

# La santé des collégiens en France/2014

Données françaises de l'enquête internationale Health  
Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Questionnaire à destination des élèves de 4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 2<sup>nd</sup>e



## À PROPOS DE HBSC

*Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) est une enquête transversale conduite en classe auprès d'élèves de 11, 13 et 15 ans, par auto-questionnaire anonyme, tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle porte sur la santé, le bien-être des jeunes, leurs comportements de santé et leurs déterminants. En 2014, elle a été menée dans 42 nations selon une méthodologie et un questionnaire standardisés. En France, l'échantillon de 2014 comporte 7 023 collégiens scolarisés dans 169 collèges métropolitains. Les établissements et classes sélectionnés pour participer à l'enquête ont été tirés au sort par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) du ministère chargé de l'Éducation nationale selon un sondage en grappes aléatoire stratifié/équilibré afin d'assurer la représentativité de l'échantillon final. Le seuil de significativité des différences présentées dans les brochures est fixé à 1 %, sauf mention contraire. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la [Méthodologie générale](#).

Direction de la collection **François Bourdillon**

Édition **Jeanne Herr**

Conception graphique, maquette et réalisation **Philippe Ferrero**

Santé publique France  
12 rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice Cedex France

Santé publique France autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Questionnaire à destination des élèves de 4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 2<sup>nd</sup>e*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 18 p.



FRANCE 4-3-2  
2014



Bonjour,

En répondant à ce questionnaire, tu vas nous aider à mieux comprendre comment vivent les jeunes de ton âge. Les mêmes questions seront posées dans plus de 40 pays d'Europe et d'Amérique du nord.

Ce questionnaire est **confidentiel** et **anonyme**. **Personne dans ton établissement scolaire ni dans ta famille ne pourra le lire.**

Comme ce questionnaire est le même dans les différents pays, il peut y avoir des questions qui te paraissent inhabituelles. Prends ton temps pour bien lire chaque question, l'une après l'autre, et y répondre le plus sincèrement possible. Nous sommes seulement intéressés par ce que toi tu vis et penses. Il ne s'agit ni d'un test ni d'un contrôle, il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses.

Après avoir rempli ton questionnaire, tu le fermeras avec l'étiquette qui t'a été distribuée, puis tu le mettras dans l'enveloppe commune, qui sera envoyée au centre de recherche.

Nous espérons que tu aimeras répondre à ce questionnaire, encore merci de participer.

*Docteurs Emmanuelle Godeau et Félix Navarro, Mariane Sentenac, responsables de l'enquête HBSC-France*

Etiquette

#### Ce que tu dois savoir avant de commencer

- Utilise un **stylo noir** ou **bleu foncé** (surtout pas un crayon, un stylo brillant ou de couleur claire ni un gros marqueur). Sinon, le scanner ne pourra pas lire tes réponses.
- Tu dois répondre aux questions **dans l'ordre**.
- Si tu trouves une question difficile, choisis la réponse qui te semble **vraie la plupart du temps**.
- Tu peux ne pas répondre à une question si tu n'en as pas envie.
- Pour répondre aux questions, il te suffit de faire une croix comme ceci : ☒
- Si tu t'es trompé(e), noircis complètement la case et coche la bonne case : ☐ ☒
- Lorsque les cases sont rondes, tu peux cocher plusieurs réponses : ☐ ☒ ☒ ☐

## 1) Es-tu une fille ou un garçon ?

<sup>1</sup> ☐ Garçon<sup>2</sup> ☐ Fille

## 2) En quelle classe es-tu ?

<sup>4</sup> ☐ quatrième<sup>5</sup> ☐ troisième<sup>6</sup> ☐ seconde<sup>7</sup> ☐ autre, précise : .....

## 3) En quel mois es-tu né(e) ?

<sup>1</sup> ☐ janvier (01)<sup>7</sup> ☐ juillet (07)<sup>2</sup> ☐ février (02)<sup>8</sup> ☐ août (08)<sup>3</sup> ☐ mars (03)<sup>9</sup> ☐ septembre (09)<sup>4</sup> ☐ avril (04)<sup>10</sup> ☐ octobre (10)<sup>5</sup> ☐ mai (05)<sup>11</sup> ☐ novembre (11)<sup>6</sup> ☐ juin (06)<sup>12</sup> ☐ décembre (12)

## 4) En quelle année es-tu né(e) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002

## 5) D'habitude, combien de fois par semaine prends-tu un petit-déjeuner (plus qu'un verre de lait ou de jus de fruit, qu'un bol de café ou de thé) ?

Coche une case pour les 5 jours de la semaine  
et une autre pour le week-end.

Semaine (5 jours de classe) (du lundi au vendredi)	Week-end
<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Je ne prends jamais de petit-déjeuner en semaine	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Je ne prends jamais de petit-déjeuner le week-end
<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Un jour	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> D'habitude, je ne prends un petit-déjeuner qu'un seul jour du week-end (le samedi OU le dimanche)
<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Deux jours	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> D'habitude, je prends un petit-déjeuner les 2 jours du week-end (le samedi ET le dimanche)
<sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Trois jours	
<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Quatre jours	
<sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Cinq jours	

## 6) Combien de fois par semaine manges-tu ou bois-tu les aliments suivants ?

Coche une case pour chaque ligne.

	Plusieurs fois par jour, tous les jours	Une fois par jour, tous les jours	5-6 jours par semaine	2-4 jours par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
1. Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sucreries (bonbons, chocolat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coca, soda ou autres boissons contenant du sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Boissons « énergisantes » (Red-Bull, Dark Dog, Burn, Monster Energy drink...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Boissons « énergisantes » associées à de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7) Les repas en famille

Coche une case pour chaque ligne.

