

Questionnaire sur la consommation de substances psychoactives 2026

Date	JJ.MM.AAAA	
Institution	- DIBS, Safer Dance Basel (Bâle)	<input type="checkbox"/>
	- DIZ, Saferparty (Zurich)	<input type="checkbox"/>
	- Tragwerk Drogeninfo (Luzern)	<input type="checkbox"/>
	- CONTACT Nightlife:	
	dib, rave it safe (Berne)	<input type="checkbox"/>
	dib, rave it safe (Bienne)	<input type="checkbox"/>
	- Nuit Blanche (Genève)	<input type="checkbox"/>
	- DANNO	<input type="checkbox"/>
	- eve&rave	<input type="checkbox"/>
Contexte (setting)	Drug checking fixe	<input type="checkbox"/>
	Drug checking mobile	<input type="checkbox"/> ¹
	Forme mixte (p. ex. Langstrasse / Checkpoint)	<input type="checkbox"/>

Informations personnelles

Âge²	_____ ans	
Genre	Homme	<input type="checkbox"/>
	Femme	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>
Canton / pays de domicile	[Cantons de Suisse ou Allemagne, France, Italie, Autriche, Liechtenstein, autre pays de l'UE, autre pays] 	
Dernière formation achevée (1 réponse)	Aucune	<input type="checkbox"/>
	École obligatoire	<input type="checkbox"/>
	Apprentissage	<input type="checkbox"/>
	Maturité (professionnelle) / école de culture générale	<input type="checkbox"/>
	Haute école / haute école spécialisée / université	<input type="checkbox"/>
Dans quelle situation professionnelle/de formation te trouves-tu actuellement ? (1 réponse)	Travail	<input type="checkbox"/>
	En formation	<input type="checkbox"/>
	Formation & travail	<input type="checkbox"/>
	En recherche d'emploi	<input type="checkbox"/>
	Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/>
	Retraité-e	<input type="checkbox"/>
Drug Checking	Non	<input type="checkbox"/>

¹ Questionnaire pour les interventions mobiles

² Si l'âge est inférieur à 18 ans, ajouter le **module pour mineurs**.

	Oui <input type="checkbox"/>
Substance(s) (Si Drug Checking: Oui)	<input type="checkbox"/> Cannabis contenant du THC (herbe, haschisch, huile, etc.) <input type="checkbox"/> Cannabis contenant du CBD (herbe, haschisch, huile, etc.) <input type="checkbox"/> MDMA (ecstasy, cristaux) <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Amphétamine (speed) <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Champignons contenant de la psilocybine / champignons magiques <input type="checkbox"/> Kétamine <input type="checkbox"/> 2C-B <input type="checkbox"/> Gaz hilarant <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> GHB / GBL <input type="checkbox"/> Méthamphétamine (cristal, pilule thaïe) <input type="checkbox"/> Cathinones (Méphédronne (4-MMC) / Méthéphédronne (3-MMC) / Ortoméphédronne (2-MMC) / Clopédronne (3-CMC) / Cléphédronne (4-CMC) / Méthylone (MDMC) / α -PVP, etc.) → Lesquels ? <input type="checkbox"/> 2C-X <input type="checkbox"/> Cannabinoïdes synthétiques <input type="checkbox"/> Autre NPS <input type="checkbox"/> Stimulants sexuels / aphrodisiaques <input type="checkbox"/> Benzodiazépines (Xanax® (alprazolam), Rivotril®/ Tranxilium® (clonazépam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazépam), Temesta® (lorazépam), Lexotanil® (bromazépam), Seresta® (oxazépam), etc.) → Lesquelles ? <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Médicaments opioïdes (Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (codéine), tilidine, etc.) → Lesquels ? <input type="checkbox"/> Autres opioïdes (Fentanyl, dérivés de nitazène, etc.) <input type="checkbox"/> Médicaments pour le traitement du TDAH (Ritalin®, Concerta® (tous deux des méthylphénidates), Elvanse®, etc.) → Lesquelles ? <input type="checkbox"/> Autres médicaments (Lyrica® (pregabaline), Bexin® (dextrométhorphan [DXM]), diphényhydramine (DHM), Cipralax® (escitalopram), etc.) → Lesquelles ? <input type="checkbox"/> Plantes psychotropes (mescaline, morelle noire, sauge des devins, DMT, opium, etc.) → Lesquelles ? <input type="checkbox"/> Anabolisants <input type="checkbox"/> Autre substance

