

Questionnaire pour les essais pilotes avec cannabis (QuEPaC)

Développé par le consortium¹: «Questionnaire de base pour les essais pilotes avec cannabis» sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

¹ Membres (par ville):

Dr. phil. Lavinia Flückiger (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt), Prof Dr. med. Marc Walter (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Universität Basel), Prof. Dr. med. Reto Auer (Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern), Prof. Dr. med. Daniele Zullino (Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Université de Genève), Prof. Carlo Fabian (Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), Olten), Dr. Florian Elliker & Dr. Niklaus Reichle (Seminar für Soziologie, Universität St. Gallen), Frank Zobel MSc. (Sucht Schweiz), PD Dr. med. Marcus Herdener & Dr. phil. Carlos Nordt (Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich)

Questionnaire pour les essais pilotes avec cannabis

sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Informations sur le projet

Mandant:	Office fédéral de la santé publique (OFSP) Schwarzenburgstrasse 157 3003 Bern
Mandataire:	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen Selnastrasse 9 8001 Zürich
Id. de contrat / Numéro de référence:	142004783 / 321.4-4/57
Durée:	Octobre 2021 – octobre 2022
Chef de projet de recherche à l'OFSP:	Marc Wittwer, Section Bases scientifiques
Langue originale:	Allemand
Suggestion de citation:	Gubser, L., & Nordt, C. (2022). Questionnaire pour les essais pilotes avec cannabis (QuEPaC).

© 2022 chez les auteurs et autrices et l'Office fédéral de la santé publique

Zusammenfassung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
But et structure du questionnaire	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Instructions pour l'utilisation	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Démographie	6
Motifs de consommation	9
<i>Motifs de consommation - Base</i>	9
<i>Extended Version: Motifs de consommation supplémentaires</i>	11
Santé psychique	15
<i>Dépressivité: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	15
<i>Anxiété: Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)</i>	17
<i>Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH): WHO-ADHD</i>	18
<i>Psychose: Checklist pour la détection précoce, adaptée</i>	20
Santé somatique	22
<i>Plaintes physiques: Symptom Checklist-90 (SCL-90), Somatisation</i>	22
<i>Taille et poids</i>	24
<i>Extended Version: Activité physique: Godin Leisure Time Questionnaire</i>	25
<i>Extended Version: Sommeil, option détaillée: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	26
<i>Extended Version: Sommeil, option courte: Insomnia Severity Index (ISI)</i>	29
<i>Extended Version: Symptômes respiratoires: COPD Assessment Test (CAT)</i>	31
<i>Extended Version: Qualité de vie: EuroQol-5D</i>	33
<i>Extended Version: État de santé général: QCT Europe</i>	35
<i>Séjour à l'hôpital / Danger de mort</i>	36
Consommation de cannabis et de nicotine	37
<i>Consommation de cannabis: Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use (CS-CCU)</i>	37
<i>Consommation de nicotine: Short Questionnaire of Current Nicotine Use (S-CNU)</i>	46
<i>Compétence en matière de consommation: Lower Risk Cannabis Use – Knowledge (LRCU-K)</i>	49
<i>Compétence en matières de consommation: Lower Risk Cannabis Use – Behaviour (LRCU-B)</i>	53
<i>Trouble lié à la consommation de cannabis: Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised (CUDIT-R)</i>	55
<i>Expérience en matière de conseil / traitement</i>	57
Consommation d'autres substances	59
<i>Trouble de la consommation d'alcool: Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C)</i>	59
<i>Consommation de drogues: (Alcohol, Smoking and) Substance Involvement Screening Test (ASSIST, V3.0)</i>	61
<i>Prise de médicaments</i>	62
Expérience de victime et délinquance	65

<i>Extended Version: Expérience de victime: QCT Europe</i>	65
<i>Extended Version: Comportement problématique et délinquant: QCT Europe</i>	66
Environnement social	67
<i>Extended Version: Satisfaction de la vie: Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i>	67
<i>Extended Version: Taille du réseau social</i>	69
<i>Extended Version: Soutien social attendu</i>	70
Questions spécifiques à l'étude	72
<i>Satisfaction à l'égard des lieux d'approvisionnement et du cannabis d'étude</i>	72
<i>Sources importantes d'informations sur la consommation de cannabis à faible risque</i>	74
<i>Besoin actuel de conseils et de traitements en lien avec la consommation de cannabis</i>	75
Aperçu des thèmes de module du questionnaire de base	77
Contributeurs et institutions	79

Démographie²

Nous souhaitons tout d'abord vous poser quelques questions sur votre personne. Veuillez répondre aux questions suivantes:

Quelle âge avez-vous³? [Première enquête uniquement]

[] ans

[Range 18-100, D101]

Genre²: [Tous]

[1] Femme

[2] Homme

[3] Non-binaire

[D201]

Etat civil⁴: [Tous]

[1] Célibataire

[2] Marié·e

[3] Veuf·ve

[4] Divorcé·e

[5] Lié·e par un partenariat enregistré

[6] Partenariat dissous

[D301]

Quel type de ménage correspond à votre situation⁵? [Tous]

[1] Ménage d'une personne

[2] Couple sans enfants

[3] Couple avec enfant(s) de moins de 25 ans

[4] Ménage de parent seul avec enfant(s) de moins de 25 ans

[5] Autres ménages avec plusieurs personnes

[D401]

² Flückiger, Nordt & Elliker, traduit par Vorlet

³ Propre item, traduit par Vorlet

⁴ Catégories selon OFS STATPOP, adapté

⁵ Catégories selon OFS Standard, relevé structurel du recensement 2020, adapté

Quel est votre plus haut niveau de formation⁶? [Tous]

- [1] Ecole obligatoire
- [2] Formation professionnelle initiale (formation élémentaire, apprentissage de 2-, 3- ou 4 ans, école supérieure de commerce, d'informatique, des métiers, etc.)
- [3] Formation générale (maturité gymnasiale, école de culture générale et de maturité spécialisée)
- [4] Formation professionnelle supérieure (école supérieure, brevet ou diplôme fédéral)
- [5] Haute école (haute école universitaire, EPF, haute école spécialisée)
- [6] Autres: _____ [D501] & [D502]

Êtes-vous professionnellement actif⁷? [Tous]

- [1] Actif·ve occupé·e à plein temps
- [2] Actif·ve occupé·e à temps partiel (<90%)
- [3] Etudiant·e, actif·ve occupé·e à plein temps (90-100%)
- [4] Etudiant·e, actif·ve occupé·e à temps partiel (<90%)
- [5] Sans activité professionnelle (p. ex. en formation (étudiant·e, élève, ...), femme / homme au foyer, rentier·ère)
- [6] Au chômage [D601]

[si D601 = 1, 2, 3, 4, ou 6]

Quel est votre revenu mensuel net personnel, après déduction des contributions obligatoires aux assurances sociales et à la caisse de pension, et en tenant compte des éventuelles pensions alimentaires versées ou reçues ? Combien est-ce à peu près ?⁸ [Seulement si professionnellement actif ou au chômage (D601 ≠ 5)]

- [1] Moins de CHF 1'500 par mois
- [2] Entre CHF 1'500 et CHF 3'000 par mois
- [3] Entre CHF 3'000 et CHF 4'500 par mois
- [4] Entre CHF 4'500 et CHF 6'500 par mois
- [5] Entre CHF 6'500 et CHF 9'000 par mois
- [6] Plus de CHF 9'000 par mois [D701]

Avez-vous la nationalité suisse ?⁹ [Première enquête uniquement]

Oui Non

⁶ Catégories selon OFS: classification des statistiques suisses de l'éducation & catégories selon OFS Standard, relevé structurel du recensement 2020, adapté

⁷ Propre item, traduit par Vorlet & catégories selon OFS Standard, relevé structurel du recensement 2020, adapté

⁸ Enquête suisse sur la santé 2017, Item 05810, 05811, 05812, 05813, 05814, adapté

⁹ Propre item, traduit par Vorlet

1

2

[D801]

Motifs de consommation

Motifs de consommation - Base¹⁰

Le cannabis est consommé pour diverses raisons. Quelles sont pour vous les raisons principales ? Pensez aux 6 derniers mois: pour les affirmations suivantes, veuillez indiquer combien de fois elles se sont appliquées à vous. [Tous]

	Toujours/ presque toujours	La plupart du temps	Moitié /moitié	Parfois	Jamais/ presque jamais
Parce que la consommation de cannabis est agréable. [M101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que cela améliore la convivialité. [M201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour élargir ma perception / mon état de conscience. [M301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Afin de pouvoir expérimenter plus intensément les sensations physiques et les perceptions sensorielles (p.ex. entendre, voir). [M401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que j'arrive mieux à me concentrer. [M501, est utilisé pour l'échelle LRCU-B]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour me sentir mieux lorsque je suis de mauvaise humeur. [M601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour mieux me détendre. [M701]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que je m'ennuie. [M801]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

¹⁰ Flückiger, Nordt, Elliker & Reichle, traduit par Vorlet

	Toujours/ presque toujours	La plupart du temps	Moitié /moitié	Parfois	Jamais/ presque jamais
--	----------------------------------	------------------------	-------------------	---------	------------------------------

Pour soulager des maux psychiques
(p.ex. anxiété, tristesse, soucis, stress,
insomnie).

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

*[M901, est utilisé pour l'échelle
LRCU-B]*

Pour soulager les maux physiques
(p.ex. douleurs, perte d'appétit,
nausées, spasmes musculaires).

