson alcoolisée standard (cf. image page précédente)?

<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

D11. Quand vous buvez en semaine (c'est-à-dire DU LUNDI AU JEUDI), combien de boissons alcoolisées standard (cf. image page précédente) 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.

D12. 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"/>							
Chez d'autres personnes	<input type="checkbox"/>							
Dans des pubs, bars	<input type="checkbox"/>							
En boîte, disco, night club, etc.	<input type="checkbox"/>							
Dans des restaurants	<input type="checkbox"/>							
Dans le cadre d'activités sportives (foot, hockey, etc.)	<input type="checkbox"/>							
Dans le cadre d'autres activités de groupe (ex. fanfare, orchestre, tir, etc.)	<input type="checkbox"/>							
Au cinéma, théâtre	<input type="checkbox"/>							
Lors d'événements sportifs	<input type="checkbox"/>							
Dans des espaces publics extérieurs (dans les parcs, la rue, à la piscine, etc.)	<input type="checkbox"/>							
Lors d'événements spéciaux (festival, fêtes de jeunesse, carnaval, concerts, foire/comptoirs)	<input type="checkbox"/>							

D13. En pensant aux 12 DERNIERS MOIS, combien de boissons alcoolisées standard (cf. image ci-dessous) 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 2 cl

1 long drink
avec alcool
fort

1 apéritif de
4 cl

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

D14. La question suivante porte sur les 7 DERNIERS JOURS, même s'il s'agissait d'une semaine spéciale. Combien de boissons alcoolisées standard (cf. image ci-dessous) 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
	<u>Nb verres</u> 2.5 dl	<u>Nb verres</u> 1 dl	<u>Nb verres</u> 2 cl	<u>Nb verres</u> 4 cl	<u>Nb bouteilles</u> 3 dl	<u>Nb bouteilles</u> 3 dl	<u>Nb verres</u> Long drink	<u>Cochez</u>
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 bière de 2.5 dl

=



1 alcopop

=



1 alcool fort de 2 cl

=



1 long drink avec alcool fort

=



1 apéritif de 4 cl

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

D15. Avant de répondre à la question suivante, imaginez que vous vous trouvez dans une **situation où vous consommez habituellement de l'alcool** (bar, club, à une fête, chez vous, etc.). Vous n'avez pas bu d'alcool avant, et vous n'irez pas en boire ailleurs après.

Combien de boissons alcoolisées standard consommez-vous si:

Indiquez un nombre par ligne (voir image)	Nombre de boisson(s)
- Chaque boisson est gratuite ?	_____
- Chaque boisson coûte 50 centimes ?	_____
- Chaque boisson coûte 1 franc ?	_____
- Chaque boisson coûte 2 francs ?	_____
- Chaque boisson coûte 3 francs ?	_____
- Chaque boisson coûte 4 francs ?	_____
- Chaque boisson coûte 6 francs ?	_____
- Chaque boisson coûte 8 francs ?	_____
- Chaque boisson coûte 10 francs ?	_____
- Chaque boisson coûte 15 francs ?	_____
- Chaque boisson coûte 20 francs ?	_____

1 boisson alcoolisée standard



1 verre de vin
de 1 dl



1 bière de
2.5 dl



1 alcopop



1 alcool fort
de 2 cl



1 long drink
avec alcool
fort



1 apéritif de
4 cl

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

D16. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous expérimenté les conséquences suivantes?

Cochez une case par ligne.

Au cours des 12 derniers mois....	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 public 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"/>

D17. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, vous est-il arrivé ...

Cochez une case par ligne.