As-tu déjà consommé une partie de la ou des substances que tu déposes aujourd'hui ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Comment prévois-tu de consommer la ou les substances ?	Fumer <input type="checkbox"/> Par voie nasale (sniffer) <input type="checkbox"/> Par voie orale (manger, boire) <input type="checkbox"/> Par voie intraveineuse <input type="checkbox"/> Par voie intramusculaire <input type="checkbox"/> Par inhalation <input type="checkbox"/> Par voie rectale <input type="checkbox"/> Autres Comment ? _____
Est-ce que tu consommes cette (groupe de) substance(s) pour la première fois ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Appliques-tu les recommandations de « safer use » pour consommer la ou les substances remise(s) ?	Non, je ne les connais pas <input type="checkbox"/> Non, je ne fais pas particulièrement attention <input type="checkbox"/> Oui, mais pas toujours <input type="checkbox"/> Oui, très souvent, voire toujours <input type="checkbox"/>
Penses-tu que des produits de coupe sont présents dans la ou les substances remise(s) ?	Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Est-ce que tu penses que la substance remise est différente de celle déclarée (fausse déclaration) ?	Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Acquisition (pour la personne qui remet l'échantillon)	Rue <input type="checkbox"/> Privé (appartement / autres locaux privés) <input type="checkbox"/> Fête / événement <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Darknet <input type="checkbox"/> Clearnet Réseaux sociaux / services de messagerie <input type="checkbox"/> Propre production <input type="checkbox"/> Cueilli dans la nature (p. ex. champignons) <input type="checkbox"/> Trouvé <input type="checkbox"/> Offert <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

As-tu déjà rempli le questionnaire au cours des 12 derniers mois ?

Non ¹

Oui ²

¹ Questionnaire standard

² Questionnaire court

Questionnaire court

As-tu consommé une ou plusieurs des substances ci-dessous ces 30 derniers jours ?	À quelle fréquence ?				
	Jamais	Entre 1 et 2 jours	Entre 3 et 9 jours	Entre 10 et 19 jours	20 jours ou plus
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits contenant du tabac / de la nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenant du THC (herbe, haschisch, huile, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenant du CBD (herbe, haschisch, huile, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDMA (ecstasy, cristaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamine (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons contenant de la psilocybine / champignons magiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaz hilarant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthamphétamine (cristal, pilule thaïe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathinones (Méphédronne (4-MMC) / Méthéphédronne (3-MMC) / Ortoméphédronne (2-MMC) / Clopédronne (3-CMC) / Cléphédronne (4-CMC) / Méthylone (MDMC) / α -PVP, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabinoïdes synthétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres NPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulants sexuels / aphrodisiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazépines Xanax® (alprazolam), Rivotril®/ Tranxilium® (clonazépam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazépam), Temesta® (lorazépam), Lexotanil® (bromazépam), Seresta® (oxazépam), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments opioïdes Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (codéine), tilidine, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres opioïdes Fentanyl, dérivés de nitazène, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments pour le traitement du TDAH Ritalin®, Concerta® (tous deux des méthylphénidates), Elvanse®, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres médicaments Lyrica® (pregabaline), Bexin® (dextrométhorphan [DXM]), diphényhydramine (DHM), Cipralax® (escitalopram), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantes psychotropes (mescaline, morelle noire, sauge des devins, DMT, opium, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As-tu observé des changements dans ta consommation ces 30 derniers jours ?

- J'ai consommé davantage / j'ai pris plus de risques
- Ma consommation a peu / n'a pas changé
- J'ai consommé moins / j'ai pris moins de risques

Quelle était ta motivation pour consommer ?

