

ENQUÊTE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

C-SURF

(Cohort Study on Substance Use Risk Factors)

Merci d'avoir accepté de répondre aussi à ce 3ème questionnaire !

Avant tout, nous aimerions vous remercier pour votre participation aux questionnaires précédents. Grâce à votre participation l'étude est devenue l'une des plus importantes au niveau national et international. Afin d'évaluer rigoureusement vos comportements, nous devons utiliser des questions standardisées. Leur utilisation offre l'avantage de pouvoir comparer vos données à celles récoltées dans d'autres pays. En revanche, ces questions comportent parfois des nuances subtiles et il se peut que vous les trouviez à un moment un peu rébarbatives.

Nous tenons à nous excuser par avance pour ces répétitions et nous espérons qu'elles ne vous décourageront pas de répondre à l'ensemble du questionnaire.

Pour le remplir, il faut compter **env. 55 minutes**, c'est pourquoi nous vous remercierons avec un **bon-cadeau de CHF 50.- lorsque vous aurez terminé** (Coop, Media Markt, Zalando, iTunes).

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 A6, 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. Quelle est votre profession actuelle ?

A5. 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"/>

A6. 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: |

A7. 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"/> Gymnase / Collège / Lycée (Baccalauréat) |
| <input type="checkbox"/> Formation professionnelle élémentaire | <input type="checkbox"/> Bachelor (Université, HES) |
| <input type="checkbox"/> Apprentissage, école professionnelle | <input type="checkbox"/> Master (Université, HES) |
| <input type="checkbox"/> École de degré diplôme ou de culture générale | <input type="checkbox"/> Autre: |
| <input type="checkbox"/> Maturité professionnelle | |

A8. Pensez à votre (vos) travail/études/apprentissage, au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence ...

Cochez une case par ligne.	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
...avez-vous réfléchi à la manière dont vous pourriez libérer plus de temps pour travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous passé plus de temps à travailler que prévu initialement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous travaillé afin de réduire des sentiments de culpabilité, d'anxiété, d'impuissance ou de dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...des personnes vous ont suggéré de travailler moins sans que vous les écoutiez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...êtes-vous devenu stressé si vous ne pouviez pas travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous réduit la priorité de vos hobbies, loisirs, et activités physiques (exercice) à cause de votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...avez-vous travaillé tellement que cela a nuit à votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Quelle est votre date de naissance ?

_____ . _____ . _____ (jj . mm . aaaa)

A10. Quel est votre code postal ?

____ _

Je n'habite pas en Suisse

A11. 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

A12. 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

A13. 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

A14. Avez-vous des enfants ?

- Non, *passez à la question A16, ci-dessous*
- Oui => Combien ? _____

A15. Vivez-vous avec votre (vos) enfant(s) ?

- Non
- Oui
- Oui, mais partiellement (p. ex. garde partagée)

A16. Attendez-vous un enfant (votre femme/compagne est-elle enceinte) ?

- Non
- Oui

B. SANTE

Les questions suivantes portent sur votre santé en général.

B1. Quelle est votre taille en centimètres (ex: 1 mètre 72 centimètres = 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 limité
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, lors de vos activités quotidiennes au travail ou à la maison ...

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

B6. AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, et en raison de votre état ÉMOTIONNEL (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), lors de vos activités quotidiennes au travail ou à la maison ...

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B8. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. AU COURS DE CES 4 DERNIERES SEMAINES, y a-t-il eu des moments où...

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous nous intéressons ci-dessous à des chocs à la tête que vous avez pu subir et qui vous ont conduit à être inconscient (KO) pendant AU MOINS 5 MINUTES ou à cause desquels vous avez dû rester à l'hôpital pendant AU MOINS UNE NUIT (traumatisme crânien).

B10. Au cours de votre vie, avez-vous subi ce type de choc à la tête ?

Oui, j'ai subi ce type de choc à la tête AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	Oui, j'ai subi ce type de choc à la tête dans ma vie, mais PAS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	Non, je n'ai jamais subi ce type de choc à la tête
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

Les questions suivantes portent sur votre activité physique. L'activité physique peut se dérouler dans différents contextes : 1. pendant le(s) TRAVAIL/ÉTUDES/APPRENTISSAGE OU, PENDANT LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES EN SEMAINE, 2. en pratiquant DU SPORT, et 3. pendant LES LOISIRS.

On commence par les activités physiques quotidiennes, pendant le(s) travail/études/apprentissage. Pour ceux qui ne travaillent pas ou n'étudient pas, pensez à vos activités quotidiennes en semaine.

B12. Quel est le niveau de votre dépense physique pendant votre (vos) travail/études/apprentissage en semaine ?

Niveau faible (ex. : peu d'activités quotidiennes, travail de bureau, enseignement,...)	Niveau modéré (ex. : activités quotidiennes moyennes, agriculture travail en usine/atelier,...)	Niveau important (ex. : activités quotidiennes intenses, métiers du bâtiment, déménageur, ...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B13. Pendant mes activités quotidiennes, par ex. travail/études/apprentissage, ...

Cochez une case par ligne.	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent/ toujours
...je porte des charges lourdes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je transpire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je suis assis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je reste debout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je marche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après ces activités, je suis fatigué physiquement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B14. Si je me compare à l'ensemble des personnes de MON ÂGE, je pense que mon (mes) travail/études/apprentissage est (sont) physiquement

Beaucoup plus éprouvant(s)	Plus éprouvant(s)	Aussi éprouvant(s)	Moins éprouvant(s)	Beaucoup moins éprouvant(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions maintenant portent sur votre pratique du sport.

B15. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous pratiqué un (ou plusieurs) sport(s) ou vous êtes-vous entraîné ?

Jamais	Quelques fois par année	Une à trois fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B16. Pratiquez-vous un (ou des) sport(s) REGULIEREMENT ?

