

# QUESTIONNAIRE CONSOMMATION RÉCRÉATIVE DE SUBSTANCES Module central V9 / 2020

<b>Date:</b> .....					<b>Code de l'institution:</b> .....					<b>Drug Checking:</b> Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>					<b>Substance?</b> .....				
Où as-tu obtenu la substance remise pour analyse?																			
Dans la rue			privé (cercle de connaissances, etc.)			Fête/événement			Internet			autoproduction							
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>			<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>			<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>			<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>			<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>							

## Contexte du questionnaire

<b>Type d'intervention:</b>											
Intervention mobile		Stand		Chill-Out		Bureau		Autres: .....			
<b>Type de manifestation:</b>											
Club		Soirée improvisée ou unique		Fête à l'extérieur		Festival		Espace public		Bars	
Autre: .....											
<b>Estimation du nombre de personnes:</b>											
<200		200-500		501-1'000		1'001-2'000		2'001-5'000		>5'000	

## Informations personnelles

<b>Q1. Quel âge as-tu?</b> <input type="text"/>				<b>Q2. Sexe:</b> M <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> F <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> autres, à savoir..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>					
<b>Canton de résidence:</b> <input type="text"/>									
<b>Q3. Quelle est la dernière école ou formation que tu as achevée? (une seule réponse)</b>									
Aucune		Ecole obligatoire		Apprentissage/école professionnelle à plein temps/formation professionnelle supérieure		Maturité/maturité professionnelle/école de culture générale		EPF/haute école spécialisée/université	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	
<b>Q4. Quelle est ton occupation actuelle? (une seule réponse possible)</b>									
Travail et formation		En formation		Je travaille		En recherche d'emploi		Sans activité professionnelle	
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	

<b>T1. As-tu déjà fait analyser une substance?</b>			
Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
Si oui, où? .....		Quand était-ce la dernière fois?.....	
Combien de fois as-tu utilisé un drug checking ?			
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 1 fois		<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 2 – 5 fois	
		<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> plus de 5 fois	
<b>As-tu déjà rempli ce questionnaire?</b>			
Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>		Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
Si oui, où? .....		Quand était-ce la dernière fois?.....	

	1. Une fois dans ta vie? Non / Oui?	2. Pendant les 12 derniers mois?	Q6. Si oui, dans quel contexte?	3. Combien de jours lors des 30 derniers jours?	4. Quel dosage / quelle quantité lors de la dernière consommation avant de remplir le questionnaire?	5. A quel âge pour la 1 <sup>ère</sup> fois?
<p><b>Q5. As-tu déjà consommé une de ces substances?</b> (Attention, il y a 6 questions par substance, avec chaque fois une seule réponse possible)</p>				20 jours ou plus    Entre 10 et 19 jours    Entre 3 et 9 jours    1 ou 2 jours    Aucun		
<b>Alcool</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre d'unités de boisson alcoolisée: __	.....ans
<b>Tabac</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de cigarettes: __ (lors des 24 heures avant de remplir le questionnaire)	.....ans
<b>Cannabis</b> (herbe, hasch)	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de grammes: __ (1 joint ≈ 0.2 gr)	.....ans
<b>Ecstasy</b> (MDMA)	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de pilules: __ Nombre de mg: __	.....ans
<b>Amphétamines</b> (speed)	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de gr: __ (1 ligne ≈ 0.1 gr)	.....ans
<b>Cocaïne</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de grammes: __ (1 ligne ≈ 0.1 gr)	.....ans
<b>LSD</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de buvards: __ Nombre de gouttes: __ Nombre de µg: __	.....ans
<b>Psilos</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
<b>Kétamine</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de mg: __	.....ans
<b>2C-B</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nombre de mg: __	.....ans
<b>Poppers</b>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans