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

[M1001]

	Toujours/ presque toujours	La plupart du temps	Moitié /moitié	Parfois	Jamais/ presque jamais
Pour planer. [M110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que c'est amusant. [M210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour être bien avec les autres / sociable. [M310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que cela rend les rencontres plus amusantes. [M410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que cela rend les fêtes et les événements meilleurs. [M510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que mes ami-e-s/connaissances consomment aussi du cannabis. [M610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que cela m'aide à être plus créatif-ve. [M710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour être plus ouvert-e aux nouvelles expériences. [M810]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour améliorer ma vie sexuelle. [M910]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

¹¹ Flückiger, Nordt, Elliker & Reichle, traduit par Vorlet

	Toujours/ presque toujours	La plupart du temps	Moitié /moitié	Parfois	Jamais/ presque jamais
Pour vivre des expériences différentes en combinaison avec d'autres drogues, de l'alcool ou des médicaments. [M1010]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour oublier mes soucis. [M1110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que cela m'aide lorsque je me sens triste. [M1210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que j'arrive à mieux dormir. [M1310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que je me sens moins anxieux-se/inquiet-e. [M1410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour diminuer mon stress. [M1510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que je me sens plus confiant-e et plus sûr-e de moi. [M1610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour me motiver pour une activité. [M1710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Par habitude. [M1810]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour soulager les douleurs. [M1910]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour stimuler l'appétit. [M2010]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parce que cela aide contre les nausées. [M2110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Toujours/ presque toujours	La plupart du temps	Moitié /moitié	Parfois	Jamais/ presque jamais
Pour avoir moins de spasmes musculaires. [M2210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour réduire les effets indésirables d'autres drogues, de l'alcool ou de médicaments. [M2310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour réduire la consommation d'autres drogues, d'alcool ou de médicaments. [M2410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour pouvoir me distancier un peu des émotions. [M2510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour mieux supporter les émotions négatives des autres. [M2610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour pouvoir faire face à une charge de travail élevée (travail, études, formation, service militaire, etc.). [M2710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je consomme du cannabis au travail ou durant ma formation / mes études pour augmenter la créativité. [M2810]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je consomme du cannabis avec certain·e·s client·e·s ou associé·e·s. [M2910]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je consomme du cannabis lors d'événements d'entreprise (p.ex. dîner de Noël). [M3010]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Toujours/ presque toujours	La plupart du temps	Moitié /moitié	Parfois	Jamais/ presque jamais
Je consomme du cannabis lorsque je fais une pause lors de fêtes ou de sorties. [M3110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avec le cannabis, je parviens mieux à percevoir des thèmes sous différentes perspectives. [M3210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Avec le cannabis, je m'interroge plus souvent de manière approfondie au sujet de certaines choses et de certains thèmes. [M3310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Grâce au cannabis, j'arrive plus souvent à essayer de nouvelles choses ou activités. [M3410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pour pouvoir mieux supporter des activités ennuyeuses ou inintéressantes ou pour les rendre plus agréables. [M3510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
En récompense lorsque j'ai accompli des tâches ou atteint des objectifs. [M3610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Je consomme du cannabis avant, pendant ou après un repas. [M3710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Santé psychique

Votre santé et votre bien-être sont importants. C'est pourquoi nous voulons vous poser quelques questions sur votre santé psychique. [Tous]

Dépressivité: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)¹²

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé-e ? [Tous]

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses [PD101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Être triste, déprimé-e ou désespéré-e [PD201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Difficultés à s'endormir ou à rester endormi-e, ou dormir trop [PD301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Se sentir fatigué-e ou manquer d'énergie [PD401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir peu d'appétit ou manger trop [PD501]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir une mauvaise opinion de soi-même; avoir le sentiment d'être nul-le, de s'être déçu-e soi-même ou d'avoir déçu sa famille [PD601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avoir du mal à se concentrer, par exemple en lisant le journal ou en regardant la télévision [PD701]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

¹² Löwe et al. (2002) original, traduit selon la version française PHQ9 développée par Kroenke, Spitzer & Williams (2001).

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié jours	Presque tous les jours
Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité-e que vous avez eu plus de mal que d'habitude à tenir en place [PD801]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre [PD901]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Anxiété: Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)¹³

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé-e ? [Tous]

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension [PA101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes [PA201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Inquiétude excessive à propos de différentes choses [PA301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Difficultés à se détendre [PA401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Agitation telle qu'il est difficile à tenir en place [PA501]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Tendance à être facilement contrarié-e ou irritable [PA601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire [PA701]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

¹³ Löwe (2015) original, traduit selon Micoulaud-Franchi et al. (2016).

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH): WHO-ADHD¹⁴

Pour chaque question, marquez d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ou vos comportements au cours des 6 derniers mois. [Tous]

A quelle fréquence avez-vous des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que le plus intéressant a été fait ? [Tous]

Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH101]

A quelle fréquence avez-vous des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire un travail qui demande une certaine organisation ? [Tous]

Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH201]

A quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous souvenir de vos rendez-vous ou engagements ? [Tous]

Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH301]

A quelle fréquence évitez-vous ou remettez-vous à plus tard un travail qui demande beaucoup de réflexion ? [Tous]

Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH401]

A quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou agitez-vous vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester assis-e pour un long moment ? [Tous]

Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH501]

A quelle fréquence vous sentez-vous trop actif-ve et obligé-e à faire les choses, comme si vous étiez poussé-e par un moteur ? [Tous]

Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

¹⁴ Kessler et al. (2005) original, traduit selon ASRS-1.1 version française de l'OMS

[PH601]

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous remarqué ou avez-vous été dérangé-e ou tourmenté-e par les points suivants ? [Tous ; si réponse oui pour PP301, PP501, PP601 ou PP801, OU réponse oui pour plus d'un item entre PP101 et PP801, alors signalement au médecin de l'étude ou au médecin

faisant office d'interlocuteur] Oui Non

Mon environnement habituel me semble parfois irréel ou étrange (par exemple, particulièrement impressionnant ou menaçant). Parfois, j'ai l'impression de ne pas être moi-même, mais d'être irréel-le ou étranger-e à moi, par exemple en me regardant dans le miroir.

1

2

[PP101]

Je m'occupe de choses ou de sujets inhabituels, mystérieux ou surnaturels (par exemple, des thèmes religieux ou ésotériques).

1

2

[PP201]

Quelque chose semble ne pas aller avec ma pensée (le cours de mes pensées est soudainement interrompu ou perturbé par d'autres pensées; des pensées sont retirées de ma tête; mes propres pensées rayonnent; d'autres personnes peuvent lire mes pensées; des pensées qui ne sont pas les miennes sont amenées dans ma tête).

1

2

[PP301]

Je perçois les bruits ou les couleurs de mon environnement avec une intensité ou une netteté inhabituelle. Parfois, les choses ou les gens me paraissent extérieurement modifiés, par exemple dans leur forme ou leur taille.

1

2

[PP401]

Je vois, j'entends, je goûte ou je sens parfois des choses que les autres ne remarquent pas.

1

2

[PP501]

Par moment, je me sens particulièrement observé-e, persécuté-e ou menacé-e par quelque chose. Quelqu'un essaie intentionnellement de me faire du mal.

1

2

[PP601]

J'ai de plus en plus l'impression que certains événements de la vie quotidienne (par exemple des indices et des messages de mon environnement) ont un rapport avec moi personnellement ou ne sont destinés qu'à moi.

1

2

[PP701]

¹⁵ Maurer et al. (2006), traduit par Vorlet

Au cours des 6 derniers mois, un-e médecin, un-e psychologue ou une autre personne travaillant dans le domaine de la santé vous a-t-elle indiqué que vous souffriez de psychose ou de schizophrénie ? [Tous]

Oui

Non

1

2

[PP801]

Santé somatique

Nous aimerions dorénavant vous poser quelques questions sur votre santé physique. [Tous]

Plaintes physiques: Symptom Checklist-90 (SCL-90), Somatisation¹⁶

Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été gêné-e par les troubles suivants ?
[Tous]

Maux de tête [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK101]

Faiblesses ou étourdissements [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK201]

Douleurs au cœur ou à la poitrine [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK301]

Douleurs au bas du dos [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK401]

Douleurs musculaires [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK501]

¹⁶ Franke (2002) original, traduit selon Gosselin & Bergeron (1993)

Difficulté à prendre votre souffle [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK601]

Bouffées de chaleurs ou frissons [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK701]

Une boule dans la gorge [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK801]

Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK901]

Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK1001]

Sentiment de faiblesses dans certaines parties du corps [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK1101]

Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac [Tous]

Jamais	Un peu	Assez	Fortement	Très fortement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK1201]

Taille et poids

Quelle est votre taille en centimètres (par ex. 1 mètre 72 cm = 172 cm) ? [Tous]

[] centimètres

[Range 140 - 220, SG101]

Quel est votre poids ? [Tous]

[] kilogrammes

[Range 35 - 200, SG201]

Extended Version: Activité physique: Godin Leisure Time Questionnaire¹⁷

Au cours des 7 derniers jours, combien de minutes avez-vous exercé les activités sportives suivantes ? [Tous]

Activité physique d'intensité élevée _____ minutes

(Fréquence cardiaque élevée et transpiration)

Par ex. nage intensive, jogging, jouer au football

[Range 0 - 2100, SZ110]

Activité physique modérée _____ minutes

(Fréquence cardiaque à peine élevée et légère transpiration)

Par ex. marche rapide, faire du vélo lentement, nager lentement

[Range 0 - 2100, SZ210]

Activité physique d'intensité faible _____ minutes

(Effort minimal et pas de transpiration)

Par ex. jouer au golf, marche légère, pêcher

[Range 0 - 2100, SZ310]

¹⁷ Godin & Shephard (1985) original, traduit et adapté selon Doré (2016)

Extended Version: Sommeil, option détaillée: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)¹⁸

Les questions suivantes portent sur vos habitudes de sommeil au cours du mois dernier (au cours des 30 derniers jours) uniquement. Vos réponses doivent être aussi précises que possible et refléter la plupart des jours et des nuits du mois dernier. [Tous]