- Faire la fête / m'amuser
- Profiter, me faire du bien
- Elargissement de la conscience / perception intensifiée (p. ex. musique / couleurs)
- Par curiosité / pour essayer
- Par ennui / habitude
- Stimuler ma créativité
- Expérience spirituelle
- Pour réduire mon stress / le gérer
- Renforcer / atténuer l'effet d'autres substances psychoactives
- Augmenter les performances au travail / à l'école (p. ex. combattre la fatigue)
- Stimuler / enrichir ma vie sexuelle
- Réduire l'appétit / maintenir son poids / perdre du poids
- Mes ami-e-s consomment ces substances
- Automédication
- Réflexion
- Craving (ou envie d'en reconsommer)

Est-ce qu'il t'arrive de consommer une substance alors que tu avais décidé de ne pas en consommer ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

Questionnaire standard

As-tu déjà consommé une des substances ci-dessous ?

	Une fois dans ta vie ?	Pendant les 12 derniers mois ?	À quelle fréquence lors des 30 derniers jours ?					À quel âge pour la 1 ^{re} fois ?
			Jamais	Entre 1 et 2 jours	Entre 3 et 9 jours	Entre 10 et 19 jours	20 jours ou plus	
Alcool	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Produits contenant du tabac / de la nicotine	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Cannabis contenant du THC (herbe, haschisch, huile, etc.)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Cannabis contenant du CBD (herbe, haschisch, huile, etc.)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
MDMA (ecstasy, cristaux)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Cocaïne	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Amphétamine (speed)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
LSD	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Champignons contenant de la psilocybine / champignons magiques	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Kétamine	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
2C-B	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Gaz hilarant	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Poppers	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
GHB / GBL	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Méthamphétamine (cristal, pilule thaïe)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Cathinones (Méphédronne (4-MMC) / Méthéphédronne (3-MMC) / Ortoméphédronne (2-MMC) / Clopédronne (3-CMC) / Cléphédronne (4-CMC) /	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans

Méthylone (MDMC) / α -PVP, etc.)									
2C-X	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Cannabinoïdes synthétiques	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Autres NPS	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Stimulants sexuels / aphrodisiaques	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Benzodiazépines Xanax® (alprazolam), Rivotril® / Tranxilium® (clonazépam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazépam), Temesta® (lorazépam), Lexotanil® (bromazépam), Seresta® (oxazépam), etc.	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Héroïne	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Médicaments opioïdes Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (codéine), tilidine, etc.	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Autres opioïdes Fentanyl, dérivés de nitazène, etc.	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Médicaments pour le traitement du TDAH Ritalin®, Concerta® (tous deux des méthylphénidates), Elvanse®, etc.	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Autres médicaments Lyrica® (pregabaline), Bexin® (dextrométhorphan [DXM]), diphénhydramine (DHM), CipraleX® (escitalopram), etc.	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Plantes psychotropes (mescaline, morelle noire, sauge des devins, DMT, opium, etc.)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Anabolisants	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans
Autre substance	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ans

Consommation mixte

Lors des 12 derniers mois, as-tu consommé plusieurs substances psychoactives simultanément ou à intervalles rapprochés ? (y. c. l'alcool et hormis le tabac)	Non	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'il t'arrive de mélanger l'alcool et :		
- le GHB / la GBL		<input type="checkbox"/>
- l'héroïne		<input type="checkbox"/>
- les benzodiazépines		<input type="checkbox"/>
- les médicaments opioïdes		<input type="checkbox"/>
- autres médicaments (sédatifs)		<input type="checkbox"/>

Consommation sexualisée de substances psychoactives

As-tu déjà consommé des substances avant ou pendant un rapport sexuel ?	Non	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/> Substance(s) [Drop-down-Liste]
Pourquoi ?	Pour enrichir ma vie sexuelle (tenir plus longtemps, intensifier le rapport sexuel, etc.)	<input type="checkbox"/>
	Lors de fêtes « sex-positives », chemsex ou fétichistes	<input type="checkbox"/>
	Car il est sinon difficile pour moi d'avoir des rapports sexuels (rapports difficiles/impossibles sans substances)	<input type="checkbox"/>
	Pour me permettre certaines pratiques sexuelles (sexe anal, sexualité en groupe, etc.)	<input type="checkbox"/>
	Spontané / non planifié / s'est présenté comme ça	<input type="checkbox"/>