<b>GHB/GBL</b>	Non <input type="checkbox"/> _0 Oui <input type="checkbox"/> _1	Non <input type="checkbox"/> _0 Oui <input type="checkbox"/> _1	Fête/sortie <input type="checkbox"/> _1 Privé/chez soi <input type="checkbox"/> _2 Travail/études <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5 <input type="checkbox"/> _4 <input type="checkbox"/> _3 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _1	Nombre de ml: __	.....ans
<b>Méthamphétamines</b> (meth, pilule thai, crystal)	Non <input type="checkbox"/> _0 Oui <input type="checkbox"/> _1	Non <input type="checkbox"/> _0 Oui <input type="checkbox"/> _1	Fête/sortie <input type="checkbox"/> _1 Privé/chez soi <input type="checkbox"/> _2 Travail/études <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5 <input type="checkbox"/> _4 <input type="checkbox"/> _3 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _1	Nombre de pilules: __ Nombre de mg: __	.....ans
<b>Héroïne</b>	Non <input type="checkbox"/> _0 Oui <input type="checkbox"/> _1	Non <input type="checkbox"/> _0 Oui <input type="checkbox"/> _1	Fête/sortie <input type="checkbox"/> _1 Privé/chez soi <input type="checkbox"/> _2 Travail/études <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5 <input type="checkbox"/> _4 <input type="checkbox"/> _3 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _1	Nombre de mg: __	.....ans

	1. Une fois dans ta vie ? Non / Oui?	2. Pendant les 12 derniers mois? Non / Oui?...	Q6. Si oui, dans quel contexte?	3. Combien de jours lors des 30 derniers jours?	4. Quel dosage / quelle quantité lors de la dernière consommation avant de remplir le questionnaire?	5. A quel âge pour la 1 <sup>ère</sup> fois?
<b>Q5. As-tu déjà consommé une de ces substances?</b> <i>(Attention, il y a 6 questions par substance, avec chaque fois une seule réponse possible)</i>				20 jours ou plus    Entre 10 et 19 jours    Entre 3 et 9 jours    1 ou 2 jours    Aucun		
<b>Nouveaux produits de synthèse (NPS), p.ex. méphédron, méthylone, 4-FA, spice, 2C-E, MDPV</b>						
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
<b>Usage de médicaments à but récréatif, p.ex. benzodiazépine, ritaline, codéine</b>						
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
<b>Plantes psychoactives, p.ex. mescaline, morelle noire, sauge des devins, CBD</b>						
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans
✎ .....	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Non <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Oui <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Fête/sortie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Privé/chez soi <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Travail/études <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Quantité/unité de mesure: __	.....ans

**Q7. Pendant les 12 derniers mois, as-tu déjà consommé plusieurs substances psychoactives simultanément ou à intervalles rapprochés (y compris l'alcool, sans le tabac)?**

Non <input type="checkbox"/> _0	Oui <input type="checkbox"/> _1	<b>Si oui, combien d'heures a duré l'occasion? _____ h<sup>1</sup></b>
Si oui: A quelle fréquence consommes-tu plusieurs substances simultanément?		
<input type="checkbox"/> _3 1 fois par semaine ou plus fréquemment	<input type="checkbox"/> _2 1-3 fois par mois	<input type="checkbox"/> _1 moins d'une fois par mois
Quelles substances mélanges-tu le plus souvent? Merci d'indiquer les trois mélanges les plus fréquents:		
Mélange le plus fréquent: .....		
Deuxième mélange le plus fréquent: .....		
Troisième mélange le plus fréquent: .....		

**Q8. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu bu 6 unités de boisson alcoolisée<sup>2</sup> ou plus lors d'une occasion de consommation (par ex. sortie; soirée)? (une seule réponse possible)**

<input type="checkbox"/> _1 jamais <input type="checkbox"/> _2 moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> _3 1 à 2 fois par mois <input type="checkbox"/> _4 3 à 4 fois par mois	<input type="checkbox"/> _5 2-3 fois par semaine <input type="checkbox"/> _6 4-5 fois par semaine <input type="checkbox"/> _7 6-7 fois par semaine	<input type="checkbox"/> _8 1 fois par jour <input type="checkbox"/> _9 2 fois par jour ou plus
Combien d'heures dure généralement l'occasion lors de laquelle tu bois plus de 6 unités de boisson alcoolisée? _____ h <sup>3</sup>		

**Q10. Après avoir consommé des substances psychoactives (p.ex. alcool, cannabis, ecstasy, etc.), as-tu déjà vécu l'une ou l'autre de ces situations? (plusieurs réponses possibles)**