Oui Non => passez à la question B19, page 11

a. Quel sport pratiquez-vous le plus fréquemment ?

b. Environ combien d'heures par semaine consacrez-vous à ce sport ?

 heures minutes / semaine

c. Combien de mois par année pratiquez-vous ce sport (p. ex. s'il s'agit du ski et que vous le pratiquez seulement pendant trois mois l'hiver, veuillez saisir 3 mois dans la zone) ?

 mois / année

B17. Si vous pratiquez plus d'un sport, quel est le deuxième sport que vous pratiquez le plus régulièrement ?

Je ne pratique pas de deuxième sport => passez à la question B18 page 11

a. Environ combien d'heures par semaine consacrez-vous à ce sport ?

 heures minutes / semaine

b. Combien de mois par année pratiquez-vous ce sport (p. ex. s'il s'agit du ski et que vous le pratiquez seulement pendant trois mois l'hiver, veuillez saisir 3 mois dans la zone) ?

 mois / année

B18. Etes-vous d'accord / pas d'accord avec les propositions 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
L'entraînement est ce qui compte le plus dans ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conflits ont surgi avec ma famille et/ou mon/ma partenaire au sujet de la quantité d'entraînement que je fais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sers de l'entraînement comme un moyen pour modifier mon humeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours du temps, j'ai augmenté la quantité de mes entraînements journaliers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je dois rater un entraînement, je me sens de mauvaise humeur et irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je réduis la quantité de mes entraînements, je finis toujours par reprendre l'entraînement au même niveau qu'auparavant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions maintenant portent sur vos activités de loisirs

B19. Pendant mes activités de loisirs, ...

Cochez une case par ligne.	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
...je suis assis devant la télévision, une console ou un ordinateur, ou j'écoute de la musique, je lis ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je marche (seul, en famille, avec mon chien).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je fais des activités physiques (bricolage, jardinage, shopping, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...en plus de mes activités sportives régulières , je fais aussi du sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je transpire (pensez au jardinage, à la marche, au bricolage).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B20. Si je me compare à l'ensemble des personnes de MON ÂGE, je pense que mes ACTIVITES de loisirs sont physiquement ...

Beaucoup plus éprouvantes	Plus éprouvantes	Aussi éprouvantes	Moins éprouvantes	Beaucoup moins éprouvantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B21. Combien de minutes par jour passez-vous A VOUS DEPLACER (marche, escaliers, vélo, roller, trottinette, ... HORS VÉHICULES MOTORISÉS) pour aller et revenir du travail, de l'école, promener le chien ou faire des courses ?

Moins de 5 min	5 à 15 min	15 à 30 min	30 à 45 min	Plus que 45 min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B22. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté au moins une fois un médecin ou un autre professionnel de la santé en raison de troubles de déficit de l'attention et/ou hyperactivité ?

- Oui Non, passez à la question B24 ci-dessous

B23. Si OUI, chez qui ?

Médecin de famille/généraliste	Psychiatre	Psychologue	Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B24. Au cours des 12 derniers mois, avez vous pris des médicaments prescrits par un médecin contre les troubles de déficit de l'attention et/ou hyperactivité tels que le/la RITALINE®, MODASOMIL®, CONCERTA®/MEDIKINET®, EQUASYM®, FOCALIN®, METHYLPHENIDAT®, STRATTERA® ?

- Oui Non

B25. AU COURS DE CES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous rencontré ces problèmes ?

Cochez une case par ligne.	Jamais	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10 fois ou plus
Altercation physique ou bagarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérieux problèmes avec vos parents/famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérieux problèmes avec vos ami(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvais résultats à l'école ou au travail (manqué des cours/travail ou eu du retard dans votre travail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Victime d'un vol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes avec la police	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation ou admission aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport sexuel que vous avez regretté le lendemain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causé des dommages matériels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu recours à un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été à l'hôpital toute la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu une intervention chirurgicale ambulatoire (où vous n'avez pas eu à rester toute la nuit à l'hôpital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été examiné ou traité dans un service d'urgences à la suite d'un accident ou d'une blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, on peut faire confiance à la plupart des gens
Dans ce quartier, les gens profitent de vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous étiez en difficulté , un grand nombre de personnes de ce quartier vous viendraient en aide
Dans ce quartier, la plupart des gens sont froids / hostiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans ce quartier, les gens font des choses pour aider la communauté
Il est difficile de gagner le respect des gens dans ce quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chaque personne dans ce quartier est à sa place autant que les autres

C2. Les questions suivantes visent à évaluer les relations entre vous et votre communauté.

Cochez une case par ligne.

	Beaucoup	Suffisamment	Peu
Combien d'amis pensez-vous avoir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien d'associations / sociétés / clubs de sport, d'activités culturelles, de divertissement et de loisirs pensez-vous qu'il y a dans votre communauté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3. Dans ma communauté ...

Cochez une case par ligne.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
...interagir avec les gens me donne envie d'essayer de nouvelles choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...interagir avec les gens me donne envie de m'intéresser à ce que les gens différents de moi pensent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...interagir avec les gens me donne la sensation que je fais partie d'une grande communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...interagir avec les gens me donne l'impression d'être connecté à plus grande échelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...j'entre en contact avec de nouvelles personnes tout le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...il y a plusieurs personnes en qui j'ai confiance pour régler mes problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...si j'ai besoin d'un prêt d'argent, je connais quelqu'un vers qui je peux me tourner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...il y a quelqu'un à qui je peux demander conseil pour prendre des décisions très importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...je connais plusieurs personnes suffisamment bien pour leur demander de faire quoi que ce soit d'important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...les gens avec qui j'interagis seraient de bonnes références de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Pensez à VOS AMI(E)S PROCHE(S) (c'est-à-dire ceux/elles 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, alcool fort, 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 24)








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

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 6 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

1 boisson alcoolisée standard



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 week-end, 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 => passez à la question D10

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 => <i> passez à la question D12</i>

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

D12. 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 ?	_____

D13. Pensez à comment vous vous sentiriez IMMÉDIATEMENT APRÈS avoir consommé 5 verres standard d'alcool. Évaluez s'il vous plaît dans quelle mesure chaque proposition décrit comment vous vous sentiriez à ce moment.

