



Enquête SAGE

Cette enquête sur votre mode de vie et sur vos consommations, sera réalisée dans toute votre académie dans le but d'étudier l'interaction entre facteurs environnementaux et facteurs génétiques.

Ce questionnaire est **ANONYME**, n'y inscrivez pas votre nom ; les personnes de votre entourage n'auront jamais connaissance de vos réponses.

Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre mais si vous acceptez de le faire, nous vous demandons de répondre sincèrement à toutes les questions. Cependant, si une question vous gêne où qu'elle ne vous concerne pas, nous vous demandons de ne pas répondre.

COMMENT RÉPONDRE ?

Pour la plupart des questions, plusieurs réponses vous sont proposées. Vous devez **mettre une croix** ☒ dans la case correspondant à la réponse de votre choix. Si vous ne trouvez pas de réponse qui corresponde à votre situation personnelle, choisissez celle qui s'en approche le plus.

Pour d'autres questions (nombre de frères et sœurs, heures de sommeil, poids, ...), aucune réponse n'est proposée. Vous devez alors noter votre réponse directement dans la (les) case(s) de droite. Pour ces questions, vous devez arrondir et ne pas mettre de chiffre décimal (avec virgule).

Pour **certaines** affirmations vous devrez répondre vous-même par Vrai ou Faux, **en entourant une seule** des deux réponses. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus. Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse. Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

VRAI FAUX

Exemple : pour répondre Vrai

<i>ETIQUETTE</i>	Etablissement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Prélèvement <input type="text"/>
	Niveau de la classe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Actuellement vos parents sont :

Travaille

13. Votre mère**14. Votre père**

Est au chômage

Est en invalidité ou longue maladie (pour au moins 6 mois)

Est à la retraite ou pré-retraite

Reste à la maison

Est décédé(e)

Je ne sais pas

Niveau d'études le plus élevé de vos parents

N'est jamais allé à l'école

15. Votre mère**16. Votre père**

Ecole primaire

Etudes secondaires (jusqu'au Brevet)

Etudes secondaires (après le Brevet, jusqu'au Bac)

Etudes supérieures (après le Bac)

Diplômes professionnels (CAP, BEP)

Autres

Je ne sais pas

Votre scolarité

17 - **Au cours de votre scolarité, vous avez redoublé** : indiquez le nombre de fois dans la case.
Si vous n'avez jamais redoublé, notez 0.

18 - **Au cours des 12 derniers mois ou de ma dernière année scolaire, il vous est arrivé** :
 (Cocher une case par ligne)

	Non	Une fois	De temps en temps	Souvent
a) De "sécher" des cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) D'arriver en retard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) D'être absent une journée ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Votre santé

19. **Vous- vous considérez comme bien portant** Non ₁ Oui ₂
- 20 - **Vous mesurez :** |__| mètre |__|__| cm
- 21 - **Vous pesez :** |__|__|__| kg
- 22 - **Vous- vous considérez comme :** Très maigre ₁
 Plutôt maigre ₂
 Bien ₃
 Plutôt gros ₄
 Très gros ₅
- 23 - **Depuis un an (en dehors des périodes de jeun) :** (cocher une case par ligne)
- | | Jamais | Rarement | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Vous sautez des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Vous grignotez entre les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Vous prenez vos repas à heure régulière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Vous faites un régime alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Vous ne mangez rien pendant 1 jour ou plus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Vous-vous faites vomir parce que vous-vous sentez mal d'avoir trop mangé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
- 24 - **Il vous arrive de craindre de perdre le contrôle et de manger de trop grandes quantités de nourriture :** Non ₁ Oui ₂
- 25 - **Vous avez récemment perdu plus de 6 kg en trois mois :** Non ₁ Oui ₂
- 26 - **Vous-vous trouvé gros alors que d'autres vous trouvent trop maigre:**
 Non ₁ Oui ₂
- 27 - **Vous diriez que votre vie est dominée par la nourriture:** Non ₁ Oui ₂
- 28- **Vous êtes plutôt** Sucré ₁ Salé ₂
- 29- **Combien de centilitres** (une canette=33cl) **de boissons sucrées** (en dehors des boissons *light-* sans sucre) **buvez-vous en moyenne par jour** (coca, oasis, sprite,...) |__|__|__| cl
- 30 **Combien de friandises mangez-vous en moyenne par jour** (Mars, M&M, KitKat, Twix...) *Si 9 ou plus, notez 9* |__|
- 31- **Combien de cuillères à soupe et de morceaux de sucre rajoutez-vous dans votre alimentation en tout et en moyenne par jour** |__|__|