Au cours du mois dernier, à quelle heure vous êtes-vous généralement couché-e le soir ? Veuillez utiliser le format 24 heures sur 24. Si vous vous êtes couché-e à 10h30 le soir, veuillez s'il-vous-plaît écrire 22h30. [Tous]

Heure du coucher (00:00 à 23:59 heure) [__:__] heure [SP110]

Au cours du mois dernier, au bout de combien de temps (en minutes) vous êtes-vous généralement endormi-e le soir ? [Tous]

Nombre de minutes [____] [Range 0 - 200, SP210]

Au cours du mois dernier, à quelle heure vous êtes-vous généralement levé-e le matin ? [Tous]

Heure du lever (00:00 à 23:59 heure) [__:__] heure [SP310]

Au cours du mois dernier, combien d'heures avez-vous vraiment dormi par nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures passées au lit.) [Tous]

Heures de sommeil par nuit [____] [Range 0 - 15, SP410]

Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à dormir parce que ... [Tous]

	Jamais au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois par semaine ou plus
Vous n'êtes pas arrivé-e à vous endormir en 30 minutes ? [SP510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous vous êtes réveillé-e au milieu de la nuit ou plus tôt que d'habitude ? [SP511]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes ? [SP512]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous avez eu du mal à respirer ? [SP513]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

¹⁸ Buysse et al. (1989) original, traduit selon version française pour la Suisse du Mapi Research Trust <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/pittsburgh-sleep-quality-index?msclid=ad8dc952c46811ec9862785ed8e40db8>

	Jamais au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois par semaine ou plus
Vous avez toussé ou ronflé bruyamment ? [SP514]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous avez eu trop froid ? [SP515]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous avez eu trop chaud ? [SP516]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous avez fait des cauchemars ? [SP517]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous avez eu des douleurs ? [SP518]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Autres raisons ? Merci de les préciser: <hr/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
[SP519] & [SP520]				

Comment qualifieriez-vous la qualité de votre sommeil en général au cours du mois dernier ?

[Tous]

Très bonne Assez bonne Assez mauvaise Très mauvaise

1

2

3

4

[SP610]

Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments pour mieux dormir (médicaments prescrits par votre médecin ou vendus sans ordonnance) ? [Tous]

Jamais au cours du mois dernier Moins d'une fois par semaine Une ou deux fois par semaine Trois fois par semaine ou plus

1

2

3

4

[SP710]

Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à rester éveillé-e en conduisant, en mangeant, ou en participant à des activités avec d'autres personnes ? [Tous]

Jamais au cours du mois dernier Moins d'une fois par semaine Une ou deux fois par semaine Trois fois par semaine ou plus

1

2

3

4

[SP810]

Au cours du mois dernier, à quel point vous a-t-il été difficile d'être suffisamment motivé-e pour mener à bien vos activités ? [Tous]

Pas difficile du tout Légèrement difficile Assez difficile Très difficile

1

2

3

4

[SP910]

Extended Version: Sommeil, option courte: Insomnia Severity Index (ISI)¹⁹

Pour chacune des questions suivantes, veuillez cocher la réponse qui convient le mieux à votre rythme de sommeil au cours du mois dernier. Les trois premières questions portent sur la sévérité de vos difficultés de sommeil. [Tous]

Difficultés à s'endormir. [Tous]

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS110]

Difficultés à rester endormi-e. [Tous]

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS210]

Problèmes de réveils trop tôt le matin. [Tous]

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS310]

Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait-e/insatisfait-e de votre sommeil actuel ? [Tous]

Très satisfait-e	Satisfait-e	Plutôt neutre	Insatisfait-e	Très insatisfait-e
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS410]

Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil perturbent votre fonctionnement quotidien (p.ex. fatigue, capacité de fonctionner au travail / dans les activités quotidiennes, concentration, mémoire, humeur) ? [Tous]

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS510]

A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ? [Tous]

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS610]

¹⁹ Dieck et al. (2018) original, traduit selon version française trouvé sur <https://www.cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/insomnie.pdf>

Jusqu'à quel point êtes-vous inquiet·e/préoccupé·e à propos de vos difficultés de sommeil ? [Tous]

Aucunement

Légèrement

Moyennement

Très

Extrêmement

1

2

3

4

5

[SS710]

Souffrez-vous de problèmes respiratoires qui pourraient être liés à une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ? Veuillez parcourir le questionnaire BPCO suivant et cocher la case qui correspond le mieux à votre état actuel. [Tous]

Je ne tousse jamais	0	1	2	3	4	5	Je tousse tout le temps	[SR110]
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	0	1	2	3	4	5	J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)	[SR210]
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressé-e	0	1	2	3	4	5	J'ai la poitrine très oppressé-e	[SR310]
Quand je monte une pente ou une volée de marches, je ne suis pas essoufflé-e	0	1	2	3	4	5	Quand je monte une pente ou une volée de marches, je suis très essoufflé-e	[SR410]
Je ne suis pas limité-e dans mes activités domestiques	0	1	2	3	4	5	Je suis très limité-e dans mes activités domestiques	[SR510]
Je ne suis pas inquiet-e quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	0	1	2	3	4	5	Je suis très inquiet-e quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	[SR610]
Je dors bien	0	1	2	3	4	5	Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	[SR710]
Je suis plein-e d'énergie	0	1	2	3	4	5	Je n'ai pas d'énergie du tout	[SR810]

Parce que vous souffrez de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) : [Tous]

Avez-vous eu une exacerbation de votre BPCO dans le passé *? [Tous]

*** aggravation aiguë des symptômes respiratoires conduisant à un traitement supplémentaire**

Oui

Non

1

2

[SR910]

Si oui, combien de fois au total ? _____

[SR911]

Combien de fois au cours des 6 derniers mois ? _____

[SR912]

²⁰ Jones et al. (2009) original, traduit selon GlaxoSmithKline (2009) - CAT version française

Avez-vous déjà été hospitalisé-e suite à une exacerbation de votre BPCO ? [Tous]

Oui

Non

1

2

[SR1010]

Si oui, combien de fois au total ? _____

[SR1011]

Combien de fois au cours des 6 derniers mois ? _____

[SR1012]

Y a-t-il des restrictions importantes liées à votre état de santé ? [Tous]

Pour chaque rubrique, veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre santé aujourd'hui. [Tous]

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

[SQ110]

Autonomie

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout·e seul·e
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout·e seul·e
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout·e seul·e
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout·e seul·e
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout·e seul·e

[SQ210]

Activités courantes (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

[SQ310]

Douleurs / Inconfort physique

- Je n'ai ni douleur ni inconfort
- J'ai des douleurs ou un inconfort léger·es
- J'ai des douleurs ou un inconfort modéré·es
- J'ai des douleurs ou un inconfort sévère·s
- J'ai des douleurs ou un inconfort extrême·s

[SQ410]

²¹ Schulenburg et al. (1998) original, traduit selon EuroQol-Group (2009). Pour l'utilisation du EuroQol-5D, une inscription est requise (<https://registration.euroqol.org/>).

Anxiété / Dépression

- Je ne suis ni anxieux·se ni déprimé·e
- Je suis légèrement anxieux·se ou déprimé·e
- Je suis modérément anxieux·se ou déprimé·e
- Je suis sévèrement anxieux·se ou déprimé·e
- Je suis extrêmement anxieux·se ou déprimé·e

[SQ510]

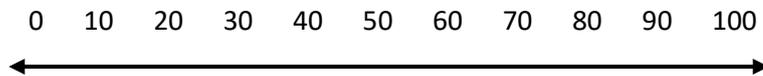
Veillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle. [Tous]

Cette échelle est numérotée de 0 à 100.

100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.

0 (zéro) correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.

Veillez réfléchir où vous feriez une croix sur l'échelle afin d'indiquer au mieux votre état de santé AUJOURD'HUI.



Votre santé aujourd'hui: [_____]

[Range 0 – 100, SQ610]

Extended Version: État de santé général: QCT Europe²²

Avez-vous des problèmes de santé chroniques qui affectent de manière répétitive votre vie ? [Tous]

Oui Non

1

2

Si oui, lesquels : _____

[SA110] & [SA111]

Avez-vous été traité·e par un·e médecin pour un problème physique ou psychique au cours des 6 derniers mois ? [Tous]

Oui Non

1

2

Si oui, lesquels: _____

[SA210] & [SA211]

²² QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Items C3 und C10, traduit par Vorlet

Séjour à l'hôpital / Danger de mort

Depuis la dernière enquête, avez-vous été hospitalisé-e pendant plus de 24 heures ? [Tous]

Oui

Non

1

2

[SU101]

Depuis la dernière enquête, avez-vous été en danger de mort ? [Tous]

Oui

Non

1

2

[SU201]

Consommation de cannabis et de nicotine

Connaître votre consommation de cannabis est d'une grande importance pour l'étude. [Tous]

Consommation de cannabis: Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use (CS-CCU)²³

Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis ? [Tous]

<i>Jamais</i>	<i>1 fois par mois ou moins</i>	<i>2-4 fois par mois</i>	<i>2-3 fois par semaine</i>	<i>4 fois par semaine ou plus</i>	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CU101]

[Afficher seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Pour cette enquête, il est important de relever quelles sont vos sources d'approvisionnement en cannabis et s'il s'agit de cannabis avec ou sans THC.

Dans les questions suivantes, ces termes signifient :

- «Cannabis d'étude»: tous les produits que vous avez achetés dans le cadre de l'étude
 - «Cannabis-CBD (< 1% THC)»: tous les produits contenant moins de 1 % de THC
 - «Cannabis-THC d'autres sources»: tous les produits contenant plus de 1 % de THC que vous avez obtenus de diverses sources en dehors du cadre de l'étude (auto-culture, marché noir, etc.)
 - «Produits contenant du cannabis» signifie le cannabis-CBD ainsi que le cannabis-THC
-

A quel âge avez-vous consommé pour la première fois du cannabis ?