Cochez une case par ligne.	Pas du tout			Moyennement				Extrêmement			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Plein d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endormi/léthargique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ralenti dans mes pensées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Euphorique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigoureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressentirais les effets de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sentirais saoul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J' aimerais les effets ressentis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'aimerais pas les effets ressentis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je voudrais plus de ce que j'ai bu (vous voudriez continuer à boire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D14. 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 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"/>

D14. (suite) 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 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"/>

D15. 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"/>

D16. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que cela vous aide lorsque vous êtes déprimé ou nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour vous réconforter lorsque vous êtes de mauvaise humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que vous aimez les sensations que cela procure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour vous saouler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que c'est plus drôle lorsque vous êtes avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que vous aimeriez faire partie d'un certain groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour que les fêtes soient plus réussies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour oublier vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... simplement parce que cela vous amuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour être apprécié par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour ne pas vous sentir exclu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions qui suivent portent sur des stratégies que l'on peut utiliser lorsqu'on consomme de l'alcool afin de réduire les risques et les méfaits liés à l'usage d'alcool.

D17. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous utilisé ces stratégies lorsque vous consommiez de l'alcool ou lorsque vous "faisiez la fête"?

Cochez une case par ligne.	Jamais	Rare-ment	Occasi-onnel-lement	Parfois	En général	Tou-jours
Désigner un conducteur de confiance (sobre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décider de ne pas dépasser un nombre de consommations déterminé à l'avance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterner entre boissons avec de l'alcool et sans alcool (de l'eau par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demander à un ami de vous faire savoir lorsque vous avez consommé assez d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les jeux d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne sortir qu'avec des personnes que vous connaissez et en qui vous avez confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitter le bar ou la fête à une heure déterminée à l'avance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'assurer que vous rentrez chez vous avec un ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir où se trouve votre boisson à chaque instant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter de mélanger l'alcool et le cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les "pré-soirées" (consommer avant de sortir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuser de monter dans une voiture avec quelqu'un qui a consommé de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêter de consommer de l'alcool à une heure prédéterminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'assurer de consommer de l'alcool avec des personnes qui peuvent prendre soin de vous si vous consommez trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire de l'eau lorsque vous consommez de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter de la glace à votre boisson alcoolisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger avant ou pendant que vous consommez de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter de mélanger différents types d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire lentement au lieu d'avaler votre consommation d'un trait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter de vouloir consommer autant voire plus que les autres	<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 E8 (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. En pensant AUX 30 DERNIERS JOURS, 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)
- Jamais

E6. Durant UNE JOURNÉE TYPIQUE OÙ VOUS FUMEZ DES CIGARETTES, combien de cigarettes fumez-vous ?

_____ cigarettes

E7. **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"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui, 1 fois
<input type="checkbox"/> Oui, 2 fois
<input type="checkbox"/> Oui, 3 fois
<input type="checkbox"/> Oui, 4 fois ou plus

E-cigarettes

E8. **AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous utilisé des e-cigarettes (des cigarettes électroniques) ?**

- Oui
- Non => passez à la question E17 (autres produits de tabac), page 28

E9. **En pensant AUX 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence utilisiez-vous des 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)

E10. **En pensant AUX 30 DERNIERS JOURS, à quelle fréquence utilisiez-vous des e-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)
- Jamais

E11. **Les jours où vous utilisez la cigarette électronique, combien de fois l'utilisez-vous ?**
(Considérez qu'« une fois » correspond approximativement à 15 bouffées de vapeur ou environ 5-10 minutes d'utilisation)

_____ fois par jour de consommation

E12. Possédez-vous personnellement un ou des kit(s) d'e-cigarettes ou des cigarettes électroniques jetables ?

- Oui
- Non => passez à la question E17 (autres produits de tabac), page 28

E13. Quel type d'e-cigarette utilisez-vous la plupart du temps (cf. image ci-dessous) ?

- E-cigarette jetable ou e-cigarette rechargeable avec des cartouches pré-remplies (e-cigarette de première génération, cigalike)
- E-cigarette rechargeable directement avec du liquide (penlike, deuxième génération)
- E-cigarette rechargeable directement avec du liquide avec possibilité de régler l'intensité (MOD, cigarette de troisième génération)



E-cigarette de première génération



E-cigarette de deuxième génération



E-cigarette de troisième génération

E14. D'une manière générale, quel type de liquide utilisez-vous dans votre cigarette électronique ?

- uniquement liquide SANS nicotine
- uniquement liquide AVEC nicotine (cartouche ou liquide de recharge)
- les deux (usage de produits AVEC et SANS nicotine)

E15. Avant d'utiliser la cigarette électronique, étiez-vous fumeur ?

- Je n'avais jamais fumé (sauf juste essayer)
- J'avais arrêté de fumer
- J'étais fumeur quotidien
- J'étais fumeur occasionnel

E16. Il est possible de faire usage de cigarettes électroniques pour différentes raisons, pourriez-vous indiquer si les raisons ci-dessous s'appliquent à vous. J'utilise l'e-cigarette...

Cochez une case par ligne.	Oui	Non
... pour réduire les risques au niveau de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... parce que j'aime ça / parce que ça a bon goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour réduire ma consommation de tabac, sans avoir l'intention d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour réduire ma consommation de tabac dans le cadre d'une tentative d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour ne plus fumer / pour éviter de recommencer à fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour faire face à des situations ou des lieux où je ne peux pas fumer (par exemple à la maison, au travail, au cours de réunions d'affaires, lors de visites d'amis non-fumeurs, dans un avion, en bus ou en train)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour éviter d'avoir à aller fumer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour ne pas déranger les autres avec de la fumée du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour faire face aux symptômes de sevrage du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pour faire face à mon besoin de nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... afin de maintenir un rituel (p. ex. geste) semblable à la fumée de cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... parce que ça coûte moins cher que les cigarettes normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres produits de tabac

E17. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous utilisé d'autres produits de tabac (cf. image ci-dessous), et à quelle fréquence ?