Après avoir consommé des substances psychoactives (p. ex. alcool, cannabis ou ecstasy), as-tu déjà vécu l'une de ces situations ? (plusieurs réponses possibles)	
Impacts psychiques	
Bad trip (surmenage psychique)	<input type="checkbox"/>
Baisse de moral / déprime / manque de motivation	<input type="checkbox"/>
Crises d'angoisse ou de panique	<input type="checkbox"/>
Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>
États psychotiques (sentiment d'être menacé-e / délires de persécution / hallucinations / paranoïa)	<input type="checkbox"/>
Impacts physiques	
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>
Surdosage (y compris d'alcool)	<input type="checkbox"/>
Tachycardie	<input type="checkbox"/>
Crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/>
Autres maladies (maladies cardio-vasculaires, troubles hépatiques / rénaux, etc.)	<input type="checkbox"/>

Impacts sociaux	
Soucis avec ma famille / mon ou ma partenaire	<input type="checkbox"/>
Soucis avec mes ami·e·s	<input type="checkbox"/>
Soucis à l'école / au travail	<input type="checkbox"/>
Problèmes avec la police (contrôle de police, amende), procédure judiciaire	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'argent / dettes	<input type="checkbox"/>
Comportement à risques	
Non-respect des règles de « safer sex »	<input type="checkbox"/>
Conduite d'un véhicule sous l'influence de substances psychoactives ou de l'alcool (véhicule dont la conduite nécessite un permis : automobile, moto, cyclomoteur, vélo électrique [plus de 25 km/h], etc.)	<input type="checkbox"/>

Würdest du sagen, dass du von einer der konsumierten Substanzen abhängig bist oder warst?	
Substanzabhängigkeit: in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>
Von welcher/n Substanz/en: _____	
aktuell	<input type="checkbox"/>
Von welcher/n Substanz/en: _____	

Dans quelle mesure es-tu satisfait·e de ta consommation ou de ton comportement de consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	« satisfait·e » « plutôt satisfait·e » « plutôt insatisfait·e » « insatisfait·e »			
As-tu déjà essayé de changer quelque chose à ta consommation ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Concernant quelle(s) substance(s) ? _____	
	Comment ?			
	seul·e		<input type="checkbox"/>	
	aide d'ami·e·s / de ma famille		<input type="checkbox"/>	
	aide professionnelle		<input type="checkbox"/>	
Aimerais-tu changer quelque chose à ta consommation ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Concernant quelle(s) substance(s) ? _____	
	Comment ?			
	seul·e		<input type="checkbox"/>	
	aide d'ami·e·s / de ma famille		<input type="checkbox"/>	
	aide professionnelle		<input type="checkbox"/>	
As-tu déjà eu recours à une consultation ou thérapie professionnelle pour ta consommation ? (plusieurs réponses possibles)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Préciser	
	Urgences		<input type="checkbox"/>	
	Traitement médical ambulatoire		<input type="checkbox"/>	
	Traitement médical stationnaire		<input type="checkbox"/>	
	Psychiatre ou psychologue		<input type="checkbox"/>	
	Consultation sociale et/ou addictologique ambulatoire		<input type="checkbox"/>	

