

DÉPISTAGE DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE

REPÉRAGE ADULTES ALCOOL ET DROGUES

1) CAGE-AID (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-Opener – Adapted to include Drugs)

Outil conçu pour les professionnels de la santé et actuellement beaucoup utilisé par le milieu médical pour détecter rapidement les personnes qui présentent un problème de consommation d'alcool ou de drogues et évaluer la consommation à vie.

Temps de passation : 2 minutes.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : <http://www.partnersagainstpain.com/printouts/A7012DA4.pdf>)

REPÉRAGE JEUNES ALCOOL ET DROGUES

1) ADOSPA / CRAFFT (Auto/moto – Détente – Oubli – Seul – Problèmes – Amis)

Version française du CRAFFT. Chaque item est construit à partir du thème de chaque question : Car – Relax – Alone – Forget – Friends – Trouble. Outil destiné à tous les intervenants qui rencontrent des usagers pouvant présenter un problème lié à leur consommation d'alcool ou de drogues. pour détecter les adolescents qui font une consommation abusive d'alcool ou de drogues. Utilisé dans quelques régions au Québec (ex. : Montérégie). Temps de passation : 5 minutes.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : <http://www.ofta-asso.fr/>)

DÉTECTION ADULTES ALCOOL ET DROGUES

1) ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Outil destine à tous les intervenants qui rencontrent des usagers pouvant présenter un problème lié à leur consommation d'alcool, de tabac ou de drogues pour détecter les personnes ayant une consommation problématique ou à risque d'alcool, de tabac et/ou de substances psychoactives. Temps de passation : 5-10 minutes.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf)

DÉTECTION ADULTES ALCOOL ET DROGUES

2) DÉBA-A/D (Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool/Drogues)

Le DÉBA-A/D fournit une évaluation permettant d'établir le plan d'intervention pour les services de première ligne. Le DÉBA-A/D permet donc d'orienter les personnes vers un niveau de service approprié à la gravité de leur problème de consommation : vers les services de première ligne (ex. : les CSSS, mission CLSC) pour les individus présentant une consommation à risque et problématique; vers les services spécialisés pour les consommateurs abusifs ou dépendants (ex. : centres publics de réadaptation en toxicomanie). Il se présente en deux versions, l'une pour la consommation d'alcool (DÉBA-A) et l'autre pour la consommation de drogues (DÉBA-D).

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : <http://www.risqtoxico.ca/risq/www/deba.php>)

DÉTECTION ADULTES ALCOOL ET DROGUES

3) GAIN-SS (Global Appraisal of Individual Needs – Mesure de dépistage GAIN – Short Screener)

Conçu pour la détection des problèmes de consommation de substances psychoactives et de santé mentale. Peut détecter rapidement les personnes ayant des troubles « internalisés » (anxiété, stress post-traumatique, dépression) ou « externalisés » (troubles de conduite, déficit de l'attention, hyperactivité) ou d'abus et de dépendance aux substances psychoactives.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : http://www.chestnut.org/LI/GAIN/GAIN_SS/GS_2.0.1-English.pdf)

DÉTECTION JEUNES ALCOOL ET DROGUES

1) DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents)

Outil actuellement utilisé dans les CSSS, les écoles et les centres jeunesse du Québec pour détecter les adolescents qui ont une consommation abusive d'alcool ou de drogues afin de les orienter vers des services appropriés.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : http://www.risqtoxico.ca/documents/DEP-ADO_fr_V3.2_2008.pdf)

**DÉTECTION
JEUNES
ALCOOL ET DROGUES**

2) IGT-ADO (Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents)

L'IGT-ADO permet d'évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés chez les adolescents. Il permet également l'orientation vers un traitement approprié.

(Réf : http://www.risqtoxico.ca/documents/Fiche_IGT_ADO_sep08.pdf)

**DÉTECTION
ADULTES
ALCOOL**

1) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Le but de l'outil est de détecter les personnes ayant une consommation problématique d'alcool en évaluant la consommation d'alcool depuis les douze derniers mois et qui donne des seuils de gravité. Temps de passation : environ 5 minutes.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf)

(Réf : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html)

**DÉTECTION
ADULTES
ALCOOL**

2) MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

Outil conçu pour détecter et évaluer la consommation abusive d'alcool. Temps de passation : 10-15 minutes.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : http://www.ncadd-sfv.org/downloads/mast_test.pdf)

**DÉTECTION
ADULTES
DROGUES**

1) DAST-20 (Drug Abuse Screening Test)

Outil beaucoup utilisé dans les CSSS et les centres de réadaptation en toxicomanie pour évaluer l'usage abusif de drogues et les problèmes liés. Comporte des items similaires au MAST (Michigan Alcoholism Screening Test). Temps de passation : 5 minutes.

