




Enquête sur la santé, les consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues et les modes de vie



Bonjour, cette enquête est proposée à 40 000 appelés à la Journée défense citoyenneté (JDC), dans l'ensemble des centres du territoire français, et porte sur votre santé et vos modes de vies.

Sa réussite dépend de vous. Le questionnaire est **confidentiel** et **anonyme**, vous pouvez donc y répondre en toute confiance, mais vous devez le faire de manière sincère pour ne pas fausser les résultats. Il n'est pas fait pour contrôler vos connaissances ou vous juger. Il vise à mieux comprendre les habitudes des jeunes en général et à recueillir des informations indispensables pour améliorer la prévention en matière de santé et mieux répondre à vos attentes.

Consignes de remplissage

Pour répondre aux questions, il vous suffit de faire une croix comme ceci : .

Si vous vous êtes trompé(e), noircissez complètement la case erronée et cochez la bonne .

Lorsque les cases sont rondes , vous pouvez cocher plusieurs réponses.

Lorsque vous voyez ce signe : | _____ |, écrivez votre réponse.

Si vous avez des difficultés pour répondre à une question, vous pouvez également demander de l'aide à la personne qui vous a présenté ce questionnaire. Vous pouvez par ailleurs l'indiquer à la fin du questionnaire pour que nous puissions prendre en compte votre remarque

Merci.

[Ces premières questions concernent votre situation personnelle]

01. Quelle est votre année de naissance ? |__|__|__|__|

02. Quel est votre mois de naissance ? |__|__| (01 pour janvier, 02 pour février, ..., 12 pour décembre)

03. Vous êtes... Un homme Une femme

04. Quelle est votre situation scolaire actuelle ?

Vous suivez des études

Vous avez arrêté vos études

04A. Si vous suivez des études, vous êtes...

- Lycéen(ne) ou collégien(ne)
- En apprentissage
- Étudiant(e) de l'enseignement supérieur (Université, IUT, BTS, prépa...)

04B. Si vous avez arrêté vos études, vous êtes actuellement...

- Sans activité
- En recherche d'emploi
- En insertion (contrat aidé, école de la 2^{ème} chance, centre EPIDE...)
- Vous travaillez (hors apprentissage)

05. Avez-vous déjà redoublé ?

Non Oui → Quelle(s) classe(s) avez-vous redoublée(s) ? |_____|

06A. Diriez-vous que vous avez des difficultés pour lire en français ?

Non Oui, parfois Oui, souvent

06B. Diriez-vous que vous avez des difficultés pour écrire en français ?

Non Oui, parfois Oui, souvent

07. Dans quel département vivez-vous ? (par exemple : 75 pour Paris, 974 pour la Réunion) |__|__|__|

Les deux questions suivantes nous permettent d'étudier la santé des jeunes selon des grands ensembles de territoire de nature très différente, comme par exemple les grandes villes françaises ou les espaces ruraux.

07A. Précisez votre code postal, si vous le connaissez : |__|__|__|__|__| (par exemple : 18000 si vous habitez Bourges)

07B. Précisez le nom de votre commune (ville ou village) de résidence : |_____|
(celle correspondant à votre code postal ; par exemple : Bourges)

08. Où vivez-vous le plus souvent ? (une seule réponse possible)

- Chez vos parents ou chez l'un de vos parents
- En internat
- Dans un foyer ou une famille d'accueil
- Dans votre propre logement (avec des amis, seul(e) ou avec votre conjoint)
- Autres situations (sans logement, en caravane...): → Précisez |_____|

08A. Parmi les personnes suivantes, lesquelles vivent dans le logement où vous vivez le plus souvent ?
(plusieurs réponses possibles)

- Votre père Votre beau-père
- Votre mère Votre belle-mère
- Des frères, des sœurs Autres membres de votre famille
- Des demi-frères, des demi-sœurs Votre petit(e) ami(e), votre conjoint
- Un ou des grands-parents Autres (ami, colocataire,...)

08B. Parlez-vous couramment une autre langue que le français avec votre famille/vos parents ?

Non Oui → Laquelle ? _____

08C. A propos de vos parents...

- Ils vivent ensemble Ils sont décédés ou l'un d'eux est décédé
 Ils sont séparés ou divorcés Autre situation → Précisez : _____
 Vous ne les avez jamais connus

09. Quelle est la situation actuelle de vos parents ? (si vous avez été élevé(e) principalement par des parents adoptifs, des beaux-parents ou autres, répondez pour ceux avec qui vous avez le plus vécu)

Une seule croix par colonne	Père ?	Mère ?
Travaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chômeur, recherche un emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au foyer ou sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En invalidité ou en longue maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non concerné(e) (décédé(e), inconnu(e), perdu(e) de vue...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quelle est la profession actuelle de vos parents (la dernière s'ils ne travaillent pas ou s'ils sont décédés) ? (si vous avez été élevé(e) principalement par des parents adoptifs, des beaux-parents ou autres, répondez pour ceux avec qui vous avez le plus vécu)