- 32 - **Durant votre vie, vous avez fait une tentative de suicide :** Non ₁
 Oui ₂
- 33 – ***Si oui, combien*** ||
- 34 – ***Si oui***, avez vous eu besoin d'un traitement médical Non ₁ Oui ₂
- 35 – ***Si oui***, êtes vous passé par les urgences Non ₁ Oui ₂
- 36 – ***Si oui***, avez vous été hospitalisé Non ₁ Oui ₂
- 37 – ***Si oui***, avez vous été en réanimation Non ₁ Oui ₂
- 38 – ***Si oui***, quel âge aviez vous au moment de la première tentative || ans

- 39 - **Au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé de fuguer :** Non ₁
 Oui, une fois ₂
 Oui, plusieurs fois ₃

- 40 - **Au cours des 12 derniers mois, vous avez consulté un(e) :**

- Indiquez le nombre de consultations dans les cases de droite. Si aucune, notez 0. Si 9 et plus, notez 9.
- | | |
|--|----------------------|
| a) Médecin généraliste | <input type="text"/> |
| b) Dermatologue (spécialiste de la peau) | <input type="text"/> |
| c) Ophtalmologiste (spécialiste des yeux) | <input type="text"/> |
| d) Dentiste | <input type="text"/> |
| e) ORL (spécialiste des oreilles, du nez et de la gorge) | <input type="text"/> |
| f) Psy | <input type="text"/> |
| g) Infirmier | <input type="text"/> |
| h) Assistant social | <input type="text"/> |
| i) Kinésithérapeute | <input type="text"/> |
| j) Ostéopathe, acuponcteur | <input type="text"/> |
| k) Guérisseur | <input type="text"/> |
| l) Aux urgences | <input type="text"/> |

- 41 - **Au cours de votre vie, vous avez été victime d'une agression sexuelle :**

- | | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Non | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Oui, une fois | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Oui, plusieurs fois | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Oui, régulièrement | <input type="checkbox"/> ₄ |

- 42 - ***Si Oui, Vous avez subi :***

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| a) Une tentative de viol | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ |
| b) Un viol | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ |
| c) Une autre agression sexuelle | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ |

- 43 - ***Quel âge aviez-vous lors de votre première agression sexuelle:*** || ans

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| 44 - Connaissez-vous votre agresseur | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ |
| 45 - Une plainte a-t-elle été déposée | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ |
| 46 - En avez-vous parlé | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ |
| 47 - Si oui, à qui ? | <input type="text"/> | |

48. Lorsque vous étiez à l'école primaire

	Pas du tout	Très peu	Moyen	Souvent	Très souvent
a). Vous aviez des problèmes de concentration, facilement distrait	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b). Vous étiez anxieux, inquiet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c). Vous étiez nerveux, ne tenais pas en place	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d). Vous étiez inattentif, rêveur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e). Vous aviez un tempérament impulsif, coléreux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f). Vous étiez colérique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g). Vous ne finissiez pas ce que vous commenciez	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h). Vous étiez entêté	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i). Vous étiez triste, déprimé, malheureux	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j). Vous étiez désobéissant avec mes parents, en rébellion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k). Vous aviez une mauvaise opinion de vous-même	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
l). Vous étiez irritable	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
m). Vous changiez souvent d'humeur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
n). Vous étiez en colère	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
o). Vous étiez impulsif	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
p). Vous aviez tendance à être immature	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
q). Vous aviez des sentiments de culpabilité, des regrets	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
r). Vous perdiez le contrôle de vous-même	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
s). Vous aviez tendance à être ou à agir de manière irrationnelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
t). Vous n'aviez pas d'amis, vous n'étiez pas populaire auprès des autres enfants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
u). Vous étiez troublé par le point de vue de quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
v). Vous aviez des problèmes avec l'autorité, l'école et souvent convoqué chez le directeur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
w). Vous étiez un élève en difficulté, vous appreniez lentement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
x). Vous aviez des problèmes avec les mathématiques et les nombres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
y). Vous étiez au-dessous de vos capacités	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Voici des phrases recueillies auprès d'adolescents, lisez chacune d'entre elles, et cochez « vrai » si elle correspond à ce que vous vivez, ou « faux » si elle ne correspond pas.