[Seulement pour la première enquête et si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

à [] ans [Range 6 – 100, CC101]

Au cours des 30 derniers jours, lesquels des produits contenant du cannabis suivants avez-vous consommé ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1) ; afficher CC201 et CC202 seulement si du cannabis d'étude a déjà pu être acheté]

	J'ai consommé	Je n'ai pas consommé	
- Fleurs-étude	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC201]
- Haschisch-étude	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC202]
- Fleurs-CBD (< 1% THC)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC203]
- Haschisch-CBD (< 1% THC)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC204]
- Concentré-CBD (< 1% THC; p.ex. huile, Shatter, cristaux)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC205]

²³ Nordt, Gubser, Engeli, Flückiger, Gmel, Dürler & Schaub, traduit par Vorlet

- Fleurs-THC provenant d'autres sources 1 2 [CC206]
- Haschisch-THC provenant d'autres sources 1 2 [CC207]
- Concentré-THC (p.ex. huile, Shatter, cristaux) 1 2 [CC208]
provenant d'autres sources

Pensez aux 30 derniers jours: durant combien de jours avez-vous consommé au moins un des produits contenant du cannabis mentionnés par vous ci-dessus ?

[Seulement si au moins un des produits listés (CC201 à CC208) a été consommé dans les 30 derniers jours]

[] Nombre de jours [Range 1-30, CC301]

Il y a combien d'heures avez-vous consommé pour la dernière fois du cannabis-THC ?

[Seulement si au moins un des produits listés qui contiennent du THC (CC201, CC202, CC206, CC207, CC208) a été consommé dans les 30 derniers jours ; indiquer le nombre d'heures avec une précision d'une décimale]

[] Nombre d'heures [Range 0-720, CC401]

Pensez aux 30 derniers jours: durant combien de jours avez-vous consommé du cannabis d'étude ?

[Seulement si au moins un des produits listés et distribués dans le cadre de l'étude (CC201, CC202) a été consommé dans les 30 derniers jours]

[] Nombre de jours [Range 1-30, CC501]

A combien estimez-vous la quantité typique de cannabis d'étude par jour de consommation ?

[Seulement si au moins un des produits listés et distribués dans le cadre de l'étude (CC201, CC202) a été consommé dans les 30 derniers jours ; indiquer le nombre de grammes avec une précision de deux décimales]

[] Grammes par jour de consommation [Range 0.01-20, CC601]

Pensez aux 30 derniers jours: durant combien de jours avez-vous consommé du cannabis-CBD ?

[Seulement si au moins un des produits listés qui contiennent du CBD (CC203, CC204, CC205) a été consommé dans les 30 derniers jours]

[] Nombre de jours [Range 1-30, CC701]

A combien estimez-vous la quantité typique de cannabis-CBD par jour de consommation ?

[Seulement si au moins un des produits listés qui contiennent du CBD (CC203, CC204, CC205) a été consommé dans les 30 derniers jours ; indiquer le nombre de grammes avec une précision de deux décimales]

[] Grammes par jour de consommation [Range 0.01-20.0, CC801]

Pensez aux 30 derniers jours: durant combien de jours avez-vous consommé du cannabis-THC d'autres sources ?

[Seulement si au moins un des produits listés contenant du THC et provenant d'autres sources (CC206, CC207, CC208) a été consommé dans les 30 derniers jours]

[] Nombre de jours [Range 1-30, CC901]

A combien estimez-vous la quantité typique de cannabis-THC d'autres sources par jour de consommation ?

[Seulement si au moins un des produits listés contenant du THC et provenant d'autres sources (CC206, CC207, CC208) a été consommé dans les 30 derniers jours ; indiquer le nombre de grammes avec une précision de deux décimales]

[] Grammes par jour de consommation

[Range 0.01-20.0, CC1001]

Sous CC601, CC801 ou CC1001, afficher ces images pour chaque cas:

[Masquer l'image contenant des fleurs à la question CC601 si pas de consommation de fleurs-étude (CC201 = 2) dans les 30 derniers jours ; masquer à la question CC801 si pas de consommation de fleurs-CBD (CC203 = 2) dans les 30 derniers jours ; masquer à la question CC1001 si pas de consommation de fleurs-THC provenant d'autres sources (CC206 = 2) dans les 30 derniers jours]

Quantité de fleurs par joint et pièce de 2 CHF.-



0,01 Grammes



0,05 Grammes



0,10 Grammes



0,20 Grammes



0,50 Grammes

[Masquer l'image de haschisch à la question CC601 si pas de consommation de haschisch-étude (CC202 = 2) dans les 30 derniers jours ; masquer à la question CC801 si pas de consommation de haschisch-CBD (CC204 = 2) dans les 30 derniers jours ; masquer à la question CC1001 si pas de consommation de haschisch-THC provenant d'autres sources (CC207 = 2) dans les 30 derniers jours]

Quantité de Haschisch par joint et pièce de 2 CHF.-



0,01 Grammes



0,05 Grammes



0,10 Grammes



0,20 Grammes



0,50 Grammes

Combien payez-vous habituellement par gramme pour les produits suivants ? Veuillez inscrire « 0 » (zéro) si vous n'achetez jamais le produit respectif. Si vous payez des prix différents pour un produit, veuillez fournir le prix moyen estimé.

[Seulement si au moins un des produits listés (CC201 à CC208) a été consommé dans les 30 derniers jours]

- Francs par gramme pour fleurs-étude [Si CC201=1, Range 0-16, CC1101]
 Francs par gramme pour Haschisch-étude [Si CC202=1, Range 0-16, CC1102]
 Francs par gramme pour fleurs-CBD [Si CC203=1, Range 0-16, CC1103]
 Francs par gramme pour Haschisch-CBD [Si CC204=1, Range 0-16, CC1104]
 Francs par gramme pour concentré-CBD (p.ex. huile, Shatter, cristaux)
[Si CC205=1, Range 0-60, CC1105]
 Francs par gramme pour fleurs-THC d'autres sources
[Si CC206=1, Range 0-20, CC1106]
 Francs par gramme pour Haschisch-THC d'autres sources
[Si CC207=1, Range 0-20, CC1107]
 Francs par gramme pour concentré-THC (p.ex. huile, Shatter, cristaux) d'autres sources
[Si CC208=1, Range 0-60, CC1108]

Quelles sont vos dépenses mensuelles actuelles pour les produits suivants ?

[Seulement si au moins un des prix au gramme payés pour des produits contenant du cannabis (CC1101 à CC1108) est supérieur à 0]

- Francs par mois pour fleurs-étude [Wenn CC1101>0, Range 1-900, CC1201]
 Francs par mois pour Haschisch-étude [Wenn CC1102>0, Range 1-900, CC1202]
 Francs par mois pour fleurs-CBD [Wenn CC1103>0, Range 1-900, CC1203]
 Francs par mois pour Haschisch-CBD [Wenn CC1104>0, Range 1-900, CC1204]
 Francs par mois pour concentré-CBD (p.ex. huile, Shatter, cristaux)
[Wenn CC1105>0, Range 1-900, CC1205]
 Francs par mois pour fleurs-THC d'autres sources
[Wenn CC1106>0, Range 1-900, CC1206]
 Francs par mois pour Haschisch-THC d'autres sources
[Wenn CC1107>0, Range 1-900, CC1207]
 Francs par mois pour concentré-THC (p.ex. huile, Shatter, cristaux) d'autres sources
[Wenn CC1108>0, Range 1-900, CC1208]

Cultivez-vous vous-même du cannabis-THC que vous avez consommé au cours des 30 derniers jours ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------|
| Oui | Non | |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | [CC1301] |

Au cours des 30 derniers jours, quelle quantité de votre consommation de cannabis-THC avez-vous couverte par l'auto-culture ?

[Seulement si du cannabis-THC issu de l'auto-culture a été consommé dans les 30 derniers jours (CC1301 = 1)]

- Pourcent par mois couvert par l'auto-culture [Range 0-100, CC1401]

Vous trouverez ci-dessous quelques questions liées au cannabis en général, c'est-à-dire le cannabis-THC et le cannabis-CBD. [Afficher seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Il est courant d'offrir du cannabis ou de le partager avec d'autres personnes. Afin de pouvoir estimer l'ampleur de cette pratique, nous aimerions vous demander de répondre aux questions suivantes. [Afficher seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Pensez aux 30 derniers jours: Quelle quantité de cannabis avez-vous offerte ou partagée avec d'autres personnes ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Grammes de cannabis offert/partagé [Range 0-500, CC1501]

Pensez aux 30 derniers jours: Quelle quantité de cannabis vous a été offerte ou partagée ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Grammes de cannabis offert/partagé [Range 0-500, CC1601]

Durant les 6 derniers mois, comment avez-vous consommé le cannabis ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1) ; absence de réponse autorisée seulement pour « Autres » ; CC1701, CC1703, CC1704, CC1705 et CC1707 sont utilisés pour l'échelle LRCU-B]

	Jamais/ Presque jamais	Rarement	Moitié /moitié	La plupart du temps	Toujours/ Presque toujours	
Sous forme de joint avec tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1701]
Sous forme de joint sans tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1702]
Avec vaporisateur et tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1703]
Avec vaporisateur sans tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1704]
Avec pipe à eau/bong et tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1705]
Avec pipe à eau/bong sans tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1706]
Avec Chillum/pipe et tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1707]
Avec Chillum/pipe sans tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1708]
Avec Dab-Rig (concentré de cannabis)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1709]
Gouttes orales ou spray	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1710]
Avec aliments (p.ex. biscuits, thé)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1711]

Autres, veuillez spécifier: _____ 1 2 3 4 5 [CC1712]
 [max. 40 signes, CC1713]

Quel type de filtre utilisez-vous pour les joints ?