Cochez une case par ligne	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snus (plug, tabac en palette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chnouf (Schnupf, tabac à priser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac à chiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigares/cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipe (pas le narguilé ni pipe à eau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits du tabac sans combustion (heat not burn, sous forme de capsules de tabac ou heat sticks) comme iQOS ou Ploom (ne pas inclure les e-cigarettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Naruilé



Snus



Chnouf



Tabac à chiquer



Produit du tabac sans combustion

Attitudes envers le tabac

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

E18. 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 30)

E19. 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

E20. 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

E21. A quelle cigarette/consommation de tabac renoncerez-vous le plus difficilement ?

- À la première de la journée
- À une autre

E22. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui
- Non

E23. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- Oui
- Non

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 33

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
 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. De quelle manière consommez-vous le cannabis ?

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

F7. Utilisez-vous, même rarement, des e-cigarettes pour vapoter du cannabis ?

- Oui
 Non => passez à la question F10, page suivante

F8. A quelle fréquence utilisez-vous des e-cigarettes ou vaporisateurs électroniques portables pour vapoter du cannabis ?

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

F9. Quel(s) produit(s) de cannabis utilisez-vous dans votre e-cigarette ?

Cochez une case par ligne.	Oui	Non
Herbe (cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huile de cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wax/BHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F10. 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 après avoir pris du cannabis ?	<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"/>

F11. 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 ».

F12. 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

F13. 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

G. AUTRES SUBSTANCES

G1. Avez-vous consommé l'un de ces produits stupéfiants AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, et si oui, par quel mode d'administration ?

Pour les produits stupéfiants consommés, merci d'indiquer comment vous les avez consommés dans la colonne « mode d'administration »

Modes d'administration possibles :

1. Oral (comprimés, gélules, liquides, aliments)
2. Fumer, inhaler
3. Prise nasale (sniffer)
4. Injection (intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée, intra-osseuse)
5. Autre (p. ex. sublingual, transcutané, rectal)

Cochez oui ou non, puis indiquez le(s) mode(s) d'administration dans la(les) colonne(s) correspondante(s) (p. ex. si vous avez sniffé et fumé de la cocaïne, cochez les colonnes « fumer » et « sniffer » sur la ligne correspondant à cocaïne, crack, freebase)

			Mode d'administration				
	Non	Oui	oral	fumer	sniffer	injecter	autre
Hallucinogènes naturels (champignons, Magic Mushrooms, psilocybine, peyotl, mescaline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres hallucinogènes synthétiques (p.ex. LSD, PCP/Angeldust, 2-CB, 2-CI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines/Speed, sulfate d'amphétamine (p.ex. la dexédrine, benzédrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthamphétamine (pilule thaïes, crystal meth (Ice))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalants ou autres solvants (protoxyde d'azote (gaz hilarant), les colles, le toluène ou l'essence.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne, crack, freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne, Morphine, Opium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine (Special K), DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthadone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL / 1-4 butandiol (BDO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Sels de bain », produits chimiques utilisés dans la recherche (« research chemicals ») ou Legal Highs (p.ex. MDPV, méphedrone, butylone, methedrone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spice ou autres mélanges à fumer pouvant contenir des cannabinoïdes de synthèse (qui remplacent le cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayahuasca / DMT, plantes psychoactives de la forêt vierge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibogaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2. 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. ?

_____ %

G3. 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"/>

G4. AU COURS DE VOTRE VIE, sous l'influence d'une drogue, avez-vous déjà fait l'expérience

	Oui	Non
cochez une case par ligne.		
... d'avoir l'impression que les limites entre vous et votre entourage se dissipent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de vous être senti très anxieux ou menacé, sans vraiment savoir pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'avoir vu des choses alors que vous saviez qu'elles n'étaient pas réelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de ne plus savoir qui vous étiez ou où vous étiez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « oui » au moins à une des questions ci-dessus, merci de répondre encore aux 2 questions suivantes; si vous avez répondu « non » à toutes les questions ci-dessus, merci de passer à la question H1, page suivante.

G5. AU COURS DE VOTRE VIE, combien de fois avez-vous eu un état modifié de conscience comme décrit ci-dessus ?

Une fois	2 – 10 fois	11 – 30 fois	Plus de 30 fois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G6. A votre avis, quelle influence a eu ce type d'expérience sur votre vie en général ?

Très positive	Plutôt positive	Ni positive, ni négative	Plutôt négative	Très négative
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS à quelle fréquence vous est-il arrivé d'utiliser les substances suivantes ?

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 (Temgesic®), de la codéine (Benylin®), ou des opiacés (fentanyl, hydrocodone, Journista®, Palladon®, Targin®, Oxycontin®, Vicodin®, Dilaudid®) ou du DXM (Bexin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulants et amphétamines P. ex. sulfate d'amphétamine (Aderall®) ; atomoxétine (Strattera®) ; methylphenidate (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"/>
Bêta-bloquants P. ex. propranolol (Indéral®), aténolol (Aténil®, Tenormin®), métoprolol (Loprésor®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La question suivante porte sur votre consommation de SMART DRUGS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS. Il s'agit de médicaments prescrits pour certaines maladies, mais qui sont parfois utilisés pour d'autres raisons, telles que pour augmenter sa concentration, son « énergie » mentale, sa mémoire, ses capacités d'apprentissage, ses capacités d'attention, pour réduire le stress lors d'examens ou pour se sentir plus performant.

H2. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous pris les Smart Drugs suivantes pour d'autres raisons que pour traiter une maladie, p. ex. pour augmenter sa concentration, pour réduire le stress ou pour se sentir plus performant ?

Cochez une case par ligne.