- | | | |
|---|------|------|
| 49. Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail | Vrai | Faux |
| 50. J'ai du mal à réfléchir | Vrai | Faux |
| 51. Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment | Vrai | Faux |
| 52. Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse | Vrai | Faux |
| 53. Ce que je fais ne sert à rien | Vrai | Faux |
| 54. Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir | Vrai | Faux |
| 55. Je ne supporte pas grand-chose | Vrai | Faux |
| 56. Je me sens découragé | Vrai | Faux |
| 57. Je dors très mal | Vrai | Faux |
| 58. A l'école, au boulot, j'y arrive pas | Vrai | Faux |

59. Avant l'âge de 15 ans...

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) Manquiez vous souvent l'école | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| b) Vous êtes vous échappé plus d'une fois de la maison toute une nuit ou vous êtes vous enfui sans revenir ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| c) Avez vous souvent initié des bagarres physiques ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| d) Avez vous plus d'une fois utilisé une arme comme une matraque, une arme à feu, ou un couteau lors d'une bagarre ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| e) Avez vous plus d'une fois imité la signature de quelqu'un sur un chèque ou une carte de crédit ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| f) Avez vous souvent été méchant envers les animaux domestiques ou avez vous déjà intentionnellement blessé un animal ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| g) Avez vous intentionnellement blessé quelqu'un physiquement (autrement que durant une bagarre) ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| h) Avez vous déjà allumé des feux alors que vous ne deviez pas le faire ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| i). Avez vous déjà détruit le bien de quelqu'un intentionnellement, autrement qu'en mettant le feu ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| j). Mentiez vous souvent ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| k). Avez vous déjà forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| l). Avez vous déjà pris de l'argent ou le bien d'autrui par la menace ou en ayant recours à la force, comme un vol à l'arraché ou voler quelqu'un ? | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |

60. Actuellement, vous ressentez :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a). Difficulté à vous lever le matin | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| b). Difficulté à démarrer la journée | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| c). Difficulté à organiser ce que vous avez à faire dans la journée,
donc à décider par quoi vous commencez | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| d). Difficulté à organiser une tâche particulière | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| e). Difficulté à commencer cette tâche | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| f). Tendance à rêvasser dans la journée | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| g). Tendance à être distrait pendant une conversation | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| h). Tendance à être distrait lorsque vous lisez un texte | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| i). Tendance à perdre le fil de ce que vous lisez | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| j). Tendance à devoir relire souvent ce que vous venez de lire | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| k). Tendance à être somnolent dans la journée | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| l). Tendance à traiter lentement les informations nécessaires au travail | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| m). Donner un rendement irrégulier au travail | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| n). Donner une qualité inconstante de travail | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| o). Perdre rapidement l'énergie pour son travail | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| p). Avoir une humeur irrégulière : tantôt gaie, tantôt triste | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| q). Etre facilement irritable | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| r). Avoir une humeur dépressive | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| s). Etre très sensible à la critique des autres | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| t). Avoir une faible tolérance aux frustrations | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| u). Avoir un tempérament explosif | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| v). Etre porté à vous décourager continuellement | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| w). Etre extrêmement gêné | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| x). Etre facilement inquiet, anxieux | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| y). Etre entêté, cherche à avoir raison constamment | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| z). Avoir de la difficulté à apprendre par cœur | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| aa). Avoir des difficultés à se rappeler des informations | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| bb). Oublier fréquemment dans la vie quotidienne | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| cc). Perdre des objets personnels : clés, factures, lunettes... | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| dd). Oublier des informations nécessaires au travail | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |

80- Fumez(fumiez)-vous de manière plus rapprochée le matin ? Non ₁ Oui ₂

81- Moment de la première cigarette ? Dans la demi-heure qui suit le lever ₁
Après ₂

82- Cigarette la plus indispensable ? Première ₁
Autre ₂

83- Fume, même si une maladie oblige à rester au lit ? Non ₁ Oui ₂

84- Trouve difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinéma, avions, trains) ? Non ₁ Oui ₂

85 - Vous avez consommé de l'alcool (vin, bière, cidre, champagne, alcool fort, cocktail ...)

	0 fois	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou +
a) Au cours de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

86 - Si vous avez bu, indiquez l'âge de votre première consommation : | ans

87- A quelle fréquence vous arrive - t'il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

0 fois ₁ <1f/mois ₂ 1fois/mois ₃ 1fois /semaine ₄ chaque jour ₅

88 - Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres standard d'alcool buvez-vous ?



1-2 verres ₁ 7-9 verres ₄
3-4 verres ₂ >=10 verres ₅
5-6 verres ₃

89 - Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Non ₁
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée ₂
Oui, au cours de l'année ₃

90 - Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- Non ₁
 Oui, mais pas au cours de l'année écoulée ₂
 Oui, au cours de l'année ₃

<u>Au cours de l'année écoulée</u>	0 fois	<1f /mois	1fois /mois	1fois /semaine	chaque jour
91 - Combien de fois au cours d'une même occasion, vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
92 - Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
93 - Combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
94 - Combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
95- Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
96 - Combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

97 - Combien de fois avez vous été ivre en buvant de l'alcool ?

	0 fois	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou +
a) Au cours de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

Le tableau suivant évalue le nombre de verres d'alcool (doses standard d'alcool) à partir duquel vous allez ressentir les effets de l'alcool. Répondez uniquement à propos de votre propre expérience avec l'alcool. Si vous n'avez jamais bu ne remplissez pas ce tableau. Ces effets ressentis sont évalués pour trois périodes.

<i>Les 5 premières fois ou vous avez bu</i>	<i>Si vous buviez au moins une fois par</i>	<i>Si vous buviez 5 verres ou plus par semaine</i>
---	---	--

		<i>mois</i>	
98. Au bout de <u>combien de verres</u> (de 0 à 99) commencez vous à vous sentir différent	_ _ _	_ _ _	_ _ _
99. Au bout de <u>combien de verres</u> (de 0 à 99) vous vous sentiez étourdi et aviez du mal à articuler	_ _ _	_ _ _	_ _ _
100 .Au bout de <u>combien de verres</u> (de 0 à 99) vous commencez à avoir du mal à marcher de manière coordonnée	_ _ _	_ _ _	_ _ _

101 – A votre avis, les nombres que vous avez donnés, sont :

- Très fiables (*surs*) ₁
fiables ₂
assez fiables ₃
peu fiables ₄

102 - **Vous avez pris du cannabis (shit, joint, haschich, marijuana ...)** : (cocher une case par ligne)

	0 fois	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou +
a) Au cours de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

103 - **Si vous avez pris du cannabis, indiquez l'âge de votre première fois :** |_|_|_| ans

104 - Avez vous pris du haschich au moins 21 fois dans la même année ? Non ₁ Oui ₂

105 - Nombre total de joints de haschich consommés par mois au maximum |_|_|_|_|

106 - Lors de votre(vos) **toute(s) première(s) expérience(s) avec le haschich**, vous vous êtes senti:

- a) Vraiment défoncé Non ₁ Oui ₂
b) Gai Non ₁ Oui ₂
c) Détendu, relaxe Non ₁ Oui ₂
d) Malade, avec des vertiges Non ₁ Oui ₂
e) Effrayé Non ₁ Oui ₂

- f) Vous avez perdu connaissance Non ₁ Oui ₂
- g) Vous avez fait des choses stupides Non ₁ Oui ₂
- h) Vous avez beaucoup ri Non ₁ Oui ₂

107. Avez vous déjà eu une période d'au moins un mois où vous avez passé une grande partie de votre temps à prendre du haschich, à en obtenir, ou à vous débarrasser de ses effets?