(Une seule croix par colonne)	Père ?	Mère ?
Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant, chef d'entreprise de moins de 10 salariés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre, professeur (collège, lycée, fac), chercheur, ingénieur, profession libérale (médecin, avocat...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire, technicien (instituteur, professeur des écoles, infirmier...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé (secrétaire, standardiste, aide comptable, vendeur, serveur de bar ou restaurant, caissier...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier (en usine ou chez un artisan : ouvrier agricole, plombier, électricien, boucher, coiffeur, routier...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non concerné(e) (décédé(e), inconnu(e), perdu(e) de vue...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez leur métier (exemple, infirmier, boulanger, médecin, plombier, instituteur...) :

Père : _____ Mère : _____

11A. Est-ce que votre famille possède une voiture ?

- Non Oui, une voiture Oui, deux voitures ou plus

11B. Dans le logement où vous vivez le plus souvent, avez-vous une chambre pour vous tout(e) seul(e) ? (si vous vivez dans plusieurs endroits, dans le logement ou vous vivez le plus souvent)

- Non Oui

11C. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de fois êtes-vous parti(e) en voyage en famille pour les vacances ?

- Jamais Une fois Deux fois Plus de deux fois

11D. Combien d'ordinateurs ou tablettes votre famille possède-t-elle ?

- Aucun Un Deux Plus de deux

[Ces questions concernent votre santé]

12. Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre état de santé est :

- 1 Pas du tout satisfaisant 2 Peu satisfaisant 3 Plutôt satisfaisant 4 Très satisfaisant

13A. Quelle est votre taille ?

 | | m | | | cm

13B. Quel est votre poids ?

 | | | kg

14. Au cours des 12 DERNIERS MOIS...

(Une seule croix par ligne)

	Non	Oui
Êtes-vous allé(e) chez le médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous allé(e) chez le dentiste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un problème de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un problème dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

15. 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.

(Une seule croix par ligne)

	Vrai	Faux
« Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« J'ai du mal à réfléchir »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Ce que je fais ne sert à rien »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Je ne supporte pas grand-chose »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Je me sens découragé(e) »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Je dors très mal »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« À l'école, au boulot, j'y arrive pas »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

16A. Au cours de votre VIE, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a amené(e) à l'hôpital ?

- 1 Non 2 Oui, une fois 3 Oui, plusieurs fois

16B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous pensé à vous suicider ?

- 1 Non 2 Oui, une fois 3 Oui, plusieurs fois

17. Avez-vous déjà pris au cours de votre VIE... ?

	Non	Oui	En avez-vous pris au cours des 12 DERNIERS MOIS ?			
Un tranquillisant (anxiolytique) ? Atarax, Lysanxia, Tranxène, Stresam, Equanil, Valium, Xanax, Lexomil, Sérésta, Temesta ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→	1 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> 1 fois	3 <input type="checkbox"/> Plusieurs fois
Un antidépresseur ? Zoloft, Deroxat, Seropram, Seroplex, Prozac, Stablon, Effexor, Anafranil, Laroxyl ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→	1 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> 1 fois	3 <input type="checkbox"/> Plusieurs fois
Un somnifère (hypnotique) ? Donormyl, Imovane, Noctamide, Stilnox, Théralène, Phenergan ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→	1 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> 1 fois	3 <input type="checkbox"/> Plusieurs fois
Un psychostimulant ? Ritaline, Ritaline LP, Concerta LP, Modiodal, Olmifon ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→	1 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> 1 fois	3 <input type="checkbox"/> Plusieurs fois
Un autre médicament pour les nerfs, pour dormir (phytothérapie, homéopathie...) ? Euphytose, Tranquital, Spasmine, Sédatif PC, Millepertuis, Vagostabyl, Passiflore ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→	1 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> 1 fois	3 <input type="checkbox"/> Plusieurs fois
Précisez : _____						

[Ces questions concernent vos consommations de tabac, de boissons alcoolisées et d'autres drogues]

18. Au cours de votre VIE, avez-vous déjà...

(Une seule croix par ligne)

	Jamais	1 fois	Plusieurs fois	→	Quel âge aviez-vous la première fois ?
Fumé des cigarettes en paquet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_ _ ans
Fumé des cigarettes à rouler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_ _ ans
Fumé des cigares ou des cigarillos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_ _ ans
Fumé du tabac avec un narguilé (chicha, pipe à eau...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_ _ ans
Utilisé une cigarette électronique (« vapoter ») ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_ _ ans

18A. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, avez-vous fumé des cigarettes (en paquet ou à rouler) ?

Aucune	Moins d'une par semaine	Moins d'une par jour	Entre 1-5 par jour	Entre 6-10 par jour	Entre 11-20 par jour	Plus de 20 par jour
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ **18B. Si vous fumez quotidiennement, à quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours ?** |_|_| ans

18C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, avez-vous utilisé une cigarette électronique (« vapoter ») ?