[Seulement si des joints (avec ou sans tabac) ont été consommés rarement ou plus souvent que rarement dans les 6 derniers mois (CC1701 > 1 et/ou CC1702 > 1)]

	Jamais/ Presque jamais	Rarement	Moitié /moitié	La plupart du temps	Toujours/ Presque toujours	
Papier ou carton	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1801]
Filtre à charbon actif	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1802]
Filtre à cigarettes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1803]
Autre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1804]

A quelle fréquence consommez-vous du cannabis en combinaison avec de l'alcool ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1) ; est utilisé pour l'échelle LRCU-B]

(Presque) à La plupart du temps Moitié/moitié Rarement (Presque) jamais
chaque fois

1 2 3 4 5 [CC1901]

A quelle fréquence consommez-vous du cannabis en combinaison avec d'autres drogues ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1) ; est utilisé pour l'échelle LRCU-B]

(Presque) à La plupart du temps Moitié/moitié Rarement (Presque) jamais
chaque fois

1 2 3 4 5 [CC2001]

Quand consommez-vous du cannabis ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

(Presque) toujours dans mon temps libre	Plutôt dans mon temps libre	En partie loisirs/en partie travail	Plutôt au travail	(Presque) toujours au travail	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC2101]

A quelle fréquence consommez-vous seul·e ou avec d'autres personnes ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

(Presque) toujours seul·e	Plutôt seul·e	Moitié /Moitié	Plutôt avec d'autres	(Presque) toujours avec d'autres
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CC2201]

Combien de personnes qui vous sont importantes sont au courant de votre consommation de cannabis ?

[Seulement si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Personne	Peu	Quelques	Beaucoup	Toutes
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CC2301]

Nous aimerions vous poser encore quelques questions sur la consommation de tabac.

Au cours de votre vie, avez-vous fumé au total plus de 100 cigarettes (soit 5 paquets) ou une quantité comparable d'autres produits du tabac ?

[Uniquement enquête initiale]

Oui	Non	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT101]

A quelle âge avez-vous commencé à fumer régulièrement des cigarettes ?

[Uniquement enquête initiale et seulement si fumeur (CT101 = 1)]

à [] ans [Range 6–100, CT201]

Au cours des 30 derniers jours, lesquels des produits contenant de la nicotine suivants avez-vous consommé ? [Tous]

	J'ai consommé	Je n'ai pas consommé	
- Cigarettes (aussi cigarettes roulées)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT301]
- E-cigarettes (vaporisation de liquide contenant de la nicotine)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT302]
- Produits «Heat-not-burn» (tabac chauffé, p.ex. IQOS)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT303]
- Shisha/pipe à eau	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT304]
- Pipe, cigare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT305]
- Snus, tabac à priser, sachets de nicotine (nicopods)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT306]
- Patch, gomme à mâcher, spray avec nicotine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT307]

Combien de temps après votre réveil consommez-vous le premier produit contenant de la nicotine ?

[Seulement si au moins un des produits listés contenant de la nicotine, à l'exception des cigarettes (CT302 à CT307), a été consommé dans les 30 derniers jours]

Dans les 5 minutes	6 – 30 minutes	31 – 60 minutes	Après 60 minutes	
4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	[CT401]

Pensez aux 30 derniers jours: Durant combien de jours avez-vous consommé des produits contenant de la nicotine ?

[Seulement si au moins un des produits listés contenant de la nicotine, à l'exception des cigarettes (CT302 à CT307), a été consommé dans les 30 derniers jours]

²⁴ Nordt, Gubser, Engeli, Flückiger, Gmel & Dürler, traduit par Vorlet

[] Nombre de jours

[Range 1-30, CT501]

Puisque vous fumez des cigarettes, nous aimerions vous poser des questions spécifiques sur votre consommation de cigarettes.

[Seulement si des cigarettes ont été consommées dans les 30 derniers jours (CT301 = 1); pour le Heaviness of Smoking Index]

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

[Seulement si des cigarettes ont été consommées dans les 30 derniers jours (CT301 = 1)]

Dans les 5 minutes

6 – 30 minutes

31 – 60 minutes

Après 60 minutes

4

3

2

1

[CT601]

Pensez aux 30 derniers jours: Durant combien de jours avez-vous fumé des cigarettes ?

[] Nombre de jours

[Range 1-30, CT701]

Durant les 7 derniers jours, durant combien de jours avez-vous fumé des cigarettes ?

[Extended Version ; seulement si des cigarettes ont été consommées dans les 30 derniers jours (CT301 = 1)]

[] Nombre de jours

[Range 0-7, CT810]

Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous habituellement par jour, y compris les cigarettes roulées ?

[Seulement si des cigarettes ont été consommées durant plus de 19 jours au cours des 30 derniers jours (CT701 > 19) ; pour le Heaviness of Smoking Index]

[] Nombre de cigarettes par jour

[Range 1-60, CT901]

Combien de cigarettes fumez-vous habituellement par semaine, y compris les cigarettes roulées ?

[Seulement si des cigarettes ont été consommées durant moins de 20 jours au cours des 30 derniers jours (CT701 < 20)]

[] Nombre de cigarettes par semaine

[Range 1-140, CT1001]

Nous souhaitons maintenant vous interroger sur vos dépenses mensuelles en produits contenant de la nicotine. Pour les e-cigarettes ou les IQOS, veuillez ne prendre en compte que les produits consommables et non le coût de l'appareil.

[Seulement si au moins un des produits listés contenant de la nicotine (CT301 à CT307) a été consommé au cours des 30 derniers jours]

Quelles sont vos dépenses mensuelles actuelles pour les produits contenant de la nicotine suivants ?

[Seulement si au moins un des produits listés contenant de la nicotine (CT301 à CT307) a été consommé au cours des 30 derniers jours]

EXTENDED
VERSION

- Francs par mois pour cigarettes/tabac à rouler [Si CT301=1, Range 0-800, CT1101]
- Francs par mois pour E-cigarettes (vaporisation de liquide contenant de la nicotine)
[Si CT302=1, Range 0-800, CT1102]
- Francs par mois pour produits «Heat-not-burn» (tabac chauffé, p.ex. IQOS)
[Si CT303=1, Range 0-800, CT1103]
- Francs par mois pour Shisha/pipe à eau [Si CT304=1, Range 0-800, CT1104]
- Francs par mois pour pipe, cigare [Si CT305=1, Range 0-800, CT1105]
- Francs par mois pour Snus, tabac à priser, sachets de nicotine (nicopods)
[Si CT306=1, Range 0-800, CT1106]
- Francs par mois pour Patch, gomme à mâcher, spray avec nicotine
[Si CT307=1, Range 0-800, CT1107]

Il existe différentes opinions sur les risques pour la santé liés à la consommation de cannabis et sur la manière dont ces risques pourraient être réduits. Pour les affirmations suivantes, veuillez indiquer ce qui vous semble vrai. [Tous]

Une teneur élevée en THC... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| [5] | <input type="checkbox"/> | augmente nettement | les risques pour la santé |
| [4] | <input type="checkbox"/> | augmente un peu | les risques pour la santé |
| [3] | <input type="checkbox"/> | n'influence pas | les risques pour la santé |
| [2] | <input type="checkbox"/> | diminue un peu | les risques pour la santé |
| [1] | <input type="checkbox"/> | diminue nettement | les risques pour la santé |

[KW101]

Une teneur élevée en CBD ... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| [1] | <input type="checkbox"/> | augmente nettement | les risques pour la santé |
| [2] | <input type="checkbox"/> | augmente un peu | les risques pour la santé |
| [3] | <input type="checkbox"/> | n'influence pas | les risques pour la santé |
| [4] | <input type="checkbox"/> | diminue un peu | les risques pour la santé |
| [5] | <input type="checkbox"/> | diminue nettement | les risques pour la santé |

[KW201]

En cas de mal-être psychique, la consommation de cannabis est ... [Tous]

- | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------------|
| [1] | <input type="checkbox"/> | très recommandée |
| [2] | <input type="checkbox"/> | plutôt recommandée |
| [3] | <input type="checkbox"/> | ni recommandée ni déconseillée |
| [4] | <input type="checkbox"/> | plutôt déconseillée |
| [5] | <input type="checkbox"/> | très déconseillée |

[KW301]

Les jeunes qui commencent à consommer du cannabis à un âge précoce ont un risque ... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|-----------------------|---------------|
| [5] | <input type="checkbox"/> | nettement plus élevé | pour la santé |
| [4] | <input type="checkbox"/> | légèrement plus élevé | pour la santé |
| [3] | <input type="checkbox"/> | inchangé | pour la santé |
| [2] | <input type="checkbox"/> | légèrement diminué | pour la santé |
| [1] | <input type="checkbox"/> | nettement diminué | pour la santé |

[KW401]

²⁵ Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel, traduit par Vorlet

La consommation simultanée de cannabis et d'alcool ... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------|-----------------------------|
| [5] | <input type="checkbox"/> | augmente nettement | le risque d'effets négatifs |
| [4] | <input type="checkbox"/> | augmente un peu | le risque d'effets négatifs |
| [3] | <input type="checkbox"/> | n'influence pas | le risque d'effets négatifs |
| [2] | <input type="checkbox"/> | diminue un peu | le risque d'effets négatifs |
| [1] | <input type="checkbox"/> | diminue nettement | le risque d'effets négatifs |

[KW501]

La consommation simultanée de cannabis et d'autres drogues ... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------|-----------------------------|
| [5] | <input type="checkbox"/> | augmente nettement | le risque d'effets négatifs |
| [4] | <input type="checkbox"/> | augmente un peu | le risque d'effets négatifs |
| [3] | <input type="checkbox"/> | n'influence pas | le risque d'effets négatifs |
| [2] | <input type="checkbox"/> | diminue un peu | le risque d'effets négatifs |
| [1] | <input type="checkbox"/> | diminue nettement | le risque d'effets négatifs |