	Tous les jours	5-6 jours par semaine	3-4 jours par semaine	1-2 jours par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
1. Tous les combien prends-tu le petit-déjeuner avec ta mère ou ton père ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tous les combien prends-tu le repas du soir avec ta mère ou ton père ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8) Pour le moment, fais-tu un régime ou autre chose pour perdre du poids ?

<sup>1</sup> ☐ Non, mon poids est bon<sup>2</sup> ☐ Non, mais j'ai besoin de perdre du poids<sup>3</sup> ☐ Non, parce que j'ai besoin de grossir<sup>4</sup> ☐ Oui

Une activité physique est n'importe quelle activité qui augmente la vitesse des battements du cœur et fait se sentir essouffé(e) par moments.

On peut pratiquer une activité physique en faisant du sport, en jouant avec des amis à l'école ou ailleurs, ou bien en allant à l'école en marchant.

Quelques exemples d'activité physique : courir, marcher vite, faire du roller, faire du vélo, danser, faire du skate, nager, faire du foot, du rugby, du basket ou du surf.

9) Pendant les 7 derniers jours, combien de jours as-tu pratiqué une activité physique pour un total d'au moins 60 minutes (1 heure) par jour ?

Additionne tout le temps que tu as passé à faire une activité physique au cours de chaque jour.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7
jour	jour	jours	jours	jours	jours	jours	jours

10) Depuis la rentrée scolaire de septembre, ta classe a-t-elle reçu une information concernant le tabac, l'alcool ou une autre drogue ?

Coche une case pour chaque ligne

	Oui, par une infirmière ou une autre personne	Oui, par un professeur	Non	Je ne m'en souviens pas
1. Le tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le cannabis ou une autre drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) As-tu déjà fumé du tabac (au moins une cigarette, un cigare ou une pipe) ?

<sup>1</sup> ☐ Oui

<sup>2</sup> ☐ Non

12) Tous les combien fumes-tu du tabac actuellement ?

<sup>1</sup> ☐ Chaque jour

<sup>2</sup> ☐ Au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours

<sup>3</sup> ☐ Moins d'une fois par semaine

<sup>4</sup> ☐ Je ne fume pas

13) Combien as-tu fumé de cigarettes au cours des 30 derniers jours ?

<sup>1</sup> ☐ Aucune

<sup>2</sup> ☐ Moins d'une cigarette par semaine

<sup>3</sup> ☐ Moins d'une cigarette par jour

<sup>4</sup> ☐ 1-5 cigarettes par jour

<sup>5</sup> ☐ 6-10 cigarettes par jour

<sup>6</sup> ☐ 11-20 cigarettes par jour

<sup>7</sup> ☐ Plus de 20 cigarettes par jour

14) Combien de jours as-tu fumé des cigarettes (si tu l'as déjà fait)?

Coche une case pour chaque ligne

	Jamais	1-2 jours	3-5 jours	6-9 jours	10-19 jours	20-29 jours	30 jours (ou plus)
1. Dans ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Combien de jours as-tu bu des boissons alcoolisées (si tu l'as déjà fait)?

Coche une case pour chaque ligne

	Jamais	1-2 jours	3-5 jours	6-9 jours	10-19 jours	20-29 jours	30 jours (ou plus)
1. Dans ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Actuellement, tous les combien bois-tu des boissons alcoolisées, par exemple bière, vin ou alcools forts ?

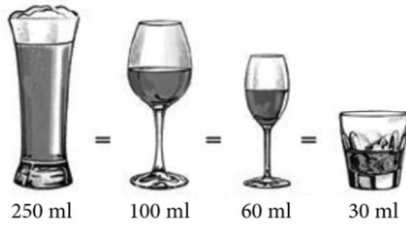
Essaye de compter même les fois où tu n'as bu que de petites quantités.

Coche une seule case pour chaque ligne.

	Jamais	Rarement	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour
1. Bière (sauf bière sans alcool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alcools forts (eau de vie, cocktail, whisky, vodka, pastis, digestif...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prémix (bouteille ou canette contenant un mélange de soda et d'alcool : Smirnoff Ice, Boomerang, Voodoo, Kriska, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cidre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Champagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autre boisson contenant de l'alcool. Laquelle ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Combien de verres d'alcool environ consommes-tu habituellement les jours où tu bois ?

Exemples de verres standards :



Bière	Vin	Liqueur	Alcool fort
-------	-----	---------	-------------

- 1 ☐ Je ne bois jamais d'alcool  
 2 ☐ Moins d'un verre  
 3 ☐ 1 verre  
 4 ☐ 2 verres  
 5 ☐ 3 verres  
 6 ☐ 4 verres  
 7 ☐ 5 verres ou plus

18) As-tu déjà consommé des boissons alcoolisées au point d'être complètement ivre (soûl, soûle) ?

Coche une case pour chaque ligne.

	Oui, plus de 10 fois					Oui, 4 à 10 fois					Oui, 2 ou 3 fois					Oui, une fois					Non, jamais				
1. Au cours de ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2. Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

19) La première fois où tu as été ivre, indique sur cette échelle à quel point tu l'as été.

Si tu n'as jamais été ivre, coche 0

0 ☐ Je n'ai jamais été ivre

<input type="checkbox"/>	10	Très IVRE (au point de ne pas se souvenir de ce qui s'est passé)
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	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	Très peu IVRE

20) As-tu déjà consommé du cannabis (joint, shit, herbe, haschich, bédou, marijuana, résine...)?

Coche une case pour chaque ligne.

	30 jours ou plus					20 à 29 jours					10 à 19 jours					6 à 9 jours					3 à 5 jours					1 ou 2 jours					Jamais				
1. Au cours de ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
2. Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

21) As-tu déjà utilisé une cigarette électronique?

Coche une case pour chaque ligne.