Non	Oui, mais pas tous les jours	Oui, tous les jours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ **18D. Aviez-vous déjà fumé des cigarettes (en paquet ou à rouler) la première fois où vous avez utilisé une cigarette électronique ?** Non Oui

19. Au cours de votre VIE, avez-vous déjà bu une boisson alcoolisée (bière, cidre, vin, apéritif, alcool fort (type whisky, gin, vodka...) ...)?

Non Oui → **19A. Quel âge aviez-vous la première fois ?** |_|_| ans

19B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous bu une boisson alcoolisée ? (bière, cidre, vin, apéritif, alcool fort (type whisky, gin, vodka...) ...)

0 fois	Une fois par mois ou moins	2-3 fois par mois	Une fois par semaine	2-3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus	Tous les jours ou presque
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de fois avez-vous bu une boisson alcoolisée ? (bière, cidre, vin, apéritif, alcool fort (type whisky, gin, vodka...) ...)

0 fois	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10-19 fois	20-29 fois	30 fois ou plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Au cours de votre VIE, avez-vous déjà été ivre (saoul, « bourré ») **en buvant des boissons alcoolisées** (bière, cidre, vin, apéritif, alcool fort (type whisky, gin, vodka...), ...)?

1 Non 2 Oui → **20A. Quel âge aviez-vous la première fois où vous avez été ivre ?** |__|__| ans

21. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus de boissons alcoolisées en une seule occasion ?

(un verre = un « demi » ou une bouteille de bière ou de cidre (25 cl), un verre de vin (12 cl), un verre d'alcool fort (4 cl), un cocktail...)

0 fois 1-2 fois 3-5 fois 6-9 fois 10-19 fois 20-29 fois 30 fois ou plus

1 2 3 4 5 6 7

22. Au cours de votre VIE, avez-vous déjà fumé du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit) ?

1 Non 2 Oui → **22A. Quel âge aviez-vous la première fois où vous avez fumé du cannabis ?**

|__|__| ans

22B. Repensez à la DERNIERE FOIS que vous avez fumé du cannabis...

C'était...

De la résine

De l'herbe

Autre :

1

2

3

→ Précisez : _____

22C. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous fumé du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit) ?

0 fois 1-2 fois 3-5 fois 6-9 fois 10 fois ou plus

1 2 3 4 5

22D. Si vous avez fumé au moins une fois du cannabis au cours des 12 DERNIERS MOIS ...

(Une seule croix par ligne)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

22E. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, avez-vous fumé du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit) ?

0 fois 1-2 fois 3-5 fois 6-9 fois 10-19 fois 20-29 fois 30 fois ou tous les jours

1 2 3 4 5 6 7

23. Au cours de votre VIE avez-vous déjà pris l'un des produits suivants ?

(Une seule croix par ligne)	Jamais	1 fois	Plusieurs fois		Quel âge aviez vous la première fois ?	L'avez-vous fait au cours des 12 derniers mois
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Produits à inhaler/sniffer (colle, solvants, trichlo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Ecstasy, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Amphétamine, speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
LSD (acides, buvard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Crack, freebase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Mop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Purple Drank (Sirop de codéine + soda (type Sprite))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
DXM (dextrométhorphane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Autres drogues → Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	___ ans	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

On peut acheter actuellement sur Internet des produits qui imitent les effets des drogues illécitales comme le cannabis, la cocaïne ou l'ecstasy. Ils sont parfois appelés : spice, Bong bastics, legal highs ou Not for human consumption, méphédronne, cannabis synthétique... Ils se présentent sous différentes formes : poudre, cristal, herbe, comprimé...

24. Au cours de votre VIE, avez-vous déjà consommé un de ces produits ?

1 Non 2 Oui 3 Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e)

→ **Vous souvenez-vous du NOM de ce produit ?** Précisez : _____

→ **Avait-il été acheté par vous ou une autre personne sur internet ?**

1 Non 2 Oui 3 Je ne sais pas / je ne suis pas sûr(e)

CET ESPACE VOUS EST RÉSERVÉ POUR NOUS FAIRE PART DE VOTRE AVIS

Avez-vous trouvé ce questionnaire intéressant ?



Si vous n'avez pas souhaité répondre à certaines questions, pouvez-vous nous expliquer pour quelle(s) raison(s) ci-dessous ?

Si vous avez des remarques à faire sur le questionnaire en général ou sur certaines questions en particulier, vous pouvez le faire ci-dessous.

Si vous êtes intéressé(e) pour participer à des projets de recherche et que vous seriez d'accord pour faire des entretiens vous pouvez laisser votre mail ci-dessous ou alors écrivez-nous à l'adresse suivante :

escapad@ofdt.fr

Votre e-mail : ↓

| _____ | @ | _____ |