[KW601]

La conduite en voiture sous l'influence du cannabis ... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------|----------------------|
| [5] | <input type="checkbox"/> | augmente nettement | le risque d'accident |
| [4] | <input type="checkbox"/> | augmente un peu | le risque d'accident |
| [3] | <input type="checkbox"/> | n'influence pas | le risque d'accident |
| [2] | <input type="checkbox"/> | diminue un peu | le risque d'accident |
| [1] | <input type="checkbox"/> | diminue nettement | le risque d'accident |

[KW701]

Vaporiser au lieu de fumer du cannabis ... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| [1] | <input type="checkbox"/> | augmente nettement | les risques pour la santé |
| [2] | <input type="checkbox"/> | augmente un peu | les risques pour la santé |
| [3] | <input type="checkbox"/> | n'influence pas | les risques pour la santé |
| [4] | <input type="checkbox"/> | diminue un peu | les risques pour la santé |
| [5] | <input type="checkbox"/> | diminue nettement | les risques pour la santé |

[KW801]

Le mélange de tabac et de cannabis ... [Tous]

- | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| [5] | <input type="checkbox"/> | augmente nettement | les risques pour la santé |
| [4] | <input type="checkbox"/> | augmente un peu | les risques pour la santé |
| [3] | <input type="checkbox"/> | n'influence pas | les risques pour la santé |
| [2] | <input type="checkbox"/> | diminue un peu | les risques pour la santé |
| [1] | <input type="checkbox"/> | diminue nettement | les risques pour la santé |

[KW901]

Une forte consommation de cannabis (ne) rend ... [Tous]

- [1] personne dépendant
[2] seulement quelques personnes dépendantes
[3] plusieurs personnes dépendantes
[4] beaucoup de personnes dépendantes
[5] chacun·e dépendant·e

[KW1001]

La consommation de cannabis ... [Tous]

- [1] améliore fortement la capacité de concentration
[2] améliore la capacité de concentration
[3] n'influence pas la capacité de concentration
[4] diminue la capacité de concentration
[5] diminue fortement la capacité de concentration

[KW1101]

La consommation de cannabis sur plusieurs années (ne) fait perdre la mémoire à ... [Tous]

- [1] personne
[2] seulement quelques personnes
[3] plusieurs personnes
[4] beaucoup de personnes
[5] chacun·e

[KW1201]

Nous vous avons posé des questions sur différents risques pour la santé liés à la consommation de cannabis. Pour les trois questions suivantes, veuillez considérer en général le risque pour la santé de votre consommation de cannabis. [Tous]

Comment estimez-vous les risques pour la santé de votre consommation actuelle de cannabis ?

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

pas risqué du tout (0)

très risqué (10)



[KE101]

Quelle importance a pour vous le fait de consommer du cannabis de manière à ce que les risques pour la santé associés soient aussi faibles que possible ?

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

pas important du tout (0)

très important (10)



[KE201]

Quelle confiance avez-vous dans votre capacité à maintenir les risques pour la santé liés à votre consommation de cannabis aussi bas que possible ?

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

pas du tout confiant-e (0)

très confiant-e (10)



[KE301]

²⁶ Herdener, Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel en référence à Bertholet, Gaume, Faouzi, Gmel & Daepfen (2012), traduit par Vorlet

Compétence en matières de consommation: Lower Risk Cannabis Use – Behaviour (LRCU-B)²⁷

Pour moi, la connaissance de la teneur en THC et CBD est ...

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

- [5] très importante
- [4] plutôt importante
- [2] plutôt sans importance
- [1] sans importance

[KH101]

Pour moi, si je pouvais m'approvisionner en cannabis qui ne contient sûrement pas de cannabinoïde synthétique, cela serait ...

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

- [5] très important
- [4] plutôt important
- [2] plutôt sans importance
- [1] sans importance

[KH201]

Des personnes de moins de 18 ans vivent-elles dans votre ménage ou avez-vous des visites fréquentes de mineur-e-s ?

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

- [1] Oui
- [2] Non

[KH301]

Quelles mesures prenez-vous pour empêcher les enfants ou les adolescents d'avoir accès à votre cannabis ?

[Afficher seulement si contacts fréquents au domicile avec des personnes de moins de 18 ans (KH301 = 1)]

- [5] Je conserve mon cannabis dans un endroit qui se ferme à clé.
- [3] Je conserve mon cannabis hors de portée des enfants.
- [1] Je ne prends pas de mesures particulières.

[KH401]

À quelle fréquence consommez-vous du cannabis en présence d'enfants ou d'adolescents ?

[Afficher seulement si contacts fréquents au domicile avec des personnes de moins de 18 ans (KH301 = 1)]

- [1] (Presque) à chaque fois
- [2] La plupart du temps
- [3] Moitié/Moitié
- [4] Rarement
- [5] (Presque) jamais

[KH501]

²⁷ Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel, traduit par Vorlet

Au cours des 6 derniers mois, veuillez indiquer dans quelle mesure vous avez utilisé le transport individuel motorisé tant pour des raisons professionnelles que privées. [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Combien de kilomètres par jour conduisez-vous habituellement en tant que conducteur-riche en voiture / moto / vélomoteur ?

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

- [1] 0 km
- [2] 1-10 km
- [3] 11-25 km
- [4] 26-60 km
- [5] 61 km et plus

[KH601]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous conduit un véhicule (voiture, vélomoteur, etc.) sous l'influence de cannabis ?

[Si conduite d'un véhicule au cours des 6 derniers mois (KH601 > 1)]

- [1] Plus souvent
- [2] Deux à quatre fois
- [4] Une fois
- [5] Jamais

[KH701]

Trouble lié à la consommation de cannabis: Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised (CUDIT-R)²⁸

[Si CU101 > 1]

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions supplémentaires sur votre consommation de cannabis. [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Durant une journée typique où vous consommez du cannabis, pendant combien d'heures êtes-vous «pété» ? [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Moins de 1	1 ou 2 heures	3 ou 4 heures	5 ou 6 heures	7 heures heure ou plus
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU201]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous eu l'impression de ne plus pouvoir vous arrêter de prendre du cannabis ? [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1) ; est utilisé pour l'échelle LRCU-B]

Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU301]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois n'étiez-vous plus en mesure de faire ce que l'on attend normalement de vous à cause de la prise de cannabis ? [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU401]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une grande partie de votre temps à vous procurer ou à consommer du cannabis ou à vous remettre de votre consommation de cannabis ? [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU501]

²⁸ Adamson et al. (2010) original, traduit et adapté selon enquête C-Surf (items F8,F9) https://www.c-surf.ch/img/questionnaires_pdf/q1_baseline_fr.pdf

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des problèmes de mémoire ou de concentration à cause de votre consommation de cannabis ? [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois ($CU101 > 1$) ; est utilisé pour l'échelle LRCU-B]

Jamais Moins d'une fois par mois Chaque mois Chaque semaine Chaque jour ou presque

1 2 3 4 5

[CU601]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé du cannabis dans des situations potentiellement dangereuses, par exemple en conduisant, en utilisant des machines ou en vous occupant d'enfants ? [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois ($CU101 > 1$)]

Jamais Moins d'une fois par mois Chaque mois Chaque semaine Chaque jour ou presque

1 2 3 4 5

[CU701]

Avez-vous déjà pensé à réduire ou à arrêter votre consommation de cannabis ? [Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois ($CU101 > 1$)]

Jamais Oui, mais pas durant les 6 derniers mois Oui, durant les 6 derniers mois

1 3 5

[CU801]

[Uniquement enquête initiale]

Avez-vous déjà eu une consultation au sujet de votre consommation de cannabis ?

Oui Non
1 2

[KB101]

[Enquête initiale : uniquement si une consultation avait déjà eu lieu au sujet de la consommation de cannabis (KB101 = 1) ; ensuite : pour toutes les personnes]

Au cours des 6 derniers mois, une consultation a-t-elle eu lieu au sujet de votre consommation de cannabis ?

Oui Non
1 2

[KB201]

[Uniquement enquête initiale]

Avez-vous déjà suivi un traitement médical pour votre consommation de cannabis ?

Oui Non
1 2

[KB301]

[Enquête initiale : uniquement si un traitement médical avait déjà été suivi (KB301 = 1) ; ensuite : pour toutes les personnes]

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous suivi un traitement médical pour votre consommation de cannabis ?

Oui Non
1 2

[KB401]

²⁹ Herdener, Walter, Buschner, Pfeifer, Zullino, Gubser & Nordt, traduit par Vorlet

Disposition au changement: Current Motivation to Reduce Cannabis Use (CMRCU)³⁰

[Si du cannabis a été consommé au cours des 6 derniers mois (CU101 > 1)]

Les questions suivantes portent sur votre attitude personnelle à l'égard de votre consommation actuelle de cannabis. Veuillez choisir la réponse qui convient le mieux.

	Pas juste	Plutôt pas juste	Ni l'un ni l'autre	Plutôt juste	Juste
J'apprécie le cannabis, mais parfois j'en consomme trop. [KV101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parfois, je pense que je devrais réduire ma consommation de cannabis. [KV201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Parfois, ma consommation de cannabis est un problème. [KV301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

³⁰ Nordt & Gubser, adapté d'après QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Code P5, traduit par Vorlet

Consommation d'autres substances

Trouble de la consommation d'alcool: Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C)³¹

Ci-dessous, nous aimerions vous poser encore quelques questions sur votre consommation d'alcool. [Tous]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous bu une boisson alcoolisée ? [Tous]

Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CA101]

Combien de boissons alcoolisées standard buvez-vous en moyenne au cours d'une journée pendant laquelle vous consommez de l'alcool ? Une boisson alcoolisée correspond à p.ex. env. 3dl bières (5 Vol.%), 1dl vin ou champagne (12.5 Vol.%), 2cl schnaps (55 Vol.%) ou 4cl liqueur (30 Vol.%). Veuillez vous référer à la figure ci-dessous. [Si de l'alcool a été consommé « moins d'une fois par mois » ou plus souvent (CA101 > 1)]

1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 jusqu'à 9	10 ou plus
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CA201]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous bu plus de 6 boissons alcoolisées en une journée ? [Si de l'alcool a été consommé « moins d'une fois par mois » ou plus souvent (CA101 > 1)]

Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CA301]



1 verre de vin ou de champagne
(100ml, 12% Vol.)