	30 jours ou plus					20 à 29 jours					10 à 19 jours					6 à 9 jours					3 à 5 jours					1 ou 2 jours					Jamais				
1. Au cours de ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
2. Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

22) A quel âge as-tu fait les choses suivantes pour la première fois?

S'il y a quelque chose que tu n'as pas fait, coche « jamais ».

Coche une case pour chaque ligne.

	16 ans ou plus					15 ans					14 ans					13 ans					12 ans					11 ans ou moins					Jamais				
1. Boire une boisson alcoolisée (plus qu'un petit peu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
2. Etre ivre après avoir bu une boisson alcoolisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. Fumer une cigarette (plus qu'une bouffée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4. Fumer du cannabis (joint, haschich, shit, herbe, bédou, résine...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
5. Fumer du tabac avec un narguilé (chicha, pipe à eau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
6. Fumer une cigarette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**23) Selon toi, comment tes professeurs trouvent tes résultats scolaires comparés à ceux de tes camarades ?**

- <sup>1</sup> ☐ Très bons  
<sup>2</sup> ☐ Bons  
<sup>3</sup> ☐ Moyens  
<sup>4</sup> ☐ En dessous de la moyenne

**24) Actuellement, que penses-tu du collège ou du lycée ?**

- <sup>1</sup> ☐ Je l'aime beaucoup  
<sup>2</sup> ☐ Je l'aime un peu  
<sup>3</sup> ☐ Je ne l'aime pas beaucoup  
<sup>4</sup> ☐ Je ne l'aime pas du tout

**25) Es-tu stressé(e) par le travail scolaire ?**

- <sup>1</sup> ☐ Pas du tout  
<sup>2</sup> ☐ Un peu  
<sup>3</sup> ☐ Assez  
<sup>4</sup> ☐ Beaucoup

**26) Voici quelques phrases à propos de ta classe, tes professeurs et ton travail scolaire. Indique à quel point tu es d'accord ou non avec chacune d'entre elles.**

Coche une case pour chaque ligne.

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 5px;"> <span>Pas du tout d'accord</span> <span>Pas d'accord</span> <span>Ni d'accord ni pas d'accord</span> <span>D'accord</span> <span>Tout à fait d'accord</span> </div>				
1. Les élèves de ma classe ont du plaisir à être ensemble.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La plupart des élèves de ma classe sont gentils et prêts à aider les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les autres élèves m'acceptent comme je suis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai l'impression que mes professeurs m'acceptent comme je suis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai l'impression que mes professeurs se préoccupent de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai très confiance en mes professeurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je trouve le travail scolaire difficile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je trouve le travail scolaire fatiguant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27) As-tu déjà redoublé une ou plusieurs classes ?**

- <sup>0</sup> ☐ Non  
<sup>1</sup> ☐ Oui

**28) Dirais-tu que ta santé est :**

- <sup>1</sup> ☐ Excellente  
<sup>2</sup> ☐ Bonne  
<sup>3</sup> ☐ Assez bonne  
<sup>4</sup> ☐ Mauvaise

**29) Combien pèses-tu (sans vêtements) ?**

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ kilos

**30) Combien mesures-tu (sans chaussures) ?**

1 , \_\_\_\_\_ mètres

**31) Voici le dessin d'une échelle. Au sommet de l'échelle, « 10 » est la meilleure vie possible pour toi, tout en bas, « 0 » est la pire vie possible pour toi. En général, où dirais-tu que tu te trouves sur l'échelle en ce moment ?**

Coche la case en face du nombre qui décrit au mieux où tu te trouves.

<input type="checkbox"/>	10	Meilleure vie possible
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	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"/>	0	Pire vie possible

**32) Durant les six derniers mois, tous les combien as-tu eu ?**

*Coche une case pour chaque ligne.*

	Rarement ou jamais				
	Environ une fois par mois				
	Environ une fois par semaine				
	Plus d'une fois par semaine				
	A peu près chaque jour				
1. Mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mal au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Des difficultés à t'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Des étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33) Durant les six derniers mois, tous les combien as-tu été ?**

*Coche une case pour chaque ligne.*

	Rarement ou jamais				
	Environ une fois par mois				
	Environ une fois par semaine				
	Plus d'une fois par semaine				
	A peu près chaque jour				
1. Déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Irritable ou de mauvaise humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34) Le mois dernier, as-tu pris des médicaments pour soigner les troubles suivants :**

*Coche une seule case pour chaque ligne.*

	Oui, plus d'une fois		
	Oui, une fois		
	Non		
1. Mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Difficultés à t'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Etre nerveux (nervosité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35) Voici des phrases recueillies auprès d'adolescents. Lis chacune d'entre elles, et coche «vrai» si elle correspond à ce que tu vis en ce moment, ou «faux» si elle ne correspond pas.**

*Coche une case pour chaque ligne.*

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

**36) Es-tu porteur d'une maladie chronique ou d'un handicap (comme diabète, allergie ou infirmité motrice cérébrale) ayant été diagnostiqués par un médecin ?**

<sup>1</sup> ☐ Non

<sup>2</sup> ☐ Oui

**37) Est-ce que ta maladie chronique ou ton handicap gêne ta présence et ta participation à l'école ?**

<sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas de maladie chronique ni de handicap

<sup>2</sup> ☐ Oui

<sup>3</sup> ☐ Non

→ Si tu n'as pas de maladie chronique ou de handicap, passe à la question 39

**38) Indique quel type de maladie chronique ou de handicap tu as.**

Si tu ne sais pas, coche la case « Autres » et décris avec précision ta maladie chronique ou ton handicap.

Tu peux cocher plusieurs cases.