Non ₁ Oui ₂

108. Pendant que vous preniez du haschich, avez vous déjà eu des problèmes psychologiques, tels que se sentir déprimé, persécuté, avoir du mal à réfléchir clairement, voir ou sentir des choses, ou se sentir nerveux ? Non ₁ Oui ₂
Non ₁ Oui ₂

a) Vous êtes-vous senti déprimé ou désintéressé des choses pendant plus de 24 heures, à un tel point que cela interfère avec votre fonctionnement ?

b) Vous êtes-vous senti persécuté ou méfiant par rapport aux gens pendant plus de 24 heures, à un tel point que cela interfère sur vos relations sociales ? Non ₁ Oui ₂

c) Avez-vous eu du mal à vous concentrer ou à réfléchir clairement pendant plus de 24 heures, à un tel point que cela interfère sur votre fonctionnement ? Non ₁ Oui ₂

d) Entendu, vu, senti des choses qui ne sont pas réellement là ? Non ₁ Oui ₂
Non ₁ Oui ₂

e) Vous êtes vous senti tendu, ou nerveux ou sursauter facilement à un tel point que cela interfère sur votre fonctionnement ?

109. Avez vous continué à prendre du haschich en sachant que cela entraînait ces problèmes ? Non ₁ Oui ₂

110. Avez vous souvent voulu ou essayé d'arrêter le haschich ? sur plus de deux jours d'affilé . Non ₁ Oui ₂

111. Avez vous déjà essayé d'arrêter le haschich sans y parvenir ? Non ₁ Oui ₂

112. Avez vous déjà pris du haschich plus fréquemment ou en de plus grosses quantités que vous ne le désiriez ? Non ₁ Oui ₂

113. Avez vous déjà eu besoin de plus forte dose de haschich pour obtenir un effet, ou avez vous déjà eu l'impression que vous n'arriviez pas à vous "défoncer" avec la dose habituelle ? Non ₁ Oui ₂

114. Avez vous souvent abandonné ou réduit de manière importante les activités avec vos amis ou votre famille ou au travail alors que vous consommiez du haschich ? Non ₁ Oui ₂

115. Avez vous déjà été défoncé avec du haschich, ou souffert de ses effets après la consommation, à l'école. Non ₁ Oui ₂

116. Est-ce que quelqu'un a déjà critiqué votre consommation ? Non ₁ Oui ₂

a). (Si oui) Avez vous continué de prendre du haschich après avoir réalisé que cela vous nuisait ? Non ₁ Oui ₂

117. Est ce que l'arrêt ou la baisse vous a déjà fait vous sentir mal physiquement Non ₁ Oui ₂

b). (Si oui) Avez vous déjà pris du haschich pour faire partir un de ces symptômes de sevrage, ou pour vous empêcher de les avoir ? Non ₁ Oui ₂

118. Avez-vous souvent été sous l'effet du haschich dans des circonstances où cela augmentait vos chances d'être blessé (conduisant, en traversant la rue, en nageant...) Non ₁ Oui ₂

119. Actuellement, quels sont les effets majeurs que vous donnent le haschich et parmi eux les 3 effets les plus marquants. :

Cochez les 3 effets les plus marquants

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| a) Etre vraiment défoncé | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b) Etre gai | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c) Etre détendu, relaxe | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d) Etre malade, avec des vertiges | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| e) Etre effrayé | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| f) Perdre connaissance | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| g) Faire des choses stupides | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| h) Rire beaucoup | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Avez vous déjà utilisé une de ces drogues pour vous sentir bien ou vous "défoncer", pour vous sentir plus actif ou alerte ? Si oui, à quel âge pour la première fois et combien de fois en tout?