Questionnaire pour les interventions mobiles

<p>Avec combien de personnes partages-tu la substance ?</p>	<p>Nb. de personnes : _____ // avec personne <input type="checkbox"/></p>
<p>Quelle(s) substance(s) as-tu déjà consommée(s) aujourd'hui ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cannabis contenant du THC (herbe, haschisch, huile, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabis contenant du CBD (herbe, haschisch, huile, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> MDMA (ecstasy, cristaux)</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaïne</p> <p><input type="checkbox"/> Amphétamine (speed)</p> <p><input type="checkbox"/> LSD</p> <p><input type="checkbox"/> Champignons contenant de la psilocybine / champignons magiques</p> <p><input type="checkbox"/> Kétamine</p> <p><input type="checkbox"/> 2C-B</p> <p><input type="checkbox"/> Gaz hilarant</p> <p><input type="checkbox"/> Poppers</p> <p><input type="checkbox"/> GHB / GBL</p> <p><input type="checkbox"/> Méthamphétamine (cristal, pilule thaïe)</p> <p><input type="checkbox"/> Cathinones (Méphédrone (4-MMC) / Méthéphédrone (3-MMC) / Ortoméphédrone (2-MMC) / Clopédrone (3-CMC) / Cléphédrone (4-CMC) / Méthylone (MDMC) / α-PVP, etc.)</p> <p>→ Lesquels ?</p> <p><input type="checkbox"/> 2C-X</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabinoïdes synthétiques</p> <p><input type="checkbox"/> Autre NPS</p> <p><input type="checkbox"/> Stimulants sexuels / aphrodisiaques</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazépines (Xanax® (alprazolam), Rivotril®/ Tranxilium® (clonazépam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazépam), Temesta® (lorazépam), Lexotanil® (bromazépam), Seresta® (oxazépam), etc.) → Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Héroïne</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments opioïdes (Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (codéine), tilidine, etc.)</p> <p>→ Lesquels ?</p> <p><input type="checkbox"/> Autres opioïdes (Fentanyl, dérivés de nitazène, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments pour le traitement du TDAH (Ritalin®, Concerta® (tous deux des méthylphénidates), Elvanse®, etc.) → Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Autres médicaments (Lyrica® (pregabaline), Bexin® (dextrométhorphan [DXM]), diphényhydramine (DHM), Cipralex® (escitalopram), etc.) → Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plantes psychotropes (mescaline, morelle noire, sauge des devins, DMT, opium, etc.)</p> <p>→ Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Anabolisants</p> <p><input type="checkbox"/> Substance inconnue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre substance</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</p>

<p>Quelle(s) substance(s) as-tu prévu de consommer encore aujourd'hui ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cannabis contenant du THC (herbe, haschisch, huile, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabis contenant du CBD (herbe, haschisch, huile, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> MDMA (ecstasy, cristaux)</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaïne</p> <p><input type="checkbox"/> Amphétamine (speed)</p> <p><input type="checkbox"/> LSD</p> <p><input type="checkbox"/> Champignons contenant de la psilocybine / champignons magiques</p> <p><input type="checkbox"/> Kétamine</p> <p><input type="checkbox"/> 2C-B</p> <p><input type="checkbox"/> Gaz hilarant</p> <p><input type="checkbox"/> Poppers</p> <p><input type="checkbox"/> GHB / GBL</p> <p><input type="checkbox"/> Méthamphétamine (cristal, pilule thaïe)</p> <p><input type="checkbox"/> Cathinones (Méphédronne (4-MMC) / Méthéphédronne (3-MMC) / Ortoméphédronne (2-MMC) / Clopédronne (3-CMC) / Cléphédronne (4-CMC) / Méthylone (MDMC) / α-PVP, etc.)</p> <p>→ Lesquels ?</p> <p><input type="checkbox"/> 2C-X</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabinoïdes synthétiques</p> <p><input type="checkbox"/> Autre NPS</p> <p><input type="checkbox"/> Stimulants sexuels / aphrodisiaques</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazépines (Xanax® (alprazolam), Rivotril® / Tranxilium® (clonazépam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazépam), Temesta® (lorazépam), Lexotanil® (bromazépam), Seresta® (oxazépam), etc.) → Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Héroïne</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments opioïdes (Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (codéine), tilidine, etc.)</p> <p>→ Lesquels ?</p> <p><input type="checkbox"/> Autres opioïdes (Fentanyl, dérivés de nitazène, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments pour le traitement du TDAH (Ritalin®, Concerta® (tous deux des méthylphénidates), Elvanse®, etc.) → Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Autres médicaments (Lyrica® (pregabaline), Bexin® (dextrométhorphan [DXM]), diphényhydramine (DHM), Cipralax® (escitalopram), etc.) → Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plantes psychotropes (mescaline, morelle noire, sauge des devins, DMT, opium, etc.)</p> <p>→ Lesquelles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Anabolisants</p> <p><input type="checkbox"/> Substance inconnue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre substance</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</p>
---	--

Quelle est ta motivation pour consommer ? (plusieurs réponses possibles)