- <sup>1</sup> ☐ Asthme
- <sup>2</sup> ☐ Allergie (ex : respiratoire, alimentaire, médicamenteuse...)
- <sup>3</sup> ☐ Handicap moteur (ex: paralysie cérébrale/IMC, dyspraxie...)
- <sup>4</sup> ☐ Troubles du langage et de la parole (ex: bégaiement, dyslexie, dysphasie...)
- <sup>5</sup> ☐ Handicap intellectuel ou psychique (ex: autisme, hyperactivité, trisomie 21 ...)
- <sup>6</sup> ☐ Handicap visuel (non complètement corrigé même avec tes lunettes ou des lentilles de contact)
- <sup>7</sup> ☐ Handicap auditif (ex: surdité, malentendant avec appareil...)
- <sup>8</sup> ☐ Épilepsie
- <sup>9</sup> ☐ Autre maladie chronique (ex: problème cardiaque, cancer, diabète, mucoviscidose, insuffisance rénale...)
- <sup>10</sup> ☐ Autres : .....
- .....
- .....

**39) Rencontres-tu des difficultés dans une ou plusieurs des tâches suivantes:**

Coche une case pour chaque ligne.

	Oui, beaucoup de difficulté	Oui, quelque difficulté	Non, aucune
1. Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Te concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ecrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40) Penses-tu que ton corps est :**

- <sup>1</sup> ☐ Beaucoup trop maigre
- <sup>2</sup> ☐ Un peu trop maigre
- <sup>3</sup> ☐ A peu près au bon poids
- <sup>4</sup> ☐ Un peu trop gros
- <sup>5</sup> ☐ Beaucoup trop gros

**41) Penses-tu que le développement de ton corps est en avance ou en retard par rapport aux garçons ou aux filles de ton âge ?**

- <sup>1</sup> ☐ Très en avance
- <sup>2</sup> ☐ Un peu en avance
- <sup>3</sup> ☐ A peu près pareil que les autres
- <sup>4</sup> ☐ Un peu en retard
- <sup>5</sup> ☐ Très en retard

Cette question (42) ne concerne que les filles.

**42) As-tu déjà eu tes règles ?**

- <sup>1</sup> ☐ Non, je ne suis pas encore réglée
- <sup>2</sup> ☐ Oui, j'ai commencé à avoir mes règles à l'âge de :  
| | ans et | | mois

Cette question (43) ne concerne que les garçons.

**43) Es-ce que tu commences à avoir des poils sur la figure (barbe ou moustache) ?**

- <sup>1</sup> ☐ Non, ce n'est pas commencé
- <sup>2</sup> ☐ Oui, ça commence à peine
- <sup>3</sup> ☐ Oui, c'est vraiment en train de s'installer
- <sup>4</sup> ☐ Oui, c'est bien installé

**Pour les garçons et les filles****44) As-tu déjà été amoureux/amoureuse de quelqu'un ? Attention : tu peux cocher plusieurs cases**

- <sup>1</sup> ☐ Oui, d'une/de fille(s)
- <sup>2</sup> ☐ Oui, d'un/de garçon(s)
- <sup>3</sup> ☐ Non, jamais

**45) Es-tu déjà sorti avec quelqu'un? Attention : tu peux cocher plusieurs cases**

- <sup>1</sup> ☐ Oui, d'une/de fille(s)
- <sup>2</sup> ☐ Oui, d'un/de garçon(s)
- <sup>3</sup> ☐ Non, jamais

**46) As-tu déjà eu des rapports sexuels (on dit aussi « faire l'amour », « coucher avec quelqu'un ») ?**

- <sup>1</sup> ☐ Oui
- <sup>2</sup> ☐ Non → Passe à la question 55

**47) La dernière fois que tu as eu des rapports sexuels, as-tu, ou ton partenaire a-t-il, utilisé un préservatif ?**

- <sup>1</sup> ☐ Oui
- <sup>2</sup> ☐ Non
- <sup>3</sup> ☐ Je ne sais pas

48) La dernière fois que tu as eu des rapports sexuels, as-tu, ou ta partenaire a-t-elle, pris la pilule ?

- <sup>1</sup> ☐ Oui  
<sup>2</sup> ☐ Non  
<sup>3</sup> ☐ Je ne sais pas

49) La dernière fois que tu as eu des rapports sexuels, as-tu, ou ta partenaire a-t-elle, utilisé une contraception d'urgence (par exemple, pilule du lendemain) ?

- <sup>1</sup> ☐ Oui  
<sup>2</sup> ☐ Non  
<sup>3</sup> ☐ Je ne sais pas

50) La dernière fois que tu as eu des rapports sexuels, as-tu, ou ton/ta partenaire a-t-il/elle, utilisé une/d'autre(s) méthode(s) ?

- <sup>1</sup> ☐ Oui  
<sup>2</sup> ☐ Non  
<sup>3</sup> ☐ Je ne sais pas

51) Quel âge avais-tu lorsque tu as eu des rapports sexuels pour la première fois ?

- |   |  |
|---|--|
| <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 11 ans ou moins | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> 14 ans         |
| <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 12 ans          | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> 15 ans         |
| <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 13 ans          | <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> 16 ans ou plus |

52) Quel âge avait ton/ta partenaire lorsque tu as eu des rapports sexuels pour la première fois ?

- |   |   |
|---|---|
| <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 11 ans ou moins | <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> 17 ans          |
| <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 12 ans          | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> 18 ans          |
| <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 13 ans          | <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> 19 ans          |
| <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> 14 ans          | <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> 20 ans ou plus |
| <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> 15 ans          | <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> 16 ans          |   |

53) Ton partenaire pour cette première fois était... ?

- <sup>1</sup> ☐ de sexe masculin  
<sup>2</sup> ☐ de sexe féminin

54) A propos de la première fois où tu as eu des rapports sexuels, dirais-tu que ?