	Jamais	Une fois	2 à 3 fois par année	4 à 9 fois par année	1 à 2 fois par mois	3 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
Modafinil (p. ex : Modasomil®, Provigil®, Vigil®) ; adrafinil (p.ex. Olmifon®), armodafinil (p.ex. Nuvigil®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methylphenidat (Ritalin®, Adderall®, Concerta®, Focalin®, Medikinet®, Strattera®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseur p.ex. Venlafaxine (Efexor®), fluoxétine (Fluctine®, Fluocim®, Fluoxifar®, Fluxet®, Prozac®), réboxétine (Edronax®, Solvex®), mirtazapine (Remeron®, Remergil®), Bupropion (Wellbutrin®), duloxétine (Cymbalta®), citalopram (Seroprom®), Sertraline(Zoloft®))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-démence (médicaments contre l'Alzheimer) p. ex., Donézépil (Aricept®), rivastigmine (Exelon®), galantamine (Reminyl®), Mémantine (Axura®), Piracetam (Nootropil®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiurétique p.ex.Desmopressine, vasopressine (Nocutil®, Octostim®, Minirin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-Parkinson p.ex. sélégiline (Jumexal®, Deprenyl®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bêtabloquants p. ex. propranolol (Indérial®), 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"/>

Si vous avez coché « Jamais » partout à la question précédente, allez directement à la question H4.

H3. Pour quelles raisons avez-vous consommé les SMART DRUGS suivantes ?

Cochez tout ce qui s'applique	Modafinil	Methylphenidat	Antidépresseur	Antidémence	Antidiurétique	Anti-Parkinson	Bêta-bloquants
Je n'ai pas consommé cette smart drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour rester éveillé, prolonger son état d'éveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour augmenter ses capacités ou performances intellectuelles (mémorisation, attention, concentration).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour être stimulé (effet psycho-actif, état second)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour être pété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour réduire l'anxiété ou le stress (p.ex. lors d'examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour réduire la timidité, être désinhibé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour mieux dormir, se détendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

I. PERSONNALITE ET LOISIRS

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

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

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

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

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

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

13. 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"/>

14. 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 où vous vous sentez stressé ?	<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 définition de vous-même ?	<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 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"/>

15. Est-ce qu'il y a déjà eu une période au cours de laquelle vous n'étiez pas vraiment vous-même et ...

Cochez une case par ligne.

	Oui	Non
...vous vous sentiez tellement bien ou surexcité, au point que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas dans votre état habituel ou que le fait d'être tellement surexcité vous attirera des ennuis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous vous sentiez tellement irritable que vous avez insulté des gens ou que vous avez déclenché des bagarres ou des disputes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous vous sentiez beaucoup plus sûr de vous que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et vous trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous étiez beaucoup plus loquace ou parliez plus vite que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...les pensées défilaient rapidement dans votre tête ou vous ne pouviez pas ralentir le cours de votre pensée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous étiez tellement facilement distrait par tout ce qui se passait autour de vous, que vous aviez de la peine à vous concentrer ou à rester sur une idée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous étiez beaucoup plus actif ou faisiez bien plus de choses que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous étiez beaucoup plus sociable ou ouvert que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à des amis au milieu de la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous étiez beaucoup plus intéressé par la sexualité que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres personnes auraient pu considérer comme excessives, stupides ou risquées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...les dépenses que vous avez faites ont causé des problèmes à vous ou à votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Si vous avez coché OUI à plus d'une question ci-dessus, est-ce que plusieurs des phénomènes décrits ci-dessus sont survenus au cours de la même période ?

Oui Non

17. A quel point ceci vous a-t-il causé des problèmes – comme être dans l'incapacité de travailler; avoir des problèmes familiaux, financiers ou légaux; vous impliquer dans des disputes ou des bagarres ?

Aucun problème	Problème mineur	Problème modéré	Problème sévère
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ci-dessous une série de questions. Veuillez lire attentivement chaque question et décider si elle vous correspond ou non en cochant la case « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas tout à fait sûr de votre réponse

Cochez une case par ligne.	Vrai	Faux
Est-ce que votre relation avec une personne très proche a été perturbée par de nombreuses disputes ou ruptures répétées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes vous délibérément blessé physiquement (par ex. vous frapper, couper, brûler) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu au moins deux autres problèmes d'impulsivité (par ex. manger à l'excès et faire des dépenses inutiles, boire et exploser verbalement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été d'humeur extrêmement changeante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous souvent senti très en colère ? Avez-vous souvent agi sous l'effet de la colère ou avec sarcasme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souvent été méfiant envers d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous fréquemment senti irréel ou comme si les choses autour de vous étaient irréelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous senti chroniquement vide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souvent ressenti que vous n'aviez aucune idée de qui vous étiez ou que vous n'aviez pas d'identité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait des efforts désespérés pour éviter de vous sentir ou d'être abandonné (par ex. avoir appelé quelqu'un à plusieurs reprises pour se rassurer qu'il ou elle se souciait encore de vous, le ou la supplier de ne pas vous quitter, se cramponner à lui ou elle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. A quel point les propositions ci-dessous décrivent votre état DURANT LA SEMAINE ÉCOULÉE, y compris aujourd'hui ?

Cochez une case par ligne.	Presque jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai
J'ai eu très peur d'être jugé par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu extrêmement peur des situations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai craint de faire une erreur devant les autres et d'avoir l'air bête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai évité les situations sociales qui auraient pu attirer l'attention des gens sur moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur d'entrer dans une salle bondée parce que tout le monde m'aurait regardé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur de manger, boire ou écrire devant d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été préoccupé du fait que les gens remarquent que j'étais anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai évité de manger, boire, ou écrire devant des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur de dire quelque chose de stupide devant d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur d'être critiqué par d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu peur que les autres puissent ne pas m'apprécier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après avoir été critiqué, j'y ai pensé pendant longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

111. Les questions suivantes portent sur vos sentiments et pensées AU COURS DU DERNIER MOIS. A quelle fréquence...

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous a-t-il semblé impossible de contrôler les choses importantes de votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les prochaines questions portent sur les jeux vidéo online (Internet) ou offline (sans Internet).

112. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous joué aux jeux vidéo suivants ?

Cochez une case par ligne.	Jamais	Quelques fois par année	Une à trois fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
Jouer à des jeux ONLINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux OFFLINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux sur Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Voici maintenant quelques questions concernant votre UTILISATION DE L'INTERNET. Ces questions portent exclusivement sur ce que vous faites pendant VOTRE TEMPS LIBRE OU À TITRE PRIVÉ sur Internet et donc pas lorsque vous utilisez Internet pour des activités professionnelles ou scolaires. Par Internet, nous entendons le fait d'aller en ligne pour surfer, pour consulter ses emails, pour chatter ou pour jouer, sur un ordinateur, un smartphone, une tablette ou un iPad.

I14. Utilisez-vous l'Internet pendant votre temps libre au moins une heure par semaine ?

- Oui
 Non => passer à la question I19, page 47.

I15. Combien de jours par semaine utilisez-vous en moyenne l'Internet pendant votre temps libre (ou à titre privé) ?

_____ jours / semaine

I16. Combien d'heures passez-vous en moyenne sur Internet pendant votre temps libre (ou à titre privé) LES JOURS OU VOUS UTILISEZ L'INTERNET ?

_____ heures _____ minutes / jour

I17. Voici encore quelques activités que l'on peut faire sur Internet. Pendant votre temps libre (ou à titre privé) combien de temps passez-vous sur Internet EN MOYENNE PAR JOUR pour les activités suivantes ?

Cochez une case par ligne.	Pratique- ment aucun	< 1 heure	1 heure à <2 heures	2 heures à <3 heures	3 heures à <4 heures	4 heures ou plus
Consultation de réseaux sociaux comme Facebook, Twitter ou Google plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication en ligne comme par exemple emails, chat ou blogs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer en ligne, p.ex. jeux de rôles ou jeux d'actions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux de hasard en ligne, p.ex. poker ou paris sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achats ou vente de produits en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche d'informations et des nouvelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écouter ou télécharger de la musique en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regarder ou télécharger des films, par exemple sur YouTube ou par la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118. A QUELLE FREQUENCE

Cochez une case par ligne	Jamais	Rare-ment	Parfois	Souvent	Très souvent
... trouvez-vous difficile d'arrêter d'utiliser Internet une fois que vous êtes en ligne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... continuez-vous d'utiliser Internet malgré votre intention d'arrêter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'autres personnes (ex : partenaire, enfants, parents) vous disent-elles que vous devriez moins utiliser Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... préférez-vous aller sur Internet au lieu de passer du temps avec d'autres personnes (partenaires, enfants, parents) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous arrive-t-il de manquer de sommeil à cause d'Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pensez-vous à Internet même quand vous n'êtes pas en ligne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous réjouissez-vous de votre prochaine connexion à Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pensez-vous que vous devriez utiliser Internet moins souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... avez-vous essayé sans succès de passer moins de temps sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous arrive-t-il de vous dépêcher de faire quelque chose (travail, ménages...) pour aller sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... négligez-vous vos obligations quotidiennes (travail, école, ou vie familiale) parce que vous préférez aller sur Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allez-vous sur Internet quand vous n'avez pas le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... utilisez-vous Internet pour fuir vos soucis ou vous soulager d'un sentiment négatif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous sentez-vous agité, frustré ou irrité lorsque vous ne pouvez pas utiliser Internet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes portent sur l'utilisation du smartphone.

119. Possédez-vous un smartphone ?

- Oui
 Non => passer à la question I22, page 49

120. Au cours des 12 derniers mois, pendant combien d'heures avez-vous utilisé votre smartphone en moyenne par jour ?

_____ heures _____ minutes / jour

I21. A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?

Cochez une case par ligne	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Pas tout à fait d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
En raison de l'utilisation de mon smartphone, il m'est difficile d'accomplir le travail planifié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En raison de l'utilisation de mon smartphone, j'ai du mal à me concentrer en classe, en faisant mes devoirs, ou en travaillant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En raison de l'utilisation de mon smartphone, je ressens de la douleur à la nuque ou aux poignets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne pourrais pas supporter de ne pas avoir de smartphone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je n'ai pas mon smartphone à portée de main, je suis impatient et agité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense constamment à mon smartphone, même lorsque je ne l'utilise pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne renoncerai jamais à utiliser mon smartphone, même si cela affecte beaucoup ma vie quotidienne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour ne manquer aucune nouvelle, je dois continuellement contrôler mon smartphone (sur Twitter ou Facebook).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand j'utilise mon smartphone, je l'utilise plus longtemps que prévu initialement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes autour de moi disent que j'utilise trop mon smartphone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I22. 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 pas sur Internet (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"/>
Jeux 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"/>

I23. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous utilisé Internet pour parier ou dépenser de l'argent à ces types de jeux ?

- Oui, et j'ai joué uniquement sur Internet
- Oui, et j'ai joué sur Internet et ailleurs
- Non, je n'utilise jamais Internet pour ce genre de jeux
- Je n'ai pas joué aux jeux de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois => *passez à la question I27, page 51*

I24. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, avez-vous eu des problèmes personnels à cause de ces jeux de hasard ou d'argent ?

- Oui
- Non

I25. 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.-

I26. AU COURS des 12 DERNIERS MOIS...

Cochez une case par ligne.

	Oui	Non
...vous êtes-vous souvent trouvé à penser aux jeux 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"/>

I27. DEPUIS L'AGE DE 20 ANS, Vous êtes-vous ou avez-vous...

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

I28. 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 manières 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"/>
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"/>

...suite...	Je fais ça...			
	...pas du tout	...rarement	...de temps à autre	...souvent
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"/>

J. SEXUALITE

Les prochaines questions portent sur vos expériences AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

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

J1. 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 ?

J2. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels complets (avec pénétration) ?

- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Non, jamais => Passer à la question J4

J3. En tout, combien de partenaires sexuel(les) avez-vous eu AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

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

J4. Nous vous prions d'estimer le moment du début de votre puberté, ceci en comparaison avec les autres garçons de votre âge. Merci de cocher la case qui correspond au mieux.

- Beaucoup plus tôt que les amis de mon âge
- Un peu plus tôt que les amis de mon âge
- Au même moment que les amis de mon âge
- Plus tard que les amis de mon âge
- Beaucoup plus tard que les amis de mon âge

J5. A quel âge avez-vous eu votre première éjaculation ?

À l'âge de _____ ans

J6. AU COURS DE CES 12 DERNIERS MOIS, est-ce que vous avez consulté des sites à caractère pornographique sur Internet au moins une fois par mois ?

- Oui
 Non, => passez à la question J10, page suivante

J7. Combien de JOURS PAR MOIS consultez-vous des sites pornographiques ?

_____ jours / mois

J8. Combien de temps passez-vous sur Internet pour consulter des sites pornographiques les jours où vous les consultez ?

Pratiquement aucun	< 1 heure	1 heure à <2 heures	2 heures à <3 heures	3 heures à <4 heures	4 heures ou plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J9. Pouvez-vous indiquer dans quelle mesure chacune des affirmations ci-dessous s'appliquent à votre situation. Cochez « vrai » si les affirmations correspondent à votre situation AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS. Cochez « faux » si elles ne correspondent pas à votre situation AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS.

Cochez une case par ligne.	Vrai	Faux
Le sexe sur Internet a parfois interféré avec certains aspects de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis promis d'arrêter d'utiliser Internet à des fins sexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'utilise parfois le cybersexe comme une récompense pour avoir accompli quelque chose (par ex. finir un projet, après un jour stressant, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je ne peux pas accéder à de l'information sexuelle en ligne, je me sens anxieux, en colère, ou déçu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après avoir utilisé Internet à des fins sexuelles, je me punis de l'avoir fait (par ex. ne plus utiliser mon ordinateur, annuler mon abonnement à Internet, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois que je suis un accro au sexe sur Internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes sont un peu sensibles. Si le fait d'y répondre vous touche ou vous perturbe ou que vous ressentez un mal-être, vous pouvez trouver du soutien en contactant la Main Tendue au 143. N'hésitez pas à y faire appel si vous en ressentez le besoin.

J10. AU COURS DE VOTRE VIE, avez-vous déjà pensé à mettre fin à vos jours ?

Oui Non => passez à la question J18 à la page 58

a. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pensé à mettre fin à vos jours pour LA PREMIÈRE FOIS ?

____ ans

b. Quand avez-vous pensé à mettre fin à vos jours pour LA DERNIÈRE FOIS ?

Cochez une seule case.

Le mois dernier	Pas le mois dernier, mais il y a moins de 6 mois	Pas dans les 6 derniers mois, mais il y a moins d'une année	Pas pendant la dernière année, mais il y a moins de 3 ans	Il y a plus de 3 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J11. AU COURS DE VOTRE VIE, avez-vous déjà tenté de mettre fin à vos jours à proprement parler, avec l'intention de mourir, ne serait-ce qu'un peu ? Nous allons faire référence à cela par « tentative de suicide ».

Oui Non => passez à la question J18 à la page 58

a. Quel âge aviez-vous lors de votre PREMIÈRE tentative de suicide ?

____ ans

b. Quand a eu lieu votre tentative de suicide LA PLUS RÉCENTE ?

Cochez une seule case

Le mois dernier	Pas le mois dernier, mais il y a moins de 6 mois	Pas dans les 6 derniers mois, mais il y a moins d'une année	Pas pendant la dernière année, mais il y a moins de 3 ans	Il y a plus de 3 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si le fait de répondre aux questions ci-dessous vous touche ou vous perturbe ou que vous ressentez un mal-être, vous pouvez trouver du soutien en contactant la Main Tendue au 143.

J12. Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) lors de votre tentative de suicide LA PLUS RÉCENTE ?

Cochez ce qui convient.

Mes médicaments prescrits par un médecin	<input type="checkbox"/>	Pendaison	<input type="checkbox"/>	Noyade	<input type="checkbox"/>
Des drogues illicites (pas sous ordonnance)	<input type="checkbox"/>	Objet coupant	<input type="checkbox"/>	Suffocation	<input type="checkbox"/>
Médicaments en vente libre (sans ordonnance)	<input type="checkbox"/>	Gaz d'échappement	<input type="checkbox"/>	Médicaments sous ordonnances d'autres personnes	<input type="checkbox"/>
Poison	<input type="checkbox"/>	Autres gaz	<input type="checkbox"/>	Alcool	<input type="checkbox"/>
Armes à feu	<input type="checkbox"/>	Train/voiture	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
Immolation	<input type="checkbox"/>	Saut dans le vide	<input type="checkbox"/>		

J13. Jusqu'à quel point avez-vous planifié votre tentative de suicide LA PLUS RÉCENTE ?

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

J14. Concernant votre tentative de suicide la plus récente, combien de temps à l'avance y avez-vous pensé ?

5 minutes ou moins	Plus de 5 minutes mais moins d'une heure	Une heure ou plus mais moins de 3 heures	3 heures ou plus mais moins de 24 heures	Un jour ou plus mais moins de 7 jours	Une semaine ou plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J15. Votre tentative de suicide la plus récente était-elle impulsive ?

Oui Non

Si le fait de répondre aux questions ci-dessous vous touche ou vous perturbe ou que vous ressentiez un mal-être, vous pouvez trouver du soutien en contactant la Main Tendue au 143.

J16. Pendant les 6 HEURES AVANT votre tentative de suicide la plus récente, avez-vous utilisé une des substances suivantes, que ce soit des drogues illicites ou des médicaments (non prescrits médicalement à votre attention ou utilisés sans ordonnance médicale)

Note: Cela NE CONCERNE PAS les substances utilisées comme moyen lors de votre tentative la plus récente.