*✍ Merci d'indiquer pour chaque problème quelle substance principale en était la cause.*

<p><b>A court terme</b></p> <p><i>Problèmes psychiques</i></p> <input type="checkbox"/> Bad trip ✍ .....	<p><b>A long terme</b></p> <p><i>Problèmes psychiques</i></p> <input type="checkbox"/> Manque de motivation ✍ .....
<input type="checkbox"/> Humeur dépressive ✍ .....	<input type="checkbox"/> Dépression ✍ .....
<input type="checkbox"/> Attaques de panique aiguës ✍ .....	<input type="checkbox"/> Attaques de panique répétées ✍ .....
<p><i>Comportement à risque</i></p> <input type="checkbox"/> Non-respect des règles du safer sex ✍ .....	<input type="checkbox"/> Problèmes chroniques de sommeil ✍ .....
<input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule sous l'influence de drogues ou d'alcool ✍ .....	<p><i>Problèmes sociaux</i></p> <input type="checkbox"/> Problèmes avec la famille / de couple ✍ .....
	<input type="checkbox"/> Problèmes avec les ami-e-s ✍ .....
	<input type="checkbox"/> Problèmes à l'école / au travail ✍ .....

<sup>1</sup> Question supplémentaire possible pour la consultation

<sup>2</sup> Qu'est-ce qu'une unité de boisson alcoolisée? Une unité de boisson alcoolisée correspond à un verre de vin (env. 1 dl), une bière (env. 3.3 dl), un petit verre de spiritueux (env. 0.25 dl), une bouteille d'alcopop, un apéritif ou un cocktail (Bacardi cola, vodka-orange ou autres cocktails).

<sup>3</sup> Question supplémentaire possible pour la consultation

<p><i>Problèmes physiques</i></p> <p><input type="checkbox"/> Perte de connaissance  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Surdosage  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Réaction allergique  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres problèmes de santé (diarrhées, problèmes cardio-vasculaires, etc.)  .....</p> <p>(lesquels ?.....)</p> <p><i>Accidents et actes de violence</i></p> <p><input type="checkbox"/> Accident de la circulation  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres accident (chute, accidents domestiques, travail, sport, etc.)  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes de violence (en tant qu'auteur ou victime)  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport sexuel non désiré  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes avec la police (contrôles, amendes)  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (<i>quoi?</i>.....)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p>	<p><input type="checkbox"/> Procédure pénale / retrait du permis de conduire  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes d'argent, dettes  .....</p> <p><i>Problèmes physiques</i></p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes sexuels  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Maladies infectieuses chroniques (hépatite, VIH)  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres problèmes de santé (maladies cardiaques, problèmes hépatiques / rénaux, etc.)  .....</p> <p>(lesquels?.....)</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance à une substance / addiction  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (<i>quoi?</i>.....)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p>
--	---

**Q11. As-tu déjà eu recours à une aide professionnelle au sujet de ta consommation?**

Non <input type="checkbox"/> 0      Oui <input type="checkbox"/> 1 <u>Si oui</u> , laquelle? (plusieurs réponses possibles)				
<input type="checkbox"/> Urgences	<input type="checkbox"/> Traitement médical	<input type="checkbox"/> Psychiatre ou psychologue	<input type="checkbox"/> Consultation ambulatoire dans les addictions	<input type="checkbox"/> Consultation auprès des services sociaux/en matière de dettes
As-tu demandé cette aide sur une base volontaire?	As-tu demandé cette aide sur une base volontaire?	As-tu demandé cette aide sur une base volontaire?	As-tu demandé cette aide sur une base volontaire?	As-tu demandé cette aide sur une base volontaire?
Non <input type="checkbox"/> 0      Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 0      Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 0      Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 0      Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 0      Oui <input type="checkbox"/> 1

**Q12. Ta consommation de substances psychoactives (alcool et tabac y compris) t'inquiète-elle actuellement?**

Non <input type="checkbox"/> 0      Oui <input type="checkbox"/> 1      Si oui, pourquoi et à cause de quelle(s) substance(s)?
.....
.....