- <sup>1</sup> ☐ tu aurais préféré que ça se passe plus tôt  
<sup>2</sup> ☐ tu voulais que ça se passe à ce moment-là  
<sup>3</sup> ☐ tu aurais préféré que ça se passe plus tard  
<sup>4</sup> ☐ tu n'avais pas vraiment envie de relations sexuelles  
<sup>5</sup> ☐ tu ne t'es pas posé cette question

55) A quel âge penses-tu que la plupart des gens ont leurs premiers rapports sexuels en France ?

A l'âge de \_\_\_\_\_ ans.

### Brimades et harcèlement

*On dit qu'un(e) élève EST BRIMÉ(E) lorsqu'un(e) autre élève ou un groupe d'élèves lui disent ou lui font des choses méchantes ou qui ne lui plaisent pas. On parle aussi de brimade quand on se moque de manière répétée d'un(e) élève d'une façon qui ne lui plaît pas, ou quand on le (la) met délibérément de côté.*

*Par contre, si deux élèves de la même force se disputent ou se battent, on ne peut pas dire que l'un d'eux (l'une d'elles) est brimé(e). De même, on ne parle pas de brimade quand on plaisante pour s'amuser et de manière amicale.*

56) Tous les combien as-tu participé à brimer un(e) ou des élèves à l'école ces deux derniers mois ?

- <sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas participé à brimer un(e) ou des élèves à l'école ces deux derniers mois  
<sup>2</sup> ☐ Ce n'est arrivé qu'une ou deux fois  
<sup>3</sup> ☐ 2 ou 3 fois par mois  
<sup>4</sup> ☐ Environ une fois par semaine  
<sup>5</sup> ☐ Plusieurs fois par semaine

57) Tous les combien as-tu été brimé(e) à l'école ces deux derniers mois ?

- <sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas été brimé(e) à l'école ces deux derniers mois  
<sup>2</sup> ☐ Ce n'est arrivé qu'une ou deux fois  
<sup>3</sup> ☐ 2 ou 3 fois par mois  
<sup>4</sup> ☐ Environ une fois par semaine  
<sup>5</sup> ☐ Plusieurs fois par semaine

58) Tous les combien as-tu été brimé(e) des manières suivantes ces deux derniers mois ?

Coche une case pour chaque ligne.

	Plusieurs fois par semaine				
	Environ 1 fois par semaine				
	2 ou 3 fois par mois				
	Seulement 1 ou 2 fois				
	Je n'ai pas été brimé(e) de cette façon ces deux derniers mois				
1. On m'a envoyé des messages méchants, posté des commentaires sur mon mur, des e-mails, des SMS ou on a créé un site web pour se moquer de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. On a pris des photos de moi peu flatteuses ou inappropriées, sans ma permission et on les a mises en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**59) As-tu déjà été victime de violence à l'intérieur de l'école ?***Attention : Tu peux cocher plusieurs cases.*

- <sup>1</sup> ☐ Non, jamais
- <sup>2</sup> ☐ Oui, j'ai été frappé(e)
- <sup>3</sup> ☐ Oui, on m'a volé mes affaires
- <sup>4</sup> ☐ Oui, j'ai été victime de racket
- <sup>5</sup> ☐ Oui, d'une autre manière. Précise : .....

**60) As-tu peur de la violence à l'école ou aux alentours ?***Attention : Tu peux cocher plusieurs cases.*

- <sup>1</sup> ☐ Non, pas vraiment
- <sup>2</sup> ☐ Oui, j'ai peur d'être frappé(e)
- <sup>3</sup> ☐ Oui, j'ai peur qu'on me vole mes affaires
- <sup>4</sup> ☐ Oui, j'ai peur du racket
- <sup>5</sup> ☐ Oui, d'une autre sorte de violence.

Précise : .....

**61) Dans les 12 derniers mois, combien de fois as-tu participé à une bagarre ?**

- <sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas participé à une bagarre dans les 12 derniers mois
- <sup>2</sup> ☐ 1 fois
- <sup>3</sup> ☐ 2 fois
- <sup>4</sup> ☐ 3 fois
- <sup>5</sup> ☐ 4 fois ou plus

**Blessures**

*Beaucoup de jeunes se font mal ou se blessent en faisant des activités comme du sport ou en se bagarrant dans différents endroits comme la rue ou la maison. On parle également de blessures en cas d'intoxications ou de brûlures. Mais les maladies comme la grippe ou la rougeole ne sont pas des blessures.*

*La question suivante porte sur des blessures que tu aurais pu avoir dans les 12 derniers mois.*

**62) Dans les 12 derniers mois, combien de fois as-tu été blessé(e) au point de d'être soigné(e) par une infirmière ou un médecin ?**

- <sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas été blessé(e) dans les 12 derniers mois
- <sup>2</sup> ☐ 1 fois
- <sup>3</sup> ☐ 2 fois
- <sup>4</sup> ☐ 3 fois
- <sup>5</sup> ☐ 4 fois ou plus

*Si tu as eu plus d'une blessure, pense seulement à la plus sérieuse des blessures (la blessure qui a nécessité le plus de temps à guérir) que tu as eue dans les 12 derniers mois.*

**63) Pour la plus grave blessure que tu as eue, est-ce que tu as eu besoin d'un traitement médical tel que plâtre, attelle, points de suture, chirurgie, ou de rester à l'hôpital une nuit ?**

- <sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas été blessé(e) dans les 12 derniers mois
- <sup>2</sup> ☐ Oui
- <sup>3</sup> ☐ Non