Cochez ce qui convient.

Alcool	<input type="checkbox"/>	Cocaïne	<input type="checkbox"/>
Somnifères/tranquillisants	<input type="checkbox"/>	Hallucinogènes/PCP	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	Inhalants	<input type="checkbox"/>
Stimulants/amphétamines	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
Opiïdes	<input type="checkbox"/>		

- Je n'ai pris aucune de ces substances dans les 6 heures précédant la tentative de suicide => passez à la question J18, page suivante

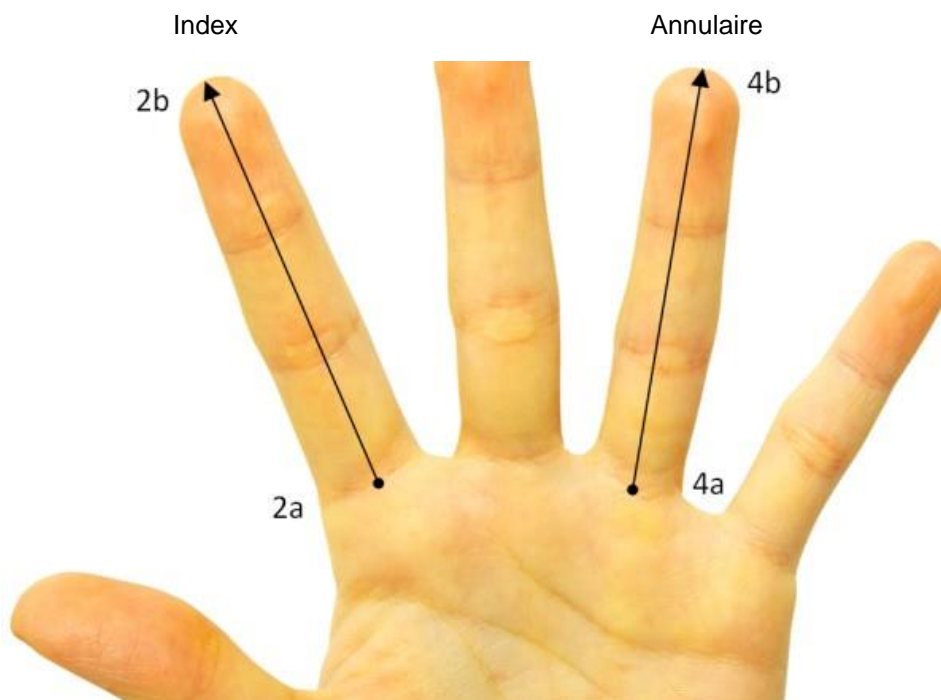
J17. Avez-vous utilisé les substances ci-dessus dans les 6 heures avant votre dernière tentative de suicide...

Cochez une case par ligne.	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
... pour vous procurer une sensation agréable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pour vous aider parce que vous étiez déprimé ou nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pour augmenter votre motivation à vous suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pour ne pas avoir de douleur pendant le suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pour atténuer la peur de vous suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous aimerions maintenant vous demander de mesurer la longueur de deux doigts sur chaque main. Cela peut vous sembler bizarre, mais on sait que l'exposition à certaines hormones pendant la vie intra-utérine joue un rôle important sur le développement pendant l'adolescence et que l'exposition à ces hormones peut se refléter dans la longueur du deuxième (index) et quatrième (annulaire) doigt.

Prenez, s'il vous plaît, une règle ou une équerre et mesurez la longueur de vos deuxièmes et quatrièmes doigts sur chaque main comme indiqué dans l'image ci-dessous. Nous avons besoin de mesures les plus précises possibles, en millimètres, alors n'utilisez pas un décimètre à ruban flexible.

Regardez la face interne de votre main **gauche**, à l'endroit où votre index est connecté avec votre paume. Plusieurs plis se trouvent à cet endroit. Prenez le pli le plus proche de votre paume et mettez le zéro de votre règle au centre de ce pli (point 2a dans l'image). Assurez-vous que la règle longe bien votre doigt jusqu'à son extrémité (point 2b dans l'image). Ne comptez pas la longueur de l'ongle dans votre mesure.



Faites ensuite la même chose pour l'annulaire de votre main gauche (4a et 4b dans l'image). Pour finir, mesurez la longueur de l'index et l'annulaire de votre main droite de la même manière.

J18. Saisissez les valeurs mesurées le plus précisément possible (par ex. 75 millimètres) dans les champs ci-dessous.

Index gauche	Annulaire gauche	Index droit	Annulaire droit
_____ mm	_____ mm	_____ mm	_____ mm



* * *

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

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

Votre participation sera rémunérée par un bon d'achat d'une valeur de CHF 50.- que vous recevrez par courrier postal A+ (cela peut prendre entre deux et six semaines, nous vous remercions de votre patience).

Veillez choisir le bon qui vous convient le mieux :

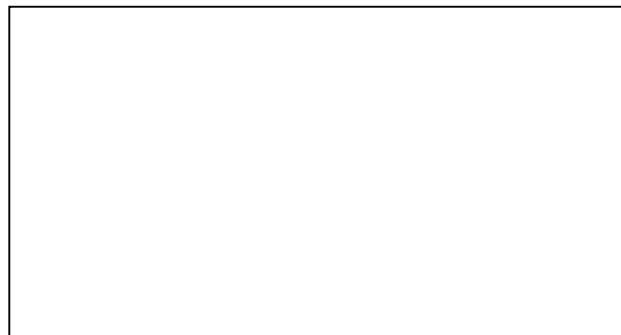
- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bon Media Markt | <input type="checkbox"/> Bon Coop |
| <input type="checkbox"/> Bon iTunes | <input type="checkbox"/> Bon Zalando |

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 4^{ème} questionnaire (dans 3 ans) 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 !!!





Ne pas enlever cette étiquette s'il vous plaît.
Elle nous permet de vous transmettre le bon promis.