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

(Réf : <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3618EN.html>)

INTERVENTION PRÉCOCE ADULTES ALCOOL

1) Alcochoix+

Alcochoix+ est un programme de prévention secondaire qui vise à éviter que le problème de consommation d'alcool ne s'aggrave. Il implique l'utilisation de stratégies de contrôle pour réduire la consommation et la maintenir à un niveau qui permet d'éviter les problèmes associés à celle-ci. C'est un programme de gestion de la consommation qui combine des éléments issus de trois approches reconnues efficaces dans le traitement des troubles liés à l'usage de l'alcool :

La théorie de l'apprentissage social

Le modèle cognitivo-comportemental de la rechute

L'intervention motivationnelle.

Ce programme d'intervention vise à réduire le risque associé à la consommation d'alcool. Il s'adresse aux buveurs à risque ou problématiques (sans diagnostic probable d'abus ou de dépendance).

(Réf : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>)

Réf : http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil)

DÉPISTAGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

DÉTRESSE GÉNÉRALE

1) K6 OU K10

Mesure de détresse générale, avec des questions touchant les dimensions de dépression et d'anxiété, qui sert de dépistage pour la présence de troubles mentaux.

(Réf : http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php)

(Réf : http://www.ssslaval.gouv.qc.ca/IMG/pdf/SSLaval_Vol_5_no_9_-_Detresse_psychologique-2.pdf)

Traduction en français : <http://www.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/pdf/distress-detresse-fra.pdf>
(notez que ce document est sous forme d'entrevue plutôt que de questionnaire)

2) SF-36 (Short Form (36) Health Survey)

Outil auto-rapporté avec questions générales sur la santé mentale et la santé physique.

(Réf : <http://www.qualitymetric.com/>)

3) BASIS-24 (Behavior And Symptom Identification Scale)

Outil qui couvre un champ général de difficulté en santé mentale, avec 6 sous-échelles : dépression et fonctionnement, relations interpersonnelles, pensées suicidaires, labilité émotionnelle, éléments psychotiques, abus de substance. Licence requise, avec coût annuel.

(Réf : <http://ebasis.org/>)

DIMENSIONS SPÉCIFIQUES

1) PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRES, PHQ (Questionnaire de santé du patient, QSP)

Séries d'outils de dépistages portant sur la dépression, le trouble de panique, trouble de l'alimentation, trouble d'anxiété généralisée et abus de substance. Le PHQ-9, portant sur la dépression, est de plus en plus utilisé en 1ère ligne.

(Réf : http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screenener=01_PHQ)

2) MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE (MDQ)

Questionnaire auto-rapporté pour dépister un épisode de manie ou hypomanie à vie.

(Réf : <http://www.blackdoginstitute.org.au/healthprofessionals/resources/assessmenttools.cfm>)

Version en français : Weber Rouget et al. (2005). Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Journal of Affective Disorders*, 88, 103–108.

DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ET/OU DE TOXICOMANIE

1) MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Entrevue diagnostique structurée brève qui donne des résultats très proches du SCID-I. Formation requise.

(Réf : <https://www.medical-outcomes.com/index.php>)

2) SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders)

Entrevue diagnostique semi-structurée basée sur le DSM-IV. Couvre la gamme des troubles sur l'Axe I de façon détaillée. Formation requise.

(Réf : <http://www.scid4.org/>)

RÉFÉRENCES

Boîte à outils en dépendances : <http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?id=241>

CAMH (2006). Méthodes de dépistage des troubles concomitants. www.camh.net

Comité permanent sur les troubles concomitants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (2008). Trousse de dépistage d'un trouble mental chez la clientèle présentant un trouble lié à la consommation ou au jeu.

<http://www.acrdq.qc.ca/>

Deady, M. (2009). A Review of Screening, Assessment and Outcome Measures for Drug and Alcohol Settings. Network of Alcohol & other Drug Agencies. <http://www.nada.org.au/>

MSSS. Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-914-01F.pdf>

Rouillard, P. (2004). Rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/Role_medecinsVFweb.pdf

EXEMPLES

Questionnaire Adospa

Repérer un usage de substances psychoactives chez un adolescent

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?