**64) Où est-ce que tu étais quand tu as eu cette blessure la plus grave ?**

- <sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas été blessé(e) dans les 12 derniers mois
- <sup>2</sup> ☐ À la maison/dans un jardin (le tien ou celui de quelqu'un d'autre)
- <sup>3</sup> ☐ Au collège/lycée (dont la cour et autres terrains de l'établissement), pendant les heures de cours
- <sup>4</sup> ☐ Au collège/lycée (dont la cour et autres terrains de l'établissement), après les heures de cours
- <sup>5</sup> ☐ Sur un terrain de sport ou dans un autre endroit pour faire du sport (pas au collège, ni au lycée)
- <sup>6</sup> ☐ Dans la rue, sur la route, dans un parking
- <sup>7</sup> ☐ Autre

**65) Que faisais-tu quand tu t'es blessé(e) le plus gravement ?**

- <sup>1</sup> ☐ Je n'ai pas été blessé(e) dans les 12 derniers mois
- <sup>2</sup> ☐ Je faisais du vélo
- <sup>3</sup> ☐ Je jouais ou m'entraînais en sport ou pour une activité de loisir
- <sup>4</sup> ☐ Je marchais/courais (pas dans le cadre du sport ou de l'entraînement)
- <sup>5</sup> ☐ Je conduisais ou étais passager d'une voiture ou un autre véhicule à moteur
- <sup>6</sup> ☐ Je me battais
- <sup>7</sup> ☐ Je faisais un travail payé ou non payé
- <sup>8</sup> ☐ Je faisais une autre activité

**Ta famille**

*Toutes les familles sont différentes (par exemple, tout le monde ne vit pas avec ses deux parents, certains ne vivent qu'avec un seul parent, d'autres ont deux maisons ou vivent dans deux familles) et nous aimerions avoir des renseignements sur la tienne.*

**66) As-tu une autre famille ou une autre maison, comme dans le cas de parents divorcés ou séparés ?**

- <sup>1</sup> ☐ Non
- <sup>2</sup> ☐ Oui : Tous les combien y habites-tu ?
- <sup>1</sup> ☐ La moitié du temps
- <sup>2</sup> ☐ Régulièrement mais moins de la moitié du temps
- <sup>3</sup> ☐ Parfois
- <sup>4</sup> ☐ Presque jamais

67) Réponds à la question suivante pour la maison où tu vis tout le temps ou la plupart du temps et coche les cases des personnes qui y vivent avec toi.

Attention, si tu es en garde alternée, autant chez ton père que chez ta mère, réponds pour la maison où tu es cette semaine.

Attention : Tu peux cocher plusieurs cases.

Adultes :	Enfants :
1 <input type="radio"/> Mère	Dis le nombre de frères et sœurs qui vivent dans cette maison (compte aussi tes demi-frères ou sœurs, les autres enfants de tes parents, les enfants adoptifs). Ecris zéro (0) si tu n'en as pas. <u>Ne te compte pas.</u>
2 <input type="radio"/> Père	Combien de frères ?  _
3 <input type="radio"/> Belle-mère (partenaire, copine ou amie du père/de la mère)	Combien de sœurs ?  _
4 <input type="radio"/> Beau-père (partenaire, copain ou ami de la mère/du père)	
5 <input type="radio"/> Grand-mère	
6 <input type="radio"/> Grand-père	
7 <input type="radio"/> Je vis dans une famille de placement ou un foyer	
8 <input type="radio"/> Je vis avec quelqu'un d'autre ou dans un autre endroit. Ecris lequel : .....	

68) Dans quelle mesure penses-tu que ta famille est financièrement à l'aise ?

Ma famille est :

- 1 ☐ très à l'aise  
2 ☐ plutôt à l'aise  
3 ☐ moyennement à l'aise  
4 ☐ très peu à l'aise  
5 ☐ pas à l'aise du tout

69)

Ton père a-t-il un travail ?

- 1 ☐ Oui  
2 ☐ Non  
3 ☐ Je ne sais pas  
4 ☐ Je n'ai plus (pas) de père ou je ne le vois pas

Si ton père a un travail, indique dans quel type d'endroit il travaille

(par exemple : hôpital, banque, restaurant...)  
.....

Ta mère a-t-elle un travail ?

- 1 ☐ Oui  
2 ☐ Non  
3 ☐ Je ne sais pas  
4 ☐ Je n'ai plus de mère ou je ne la vois pas

Si ta mère a un travail, indique dans quel type d'endroit elle travaille

(par exemple : hôpital, banque, restaurant...)  
.....

Indique exactement le travail que ton père y fait (par exemple : professeur, chauffeur de bus...)  
.....

Si NON, pourquoi ton père n'a-t-il pas de travail ?

(Coche la case qui décrit le mieux sa situation)

- 1 ☐ Il est malade, retraité ou étudiant  
2 ☐ Il cherche du travail  
3 ☐ Il s'occupe des autres ou est à la maison à plein temps  
4 ☐ Je ne sais pas

Indique exactement le travail que ta mère y fait (par exemple : professeur, chauffeur de bus...)  
.....

Si NON, pourquoi ta mère n'a-t-elle pas de travail ?

(Coche la case qui décrit le mieux sa situation)

- 1 ☐ Elle est malade, retraitée ou étudiante  
2 ☐ Elle cherche du travail  
3 ☐ Elle s'occupe des autres ou est à la maison à plein temps  
4 ☐ Je ne sais pas

70) Est-il facile ou non pour toi de parler des choses qui te préoccupent vraiment (des choses importantes, graves...) avec les personnes suivantes ?

Coche une case pour chaque ligne.

	Je n'ai plus (pas) ou je ne vois pas cette personne				
	Très difficile				
	Difficile				
	Facile				
	Très facile				
1. Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beau-père (partenaire, copain ou ami de la mère/du père)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Belle-mère (partenaire, copine ou amie du père/de la mère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71) Dans ma famille :

Coche une case pour chaque ligne.