	Oui	Non
...de négliger plus d'une fois 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 plus d'une fois 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"/>

D18. Si vous pensez à toutes les fois où vous avez bu de l'alcool AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (bière, vin, alcools forts, etc.), 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"/>				
... parce que cela vous aide lorsque vous êtes déprimé ou nerveux ?	<input type="checkbox"/>				
... pour vous réconforter lorsque vous êtes de mauvaise humeur ?	<input type="checkbox"/>				
... parce que vous aimez les sensations que cela procure ?	<input type="checkbox"/>				
... pour vous saouler ?	<input type="checkbox"/>				
... parce que c'est plus drôle lorsque vous êtes avec les autres ?	<input type="checkbox"/>				
... parce que vous aimeriez faire partie d'un certain groupe ?	<input type="checkbox"/>				
... pour que les fêtes soient plus réussies ?	<input type="checkbox"/>				
... pour oublier vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>				
... simplement parce que cela vous amuse ?	<input type="checkbox"/>				
... pour être apprécié par les autres ?	<input type="checkbox"/>				
... pour ne pas vous sentir exclu ?	<input type="checkbox"/>				

D19. 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, pipe, 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

E1. A votre avis, quel pourcentage des hommes de votre âge fume des cigarettes?

_____ %

E2. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de vos AMI(E)S ont fumé la cigarette RÉGULIÈREMENT?

Aucun(e) de mes ami(e)s	1 ou 2 de mes ami(e)s	Plusieurs de mes ami(e)s	Presque tous mes ami(e)s
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cigarettes (y compris les cigarettes roulées)

E3. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé des cigarettes ?

- Oui
- Non => passez à la question E9 (e-cigarettes), page suivante

E4. 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)

E5. Durant une journée typique où vous fumez des cigarettes, combien de cigarettes fumez-vous?

_____ cigarettes

E6. Avez-vous essayé sérieusement d'arrêter de fumer pendant LES 12 DERNIERS MOIS, c'est-à-dire une tentative DE PLUSIEURS JOURS avant de reprendre et si oui, combien de fois?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 fois |
| <input type="checkbox"/> 2 fois |
| <input type="checkbox"/> 3 fois |
| <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus |

⇒ Passez à la question E8, page suivante

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune tentative |
|---|

⇒ Passez à la question E9 (e-cigarettes), page suivante

E7. Quelle a été la durée de votre PLUS LONGUE TENTATIVE d'arrêt du tabac au cours des 12 DERNIERS MOIS?

<input type="checkbox"/> 2-5 jours
<input type="checkbox"/> 1 semaine
<input type="checkbox"/> 2-3 semaines
<input type="checkbox"/> 1 mois

<input type="checkbox"/> 2-3 mois
<input type="checkbox"/> 4-6 mois
<input type="checkbox"/> de 7 mois à une année
<input type="checkbox"/> plus d'une année

E8. Quelle a été la durée de votre DERNIERE TENTATIVE d'arrêt du tabac AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

<input type="checkbox"/> 2-5 jours
<input type="checkbox"/> 1 semaine
<input type="checkbox"/> 2-3 semaines
<input type="checkbox"/> 1 mois

<input type="checkbox"/> 2-3 mois
<input type="checkbox"/> 4-6 mois
<input type="checkbox"/> de 7 mois à 1 année
<input type="checkbox"/> plus d'une année

E-cigarettes

E9. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé des e-cigarettes (des cigarettes électroniques)?

- Oui
 Non => *passez à la question E12 (autres produits de tabac), page suivante*

E10. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence fumiez-vous e-cigarettes (des cigarettes électroniques), 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)

E11. Durant une journée typique où vous fumez des e-cigarettes (des cigarettes électroniques), combien de e-cigarettes fumez-vous?

_____ e-cigarettes

Autres produits de tabac

E12. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous utilisé d'autres produits de tabac (cf. image ci-dessous), et à quelle fréquence?

	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 souvent (de temps en temps)	Jamais
Narguilé (shisha), pipe à eau avec du tabac seulement (sans cannabis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Snus (plug, tabac en palette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Chnouf (Schnupf, tabac à priser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tabac à chiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cigares/cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pipe (pas le narguilé ni pipe à eau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



Narguilé



Snus



Chnouf



Tabac à chiquer

Attitudes envers le tabac

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

E13. Avez-vous fumé ou consommé au moins une fois un des ces produits AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

- Oui
- Non => passez à la partie Cannabis, section F (page 32)

E14. 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

E15. 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

E16. A quelle cigarette/consommation de tabac renoncerez-vous le plus difficilement?

- À la première de la journée
- À une autre

E17. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée?

- Oui
- Non

E18. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée?