- Faire la fête / m’amuser
- Profiter, me faire du bien
- Elargissement de la conscience / perception intensifiée (p. ex. musique / couleurs)
- Par curiosité / pour essayer
- Par ennui / habitude
- Stimuler ma créativité
- Expérience spirituelle
- Pour réduire mon stress / le gérer
- Renforcer / atténuer l’effet d’autres substances psychoactives
- Augmenter les performances au travail / à l’école (p. ex. combattre la fatigue)
- Stimuler / enrichir ma vie sexuelle
- Réduire l’appétit / maintenir son poids / perdre du poids
- Mes ami-e-s consomment ces substances
- Automédication
- Réflexion
- Craving (ou envie d'en reconsommer)

As-tu consommé une ou plusieurs des substances ci-dessous ces 30 derniers jours ?	À quelle fréquence ?				
	Jamais	Entre 1 et 2 jours	Entre 3 et 9 jours	Entre 10 et 19 jours	20 jours ou plus
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits contenant du tabac / de la nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenant du THC (herbe, haschisch, huile, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis contenant du CBD (herbe, haschisch, huile, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDMA (ecstasy, cristaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamine (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons contenant de la psilocybine / champignons magiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaz hilarant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB / GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthamphétamine (cristal, pilule thaïe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathinones (Méphédronne (4-MMC) / Méthéphédronne (3-MMC) / Ortoméphédronne (2-MMC) / Clopédronne (3-CMC) / Cléphédronne (4-CMC) / Méthylone (MDMC) / α-PVP, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2C-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabinoïdes synthétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres NPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulants sexuels / aphrodisiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazépines Xanax® (alprazolam), Rivotril®/ Tranxilium® (clonazépam), Dormicum® (midazolam), Valium® (diazépam), Temesta® (lorazépam), Lexotanil® (bromazépam), Seresta® (oxazépam), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments opioïdes Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (codéine), tilidine, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments pour le traitement du TDAH Ritalin®, Concerta® (tous deux des méthylphénidates), Elvanse®, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres médicaments Lyrica® (pregabaline), Bexin® (dextrométhorphane [DXM]), diphénhydramine (DHM), Cipralex® (escitalopram), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantes psychotropes (mescaline, morelle noire, sauge des devins, DMT, opium, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appliques-tu les recommandations de « safer use » pour consommer la ou les substances remise(s) ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'il t'arrive de consommer une substance alors que tu avais décidé de ne pas en consommer ?	Jamais	<input type="checkbox"/>
	Parfois	<input type="checkbox"/>
	Souvent	<input type="checkbox"/>
Es-tu actuellement satisfait de ta consommation ?	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>

Module supplémentaire pour les mineur·e·s

<p>Comment t'informes-tu sur les substances ? (plusieurs réponses possibles)</p>	<p>Internet (web, réseaux sociaux, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>Documents papier (brochures, ouvrages spécialisés, magazines, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>Discussions avec mes ami·e·s / d'autres consommateur·rice·s <input type="checkbox"/></p> <p>Je ne m'informe pas <input type="checkbox"/></p> <p>Autres : _____</p>
<p>Avec qui peux-tu parler de ta consommation / de substances ? (plusieurs réponses possibles)</p>	<p>Avec mes ami·e·s / des connaissances <input type="checkbox"/></p> <p>Avec des membres de ma famille (parents, frère, sœur, oncle, tante, grands-parents, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>Autres <input type="checkbox"/></p> <p>Avec qui : _____</p> <p>Avec personne <input type="checkbox"/></p>
<p>À quelle fréquence consommes-tu seul·e ?</p>	<p>Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>Parfois <input type="checkbox"/></p> <p>La plupart du temps <input type="checkbox"/></p> <p>Toujours <input type="checkbox"/></p>
<p>Est-ce que tu t'imposes des limites ou des règles de consommation ?</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Comment / lesquelles ?</p> <p>Ne pas consommer seul·e <input type="checkbox"/></p> <p>Ne pas consommer dans certains cadres (p. ex. à l'école et au travail) <input type="checkbox"/></p> <p>Comportement d'achat (quantité, fréquence) <input type="checkbox"/></p> <p>Ne pas consommer quand je me sens mal psychologiquement ou physiquement <input type="checkbox"/></p> <p>Limitations dans la fréquence / quantité <input type="checkbox"/></p> <p>Autres : _____</p>