	Pas du tout d'accord				
	Pas d'accord				
	Ni d'accord ni pas d'accord				
	D'accord				
	Tout à fait d'accord				
1. Je pense que les choses importantes sont discutées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quand je parle, quelqu'un écoute ce que je dis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. On pose des questions quand on ne se comprend pas les uns les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En cas de malentendu, on en discute jusqu'à ce que ce soit clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**72) Nous aimerions avoir ton sentiment sur les phrases suivantes.**

Lis attentivement chacune des phrases. Indique ton sentiment au sujet de chacune des phrases

Coche une case pour chaque ligne.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Ma famille essaie vraiment de m'aider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai l'aide et l'affection dont j'ai besoin de la part de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je peux parler de mes problèmes avec ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**73) Nous aimerions avoir ton sentiment sur les phrases suivantes.**

Lis attentivement chacune des phrases. Indique ton sentiment au sujet de chacune des phrases

Coche une case pour chaque ligne.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Mes ami(e)s essaient vraiment de m'aider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je peux compter sur mes ami(e)s quand les choses vont mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai des ami(e)s avec qui je peux partager mes joies et mes peines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je peux parler de mes problèmes avec mes ami(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**74) Tous les combien parles-tu avec tes ami(e)s par téléphone ou via internet (par exemple sur Face Time ou Skype) ?**

- 1 ☐ Très peu ou jamais  
 2 ☐ Moins d'une fois par semaine  
 3 ☐ Chaque semaine  
 4 ☐ Tous les jours, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ fois.

**75) Tous les combien contactes-tu tes ami(e)s par SMS/texto ?**

- 1 ☐ Très peu ou jamais  
 2 ☐ Moins d'une fois par semaine  
 3 ☐ Chaque semaine  
 4 ☐ Tous les jours, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ fois.

**76) Tous les combien contactes-tu tes ami(e)s par courrier électronique (e-mail) ?**

- 1 ☐ Très peu ou jamais  
 2 ☐ Moins d'une fois par semaine  
 3 ☐ Chaque semaine  
 4 ☐ Tous les jours, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ fois.

**77) Tous les combien contactes-tu activement tes ami(e)s via les messageries instantanées (par exemple : BBM, t'chat sur Facebook) ?**

- 1 ☐ Très peu ou jamais  
 2 ☐ Moins d'une fois par semaine  
 3 ☐ Chaque semaine  
 4 ☐ Tous les jours, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ fois.

**78) Tous les combien contactes-tu tes ami(e)s en utilisant un autre réseau social, tel que Facebook (post sur le mur, mais pas t'chat), My Space, Twitter, autres applications (par ex : Instagram), jeux (par ex : Xbox), YouTube, etc. ?**

- 1 ☐ Très peu ou jamais  
 2 ☐ Moins d'une fois par semaine  
 3 ☐ Chaque semaine  
 4 ☐ Tous les jours, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ fois.

**79) Tous les combien rencontres-tu tes ami(e)s en dehors de l'école avant 20h ?**

- 1 ☐ Très peu ou jamais  
 2 ☐ Moins d'une fois par semaine  
 3 ☐ Chaque semaine  
 4 ☐ Tous les jours, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ fois.

**80) Tous les combien rencontres-tu tes ami(e)s en dehors de l'école après 20h ?**

- 1 ☐ Très peu ou jamais  
 2 ☐ Moins d'une fois par semaine  
 3 ☐ Chaque semaine  
 4 ☐ Tous les jours, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ fois.

81) Combien d'heures par jour environ, pendant ton temps libre, regardes-tu habituellement la télévision, des vidéos (y compris sur YouTube ou des services comparables), des DVD et autres sur écran?

Coche une case pour les jours de semaine et une pour le week-end

<u>Semaine</u>	<u>Week-end</u>
<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Aucune	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Aucune
<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Environ une demi heure par jour	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Environ une demi heure par jour
<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour
<sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour
<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour
<sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour	<sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour
<sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour	<sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour
<sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour	<sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour
<sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Environ 7 h ou plus par jour	<sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Environ 7 h ou plus par jour

82) Combien d'heures par jour environ, pendant ton temps libre, joues-tu habituellement à des jeux sur un ordinateur, sur une console (Playstation, Xbox, Nintendo DS, PS Vita, PSP, PS4, etc.), sur une tablette (comme un i-Pad), sur un Smartphone ou un autre appareil électronique (mais PAS des jeux de fitness ou des jeux où on bouge)?

Coche une case pour les jours de semaine et une pour le week-end.

<u>Semaine</u>	<u>Week-end</u>
<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Aucune	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Aucune
<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Environ une demi heure par jour	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Environ une demi heure par jour
<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour
<sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour
<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour
<sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour	<sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour
<sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour	<sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour
<sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour	<sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour
<sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Environ 7 h ou plus par jour	<sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Environ 7 h ou plus par jour

83) Combien d'heures par jour environ, pendant ton temps libre, utilises-tu habituellement des appareils électroniques tels que ordinateur, tablette (comme un i-Pad) ou un Smartphone pour faire d'autres choses, par exemple, pour faire tes devoirs, envoyer des mails, tweeter, aller sur Facebook, tchatter, surfer sur internet ?

Coche une case pour les jours de semaine et une pour le week-end.

<u>Semaine</u>	<u>Week-end</u>
<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Aucune	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Aucune
<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Environ une demi heure par jour	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Environ une demi heure par jour
<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour
<sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour
<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour
<sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour	<sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour
<sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour	<sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour
<sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour	<sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour
<sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Environ 7 h ou plus par jour	<sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Environ 7 h ou plus par jour

84) Est-ce que ta famille a une voiture (ou une camionnette) ?