- Oui
- Non

E19. 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"/>
<p>...des médicaments ?</p> <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. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de vos AMI(E)S ont fumé du cannabis (pot, mari, hash, joint, etc.) au moins UNE FOIS PAR MOIS ?

Aucun(e) de mes ami(e)s	1 ou 2 de mes ami(e)s	Plusieurs de mes ami(e)s	Presque tous mes ami(e)s
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3. Avez-vous pris du cannabis AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

- Oui
 Non => passez à la section Autres produits, section G (autres produits), page 36

F4. En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence preniez-vous habituellement du cannabis?

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

F5. Durant une journée typique où vous prenez du cannabis, pendant combien d'heures êtes-vous "pété"?

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

F6. 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"/>

F7. 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 ».

F8. 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

F9. 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

F10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence votre consommation de cannabis a-t-elle contribué à...

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

F11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous conduit un véhicule (voiture, scooter, etc.) dans les 4 heures suivant une consommation de cannabis?

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<input type="checkbox"/>				

F12. 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)	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 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), telles que la cocaïne, la méthamphétamine (« méth »), l'ecstasy, le LSD, etc. ?**

_____ %

- G2. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de vos AMI(E)S ont pris des drogues (autres que le cannabis), telles que la cocaïne, la méthamphétamine (« méth »), l'ecstasy, le LSD, etc. ?**

Aucun(e) de mes ami(e)s	1 ou 2 de mes ami(e)s	Plusieurs de mes ami(e)s	Presque tous mes ami(e)s
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 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, méthamphétamines, 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"/>

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.

	Ja- mais	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 se- maine	4 fois par se- maine 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, Jurnista®, 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 (Ritaline®)	<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"/>

H2. 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, alcopops, etc.	<input type="checkbox"/>
Tabac	Cigarettes, pipe, pipe à eau, snus, chnouf, 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, méthamphétamines, sulfate d'amphétamine (p.ex. dexétrine, 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"/>
Médicaments	Produits chimiques utilisés dans la recherche (research chemicals) (p.ex. méphedrone, butylone, methedrone)	<input type="checkbox"/>
	Spices ou produit similaires	<input type="checkbox"/>
	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 (Ritaline®)	<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, chnouf, 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, méthamphétamines, sulfate d'amphétamine (p.ex. dexédrine, benzédrine)	<input type="checkbox"/>
	Chrystal 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	Produits chimiques utilisés dans la recherche (research chemicals) (p.ex. méphedrone, butylone, methedrone)	<input type="checkbox"/>
	Spices ou produit similaires	<input type="checkbox"/>
	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 (Ritaline®)	<input type="checkbox"/>	
Smart drugs (modafinil, racetams, etc.)	<input type="checkbox"/>	
Aucune		<input type="checkbox"/>

J. PERSONNALITE ET LOISIRS

J1. Tout un chacun peut être ou ne pas être d'accord avec les affirmations ci-dessous. Qu'en est-il pour vous ? Si vous n'êtes pas sûr de votre réponse, cochez celle qui vous correspond le mieux.

Cochez une case par ligne.	Totalement vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Totalement faux
Je suis rarement nerveux ou apeuré, même lorsqu'un malheur est sur le point de m'arriver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour obtenir ce que je veux, je suis capable de faire des choses qui ne me ressemblent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime continuer à faire les choses que je fais bien, où j'ai de bons résultats.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis toujours prêt à essayer quelque chose de nouveau si je pense que ce sera amusant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque j'obtiens ce que je veux, je suis tout excité et plein d'énergie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis très contrarié par les moqueries et les réprimandes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je veux quelque chose je me donne tous les moyens de l'obtenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais souvent des choses juste parce que cela pourrait être amusant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je vois une chance d'avoir ce que je veux, je me lance tout de suite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis tracassé ou perturbé de penser ou de savoir que quelqu'un est en colère contre moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis très vite très excité lorsque je vois une chance de faire ou d'obtenir quelque chose que j'aime.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'agis souvent sur un coup de tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis habituellement contrarié par l'idée que quelque chose de désagréable va m'arriver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis fortement ému lorsque quelque chose de bien m'arrive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis tracassé par l'idée de n'avoir pas bien réussi quelque chose d'important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recherche des sensations nouvelles et d'excitation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...suite...	Totalement vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Totalement faux
Lorsque je cours après quelque chose je considère que tous les coups sont permis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai très peu de craintes en comparaison à mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je serais très excité si je gagnais une compétition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur de faire des erreurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J2. Veuillez répondre aux questions ci-dessous en pensant à la période de votre vie que vous vivez actuellement, de même qu'aux quelques années passées, et à la manière dont vous voyez les prochaines années.