Oui Non

2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous Détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?

Oui Non

3. Avez-vous Oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?

Oui Non

4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes Seul(e) ?

Oui Non

5. Avez-vous déjà eu des Problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?

Oui Non

6. Vos Amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Oui Non

Résultats

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/ActuStruc/test-adospa-adolescent.pdf>

Tableau 5 : CAGE test

CAGE

1. Have you ever felt you ought to **Cut down** on your drinking ?
2. Have people **Annoyed** you by criticizing your drinking ?
3. Have you ever felt bad or **Guilty** about your drinking ?
4. Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (Eye opener)

Tableau 6 : questionnaire DETA

DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **DIMINUER** votre consommation d'alcool?
2. Votre **ENTOURAGE** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **TROP**?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**ALCOOL** le matin pour vous sentir en forme?

<http://doc.rero.ch/record/2835/files/AcciettoC-these.pdf>

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris :

a) Garçons

- i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?
- ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

b) Filles

- i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois	

Fois	

Fois	

Réservé à l'usage de
l'intervenant

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?

- a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.).....
- b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.).....
- c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille.....
- d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse.....
- e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.).....
- f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue.....
- g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.).....
- h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.).....
- i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi.....
- j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant.....

Oui Non

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir une seule réponse)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Pas consommé | <input type="radio"/> La fin de semaine ou une à deux fois par semaine |
| <input type="radio"/> À l'occasion | <input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours |
| <input type="radio"/> Une fois par mois environ | <input type="radio"/> Tous les jours |

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e)

Entourez le FEU
correspondant

V J R

1. Médicaments sédatifs

Anxiolytiques
 Alprazolam* (Xanax®)
 Bromazepam* (Lectopam®)
 Buspirone (Buspar®)
 Clordiazépoxide (Librax®, Librium)
 Clonazepam* (Rivotril®)
 Clonazépate* (Tranzone (D))
 Diazepam* (Valium®)
 Hydroxyzine (Atarax®)
 Lorazepam* (Ativan®)
 Meprobenzate (282 MEP®)
 Oxazepam* (Serax(D))

Hypnotiques
 Flumitrazépam (Rohypnol)
 Flurazépam* (Dalmase (D))
 Hydrate de Chloral
 Nitrazépam* (Mogadon®)
 Temazépam* (Restoril®)
 Triazolam (Halcion(D))
 Zolpidem (Stamoc (D))
 Zopiclone (Imovane®)

Barbituriques
 Butalbital (Fiorinal®, Trizinal®)
 Phénobarbital (Bellergal®, Donnatal (D))

2. Cannabis

Pot
 Hash
 Huile de haschich

3. PCP

Ketamina
 Ketalor®
 PCP (souvent vendu sous le nom de mass ou mescaline)

4. Hallucinogènes

Acide
 Champignons (psilocybine)
 Ecstasy (MDMA/MDA)
 L.S.D.
 Mescaline
 Salvia

5. Cocaïne

Cocaïne (prise + IV.)
 Crack (fumé)
 Freebase (fumé)

6. Autres stimulants

Amphétamine (Dexedrine®, Benzadrine, Adderall®, Crystal)
 Métamphétamine (Crystalmeth, Methedrine)
 Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®)
 Phénetérmine (Jonamin® (D), Fastin)
 Phénetrazine (Prolidine (D))

8. Inhalants

Aérosol
 Colle
 Chloroforme
 Décapant
 Dissolvant
 Essence
 Peinture
 Poppers

Lièges:
 * = Type benzodiazépine
 ® = Nom commercial
 Italique = Non de rue
 D = Discontinué

7. Opiacés

Buprénorphine (Suboxone®)
 Codéine (Empress®®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®)
 Roxibacel-8®
 Diphenoxylate (Lomotil®)
 Fentanyl (Duragesic®)
 Héroïne (Smack)
 Hydrocodone (Tussionex®)
 Hydromorphone (Dilaudid®)
 Morphine (MS-Courin®, Statax®, MS IR®)

Pentazocine (Talwin®)
 Pethidine (Demserol®)
 Propoxyphène (Darvon®)
 Speedball (héroïne/cocaïne)