- <sup>1</sup> ☐ Non  
<sup>2</sup> ☐ Oui, une  
<sup>3</sup> ☐ Oui, deux ou plus

85) Est-ce que tu as une chambre pour toi tout(e) seul(e) ?

- <sup>1</sup> ☐ Non  
<sup>2</sup> ☐ Oui

86) Combien d'ordinateurs ta famille possède-t-elle (compte les ordinateurs portables et les tablettes mais PAS les consoles de jeux ni les smartphones)?

- <sup>1</sup> ☐ Aucun  
<sup>2</sup> ☐ Un  
<sup>3</sup> ☐ Deux  
<sup>4</sup> ☐ Plus de deux

87) Ta famille a-t-elle un lave-vaisselle à la maison?

- <sup>1</sup> ☐ Non  
<sup>2</sup> ☐ Oui

88) Combien de salles de bain (une pièce avec une baignoire ou une douche ou les deux) y a-t-il à la maison ?

- 1 ☐ Aucune
- 2 ☐ Une
- 3 ☐ Deux
- 4 ☐ Plus de deux

89) Combien de fois as-tu, avec ta famille, voyagé en dehors de la France pour partir en vacances l'année dernière ?

- 1 ☐ Jamais
- 2 ☐ Une fois
- 3 ☐ Deux fois
- 4 ☐ Plus de deux fois

90) En dehors des heures d'école, combien de FOIS par semaine fais-tu habituellement du sport pendant ton temps libre au point de transpirer ou d'être essoufflé(e) ?

- 1 ☐ Chaque jour
- 2 ☐ 4 à 6 fois par semaine
- 3 ☐ 2 à 3 fois par semaine
- 4 ☐ Une fois par semaine
- 5 ☐ Une fois par mois
- 6 ☐ Moins d'une fois par mois
- 7 ☐ Jamais

91) En dehors des heures d'école, combien d'HEURES par semaine fais-tu habituellement du sport pendant ton temps libre au point de transpirer ou d'être essoufflé(e) ?

- 1 ☐ Aucune
- 2 ☐ Environ une demi heure
- 3 ☐ Environ 1 heure
- 4 ☐ Environ 2 à 3 heures
- 5 ☐ Environ 4 à 6 heures
- 6 ☐ 7 heures ou plus

92) Aujourd'hui, sur cette échelle de 0 à 10 ; comment vois-tu ton avenir dans 10 ans ?

Coche la case en face du nombre qui décrit au mieux où tu te trouves.

<input type="checkbox"/>	10	Très agréable/très <b>facile</b>
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	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"/>	0	Très sombre/très <b>difficile</b>

93) Actuellement, quelles sont les deux choses les plus importantes dans ta vie ?

*Attention coche une case par ligne !*

[illegible]

94) Tous les combien te brosses-tu les dents ?

- <sup>1</sup> ☐ Plus d'une fois par jour  
<sup>2</sup> ☐ Une fois par jour  
<sup>3</sup> ☐ Au moins une fois par semaine  
mais pas chaque jour  
<sup>4</sup> ☐ Moins d'une fois par semaine  
<sup>5</sup> ☐ Jamais

95) Aujourd'hui, sur cette échelle de 0 à 10, que dirais-tu de la santé de ta bouche et de tes dents.

Coche la case en face du nombre qui décrit au mieux où tu te trouves.

<input type="checkbox"/>	10	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	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"/>	0	Pas du tout satisfait

96) Pour toi, que signifie « être en bonne santé »

.....

.....

.....

.....

.....

97) Depuis la rentrée scolaire de septembre, ta classe a-t-elle reçu une information sur un ou plusieurs des thèmes suivants ?

Coche une case pour chaque ligne

	Je ne m'en souviens pas			
	Oui, par une infirmière ou une autre personne	Oui, par un professeur	Non	
1. La santé en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'éducation sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu le souhaites, tu peux nous indiquer les autres questions ou sujets que tu aurais aimé trouver dans ce questionnaire.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Nous te remercions beaucoup pour ta collaboration.*

*Tu peux maintenant fermer ton questionnaire en collant l'étiquette qui t'a été donnée à cheval sur l'emplacement indiqué en pointillés sur le bord de la première page.*

**PAGE LAISSÉE BLANCHE DANS LE QUESTIONNAIRE ORIGINAL**

*Pour en savoir plus*



sur l'enquête HBSC

[www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)



sur la santé des jeunes

[www.portailsantejeunes.com](http://www.portailsantejeunes.com)



sur les questions que se posent les jeunes sur la sexualité

[www.onsexprime.fr](http://www.onsexprime.fr)



Fil Santé Jeunes

0800 235 236 (appel gratuit depuis un poste fixe) ou 01 44 93 30 74 (coût d'un appel normal depuis un portable) et [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com)  
répond anonymement aux questions individuelles sur la santé, le mal-être physique ou moral, les violences, les drogues ...



Jeunes violences écoute

0808 807 700 (appel gratuit depuis un poste fixe) [www.jeunesviolencesecoute.fr](http://www.jeunesviolencesecoute.fr)  
Répond anonymement aux questions sur toutes formes de violences dont les violences scolaires, les injures, le harcèlement....



Drogues info service

0 800 23 13 13 (anonyme et gratuit depuis un poste fixe) ou 01 70 23 13 13 (coût d'un appel normal depuis un portable) et [www.drogues-info-service.fr](http://www.drogues-info-service.fr)

Ecoute, information, soutien, orientation de tous les publics concerné par les questions de drogues illicites. Répond anonymement aux questions.

Tu peux aussi rencontrer **l'infirmière de ton établissement** pour toute question que tu te poses autour de ta santé ou ton mal-être, en toute confidentialité.  
Elle saura t'écouter ou t'adresser à d'autres professionnels si besoin.