En bref, pensez à une période de cinq ans avec la période actuelle au milieu.

Cochez une case par ligne.

Cette période de votre vie est-elle...	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Un peu d'accord	Tout à fait d'accord
...une phase de possibilités multiples ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'exploration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de confusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'expérimentation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de liberté personnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous vous sentez limité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous avez vos propres responsabilités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous vous sentez stressé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'instabilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'optimisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous êtes sous haute pression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de recherche de qui vous êtes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous vous installez / établissez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...suite...	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Un peu d'accord	Tout à fait d'accord
...une phase où vous avez la responsabilité de tiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'indépendance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de choix libres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'imprévisibilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'engagements auprès des autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase d'autosuffisance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase pleine de soucis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous essayez de nouvelles choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de concentration sur vous-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de séparation de vos parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de définition de vous-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de planification de l'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de recherche de sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase de choix de vos croyances et valeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous apprenez à penser pour vous-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous vous sentez adulte à certains égards, mais pas à d'autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous devenez progressivement adulte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...une phase où vous n'êtes pas sûr d'être devenu pleinement adulte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J3. Pour les affirmations suivantes, indiquez à quel point elles sont vraies pour vous sur une échelle allant de 1 (pas du tout vrai) à 9 (tout à fait vrai).

Cochez une case par ligne

Je suis le genre de personne qui...	Pas du tout vrai					Tout à fait vrai			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
...est considérée comme exceptionnellement douée au niveau académique	<input type="checkbox"/>								
...est considérée comme exceptionnellement intelligente	<input type="checkbox"/>								
...est considérée comme super intelligente ou brillante	<input type="checkbox"/>								
...avait habituellement presque les meilleures notes dans chaque matière	<input type="checkbox"/>								

J4. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous pratiqué 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 ».

À quel point vos ami(e)s vous influencent-ils à ...				Pas d'influence				Ou à ...
	Beaucoup	Passablement	Un peu		Un peu	Passablement	Beaucoup	
...fumer du cannabis?	<input type="checkbox"/>	... NE PAS fumer de cannabis ?						
...être sociable, faire des choses avec les autres?	<input type="checkbox"/>	... NE PAS être sociable, faire les choses seul ?						
...boire de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	... NE PAS boire d'alcool?						
...faire partie d'un (ou plusieurs) groupe?	<input type="checkbox"/>	... NE PAS faire partie d'un (ou plusieurs) groupe ?						
... NE PAS aller à des fêtes?	<input type="checkbox"/>	...aller à des fêtes?						
...porter le MÊME style d'habits que vos ami(e)s?	<input type="checkbox"/>	... porter des habits DIFFÉRENTS de vos ami(e)s?						
...fumer des cigarettes ?	<input type="checkbox"/>	... NE PAS fumer de cigarettes ?						
...parler ou agir DIFFÉREMENT de vos ami(e)s?	<input type="checkbox"/>	...parler ou agir DE LA MÊME MANIÈRE que vos ami(e)s?						
...vous saouler ou "prendre une cuite"?	<input type="checkbox"/>	... NE PAS vous saouler?						
...sortir avec des filles?	<input type="checkbox"/>	... NE PAS sortir avec des filles?						
...avoir une coiffure DIFFÉRENTE de vos ami(e)s?	<input type="checkbox"/>	...avoir la MÊME coiffure que vos ami(e)s?						
...avoir la MÊME opinion sur les choses que vos ami(e)s?	<input type="checkbox"/>	...avoir une opinion DIFFÉRENTE de vos ami(e)s						
... NE PAS détruire des objets ou commettre des actes de vandalisme?	<input type="checkbox"/>	...détruire des objets ou commettre des actes de vandalisme?						
...écouter de la musique ou des groupes que vos ami(e)s aiment?	<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"/>	... NE PAS « aller jusqu'au bout » (ne pas avoir un rapport sexuel) ?						
...sortir avec des ami(e)s le week-end?	<input type="checkbox"/>	...rester chez vous le week-end?						
...faire des choses pour impressionner les filles?	<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"/>				
... avez-vous joué plus longtemps que prévu?	<input type="checkbox"/>				
... avez-vous joué à des jeux ou passé du temps sur Internet pour oublier votre vie quotidienne ?	<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"/>				
... vous êtes-vous senti mal quand vous ne pouviez pas jouer ou aller sur Internet?	<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"/>				
... avez-vous négligé d'autres activités importantes (cours, travail, sport) pour jouer ou être sur Internet ?	<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 => *passez à la question J11, 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. AU COURS des 12 DERNIERS MOIS...