A quel âge la première fois Combien de fois

- | | | | | |
|--|---|---|----------------------|----------------------|
| 120. Cocaïne | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 121. Amphétamines | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 122. Tranquillisants ou Somnifères (hors prescription) | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 123. Opiacés-héroïne | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 124. Pcp | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 125. Lsd ou acides | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 126. Champignons hallucinogènes | Non <input type="checkbox"/> ₁ | Oui <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

127. Solvants	Non <input type="checkbox"/> ₁	Oui <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
128. Ecstasy	Non <input type="checkbox"/> ₁	Oui <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
129. Ghb	Non <input type="checkbox"/> ₁	Oui <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
130. Produit à sniffer-inhaler (colle, aérosol)	Non <input type="checkbox"/> ₁	Oui <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
131. Vous êtes vous déjà injecté des drogues ?	Non <input type="checkbox"/> ₁	Oui <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Consommations de toxiques chez vos parents (à votre connaissance).

	132. Votre père	133. Votre mère
a) Diriez-vous qu'il (elle) a eu des problèmes avec sa consommation d'alcool.	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
b) Est-ce que des membres de votre famille (père, grands-parents...) se sont déjà plaint à propos de sa consommation d'alcool	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
c) Est-ce qu'il (elle) s'est déjà senti(e) coupable à propos de sa consommation d'alcool	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
d) Est-ce que les amis et la famille pensent qu'il (elle) consomme de l'alcool normalement	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
e) Est-ce qu'il (elle) était capable de s'arrêter quand il (elle) le voulait	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
f) Est-ce qu'il (elle) a déjà été aux réunions des alcooliques anonymes	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
g) Est-ce que sa consommation d'alcool a déjà posé des problèmes entre lui (elle) et votre mère (père)	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
h) Est-ce que votre père (mère) a déjà eu des problèmes au travail à cause de sa consommation d'alcool	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
i) Est-ce que votre père (mère) a déjà négligé ses obligations, sa famille, son travail sur plus de deux jours d'affilés parce qu'il (elle) buvait	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
j) Est-ce que votre père (mère) a déjà demandé de l'aide pour son problème d'alcool	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
k) Est-ce que votre père (mère) a déjà été à l'hôpital à cause de l'alcool	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
l) Est-ce que votre père (mère) a déjà été arrêté(e) pour conduite en état d'ivresse?	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
m) Est-ce que votre père (mère) a déjà été arrêté(e), même pour quelques heures, à cause de troubles du comportement en relation avec l'alcool?	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂

n) Fume-t-il (elle) du tabac actuellement tous les jours	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
o) A-t- il (elle) fumé régulièrement du tabac au moins une fois dans sa vie (pendant au moins un an)	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
p) A-t- il (elle) déjà fumé du haschich au moins une fois dans sa vie	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
q) A-t- il (elle) fumé régulièrement du haschich au moins une fois dans sa vie (pendant au moins un an)	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂
r) Fume-t- il (elle) du haschich actuellement tous les jours?	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂	Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂

	134. Votre père	135. Votre mère
a). Combien fument ils de cigarettes par jour au maximum <i>Aucune</i> <i>1-10 cig</i> <i>11-20 cig</i> <i>21-30 cig</i> <i>>= 30 cig</i>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅
b). Combien d'années ont-ils fumé tous les jours <i>Pas ou moins d'un an</i> <i>1-2 ans</i> <i>3-5 ans</i> <i>6-10 ans</i> <i>>= 11 ans</i>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅
c). Combien d'années ont-ils fumé tous les jours du haschich <i>Pas ou moins d'un an</i> <i>1 ans</i> <i>2-5 ans</i> <i>6-10 ans</i> <i>>= 11 ans</i>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

VEUILLEZ REMETTRE DANS L'ENVELOPPE KRAFT AVANT DE LA FERMER

**LE QUESTIONNAIRE REMPLI,
L'ENVELOPPE JAUNE CONTENANT LA FICHE DE SUIVI
AVEC VOS COORDONNEES**

Vos commentaires