Sirops avec codéine ou hydrocodone

(Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir)
 Benlylin® codéine 3,3 mg D-E
 Dalmacol®
 Dimétane-Expectorant-C-DC®
 Novolintex C et DH®
 Tussionex® DH
 Triaminic® C et DH

Interprétation des scores de l'ÉSD
 0-2 Intervention première ligne en CSSS
 3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
 6-15 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation.
 Date: _____ Signature usager _____
 Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	19. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez : _____	23. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RIJQ au www.rijqtoxic.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-3008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

GAIN-Short Screener (GAIN-SS)
Version [GVER]: GSS 2.0.1

What is your name? a. _____ b. _____ c. _____
(First name) (M.I.) (Last name)

What is today's date? (MM/DD/YYYY) ____/____/____

<p>The following questions are about common psychological, behavioral, and personal problems. These problems are considered <u>significant</u> when you have them for two or more weeks, when they keep coming back, when they keep you from meeting your responsibilities, or when they make you feel like you can't go on.</p> <p>After each of the following questions, please tell us the last time that you had the problem, if ever, by answering, "In the past month" (3), "2-12 months ago" (2), "1 or more years ago" (1), or "Never" (0).</p>	Past month	2 to 12 months ago	1+ years ago	Never
	3	2	1	0

IDScr

1. When was the last time that you had significant problems...
 - a. with feeling very trapped, lonely, sad, blue, depressed, or hopeless about the future? 3 2 1 0
 - b. with sleeping, such as bad dreams, sleeping restlessly, or falling asleep during the day? 3 2 1 0
 - c. with feeling very anxious, nervous, tense, fearful, scared, panicked, or like something bad was going to happen? 3 2 1 0
 - d. with becoming very distressed and upset when something reminded you of the past? 3 2 1 0
 - e. with thinking about ending your life or committing suicide? 3 2 1 0

EDScr

2. When was the last time that you did the following things two or more times?
 - a. Lied or conned to get things you wanted or to avoid having to do something? 3 2 1 0
 - b. Had a hard time paying attention at school, work, or home? 3 2 1 0
 - c. Had a hard time listening to instructions at school, work, or home? 3 2 1 0
 - d. Were a bully or threatened other people? 3 2 1 0
 - e. Started fights with other people? 3 2 1 0

SDScr

3. When was the last time that...
 - a. you used alcohol or drugs weekly? 3 2 1 0
 - b. you spent a lot of time either getting alcohol or drugs, using alcohol or drugs, or feeling the effects of alcohol or drugs? 3 2 1 0
 - c. you kept using alcohol or drugs even though it was causing social problems, leading to fights, or getting you into trouble with other people? 3 2 1 0
 - d. your use of alcohol or drugs caused you to give up, reduce or have problems at important activities at work, school, home, or social events? 3 2 1 0
 - e. you had withdrawal problems from alcohol or drugs like shaking hands, throwing up, having trouble sitting still or sleeping, or that you used any alcohol or drugs to stop being sick or avoid withdrawal problems? 3 2 1 0

A. U. D. I. T. (Alcohol Use Disorders Identification Test)									
Une boisson standard = 10 g d'alcool pur									
(Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas les dernières semaines)									
1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?									
Jamais	0	Une fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4
2/ Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?									
Une ou deux	0	Trois ou quatre	1	Cinq ou six	2	Sept à neuf	3	Dix ou plus	4
3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
4/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
5/ Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
6/ Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
7/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
8/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?									
Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
9/ Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?									
Non	0	Oui, mais dans l'année passée			2	Oui, au cours de l'année dernière			4
10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?									
Non	0	Oui, mais dans l'année passée			2	Oui, au cours de l'année dernière			4

<http://doc.rero.ch/record/2835/files/AcciettoC-these.pdf>

Questionnaire MAST

1. Pensez-vous consommer de l'alcool en quantité normale, voire moins que la normale ?
2. Après une soirée bien arrosée, vous êtes-vous déjà réveillé(e) en constatant que vous avez oublié une partie de la soirée ?
3. Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool?
4. Pouvez-vous arrêter de boire après 1 à 2 verres, sans difficulté ?
5. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool?
6. Est-ce-que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal?
7. Avez-vous déjà essayé de limiter votre consommation d'alcool à certains moments de la journée ou dans certains endroits ?
8. Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez?
9. Avez-vous déjà assisté à une réunion des alcooliques anonymes (A.A., etc.) pour un problème d'alcool?
10. Vous êtes-vous déjà battu alors que vous buviez de l'alcool ?
11. Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e)?
12. Vos proches ont-ils demandé de l'aide à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?
13. Avez-vous déjà perdu des amis en raison de votre consommation d'alcool ?
14. Avez-vous eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ?
15. Avez-vous déjà perdu votre place en raison de votre consommation d'alcool
16. Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?
17. Avez-vous déjà bu de l'alcool avant midi ?
18. A-t-on déjà diagnostiqué chez vous une maladie de foie ou une cirrhose ?
19. Avez-vous déjà souffert de delirium tremens, de tremblements, entendu des voix ou vu des choses qui ont disparu après avoir bu de l'alcool ?
20. Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?
21. Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?
22. Avez-vous déjà été placé dans un hôpital psychiatrique à cause d'un problème lié à l'alcool ?
23. Avez-vous déjà consulté un psychiatre, un médecin, une assistante sociale, un pasteur ou un prêtre en raison de votre consommation d'alcool ?
24. Avez-vous déjà été arrêté ne serait-ce que quelques heures en raison d'ivresse?
25. Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant?

<http://doc.rero.ch/record/2835/files/AcciettoC-these.pdf>

DAST-20

http://www.ensuringsolutions.org/usr_doc/DAST.pdf

These questions refer to the past 12 months.

Circle your
response

1. Have you used drugs other than those required for medical reasons?..... Yes No
2. Have you abused prescription drugs? Yes No
3. Do you abuse more than one drug at a time? Yes No
4. Can you get through the week without using drugs? Yes No
5. Are you always able to stop using drugs when you want to?..... Yes No
6. Have you had "blackouts" or "flashbacks" as a result of drug use? Yes No
7. Do you ever feel bad or guilty about your drug use? Yes No
8. Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs? Yes No
9. Has drug abuse created problems between you and your spouse or your parents? Yes No
10. Have you lost friends because of your use of drugs? Yes No
11. Have you neglected your family because of your use of drugs? Yes No
12. Have you been in trouble at work because of drug abuse? Yes No
13. Have you lost a job because of drug abuse? Yes No
14. Have you gotten into fights when under the influence of drugs? Yes No
15. Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs? Yes No
16. Have you been arrested for possession of illegal drugs? Yes No
17. Have you ever experienced withdrawal symptoms (felt sick) when you stopped taking drugs? Yes No
18. Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g. memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?..... Yes No
19. Have you gone to anyone for help for a drug problem? Yes No
20. Have you been involved in a treatment program specifically related to drug use? Yes No

Accroché! Pas moi!

Ce questionnaire est confidentiel. Il est important que tu sois honnête envers toi-même.

Ce questionnaire a pour but de t'aider à prendre conscience des changements de comportement qui sont liés à ta consommation.

Si tu as de la difficulté à choisir entre le « oui » et le « non », choisis la réponse qui correspond généralement à la façon dont tu te sens.

	Oui (✓)	Non (✓)
1. Est-ce que la plupart de tes amis boivent ou consomment de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Évites-tu les personnes qui n'approuvent pas ta consommation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As-tu l'impression d'avoir utilisé une drogue juste pour avoir du plaisir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La drogue a-t-elle affecté ton rendement à l'école? Dans ton rapport avec les autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les choses qui comptaient beaucoup avant te semblent-elles moins intéressantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dois-tu consommer plus qu'au début pour obtenir un effet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utilises-tu de la drogue lorsque tu es tendu, déprimé ou pour t'aider à faire face aux situations déplaisantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Passes-tu beaucoup de temps à penser à ton prochain « high » (high veut dire « trip », « brosse », etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As-tu déjà fait quelque chose dont tu as honte à cause des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gardes-tu de la drogue en réserve afin de ne pas paniquer si tu en manques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quand tu penses à ce que tu as l'intention de faire au cours de la journée ou de la semaine, s'agit-il généralement d'activités où il est possible de consommer de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. T'arrive-t-il de consommer plus que tu l'avais prévu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As-tu déjà essayé d'arrêter de consommer et tu as recommencé par la suite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. As-tu déjà été incommodé physiquement ou émotionnellement lorsque tu as essayé d'arrêter de consommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. T'es-tu déjà menti à toi-même ou as-tu déjà menti aux autres concernant la quantité et le type de drogue que tu consommes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. As-tu déjà volé quelqu'un pour obtenir de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Consommes-tu lorsque tu es seul?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>