1 verre standard



1 verre de spiritueux
(20ml, 40% Vol.)



1 verre standard



1 verre de bière
(300ml, 5% Vol.)



1 verre standard



1 bouteille de vin
(750ml, 12% Vol.)



7 verres standards

³¹ World Health Organization (2006) original, traduit et adapté selon enquête C-Surf (item D8) https://www.c-surf.ch/img/questionnaires_pdf/q1_baseline_fr.pdf

[Afficher dans CA201]

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions sur la fréquence de votre consommation de drogues et de médicaments. [Tous]

Pensez aux 6 derniers mois: combien de fois avez-vous consommé ces substances (sans prescription médicale) ?

[Tous ; absence de réponse autorisée seulement pour « Autres »]

	Jamais	1-2-fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
Cocaïne coke, crack, etc. [CD101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Amphétamines speed, pilules coupe faim, ecstasy, etc. [CD201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Inhalants ou solvants Protoxyde d'azote, colles, essence, etc. [CD301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Calmants ou somnifères Valium, Oxazepam, Rohypnol, etc. [CD401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Hallucinogènes LSD, acid, champignons, PCP, kétamines, etc. [CD501]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Opiacés Héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc. [CD601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autres, à savoir: [CD701], [CD702]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

³² Schütz et al. (2005), version adaptée originale, traduit selon WHO (2007)

Pensez aux derniers 6 mois: combien de fois avez-vous pris les médicaments suivants sur prescription médicale ? [Tous]

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par semaine	Chaque jour ou presque
Somnifères (hypnotiques) p.ex.					
- Benzodiazépines (Dalmadorm®, Rohypnol®, Halcion®, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Barbituriques (Mysoline®, Aphenylbarbite®, etc.)					[CM101]
- Hydrate de chloral (Nervifène®, etc.)					
- Zopiclone (Imovane®, Zopiclone Zentiva, etc.)					
- Zolpidem (Zoldorm®, Stilnox®, etc.)					
- Ou autres					
Tranquillisants ou anxiolytiques p.ex.					
- Benzodiazépines (Valium®, Xanax®, Librax®, Temesta®, Normison®, Demetrin®, Dalmadorm®, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Relaxants musculaires (Lioresal®, Botox®, Mydocalm®, etc.)					[CM201]
- Ou autres					
Antidouleurs puissants (ne pas inclure les antidouleurs courants comme aspirine, paracétamol ou Irfen) p.ex.					
- Buprénorphine (Temgesic®, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Codéine (Benylin®, Codicalm®, etc.)					[CM301]
- Opiacés (Fentanyl, Hydrocodone, Journista®, Palladon®, Targin®, Oxycontin®, Vicodin®, Dilaudid®, etc.)					
- Dextrométorphane (Bexine®, Calmesin®, etc.)					
- Ou autres					

³³ Engeli & Buschner adapté selon enquête C-Surf (Item H1): https://www.c-surf.ch/img/questionnaires_pdf/q1_baseline_fr.pdf, traduit par Vorlet

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par semaine	Chaque jour ou presque
Stimulants p.ex.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Amphétamines (Adderall®, Elvanse®, etc.)					[CM401]
- Atomoxétine (Strattera®)					
- Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®, Focalin®, etc.)					
- Ou autres					
Antidépresseurs p.ex.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Remeron®					[CM501]
- Fluoxétine®					
- Citalopram®					
- Trimin®					
- Effexor®					
- Floxyfral®					
- Ou autres					
Antipsychotiques p.ex.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Aripiprazole (Abilify®)					[CM601]
- Quétiapine (Sequase®, Seroquel®, etc.)					
- Lévomépromazine (Nozinan®)					
- Chlorprothixène (Truxal®)					
- Halopéridol (Haldol®)					
- Ou autres					
Béta-blockers p.ex.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Propranolol (Indéral®, Bedranol® etc.)					[CM701]
- Aténolol (Aténil®, Tenormin®, etc.)					
- Métoprolol (Loprésor®, Beloc®, etc.)					
- Ou autres					
Médicaments à base de cannabis- THC p.ex.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Sativex®					[CM801]
- Dronabinol					
- Teinture de cannabis					
- Huile de cannabis					
- Huile de Sativa					
- Formule magistrale (produit fabriqué par une pharmacie)					
- Ou autres					

Jamais
Moins d'une fois
par mois
Au moins une
fois par mois
Au moins une fois
par semaine
Chaque jour ou
presque

Médicaments à base de cannabis-
CBD (moins de 1% THC) sur
prescription médicale p.ex.

1

2

3

4

5

[CM901]

- Epidiolex®
- Formule magistrale (produit fabriqué par une pharmacie)

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris un ou plusieurs autres médicaments régulièrement (au moins une fois par semaine) ? [Tous]

Oui

Non

1

2

[CM1001]

[Afficher si un autre médicament a été pris régulièrement (CM1001 = 1)]

Lesquels ?

_____ [CM1002]

Expérience de victime et délinquance

Extended Version: Expérience de victime: QCT Europe³⁴**Pensez aux 6 derniers mois: combien de fois vous est-il arrivé l'une des choses suivantes ?** [Tous]**Au cours des 6 derniers mois, combien de fois vous a-t-on volé quelque chose de votre sac/ sac à main ?** [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO110]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois vous a-t-on volé autre chose ? [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO210]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous été agressé-e physiquement ? [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO310]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous été insulté-e, harcelé-e ou intimidé-e d'une manière ou d'une autre par quelqu'un qui n'est pas un membre de votre famille ? [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO410]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous monté dans un véhicule (voiture, moto, vélomoteur, etc.) dont le/la conducteur-trice était sous l'influence de cannabis ? [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO510]

³⁴ QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Code P2, adaptiert, traduit par Vorlet

Veillez passer en revue les actions suivantes et indiquer si vous les avez vous-même commises au cours des 6 derniers mois, et à quelle fréquence. [Tous]

Troubles de l'ordre public (p.ex. bagarres de rue, ivresse ou comportement contraire à l'ordre public). [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RD110]

Infractions graves aux règles de la circulation routière (p.ex. conduite imprudente, délit de fuite, conduite en état d'ébriété avec un taux d'alcoolémie de 0,5 pour mille et plus, etc.). [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RD210]

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous fait du trafic ou de la contrebande de drogue ? [Tous]

Jamais	Une fois	Deux fois	Plus souvent	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RD310]

³⁵ QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Code P1c, adaptiert, traduit par Vorlet

Environnement social

Veillez penser maintenant à l'ensemble de votre situation de vie au cours des 6 derniers mois.

[Tous]

Extended Version: Satisfaction de la vie: Satisfaction With Life Scale (SWLS)³⁶

A quel point êtes-vous d'accord avec les 5 affirmations suivantes ? [Tous]

Ma vie correspond de près à mon idéal à presque tous les niveaux. [Tous]

Tout à fait d'accord	D'accord	Un peu d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
[UL110]						

Mes conditions de vie sont excellentes. [Tous]

Tout à fait d'accord	D'accord	Un peu d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
[UL210]						

Je suis satisfait-e de ma vie. [Tous]

Tout à fait d'accord	D'accord	Un peu d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
[UL310]						

Jusqu'ici, j'ai obtenu les choses importantes que je souhaite dans la vie. [Tous]

Tout à fait d'accord	D'accord	Un peu d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
[UL410]						

³⁶ Janke & Glöckner-Rist (2014) original, traduit et adapté selon enquête C-Surf (Item A14) https://www.c-surf.ch/img/questionnaires_pdf/q2_follow_up_fr.pdf

Si je pouvais recommencer ma vie, je n’y changerais presque rien. [Tous]

Tout à fait d’accord	D’accord	Un peu d’accord	Ni d’accord ni pas d’accord	Pas vraiment d’accord	Pas d’accord	Pas du tout d’accord
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

[UL510]

En plus de la santé physique et psychique, l'environnement social est également important pour le bien-être. Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions sur votre situation sociale actuelle. [Tous]

Avec combien de personnes de votre parenté avez-vous de bonnes et d'étroites relations ? [Tous]

Nombre de personnes [Range 0-50, UG110]

Combien de bon-ne-s et proches ami-e-s avez-vous ? [Tous]

Nombre de personnes [Range 0-50, UG210]

Avec combien de vos voisin-e-s avez-vous de bonnes et d'étroites relations ? [Tous]

Nombre de personnes [Range 0-60, UG310]

Avec combien de collègues de travail, de connaissances des loisirs, de la politique, de l'église et d'autres domaines de la vie avez-vous de bonnes et étroites relations ?

[Tous]

Nombre de personnes [Range 0-60, UG410]

³⁷ Bachmann (2014)

Avez-vous un·e partenaire de vie ? [Tous]

Oui

Non

1

2

[UU110]

En cas de nécessité, à votre avis, dans quelle mesure les groupes de personnes suivants peuvent-ils vous aider pratiquement, c'est-à-dire par une aide concrète ou un conseil utile ?