Cochez une case par ligne

	Oui	Non
...vous êtes-vous souvent trouvé à penser au jeu d'argent [p.ex. se remémorer des expériences de jeu passées, planifier de nouvelles tentatives, ou penser aux moyens d'obtenir de l'argent pour jouer] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous eu besoin de jouer de plus en plus d'argent pour obtenir l'état d'excitation que vous recherchez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...êtes-vous devenu agité ou irritable lorsque vous avez essayé de diminuer ou d'arrêter de jouer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous joué à des jeux d'argent pour fuir des problèmes ou pour atténuer des sentiments négatifs (p.ex., sentiment d'impuissance, culpabilité, anxiété, dépression) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...après avoir perdu de l'argent au jeu, êtes-vous retourné jouer le lendemain pour recouvrer vos pertes (pour vous « refaire ») ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous menti plusieurs fois à votre famille ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur de vos habitudes de jeu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous entrepris des tentatives répétées mais infructueuses pour contrôler, réduire ou arrêter de jouer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous été contraint d'aller au-delà des pratiques strictement légales pour financer vos habitudes de jeu ou pour payer des dettes de jeu (voler, établir des chèques sans provision, détournement de fonds) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous mis en danger ou perdu une relation affective importante, un emploi, une perspective de formation ou de carrière à cause du jeu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous demandé une aide financière auprès de tiers pour remédier à une situation financière désastreuse due au jeu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J11. Nous nous intéressons à la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux événements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Que faites-vous ou ressentez-vous habituellement lors d'un événement stressant?

Cochez une case par ligne	Je fais ça...			
	...pas du tout	...rarement	...de temps à autre	...souvent
Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me concentre sur ce qui peut changer ma situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me dis que ce n'est pas réel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je cherche un soutien émotionnel de la part des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...suite...	Je fais ça...			
	...pas du tout	...rarement	...de temps à autre	...souvent
Je renonce à essayer de résoudre la situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je concentre mes efforts pour améliorer la situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas croire que ça m'arrive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me critique et me fais des reproches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'abandonne ma tentative de faire face.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'essaie d'obtenir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'efforce à identifier les étapes à suivre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me reproche les choses qui m'arrivent.	<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

Veuillez 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 ?

- Pas sûr du tout
- Pas très sûr
- Moyennement sûr
- Sûr
- Très 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).

Veillez choisir le bon d'une valeur de CHF 30.- qui vous convient le mieux (si vous aviez **AUSSE** répondu au **1er questionnaire** il y a env. 15 mois, vous recevrez un **bon de CHF 60.- à titre de bonus-fidélité**):

- Bon Manor Bon FNAC Bon Media Markt

Si nous obtenons des fonds additionnels, nous aimerions bien continuer cette étude de recherche, et continuer à vous rémunérer pour votre participation. **Ainsi, voudriez-vous remplir le 3^{ème} questionnaire (dans 12 mois) sur internet ?**

- Oui
Si oui, merci d'indiquer ici votre email : _____
- Non, je préfère recevoir le questionnaire par voie postale

Merci beaucoup pour votre participation!!!

S.v.p. ne pas enlever cette étiquette.
Cela nous permet de vous payer la rémunération promise.