[Si existence d'un partenaire de vie (UU110) ou d'au moins une personne avec qui le participant entretient de bonnes relations (UG110, UG210, UG310, UG410)]

Partenaire [Si existence d'un partenaire de vie (UU110 = 1)]

pas du tout (0)

beaucoup (10)



[UU210]

Parenté [Si le participant a de bonnes relations avec au moins une personne de sa parenté (UG110 > 0)]

pas du tout (0)

beaucoup (10)



[UU220]

Ami·e·s [Si existence d'au moins un bon ami (UG210 > 0)]

pas du tout (0)

beaucoup (10)



[UU230]

Voisin·e·s [Si le participant a de bonnes relations avec au moins un voisin (UG310 > 0)]

pas du tout (0)

beaucoup (10)



[UU240]

Collègues [Si le participant a de bonnes relations avec au moins un collègue (UG410 > 0)]

pas du tout (0)

beaucoup (10)



[UU250]

³⁸ Bachmann (2014)

Questions spécifiques à l'étude

Satisfaction à l'égard des lieux d'approvisionnement et du cannabis d'étude³⁹

Où vous êtes-vous procuré (principalement) votre cannabis d'étude ?

[Si du cannabis d'étude a pu être acheté pendant au moins six mois déjà]

Menu déroulant avec lieux d'approvisionnement spécifiques aux études

[B101]

Nous arrivons maintenant à la dernière partie de l'enquête. Vos expériences au cours des 6 derniers mois avec le lieu d'approvisionnement (principal) et avec le cannabis d'étude sont importantes pour nous. [Si du cannabis d'étude a pu être acheté pendant au moins six mois déjà]

A quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? [Si du cannabis d'étude a pu être acheté pendant au moins six mois déjà]

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
Je trouve l'achat de cannabis à mon lieu d'approvisionnement agréable.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B201]
Le personnel de vente est sympathique.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B301]
Le personnel de vente est compétent.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B401]
Je me sens à l'aise dans les locaux de mon lieu d'approvisionnement.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B501]
Mon lieu d'approvisionnement offre suffisamment d'anonymat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B601]
Uniquement pour les Social clubs : j'aime consommer dans le Social Club.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B701]

³⁹ Nordt, Flückiger, Elliker, Engeli & Dürler, traduit par Vorlet

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
Je suis satisfait-e de l'offre des différents produits du cannabis d'étude (fleurs, hasch, variété, teneur en THC/CBD).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B801]
Je suis satisfait-e avec la qualité du cannabis d'étude.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B901]
Je trouve les informations sur le produit (teneur en THC/CBD, variétés, quantité) sur l'emballage du cannabis d'étude utiles.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1001]
Les avertissements sur l'emballage du cannabis d'étude sont compréhensibles.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1101]
Les informations sur les différents thèmes de prévention sont utiles.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1201]
Les informations sur les offres de conseil complémentaires sont utiles.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1301]
Lors de contrôles de police, j'ai pu conserver le cannabis d'étude, en respectant les dispositions légales.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1401]

Souhaitez-vous d'autres produits à base de cannabis en plus des produits d'étude actuellement disponibles ? [Si du cannabis d'étude a pu être acheté pendant au moins six mois déjà]

Oui	Non
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

[B1501]

Quels produits à base de cannabis souhaitez-vous en plus des produits actuellement disponibles ?

[Si du cannabis d'étude a pu être acheté pendant au moins six mois déjà, et que d'autres produits distribués dans le cadre de l'étude sont souhaités (B1501 = 1) ; plusieurs réponses possibles, 1 = oui, 2 = non]

- | | | | |
|-------|--------------------------|--|---------|
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Huile de cannabis pour la consommation orale | [B1601] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | E-liquides à vaporiser | [B1602] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Concentrés de cannabis (p.ex. Shatter, cristaux) | [B1603] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Comestibles | [B1604] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Boissons | [B1605] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Autres: _____ | [B1606] |
| | | | [B1607] |

Veillez indiquer les concentrés de cannabis que vous souhaitez acheter:

[Si des concentrés de cannabis (supplémentaires) sont souhaités (B1603 = 1)]

[B1701]

Sources importantes d'informations sur la consommation de cannabis à faible risque⁴⁰**Veillez indiquer toutes les sources auprès desquelles vous avez obtenu des informations utiles sur la consommation de cannabis à moindre risque.**

[Si du cannabis d'étude a pu être acheté pendant au moins six mois déjà ; ordre aléatoire, plusieurs réponses possibles, 1 = oui, 2 = non ; selon le type d'étude, une autre notion que « médecin de l'étude » peut être utilisée]

- | | | | |
|-------|--------------------------|--|-------------------|
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Site Web (Safer Use, Eve and Rave, Infodrog, ou similaire) | [KQ101] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Personnel des lieux d'approvisionnement | [KQ102] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Flyers d'informations de l'étude | [KQ103] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Médecin de l'étude | [KQ104] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Autres participant·e·s à l'étude | [KQ105] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Autres consommateurs·trices | [KQ106] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Étiquettes sur les produits | [KQ107] |
| [1-2] | <input type="checkbox"/> | Autres _____ | [KQ108] & [KQ109] |

Je partage des informations sur la façon de minimiser le risque de consommation de cannabis pour les consommateurs de cannabis en dehors de l'étude.

[Si du cannabis d'étude a pu être acheté pendant au moins six mois déjà]

- | | | |
|-----|--------------------------|-----|
| [1] | <input type="checkbox"/> | Oui |
| [2] | <input type="checkbox"/> | Non |

[KQ201]

⁴⁰ Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel, traduit par Vorlet

Besoin actuel de conseils et de traitements en lien avec la consommation de cannabis⁴¹

[Tous ; doit être la dernière question de l'enquête]

Ressentez-vous actuellement le besoin d'un conseil ou d'un traitement médical lié à votre consommation de cannabis ?

Oui

Non

1

2

[KB501]

[Si besoin d'un conseil ou d'un traitement médical lié à la consommation de cannabis (KB501 = 1) ; selon le type d'étude, une autre notion que « médecin de l'étude » peut être utilisée]

Souhaitez-vous être contacté-e par le ou la médecin de l'étude ?

Oui

Non

1

2

[KB601]

⁴¹ Nordt & Gubser, traduit par Vorlet

Les liens Web suivants peuvent vous intéresser:

Informations générales :

www.addictionsuisse.ch

www.prevention.ch

Services de consultation :

www.saferzone.ch

www.indexaddictions.ch

Informations actuelles sur les cannabinoïdes synthétiques:

www.eve-rave.ch

(<https://www.eve-rave.ch/wordpress/substanzen/pillenwarnungen/>)

Informations sur les essais pilotes avec cannabis:

www.ofsp.admin.ch

(<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/cannabis/pilotprojekte.htm>)

Aperçu des thèmes de module du questionnaire de base

Nom des items

Les items sont abrégés avec au moins une lettre, les items de question sont numérotés chronologiquement. Les questions relatives au questionnaire de base sont numérotées de 01 à 99, les questions supplémentaires vont de 10 à 990.

Exemple:

D101: Première question sur la démographie (1), affecté au questionnaire de base (01).

Abréviation de l'item		Modul		Thème	Personne responsable
1.Position	2.Position				
D	-	Démographie		Âge, sexe, état civil, type de ménage, niveau d'éducation le plus élevé, emploi, revenu, nationalité	LF CN FE
M	-	Motifs		Motifs de consommation de cannabis	LF CN FE NR
P	D A H P	Santé psychique		Dépressivité, anxiété, TDAH, psychose	MB LF MW DZ MH PP CN
S	K G Z S / P R Q A U	Santé somatique		Plaintes physiques, taille, poids, activité physique, sommeil (court / détaillé), symptômes respiratoires, qualité de vie, état de santé général, séjour à l'hôpital / danger de mort	PD RA AS CN
C	C T A D M U	Comportement de consommation	Cannabis Tabac/Nicotine Alcool Drogues Médicaments	Comportement lié à la consommation de cannabis, trouble lié à la consommation de cannabis, consommation de nicotine, consommation d'alcool, consommation de drogues, consommation de médicaments	LF CN GG FZ EE MS DZ RA FE
K	W H E V B Q	Compétences en matière de consommation		Connaissances en matière de consommation de cannabis à faible risque, des comportements à faible risque lors de la consommation de cannabis, de l'évaluation des risques de sa propre consommation, de la motivation à changer la consommation de cannabis, expériences en matière de conseil / traitement et besoin actuel en conseil / traitement, sources importantes d'information sur la consommation de cannabis à faible risque	LF CN PD GG CLT LG
R	O D	Expérience de victime et délinquance		Expérience de victime, comportement anormal et délinquant	CN

U	L G U	Environnement social	Satisfaction de la vie, taille du réseau social, soutien social attendu	CF CN
B	-	Lieu d'approvisionnement et cannabis d'étude	Satisfaction du lieu d'approvisionnement et du cannabis d'étude	LF FE CN PD EE

Contributeurs et institutions

Abréviation	Nom	Institution
AS	Anna Schöni	Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern
CF	Carlo Fabian	Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz
CLT	Cesar Leos-Toro	Jacobs Center for Productive Youth Development, University of Zurich; School of Public Health & Health Systems, University of Waterloo
CN	Carlos Nordt	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
DZ	Daniele Zullino	Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève
EE	Etna Engeli	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
FE	Florian Elliker	Seminar für Soziologie, Universität St. Gallen
FZ	Frank Zobel	Addiction Suisse
GG	Gerhard Gmel	Médecine des addictions, Centre hospitalier universitaire vaudoise, Université de Lausanne
LF	Lavinia Flückiger	Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Sucht
LG	Ladina Gubser	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
MB	Maximilian Buschner	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
MH	Marcus Herdener	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
MS	Michael Schaub	ISGF Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, Universität Zürich
MW	Marc Walter	Universitäre Psychiatrische Kliniken, Universität Basel
NR	Niklaus Reichle	Seminar für Soziologie, Universität St. Gallen
PD	Patricia Dürler	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
PP	Philippe Pfeifer	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Universität Bern
RA	Reto Auer	Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern