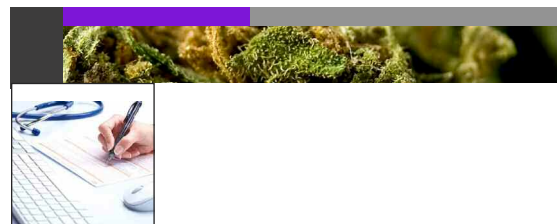


[Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents]



**Synthèse réalisée
par Ivana Obradovic**

[Sommaire]

OUTILS DE REPÉRAGE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUES AU CANNABIS

ALAC (<i>Alcohol Advisory Council</i>)	8-9
B-MACQ (<i>Brief-Marijuana Consequences Questionnaire</i>)	10-11
CAGE-cannabis (<i>Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener</i>)	12-13
CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>)	14-15
CPQ-A et CPQ-AS (<i>Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents</i>)	16-20
CUDIT (<i>Cannabis Use Disorders Identification Test</i>)	22-23
CUDIT-R (<i>Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised</i>)	24-25
CUPIT (<i>Cannabis Use Problems Identification Test</i>)	26-29
DETC (<i>Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis</i>) - version française du CAGE	30-31
<i>Know Cannabis Test</i>	32-34
MACQ (<i>Marijuana Consequences Questionnaire</i>)	36-38
MSI-X (<i>Marijuana Screening Inventory</i>)	40-42
PUM (<i>Problematic Use of Marijuana</i>)	44-45
SDS (<i>Severity of Dependence Scale</i>) ou Échelle de Sévérité de la Dépendance	46-47

OUTILS DE REPÉRAGE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES ILLICITES APPLICABLES AU CANNABIS

AADIS (<i>Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale</i>)	50-54
ADIS (<i>Adolescent Drug Involvement Scale</i>)	56-58
ADOSPA (<i>Adolescents et substances psychoactives</i>) - version française du CRAFFT	60-61
ASMA (<i>Assessment of Substance Misuse in Adolescence</i>)	62-63
ASSIST (<i>Alcohol, Smoking and substance involvement screening test</i>)	64-70
CRAFFT (<i>Car Relax Alone Forget Family or friends Trouble</i>)	72-74
DAP (<i>Drug and Alcohol Problem Quick Screen</i>)	76-77
DAST-A (<i>Drug Abuse Screening Test-Adolescents</i>)	80-81
DAST 10 (<i>Drug Abuse Screening Test in 10 Questions</i>)	82-83
DAST 20 (<i>Drug Abuse Screening Test in 20 Questions</i>)	84-85
DEBA-D (<i>Dépistage et évaluation du besoin d'aide-drogues</i>)	88-91
DEP-ADO (<i>DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents</i>)	92-95
NIDA Quick Screen (<i>NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test</i>)	96-102
PESQ (<i>Personal Experience Screening Questionnaire</i>)	104-105
POSIT Facteur A (<i>Problem-oriented screening instrument for teenagers</i>)	106-107
POSIT short form (<i>POSIT version courte</i>) (<i>Problem-oriented screening instrument for teenagers</i>)	108-109
PUN (<i>Problematic Use of Narcotics</i>)	110-111
SACS (<i>Substances and Choices Scale</i>)	112-113
SMAQ (<i>Substance Misuse in Adolescence Questionnaire</i>)	114-115
SSI-AOD (<i>Simple Screening Instrument for Alcohol and Other Drug Abuse</i>)	116-117

Ce guide vise à offrir une aide pratique aux professionnels de santé de première ligne confrontés aux adolescents pour repérer un éventuel usage problématique de cannabis.

L'utilité du repérage de l'usage problématique de cannabis par les médecins de première ligne est largement reconnue. Celui-ci peut se faire lors d'un **entretien clinique** (focalisé sur la fréquence et la quantité d'usage, la perte de contrôle et les conséquences médico-psychosociales) ou à l'aide d'**outils spécifiques de repérage**, facilement utilisables en médecine de premier recours.

Ce guide décrit les principaux questionnaires qui permettent un repérage rapide et non stigmatisant de l'usage problématique de cannabis. Il se limite à présenter les outils **brefs et/ou simples d'utilisation**, spécifiquement destinés au **repérage** d'un usage problématique de cannabis, sans évoquer les questionnaires permettant de fournir une évaluation de la situation du patient, ni les outils de diagnostic à strictement parler. Il s'agit de dresser un inventaire des instruments de détection de risques potentiellement associés à l'usage de cannabis **chez les adolescents**.

Le **recours à ces outils de repérage** ne saurait se substituer à un jugement clinique. Ils sont un outil complémentaire de l'entretien clinique, guidant le questionnement médical. La vocation de ces questionnaires est de fournir une **indication préliminaire** quant à un éventuel usage problématique de cannabis et/ou une problématique de santé mentale en lien avec l'usage de ce produit.

Le rôle des questionnaires dans le recueil d'informations auprès du patient est variable. Ils peuvent être utilisés par le médecin, selon les cas, pour conduire un entretien structuré (ou standardisé) ou semi-structuré.

- L'entretien structuré est une forme d'entretien qui repose le plus souvent sur l'administration d'un questionnaire par un enquêteur ou un clinicien. L'administrateur de l'entretien intervient directement pour diriger l'entretien en s'appuyant sur un guide relativement contraignant : les questions, leur ordre, les termes utilisés sont fixés à l'avance. L'administrateur peut cependant se permettre de poser des questions complémentaires pour mieux comprendre certaines réponses du patient.
- Un entretien semi-structuré est une forme d'entretien guidé où quelques questions seulement sont préparées à l'avance et où les autres questions sont généralement élaborées au cours de l'entretien.

Contrairement aux questionnaires qui explorent des maladies dont la définition fait l'objet d'un consensus et où le diagnostic peut être établi à travers des questions normalisées, les questionnaires de repérage d'un usage problématique de cannabis s'attachent à identifier d'**éventuels dysfonctionnements**, voire des **comportements à risque corrélés à un usage de cannabis**. Dans cette perspective, les questionnaires abordent plusieurs facettes ou dimensions de l'usage de cannabis. Chaque composante de « l'usage problématique de cannabis » est explorée par plusieurs questions, formant un domaine particulier du questionnaire, qui sont rarement normalisées. Elles explorent des domaines tels que la perte de mémoire, la capacité à s'abstenir de consommer du cannabis, les circonstances de consommation (solitaire, avant midi), etc.

Une attention particulière doit être portée à la validation de ces échelles de mesure, qui reposent sur une structure complexe. Comme pour tout instrument de mesure, les qualités du questionnaire doivent être évaluées et connues avant toute administration : les mesures réalisées doivent être bien reproductibles ; l'outil choisi doit mesurer ce pour quoi il a été construit ; le questionnaire doit permettre de rendre compte d'une modification, même minime, du phénomène exploré, au sein d'un groupe ou chez un même individu. En d'autres termes, il s'agit d'apprécier la **fiabilité**, la **validité** et la **sensibilité au changement** du questionnaire. Ces points sont abordés dans la revue de la littérature à laquelle ce guide est annexé. Une bibliographie est cependant présentée pour chaque outil de repérage, qui permet d'approfondir les conditions d'utilisation de l'instrument.

Les outils de repérage présentés dans ce document s'avèrent différenciés à de nombreux égards.

- Certains sont spécifiques au cannabis, d'autres sont des questionnaires généralistes, applicables à plusieurs drogues.
- La plupart sont uniquement disponibles en langue anglaise, d'autres ont été traduits en français : la comparabilité entre la version originale et la version traduite doit alors être attestée par une validation clinique en France.
- En outre, la plupart des questionnaires peuvent être utilisés comme outils d'auto-évaluation de la consommation¹ (hors entretien médical), tandis que d'autres ont été conçus pour être administrés par un professionnel : ces hétéro-questionnaires peuvent parfois nécessiter un niveau de formation minimal de la part des intervenants médicaux.
- Les modalités de réponse possibles varient également d'un outil à l'autre : certains outils prévoient des réponses binaires (oui / non), alors que, lorsqu'il s'agit d'échelles psychométriques, les choix de réponse comprennent un nombre limité de modalités, généralement en nombre impair² (le plus souvent de 3 à 9), échelonnées en fonction de la fréquence (jamais / rarement / de temps en temps / assez souvent / très souvent) ou du degré d'accord (pas du tout d'accord / pas d'accord / ni en désaccord ni d'accord / d'accord / tout à fait d'accord).
- Enfin, d'autres caractéristiques différencient ces outils : population-cible (adultes, adolescents), période de temps sur laquelle porte l'outil (vie entière, douze derniers mois, six derniers mois, etc.), durée de passation (d'une à 60 minutes), etc.

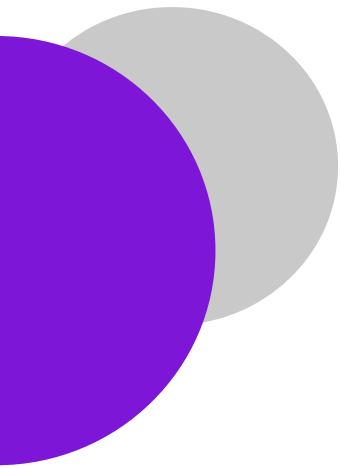
Le guide présente, dans deux sections distinctes, les outils spécifiques au cannabis et ceux qui concernent les drogues illicites en général, ou l'alcool et les drogues, qui sont aussi applicables au cannabis. Pour chaque outil, une **fiche signalétique** rappelant les conditions d'administration et les caractéristiques du questionnaire est présentée sur la page de gauche (sur fond parme) et l'**intégralité du questionnaire** figure en vis-à-vis sur la page de droite (en version française lorsque celle-ci est disponible ; sinon, par défaut, en anglais). Une **bibliographie indicative** est proposée pour chaque instrument : elle distingue en gras les références définissant les conditions initiales d'utilisation des outils, telles qu'elles ont été décrites par les auteurs du questionnaire.

1. Par exemple les suivants : ALAC, CAST, CRAFFT, CUDIT, CUDIT-R, CUPIT, DAP, DAST, MACQ, MSI-X, NM-ASSIST (ou NIDA Quick screen), POSIT Facteur A, SACS, SDS.

2. Dans les échelles impaires, le niveau central permet de n'exprimer aucun avis, tandis que les échelles paires (par exemple à quatre modalités) sont dites « à choix forcé » : à chaque réponse est attribuée une note positive ou négative, ce qui permet de traiter les données en calculant une moyenne et un écart-type. Les échelles mesurant le degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation, comme l'échelle de Likert (du nom du psychologue américain Rensis Likert), sont beaucoup utilisées en psychologie sociale mais aussi dans l'évaluation de la validité sociale d'une intervention psychologique.

OUTILS DE REPÉRAGE SPÉCIFIQUES AU CANNABIS





ALAC (<i>Alcohol, Advisory Council</i>)	8-9
B-MACQ (<i>Brief-Marijuana Consequences Questionnaire</i>)	10-11
CAGE-cannabis (<i>Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener</i>)	12-13
CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>)	14-15
CPQ-A et CPQ-AS (<i>Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents</i>)	16-20
CUDIT (<i>Cannabis Use Disorders Identification Test</i>)	22-23
CUDIT-R (<i>Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised</i>)	24-25
CUPIT (<i>Cannabis Use Problems Identification Test</i>)	26-29
DETC (<i>Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis</i>) - version française du CAGE	30-31
<i>Know Cannabis Test</i>	32-34
MACQ (<i>Marijuana Consequences Questionnaire</i>)	36-38
MSI-X (<i>Marijuana Screening Inventory</i>)	40-42
PUM (<i>Problematic Use of Marijuana</i>)	44-45
SDS (<i>Severity of Dependence Scale</i>) - Échelle de sévérité de la dépendance	46-47



Auteur(s)	Alcohol Advisory Council (ALAC), Nouvelle-Zélande
E-mail	m.johnson@alac.org.nz
Date de publication	1996
Type	Questionnaire d'entretien structuré (11 items)
Objectifs	<p>Repérer différents aspects de l'usage nocif de cannabis, tels que les troubles cognitifs, les éléments de la dépendance dont le syndrome de sevrage, les complications psychiatriques et les répercussions sociales de la consommation.</p> <p>Le questionnaire ALAC spécifique au cannabis s'inspire du questionnaire conçu pour évaluer la consommation de substances psychoactives.</p>
Population-cible	Jeunes
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Mode de passation cotations, scores	Trois réponses affirmatives indiquent un usage problématique de cannabis.
Durée de passation	Environ 3 minutes
Langues	Anglais, français
Bibliographie (par ordre chronologique)	Alcohol Advisory Council of New Zealand (1996). Guidelines for alcohol and drug assessment. Review of alcohol and drug, screening, diagnostic and evaluation instruments. <i>Alcohol Advisory Council of New Zealand</i> , Wellington.
Site Internet	http://alac.rnzcgp.org.nz/info/full_guideline.pdf

ALAC (ALCOHOL ADVISORY COUNCIL)

	Oui	Non
1. Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous êtes-vous déjà senti (e) préoccupé (e) par les effets de votre usage de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aimez-vous « planer », « être défoncé (e) » (stoned), dès le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Êtes-vous de plus en plus souvent « défoncé (e) » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous ressenti « le manque », des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trois réponses affirmatives indiquent un usage problématique de cannabis.

[B-MACQ Brief-Marijuana Consequences Questionnaire]



Auteur(s)	Jeffrey S. Simons Department of Psychology, University of South Dakota (États-Unis)
E-mail	jsimons@usd.edu
Date de publication	2012
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 21 items)
Objectifs	Permettre une évaluation rapide de la sévérité des conséquences de l'usage de cannabis
Population-cible	Élèves
Période de temps sur laquelle porte l'outil	6 derniers mois
Mode de passation cotations, scores	Score total de 0 à 21
Durée de passation	5-10 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Simons JS, Dvorak RD, Merrill JE, Read JP. (2012). Dimensions and severity of marijuana consequences: Development and validation of the Marijuana Consequences Questionnaire (MACQ). <i>Addictive Behaviors</i> , 37(5): 613-621.
Site Internet	nd

[B-MACQ
Brief-Marijuana Consequences Questionnaire]

B-MACQ (BRIEF-MARIJUANA CONSEQUENCES QUESTIONNAIRE)

Instructions: The following is a list of things that sometimes happen to people either during, or after they have been using marijuana. Select either **YES** or **NO** to indicate whether that item describes something that has happened to you **IN THE PAST 6 MONTHS**.

	Yes	No
1. The quality of my work or schoolwork has suffered because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I have driven a car when I was high.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I have felt in a fog, sluggish, tired, or dazed the morning after using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I have been unhappy because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I have gotten into physical fights because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I have spent too much time using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I have felt like I needed a hit of marijuana after I'd gotten up.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I have become very rude, obnoxious, or insulting after using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I have been less physically active because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I have had trouble sleeping after stopping or cutting down on marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I have neglected obligations to family, work or school because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. When using marijuana I have done impulsive things that I regretted later.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I have awakened the day after using marijuana and found I could not remember a part of the evening before.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I have been overweight because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I haven't been as sharp mentally because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I have received a lower grade on an exam or paper than I ordinarily could have because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I have tried to quit using marijuana because I thought I was using too much.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I have felt anxious, irritable, lost my appetite or had stomach pains after stopping or cutting down on marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I often have thought about needing to cut down or to stop using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I have had less energy or felt tired because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I have lost motivation to do things because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[CAGE-cannabis
Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener]
[traduction française : DETC]



Auteur(s)	Lorraine T. Midanik Université de Berkeley, Californie (Etats-Unis)
E-mail	swdean@berkeley.edu
Date de publication	1998
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 4 items), parmi les plus étudiés et les plus utilisés
Objectifs	Repérer l'abus et la dépendance de cannabis
Population-cible	Adultes et adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	2 réponses positives évoquent une consommation nocive de cannabis.
Durée de passation	1 minute
Langues	Anglais, flamand, hébreu, japonais, polonais, portugais, espagnol, français (voir DETC)
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Midanik LT, Zahnd EG, Klein D. (1998). Alcohol and drug CAGE screeners for pregnant, low-income women: the California Perinatal Needs Assessment. <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i> , 22(1): 121-125. - Hinkin CH, Castellon SA, et al. (2001). Screening for drug and alcohol abuse among older adults using a modified version of the CAGE. <i>American Journal on Addictions</i> , 10(4): 319-326.
Site Internet	http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/inscage.htm (NIAAA)



[CAGE-cannabis
Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener]
[traduction française : DETC]

CAGE-CANNABIS (CUT, ANNOYED, GUILTY, EYE-OPENER)

	Yes	No
1. Have you ever tried to, or felt the need to, C ut down on your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you ever get A nnoyed when people tell you to quit smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you ever feel G uilty about smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you ever smoke within half an hour of waking up (E ye-opener)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Two or more positive responses to the following CAGE questions suggests dependence.

[CAST Cannabis Abuse Screening Test]



Auteur(s)	François Beck, Stéphane Legleye Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)	
E-mail	francois.beck@inpes.sante.fr / stephane.legleye@ined.fr	
Date de publication	2003 (CAST), 2007 (CAST avancé)	
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 6 items)	
Objectifs	Repérer l'usage nocif de cannabis à l'aide de six questions abordant les aspects problématiques de la consommation	
Population-cible	Adolescents et jeunes adultes	
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois	
Cotations, scores	CAST Score total de 0 à 6 2 ou 3 = risque élevé d'usage problématique ≥ 4 = risque très élevé d'usage problématique	CAST avancé Score total de 0 à 24 ≥ 7 = usage problématique
Durée de passation	5 minutes	
Langues	Français, anglais	
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Beck F, Legleye S. (2003). Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. OFDT, Paris.- Beck F, Legleye S, Spilka S. (2004). Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003. OFDT, Saint-Denis.- Reynaud M, Karila L, et al. (2005). Original strategies of screening, evaluation, and care of adolescent substance abuse. <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i>, 29(7): 1264-1267.- Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. <i>Journal of Substance Use</i>, 12(4): 233 - 242.- Legleye S, Piontek D, Kraus L. (2011). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, 113(2-3): 229-235.- Legleye S, Kraus L, Piontek D, Phan O, Jouanne C. (2012). Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a sample of cannabis inpatients. <i>European Addiction Research</i> 18 (4) 193-200.Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. <i>International Journal of Methods in Psychiatric Research</i>, 22(1): 16-26.	
Site Internet	http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf	

CAST

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule croix par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d'arrêter votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Avez-vous eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

CAST - AVANCÉ

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule croix par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d'arrêter votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Avez-vous eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

[CPQ-A et CPQ-A-S Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents]



Auteur(s)	Jan Copeland Directrice du <i>National Cannabis Prevention and Information Centre</i> (NCPIC) Sydney, Australie
E-mail	j.copeland@unsw.edu.au
Date de publication	2005/2006
Type	Questionnaire d'entretien structuré (plusieurs versions du questionnaire : 12, 27, 46 et 58 items), inspiré du CPQ pour adultes, lui-même issu de l'APQ (<i>Alcohol Problems Questionnaire</i>), en 46 items
Objectifs	Repérer les troubles liés à l'usage de cannabis chez les adultes (Copeland et al., 2005) et adolescents (Martin et al., 2006)
Population-cible	Population générale (CPQ-A adapté aux adolescents)
Période de temps sur laquelle porte l'outil	3 derniers mois
Cotations, scores	Score total de 0 à 27 (CPQ-A en 27 items) 0 à 58 (CPQ-A en 58 items) 0 à 12 (CPQ-A-S) → usage problématique à partir de 3
Durée de passation	1-2 minutes (CPQ-A-S)
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none"> - Copeland J, Swift W, Rees V. (2001). Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 20(1): 45-52. - Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 21(2): 55-64. - Copeland J, Gilmour S, Gates P, Swift W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, 80(3): 313-319. - Martin G, Copeland J, Gilmour S, Gates P, Swift W. (2006). The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): Psychometric properties. <i>Addictive Behaviors</i>, 31(12): 2238-2248. - Deady M. (2009). A review of screening, assessment and outcome measures for drug and alcohol settings. Network of Alcohol & other Drug Agencies (NADA), Strawberry Hills NSW. - Proudfoot H, Vogl L, Swift W, Martin G, Copeland J. (2010). Development of a short cannabis problems questionnaire for adolescents in the community. <i>Addictive Behaviors</i>, 35(7): 734-737.
Site Internet	http://www.ncpic.org.au

[CPQ-A et CPQ-A-S Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents]

CPQ-A (27 ITEMS)

All the questions apply to your experiences from smoking cannabis in the last 3 months.
Please answer all the questions by ticking yes or no.

In the last 3 months:

	Yes	No
1. Have you tended to smoke more on your own than you used to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you worried about meeting people you do not know when you are stoned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you spent more time with smoking friends than other kinds of friends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have your friends criticised you for smoking too much?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you had any debts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you sold any of your belongings to buy cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Do you find yourself making excuses about money?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you been caught out lying about money?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you been in trouble with the police due to your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you been physically sick after smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Have you passed out after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you had pains in your chest or lungs after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have you felt paranoid after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Have you lost any weight without trying to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Have you been neglecting yourself physically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Have you failed to wash for several days at a time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Have you felt depressed for more than a week?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Have you felt so depressed that you felt like doing away with yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Have you given up any recreational activities you once enjoyed for smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Do you find it hard to get the same enjoyment from your usual interests?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Has your general health been poorer than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Have you driven while stoned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Have you felt more antisocial after smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Have you worried about getting out of touch with friends or family?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Have you been concerned about a lack of motivation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Have you worried about feelings of personal isolation or detachment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Do you usually have a smoke in the morning to get yourself going?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[CPQ-A et CPQ-A-S Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents]

CPQ-A (58 ITEMS)

- Below you will find a list of questions that relate to difficulties that other people who use cannabis sometimes complain of.
- Read each question carefully and answer either YES or NO by putting a tick in the appropriate box if you have experienced any of these difficulties.
- Some questions specifically ask about problems associated with using cannabis, while others ask about general problems that may have occurred.

Please answer all the questions that apply to you. All the questions apply to your experiences in the last 3 months.

[CORE ITEMS]

In the last 3 months:	Yes	No
1. Have you tended to smoke more on your own than you used to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you worried about meeting people you don't know when you are stoned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you spent more time with smoking friends than other kinds of friends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have your friends criticised you for smoking too much?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you had any debts as a result of needing to buy cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you pawned any of your belongings to buy cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you found yourself making excuses about money?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you found yourself worried about the amount of money you have been spending on cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you been caught out lying about money?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you been in trouble with the police due to your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Have you been in juvenile detention or prison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you been physically sick after smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have you passed out after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Have you had pains in your chest or lungs after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Have you had a persistent chest infection or cough?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Have you felt paranoid or antisocial after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Have you had any accidents requiring hospital admission after smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Have you lost any weight without trying to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Have you been neglecting yourself physically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Have you felt depressed for more than a week?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Have you felt so depressed you felt like doing away with yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Have you given up any activities you once enjoyed because of smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Have you had less energy than in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Have you found it hard to get the same enjoyment from your usual interests?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Has your general health been poorer than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Have you driven while stoned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Have you worried about getting out of touch with friends or family?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Have you been concerned about a lack of motivation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Have you felt less able to concentrate than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.. Have you worried about feelings of personal isolation or detachment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[CPQ-A et CPQ-A-S Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents]

[ADDITIONAL ITEMS]

If you have lived with a parent (or guardian) in the past 3 months, answer these questions. Otherwise, go to the next section.

In the last 3 months:

	Yes	No
31. Do your parent(s) use cannabis on a regular basis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Have your parent(s) complained about you smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Have your parent(s) tried to stop you from having a smoke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Have you argued with them about your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Have you tried to avoid your parents(s) after you have been smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have had any regular boyfriend(s)/girlfriend(s)/partner(s) in the past 3 months, answer these questions. Otherwise, go to the next section.

Thinking about the partner that you spent the most time with over the past 3 months:

	Yes	No
36. Does he/she use cannabis on a regular basis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Has he/she complained about your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Have you argued with him/her about smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Has he/she threatened to leave you because of your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Have you avoided him/her after you have been smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have been enrolled in school, tertiary education or any courses of study in the last 3 months, answer these questions. Otherwise, go to the following section.

In the last 3 months:

	Yes	No
41. Have you been less interested or motivated in schoolwork/study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Have you been unable to attend classes because of smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Have your school/course marks dropped?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Have you gone to classes stoned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Have you been less able to concentrate on your schoolwork/study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Have you smoked on school premises?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Have you been unable to complete homework because of your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Have you had complaints from teachers about your work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Have you been disciplined or suspended from school because of smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have been employed, either part-time or full-time, in the past 3 months, please answer these questions.

	Yes	No
50. Have you found your work less interesting than you used to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Have you been unable to arrive on time for work due to your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Have you missed a whole day at work after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Have you been less able to do your job because of smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Have you gone to work stoned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Has anyone at work complained about you being late or absent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Have you had any formal warnings from your employers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Have you been suspended or dismissed from work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Have you had any accidents at work after smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[CPQ-A et CPQ-A-S Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents]

CPQ-A-S (SHORT FORM)

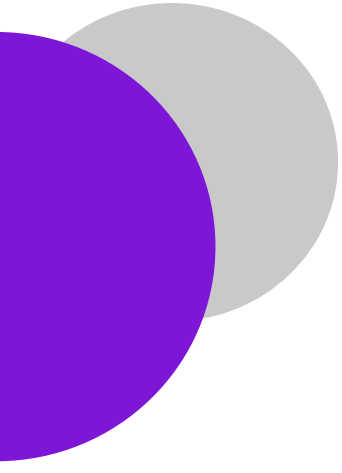
Scale and scoring

Please place a cross (X) next to Yes or No.

In relation to your cannabis use:

	Yes	No
1. Have you tended to smoke more on your own than you used to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you worried about meeting people you don't know when you are stoned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you spent more time with smoking friends than other kinds of friends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have your friends criticised you for smoking too much?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you found yourself worried about the amount of money you have been spending on cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you been in trouble with the police due to your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you been physically sick after smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you passed out after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you had pains in your chest or lungs after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you had a persistent chest infection or cough?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Have you felt paranoid or antisocial after a smoking session?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you worried about getting out of touch with friends or family?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score 1 for each 'yes' answer. Tentative cut-off indicating need for further assessment is 3.



[CUDIT Cannabis Use Disorders Identification Test]



Auteur(s)	Simon Adamson National Addiction Centre (ex- NCTD)/ Department of Psychological Medicine Christchurch School of Medicine & Health Sciences/University of Otago (Nouvelle-Zélande)
E-mail	simon.adamson@otago.ac.nz
Date de publication	2003
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 10 items), spécifique au cannabis, adapté de l'AUDIT (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>) [Saunders et al., 1993]
Population-cible	Adultes et adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	6 derniers mois
Cotations, scores	Score total de 0 à 40 Score ≥ 8 :abus ou dépendance
Durée de passation	5 minutes
Langues	Anglais, allemand, italien, néerlandais, français
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Adamson SJ, Sellman JD. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. <i>Drug and Alcohol Review</i>, 22(3): 309-315.- Annaheim B, Rehm J, Gmel G. (2008). How to screen for problematic cannabis use in population surveys. An evaluation of the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in a Swiss sample of adolescents and young adults. <i>European Addiction Research</i>, 14(4): 190-197.- Annaheim B, Scotto TJ, Gmel G. (2010). Revising the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) by means of Item Response Theory. <i>International Journal of Methods in Psychiatric Research</i>, 19(3): 142-155.- Thake J, Davis CG. (2011). Assessing problematic cannabis use. <i>Addiction Research and Theory</i>, 19(5): 448-458.- Guillem E, Notides C, et al. (2011). Psychometric properties of the cannabis use disorders identification test in French cannabis misusers. <i>Journal of Addictions Nursing</i>, 22(4): 214-223.
Site Internet	http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Cannabis Use Disorders Identification Test Revised 59.pdf (ADAI)

[CUDIT Cannabis Use Disorders Identification Test]

CUDIT (CANNABIS USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

Avez-vous consommé du cannabis pendant les 6 derniers mois ? Oui Non

Si **OUI**, veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre consommation de cannabis pendant les 6 derniers mois.

Merci de cocher la case qui décrit le mieux votre consommation de cannabis pendant les 6 derniers mois.

1. À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?

- | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> 1 fois par mois
ou moins | <input type="checkbox"/> 2-4 fois
par mois | <input type="checkbox"/> 2-3 fois
par semaine | <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus
par semaine |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. Les jours où vous avez consommé du cannabis, vous étiez « défoncé(e) » pendant combien d'heures pour une journée type ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> 3 ou 4 | <input type="checkbox"/> 5 ou 6 | <input type="checkbox"/> 7 à 9 | <input type="checkbox"/> 10 ou plus |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Combien de fois avez-vous été « défoncé(e) » sous cannabis pendant 6 heures ou plus ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par semaine | <input type="checkbox"/> Tous les jours
ou presque |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous arrêter de consommer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par semaine | <input type="checkbox"/> Tous les jours
ou presque |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

5. Combien de fois pendant les 6 derniers mois n'avez-vous pas fait ce que l'on attendait de vous parce que vous aviez consommé du cannabis ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par semaine | <input type="checkbox"/> Tous les jours
ou presque |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous éprouvé le besoin de consommer du cannabis le matin, afin de pouvoir vous « mettre en route » après un usage important de cannabis la veille ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par semaine | <input type="checkbox"/> Tous les jours
ou presque |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

7. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des regrets après avoir consommé du cannabis ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par semaine | <input type="checkbox"/> Tous les jours
ou presque |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

8. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous eu des troubles de la mémoire ou avez-vous eu du mal à vous concentrer après avoir consommé du cannabis ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par mois | <input type="checkbox"/> Une fois
par semaine | <input type="checkbox"/> Tous les jours
ou presque |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

9. Vous êtes-vous fait mal ou avez-vous blessé physiquement quelqu'un parce que vous aviez consommé du cannabis dans les 6 derniers mois ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 0 | 4 |

10. Une personne telle qu'un parent, un(e) ami(e), un médecin ou un professionnel de la santé s'est-elle inquiétée de votre usage de cannabis ou vous a-t-elle conseillé de diminuer votre consommation de cannabis ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 0 | 4 |

[CUDIT-R Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised



Auteur(s)	Simon Adamson National Addiction Centre (ex-NCTD)/ Department of Psychological Medicine Christchurch School of Medicine & Health Sciences/University of Otago (Nouvelle-Zélande)
E-mail	simon.adamson@otago.ac.nz
Date de publication	2010
Type	Questionnaire d'entretien structuré (version courte du CUDIT, réduite à 8 items, dont 4 issus du CUDIT et 4 nouveaux items)
Objectifs	Permettre un repérage bref des problèmes liés à l'usage de cannabis (plus rapide que le CUDIT)
Population-cible	Adultes et adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	6 derniers mois
Cotations, scores	Score total de 0 à 32 Score \geq 13 : usage problématique de cannabis
Durée de passation	Moins de 5 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, et al. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 110(1-2): 137-143.
Sites Internet	- http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Cannabis Use Disorders Identification Test Revised 59.pdf - http://www.addiction.org.nz

[CUDIT-R
Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised

CUDIT-R (CANNABIS USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST REVISED)

Have you used any cannabis over the past six months? YES NO

If YES, please answer the following questions about your cannabis use. Circle the response that is most correct for you in relation to your cannabis use *over the past six months*.

1. How often do you use cannabis?	Never 0	Monthly or less 1	2-4 times a month 2	2-3 times a week 3	4 or more times a week 4
2. How many hours were you "stoned" on a typical day when you have been using cannabis?	Less than 1 0	1 or 2 1	3 or 4 2	5 or 6 3	7 or more 4
3. How often during the past 6 months did you find that you were not able to stop using cannabis once you had started?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
4. How often during the past 6 months did you fail to do what was normally expected from you because of using cannabis?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
5. How often in the past 6 months have you devoted a great deal of your time to getting, using or recovering from cannabis?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
6. How often in the past 6 months have you had a problem with your memory or concentration after using cannabis?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
7. How often do you use cannabis in situations that could be physically hazardous, such as driving, operating machinery, or caring for children?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
8. Have you ever thought about cutting down, or stopping your use of cannabis?	Never 0	Yes, but not in the past 6 months 2	Yes, during the past 6 months 4		

[CUPIT Cannabis Use Problems Identification Test]



Auteur(s)	Jan Bashford (Nouvelle-Zélande)
E-mail	janbashford@gmail.com
Date de publication	2010
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 16 items)
Objectifs	Permettre un repérage rapide de l'usage problématique de cannabis
Population-cible	Adultes et adolescents (à partir d'un niveau de lecture équivalent à 7-8 années de scolarisation)
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois et 3 derniers mois
Cotations, scores	Score total de 0 (aucun usage) à 82 (usage régulier ou quotidien, très problématique). <i>Les 16 items du CUPIT mesurent le concept d'usage à risque au sens du DSM/CIM (items 1 et 2), l'abus et la dépendance (3-10), et les problèmes socio-sanitaires liés à l'usage (11-16).</i> Usage problématique de cannabis : score \geq 20 (adultes et adolescents)
Durée de passation	8-10 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	Bashford J, Flett R, Copeland J. (2010). The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. <i>Addiction</i> , 105(4): 615-625.
Site Internet	http://ncpic.org.au/static/downloads/workforce/cannabisinfo/assessment-tools/cannabis-use-problems-identification-test.pdf

CUPIT (CANNABIS USE PROBLEMS IDENTIFICATION TEST)

Some people can use cannabis without developing any serious problems. Others can experience health problems, or other kinds of problems. If you answer the questions below, it can help you to work out if you are having any problems with cannabis. There are no right or wrong answers.

For each question TICK the answer closest to your cannabis use over the past 12 months.

1. On how many days have you used cannabis during the past 12 months?

(If there was no pattern to your cannabis use, please make your best estimate.)

- 1 1 – 6 days (less than one day a month)
- 2 7 – 12 days (an average pattern of one day a month)
- 3 13 – 36 days (an average pattern of 2 – 3 days a month)
- 4 37 – 52 days (an average pattern of one day a week)
- 5 53 – 104 days (an average pattern of 2 days a week)
- 6 up to 208 days (an average pattern of 3-4 days a week)
- 7 up to 312 days (an average pattern of 5-6 days a week)
- 8 up to 365 days (daily/most days)

2. Now please think about your recent cannabis use.

On how many days have you used cannabis over the past 3 months (90 days)?

- 0 no days
- 1 1 – 2 days (less than one day a month)
- 2 3 – 4 days (an average pattern of one day a month)
- 3 5 – 9 days (an average pattern of 2 – 3 days a month)
- 4 10 – 15 days (an average pattern of one day a week)
- 5 16 – 26 days (an average pattern of 2 days a week)
- 6 27 – 52 days (an average pattern of 3 – 4 days a week)
- 7 53 – 78 days (an average pattern of 5 – 6 days a week)
- 8 79 – 90 days (daily/most days)

Over the past 12 months:

3. How many times would you use cannabis on a typical day when you were using?

(Note: at least one hour between each new 'use')

- 1 once
- 2 twice
- 3 3 – 4 times
- 4 5 – 6 times
- 5 7 – 9 times
- 6 10 or more times

4. How often have you used cannabis first thing in the morning?

- 0 never
- 1 once or twice
- 2 less than monthly
- 3 monthly
- 4 one day a week
- 5 several days a week
- 6 daily/always

[CUPIT Cannabis Use Problems Identification Test]

Over the past 12 months:

5. How much of the average day do you spend/or feel stoned?

- 0 0 hours
- 1 1 – 2 hours
- 2 3 – 4 hours
- 3 5 – 6 hours
- 4 7 – 8 hours
- 5 9 or more hours

6. How difficult do you think you would find it to stop using or go without cannabis altogether?

- 0 not at all difficult
- 1 a bit difficult
- 2 quite difficult
- 3 very difficult
- 4 impossible

7. What was the longest time you went without using cannabis?

- 1 6 months or longer
- 2 3 – 5 months
- 3 1 – 2 months
- 4 2 – 3 weeks
- 5 one week
- 6 4 – 6 days
- 7 2 – 3 days
- 8 one day
- 9 no days at all

8. Have you felt that you needed cannabis?

- 0 never
- 1 sometimes
- 2 quite often
- 3 very often
- 4 always/all the time

9. Have you been able to stop using cannabis when you wanted to?

- 4 never/at no time
- 3 sometimes (not often)
- 2 quite often (half the time)
- 1 very often (usually)
- 0 always/all the time

10. Have you found it difficult to get through a day without using cannabis?

- 0 never
- 1 sometimes
- 2 quite often
- 3 very often
- 4 always/all the time



[CUPIT
Cannabis Use Problems Identification Test]

Over the past 12 months:

11. Did your use of cannabis ever interfere with (get in the way of) your work at school, your job, or your home life?

- 0 never
- 1 sometimes
- 2 quite often
- 3 very often
- 4 always/all the time

12. Have you lacked the energy to get things done in the way you used to?

- 0 never
- 1 sometimes
- 2 quite often
- 3 very often
- 4 always/all the time

13. Have you given up things you used to enjoy or were important because of cannabis?

(e.g., work, school, sports, hobbies, being with family and friends, etc.)

- 0 none at all/nothing
- 1 one or two things
- 2 quite a few things
- 3 lots of things
- 4 everything

14. Has anything you had planned, or were expected to do, not happened after using cannabis?

(e.g., a family outing, chores, taking care of children, homework, an assignment, appointment, job interview, training, attending school or work, etc.)

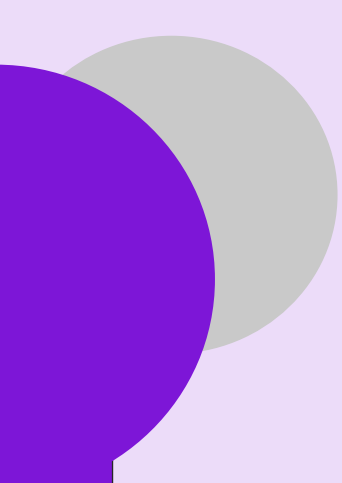
- 0 never
- 1 sometimes
- 2 quite often
- 3 very often
- 4 always/all the time

15. Have you had problems concentrating and remembering things?

- 0 never
- 1 sometimes
- 2 quite often
- 3 very often
- 4 always/all the time

16. Did you ever use cannabis after you had decided not to?

- 0 never
- 1 sometimes
- 2 quite often
- 3 very often
- 4 always/all the time



[DETC Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis]

DETC est l'acronyme français proposé pour « Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis »

Il s'agit d'un équivalent du questionnaire CAGE-cannabis (*Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener*), originellement élaboré et validé aux États-Unis.

Voir : CAGE-cannabis (p. 12-13)

DETC (DIMINUER, ENTOURAGE, TROP, CANNABIS)

	Oui	Non
1. Avez-vous ressenti le besoin de D iminuer votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre E ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez T rop de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu besoin de fumer du C annabis dès le matin pour vous sentir en forme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 réponses positives évoquent une consommation nocive de cannabis.



Auteur(s)	Roel Kerssemakers Clinique Jellinek, Amsterdam (Pays-Bas)
E-mail	roel.kerssemakers@jellinek.nl
Date de publication	2000
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 16 items), développé dans la clinique Jellinek à Amsterdam (Pays-Bas)
Objectifs	Évaluer l'impact de la consommation de cannabis sur la vie quotidienne
Population-cible	Jeunes
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	Score total de 0 à 36 : 0–5 Pas de risque spécifique 6–15 Risque avéré 16–36 Risque sérieux
Durée de passation	Environ 20 minutes
Langues	Néerlandais, flamand, norvégien, anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	nd
Site Internet	http://www.knowcannabis.org.uk/ http://www.jellinek.nl/doedetest/ (application mobile)

KNOW CANNABIS TEST

The test will help you assess your cannabis and its impact on your life. The test has 16 questions. Once you've answered the questions, you'll receive the test results immediately. Depending on your score, we'll make recommendations about your cannabis use.

1. How often do you smoke cannabis?

1. A few times a year
2. Once or twice a month
3. Once or twice a week
4. Every day or almost every day

2. How much money do you spend on cannabis in an average week?

1. Less than £10.00
2. £10.00 - £30.00
3. £30.00 - £70.00
4. More than £70.00

3. How often are you stoned?

1. More than half of the day
2. A few hours every day
3. A few times a week
4. A few times a month
5. Once a month or less

4. When you smoke cannabis, how often do you light up a second joint to get extra stoned?

1. Never
2. Sometimes
3. Regularly
4. Almost always

5. Do you ever smoke cannabis in combination with other substances such as alcohol, cocaine or ecstasy? Please ignore tobacco when answering this question.

1. Yes, often
2. Yes, sometimes
3. No, never

6. When do you usually smoke cannabis? Click each relevant option

1. Morning
2. Afternoon
3. Evening
4. Night

7. What are the most important reasons why you use cannabis? Click below three reasons that apply to you.

1. It's more fun than drinking alcohol
2. To relieve boredom
3. To feel good
4. I'm just accustomed to taking it / it's part of the game
5. It's nice to smoke with friends
6. To relieve feelings of depression
7. To help me relax, like before going to sleep
8. To perform or concentrate better
9. I forget my problems for a while
10. To change the effects of other substances (drugs or alcohol)
11. I don't know

8. When you smoke cannabis, what people do you usually smoke with?

1. Always with friends
2. Usually with friends, but sometimes alone
3. Usually alone, and sometimes with friends
4. Always alone

9. Could you stop smoking cannabis whenever you want?

1. No, I couldn't
2. Maybe, but it would take me a lot of effort
3. Probably, but not without some effort
4. Sure, I would have no trouble at all

10. How often have you thought to yourself in the past year, I should cut down or stop'?

1. Never
2. A few times
3. Once a month
4. Once a week
5. Almost every day

11. In the past year, how often has your use of cannabis affected your performance in your work or studies?

1. Never
2. A few times
3. Once a month
4. Once a week
5. Almost every day

12. Do you sometimes put things off because you are stoned?

1. No, never
2. Yes, sometimes
3. Yes, regularly
4. Yes, almost always

13. Have you ever felt extremely frustrated because you couldn't smoke cannabis when you wanted to?

1. No, never
2. Yes, sometimes
3. Yes, regularly
4. Yes, almost always

14. How often in the past year have you felt worried about your use of cannabis?

1. Never
2. A few times during the year
3. A few times a month
4. A few times a week
5. Every day

15. Do you ever have trouble remembering what you said or did?

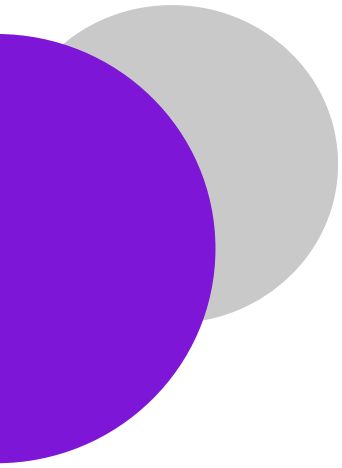
1. No, never
2. Yes, sometimes
3. Yes, quite often
4. Yes, almost all the time

16. Has a friend or acquaintance of yours who also smokes cannabis ever told you that you should cut down your use?

1. Yes, sometimes
2. Yes, regularly
3. No
4. No, because they don't know I smoke it

Score ranges

- 0-5: No added risk, although taking drugs always carries risks.
- 6-15: Definite risk. You're taking too many chances. Try to reduce the risks of your drug use.
- 16-36: Serious risk. Your drug use is getting out of hand.



[MACQ Marijuana Consequences Questionnaire]



Auteur(s)	Jeffrey S. Simons Department of Psychology, University of San Diego (Etats-Unis)
E-mail	jsimons@usd.edu
Date de publication	2012
Type	Questionnaire d'entretien structuré (50 items), adapté du YAACQ (<i>Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire</i>)
Population-cible	Adultes et adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	6 derniers mois
Cotations, scores	Score total de 0 à 50
Durée de passation	15-20 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	Simons JS, Dvorak RD, Merrill JE, Read JP. (2012). Dimensions and severity of marijuana consequences: Development and validation of the Marijuana Consequences Questionnaire (MACQ). <i>Addictive Behaviors</i> , 37(5): 613-621.
Site Internet	http://www.robdivorak.net/resources/Simons%20et%20al%202012.pdf

[MACQ Marijuana Consequences Questionnaire]

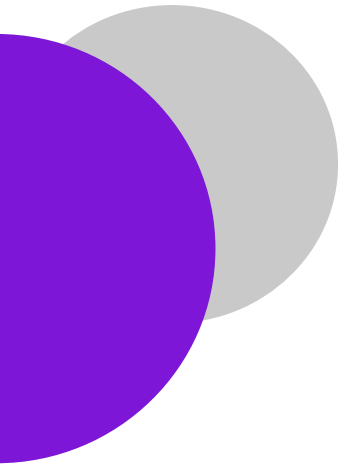
MACQ (MARIJUANA CONSEQUENCES QUESTIONNAIRE)

Instructions: The following is a list of things that sometimes happen to people either during, or after they have been using marijuana. Select either **YES** or **NO** to indicate whether that item describes something that has happened to you **IN THE PAST 6 MONTHS**.

	Yes	No
1. While using marijuana I have said or done embarrassing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. The quality of my work or schoolwork has suffered because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I have felt badly about myself because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I have driven a car when I was high.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I have felt in a fog, sluggish, tired, or dazed the morning after using marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I have passed out from marijuana use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I have taken foolish risks when I have been high.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I have felt very sick to my stomach or thrown up after using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I have gotten into trouble at work or school because of marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I often used more marijuana than I originally had planned.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. My marijuana use has created problems between myself and my boyfriend/girlfriend/spouse/parents, or other near relatives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I have been unhappy because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I have gotten into physical fights because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I have spent too much time using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I have not gone to work, or have missed classes or school because of using marijuana, being high, or after effects (feeling hung-over).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I have felt like I needed a hit of marijuana after I'd gotten up (that is, before breakfast).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I have become very rude, obnoxious, or insulting after using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I have felt guilty about my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I have damaged property or done something disruptive like setting off a fire alarm, or other things like that after using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Because of my marijuana use, I have not eaten properly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I have been less physically active because of my marijuana use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I have had trouble sleeping after stopping or cutting down on marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. My boyfriend/girlfriend/spouse/parents have complained to me about my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I have woken up in an unexpected place after using marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. I have found that I needed larger amounts of marijuana to feel any effect, or that I could no longer get high on the same amount that used to get me high.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[MACQ
Marijuana Consequences Questionnaire]

	Yes	No
26. As a result of marijuana use, I neglected to protect myself or partner from an STD or unwanted pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. I have neglected obligations to family, work, or school because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. I often have ended up using marijuana on nights when I had planned not to use marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. When using marijuana I have done impulsive things that I regretted later	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. I often have found it difficult to limit how much marijuana I use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. My marijuana use has gotten me into sexual situations I have later regretted.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. I have not been able to remember large stretches of time while using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. While using marijuana I have said harsh or cruel things to someone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Because of my marijuana use, I have not slept properly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. My physical appearance has been harmed by my marijuana use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. I have said things while using marijuana that I later regretted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. I have awakened the day after using marijuana and found I could not remember a part of the evening before.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. I have been overweight because of my marijuana use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. I haven't been as sharp mentally because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I have received a lower grade on an exam or paper than I ordinarily could have because of marijuana use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. I have tried to quit using marijuana because I thought I was using too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. I have felt anxious, irritable, lost my appetite or had stomach pains after stopping or cutting down on marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. I have not had as much time to pursue activities or recreation because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. I have injured someone else while using marijuana or high.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. I often have thought about needing to cut down or to stop using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. I have had less energy or felt tired because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. I have had a blackout after using marijuana heavily (i.e. could not remember hours at a time).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Using marijuana has made me feel depressed or sad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. I have felt panicked or paranoid after using marijuana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. I have lost motivation to do things because of my marijuana use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



[MSI-X (revised) Marijuana Screening Inventory]



Auteur(s)	Dale Alexander, PhD, Associate Professor Graduate School of Social Work, University of Houston (Etats-Unis)
E-mail	dalexander@uh.edu
Date de publication	2003
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 31 items, la version initiale en comportant 39)
Objectifs	Permettre un repérage rapide des difficultés liées à un usage problématique de cannabis appelant une évaluation approfondie
Population-cible	Adultes
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	31 questions binaires (oui / non) font l'objet d'un score (score maximum = 26), questions 27 à 31 non comprises dans le score final - Score égal à 0 : risque nul d'usage problématique de cannabis - Score compris entre 1 et 2 : risque faible d'usage problématique de cannabis - Score compris entre 3 et 5 : risque modéré d'usage problématique de cannabis - Score ≥ 6 : risque d'usage problématique de cannabis élevé
Durée de passation	5-10 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Alexander D. (2003). A review of marijuana assessment dilemmas: Time for marijuana specific screening methods? <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> , 3(4): 5-28. - Alexander D. (2003). A marijuana screening inventory (experimental version): description and preliminary psychometric properties. <i>American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> , 29(3): 619-646. - Alexander D. (2003). Clinical pilot experiences using the Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Screening guidelines and case illustrations. <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> , 3: 29-51. - Alexander DE, Leung P. (2004). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Reliability, factor structure, and scoring criteria with a clinical sample. <i>American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> , 30(2): 321-351. - Alexander D, Leung P. (2006). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Concurrent, convergent and discriminant validity with multiple measures. <i>American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> , 32(3): 351-378.
Site Internet	nd

[MSI-X (revised)
Marijuana Screening Inventory]

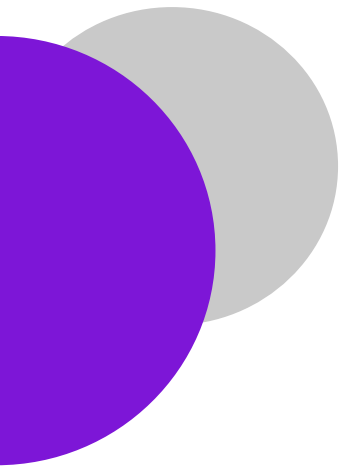
MSI-X REVISED (MARIJUANA SCREENING INVENTORY)

	YES (*Except)	NO	Scoring
1. Have you had difficulty remembering something while using marijuana, to the point it bothered you or a close friend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
2. Have you ever had difficulty with either stopping or controlling your use of marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
3. Has using marijuana ever created problems between you and a close person, spouse, or a relative? If so, which close person? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
4. Has using marijuana ever interfered with any part of your work or occupation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
5. Do you ever feel bad about your marijuana use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
6. Have you ever been arrested, even for a few hours, while you were using marijuana? (Not for possession or dealing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
7. Have you ever been arrested for "drunk driving" or the like, where alcohol or other drugs were not involved, but where you yourself knew marijuana was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
8. Have you ever been arrested for possession of or for dealing in marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
9. Of the times you have sex, are you usually (more than all the time) using marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
10. Has using marijuana ever interfered with any part of your education, learning, or job performance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
11. Have others pointed out to you how marijuana was affecting you adversely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
12. Before today, have you ever consulted a health or mental professional concerning problems associated with marijuana use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
13. If you do not smoke cigarettes, have you ever had a cough that lasted more than 3 months while smoking marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
14. Do you use marijuana every day, for several days in a row?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
15. Do you ever use marijuana before noon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
16. Do you ever use marijuana throughout the whole day?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
17. Do you ever experience nervousness, headaches, or irritability after stopping marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1

[MSI-X (revised)
Marijuana Screening Inventory]

	YES (*Except)	NO	Scoring
18. When you have important things to talk about with someone, does your using marijuana interfere, so that often the important things don't get resolved?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
19. Have you ever lost friends or girlfriends or boyfriends because of your marijuana use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
20. Have you ever had difficulty getting your job done because of using marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
21. Do you often use marijuana secretly or lie to close friends or to your spouse about your marijuana use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
22. Do you often find yourself needing to use larger amounts or to smoke more marijuana to get high?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
23. Do you often feel that using marijuana keeps you from getting things done that you need to do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
24. Have you ever been to a self-help group meeting similar to Narcotics Anonymous or Alcoholics Anonymous because you were concerned about your marijuana use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
25. Have you ever gotten into trouble at school or work where using marijuana was part of the problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
26. Have you ever had difficulty getting your work, school-work or homework done because you were high from marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YES =1
27. Do you ever wake up in the morning after having used marijuana (and no other drugs) the night before and don't feel rested? If so, about how many times in an average week?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Do you ever use marijuana to feel better when you are nervous or depressed? If so, about how many times in an average month?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Have you ever had an accident while using marijuana? If so, about how many accidents have you had?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Have you ever had a "bad trip", "a bummer", or felt very anxious and paranoid while using marijuana? If so, about how many times has this happened?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Do you ever use marijuana to feel normal? If so, about how often a month?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Scored 0 : No problem
 Scored 1-2 : "Low risk" pattern of marijuana use
 Scored 3-5 : "Moderate risk" pattern of marijuana use
 Scored \geq 6 : "High risk" problematic pattern of marijuana use





Auteur(s)	Katarzyna Okulicz-Kozaryn Janusz Sierosławski Katarzyna Kocon
E-mail	kokulicz@ipin.edu.pl
Date de publication	2007
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 8 items)
Objectifs	Permettre un repérage rapide d'un usage problématique de cannabis en distinguant les situations d'usage occasionnel des usages problématiques (risque élevé de développer des troubles liés à l'usage de cannabis)
Population-cible	Adolescents (13-18 ans) présentant des signes d'usage de cannabis
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois
Cotations, scores	3 réponses affirmatives indiquent une forte probabilité (80 %) d'usage problématique de cannabis
Durée de passation	2-5 minutes
Langues	Polonais, anglais (traduction par l'auteur)
Bibliographie (par ordre chronologique)	Okulicz-Kozaryn K. (2007). Ocena psychometrycznych właściwości testu "Problemowe używanie marihuany" (PUM) dla dorastających. <i>Postępy Psychiatrii i Neurologii</i> (16): 105–111.
Site Internet	nd

PUM (PROBLEMATIC USE OF MARIJUANA)

	Yes	No
1. Have you ever skipped school classes or come late to school because of cannabis use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you had a serious argument with family members because of your cannabis use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you had a serious argument with friends because of your cannabis use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever bought cannabis yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you have more and more problems in studying and understanding new information?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever used cannabis when you were alone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Do you often feel desire for cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever spent so much money on cannabis that you had to resign from other things or activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[SDS cannabis
Severity of Dependence Scale]
[traduction française : Échelle
de la dépendance au cannabis]



Auteur(s)	Michael Gossop King's College (Royaume-Uni)
E-mail	michael.gossop@iop.kcl.ac.uk
Date de publication	1995
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 5 items)
Objectifs	Mesurer la dépendance psychologique induite par l'usage de cannabis et l'usage compulsif (outil initialement conçu pour l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines)
Population-cible	Adultes et adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	3 derniers mois
Cotations, scores	Score de 0 à 15 Seuil d'usage problématique fixé à 4 pour les adolescents et 3 pour les adultes
Durée de passation	2-3 minutes
Langues	Anglais, chinois, tchèque, farsi, indonésien, lithuanien, polonais, russe, thaï, vietnamien, français (traduction par Tremblay J., 1999)
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none"> - Gossop M, Darke S, et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. <i>Addiction</i>, 90(5): 607-614. - Gossop M, Best D, Marsden J, Strang J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale [Letter]. <i>Addiction</i>, 92(3): 3533-3534. - Swift W, Copeland J, Hall W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. <i>Addiction</i>, 93(11): 1681-1692. - Martin G, Copeland J, Gates P, Gilmour S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, 83(1): 90-93. - Conway KP, Levy J, et al. (2010). Measuring addiction propensity and severity: The need for a new instrument. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>, 111(1-2): 4-12. - Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, et al. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. <i>Addictive Behaviors</i>, 37(6): 709-715.
Sites Internet	<p>http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/severitydependencescale/en/index.html</p> <p>http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Severity_of_Dependence_Scale_397.pdf</p> <p>http://ncpic.org.au/static/pdfs/assessment-tools/severity-of-dependence-scale.pdf</p>

[SDS cannabis
Severity of Dependence Scale]
[traduction française : Échelle
de la dépendance au cannabis]

**SDS - CANNABIS (SEVERITY OF DEPENDENCE SCALE) /ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE
LA DÉPENDANCE (ESD)**

Au cours des 3 derniers mois :

1. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de cannabis ?

Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
0	1	2	3

2. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de cannabis vous a rendu inquiet ou anxieux ?

Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
0	1	2	3

3. Est-ce que votre consommation de cannabis vous a préoccupé ?

Pas du tout	Un peu	De temps en temps	Beaucoup
0	1	2	3

4. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de cannabis ?

Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
0	1	2	3

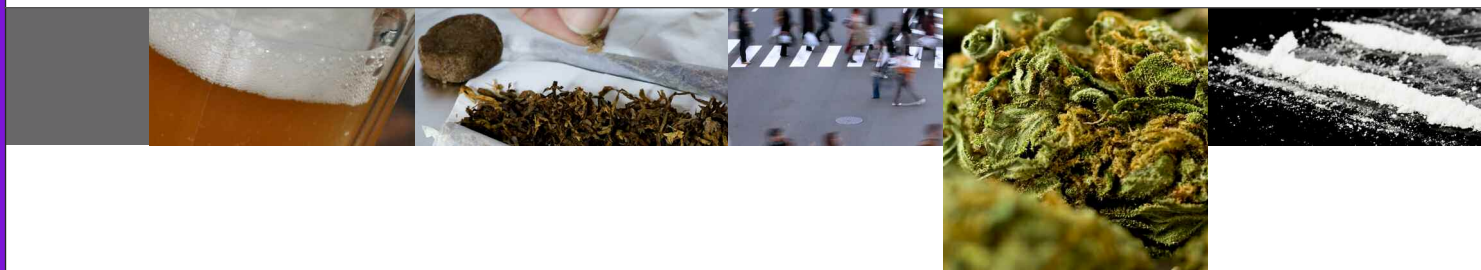
5. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans cannabis ?

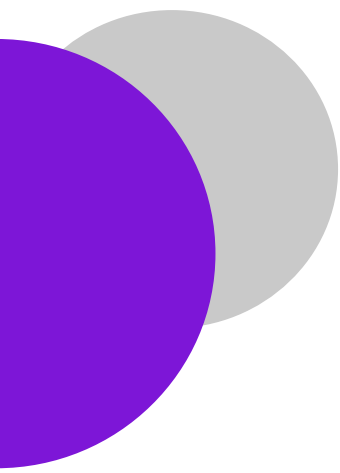
Facile	Assez difficile	Très difficile	Impossible
0	1	2	3

Score _____ **/ 15**

Traduit par Tremblay J. (1999) du SDS

OUTILS DE REPÉRAGE ALCOOL ET DROGUES ILLICITES APPLICABLES AU CANNABIS





AADIS (<i>Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale</i>)	50-54
ADIS (<i>Adolescent Drug Involvement Scale</i>)	56-58
ADOSPA (<i>Adolescents et substances psychoactives</i>) - version française du CRAFFT	60-61
ASMA (<i>Assessment of Substance Misuse in Adolescence</i>)	62-63
ASSIST (<i>Alcohol, Smoking and substance involvement screening test</i>)	64-70
CRAFFT (<i>Car Relax Alone Forget Family or friends Trouble</i>)	72-74
DAP (<i>Drug and Alcohol Problem Quick Screen</i>)	76-77
DAST-A (<i>Drug Abuse Screening Test-Adolescents</i>)	80-81
DAST 10 (<i>Drug Abuse Screening Test in 10 Questions</i>)	82-83
DAST 20 (<i>Drug Abuse Screening Test in 20 Questions</i>)	84-85
DEBA-D (<i>Dépistage et évaluation du besoin d'aide-drogues</i>)	88-91
DEP-ADO (<i>DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents</i>)	92-95
NIDA Quick Screen (<i>NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test</i>)	96-102
PESQ (<i>Personal Experience Screening Questionnaire</i>)	104-105
POSIT Facteur A (<i>Problem-oriented screening instrument for teenagers</i>)	106-107
POSIT short form (POSIT version courte) (<i>Problem-oriented screening instrument for teenagers</i>)	108-109
PUN (<i>Problematic Use of Narcotics</i>)	110-111
SACS (<i>Substances and Choices Scale</i>)	112-113
SMAQ (<i>Substance Misuse in Adolescence Questionnaire</i>)	114-115
SSI-AOD (<i>Simple Screening Instrument for Alcohol and Other Drug Abuse</i>)	116-117

[AADIS Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale]



Auteur(s)	Paul Moberg, Center for Health Policy and Program Evaluation, University of Wisconsin Medical School.
E-mail	dpmoberg@facstaff.wisc.edu / dpmoberg@wisc.edu
Date de publication	2001
Type	Questionnaire d'entretien structuré (14 items) adapté de l'AAIS (<i>Adolescent Alcohol Involvement Scale</i>)
Objectifs	Permettre un repérage bref de l'usage de drogues licites (alcool, tabac) et illicites qui fournisse une indication sur les suites à donner
Population-cible	Adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	<ul style="list-style-type: none"> ■ 0 = Pas d'usage d'alcool ou de drogues illicites ■ 1-36 = Usage avéré d'alcool ou de drogues illicites qui reste en deçà du seuil de troubles au sens du DSM-IV ■ ≥ 37 = Usage avéré d'alcool ou de drogues illicites qui pourrait correspondre aux critères d'abus du DSM IV : recommandations pour une orientation vers un professionnel spécialisé (<i>need for a full professional/full assessment</i>)
Durée de passation	5 à 10 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	<p>- Mayer J, Filstead WJ. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale: an instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>, 40(3): 291-300.</p> <p>- Moberg DP. (1983). Identifying adolescents with alcohol problems. A field test of the Adolescent Alcohol Involvement Scale. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>, 44(4): 701-721.</p> <p>- Wisniewski NM, Glenwick DS, Graham JR. (1985). MacAndrew scale and sociodemographic correlates of adolescent alcohol and drug use. <i>Addictive Behaviors</i>, 10(1): 55-67.</p> <p>- Moberg DP, Hahn L. (1991). The Adolescent Drug Involvement scale. <i>Journal of Adolescent Chemical Dependency</i>, 2(1): 75-88.</p> <p>- Winters KC, Henly GA. (1993). Adolescent Diagnostic Interview schedule and manual. Western Psychological Services, Los Angeles, CA.</p> <p>- Winters KC, Latimer W, Stinchfield RD. (1999). The DSM-IV criteria for adolescent alcohol and cannabis use disorders. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>, 60(3): 337-344.</p>
Site Internet	http://uwphi.pophealth.wisc.edu/programs/evaluation-research/adis/survey.pdf

[AADIS Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale]

ADOLESCENT ALCOHOL AND DRUG INVOLVEMENT SCALE (AADIS)

A. DRUG USE HISTORY

For each drug listed, please circle one number under the category that best describes your use pattern. If you are currently in residential treatment or secure custody, please answer regarding how often you typically used it, before you entered treatment or were taken into custody. Consider only drugs taken without prescription from your doctor; for alcohol, don't count just a few sips from someone else's drink.

	Never tried	Tried but quit	Several times a year	Several times a month	Week ends only	Several times a week	Daily	Several times a day
Smoking Tobacco (Cigarettes, cigars)	0	1	2	3	4	5	6	7
Alcohol (Beer, Wine, Liquor)	0	1	2	3	4	5	6	7
Marijuana or Hashish (Weed, grass, blunts)	0	1	2	3	4	5	6	7
LSD, MDA, Mushrooms Peyote, other hallucinogens (ACID, shrooms)	0	1	2	3	4	5	6	7
Amphetamines (Speed, Ritalin, Ecstasy, Crystal)	0	1	2	3	4	5	6	7
Powder Cocaine (Coke, Blow)	0	1	2	3	4	5	6	7
Rock Cocaine (Crack, rock, freebase)	0	1	2	3	4	5	6	7
Barbiturates, (Quaaludes, downers, ludes, blues)	0	1	2	3	4	5	6	7
PCP (angel dust)	0	1	2	3	4	5	6	7
Heroin, other opiates (smack, horse, opium, morphine)	0	1	2	3	4	5	6	7
Inhalants (Glue, gasoline, spray cans, whiteout, rush, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7
Valium, Prozac, other tranquilizers (without Rx)	0	1	2	3	4	5	6	7
OTHER DRUG _____	0	1	2	3	4	5	6	7

[AADIS Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale]

B. AADIS

These questions refer to your use of alcohol and other drugs (like marijuana/weed or cocaine/rock). If you are currently in residential treatment or in custody, please answer regarding the time you were living in the community before you started treatment or were taken into custody. Circle all the answers which describe your use of alcohol and/or other drug(s). Even if none of the answers seem exactly right, please pick the ones that come closest to being true. If a question doesn't apply to you, you may leave it blank.

1. How often do you use alcohol or other drugs (such as weed or rock)?

- a. never
- b. once or twice a year
- c. once or twice a month
- d. every weekend
- e. several times a week
- f. every day
- g. several times a day

2. When did you last use alcohol or drugs?

- a. never used alcohol or drugs
- b. not for over a year
- c. between 6 months and 1 year ago
- d. several weeks ago
- e. the last week ago
- f. yesterday
- g. today (or the same day I was taken into treatment or custody)

3. I usually start to drink or use drugs because: (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. I like the feeling
- b. to be like my friends
- c. I am bored, or just to have fun ("kickin' it")
- d. I feel stressed, nervous, tense, full of worries or problems
- e. I feel sad, lonely, sorry for myself

4. What do you drink, when you drink alcohol?

- a. wine
- b. beer
- c. mixed drinks
- d. hard liquor (vodka, whisky, etc.)
- e. a substitute for alcohol

5. How do you get your alcohol or drugs? (CIRCLE ALL THAT YOU DO)

- a. Supervised by parents or relatives
- b. from brothers or sisters
- c. from home without parents' knowledge
- d. get from friends
- e. buy my own (on the street or with false ID)

6. When did you first use drugs or take your first drink? (CIRCLE ONE)

- a. never
- b. after age 15
- c. at ages 14 or 15
- d. at ages 12 or 13
- e. at ages 10 or 11
- f. before age 10

7. What time of day do you use alcohol or drugs? (CIRCLE ALL THAT APPLY TO YOU)

- a. at night
- b. afternoons/after school
- c. before or during school or work
- d. in the morning or when I first awake
- e. I often get up during my sleep to use alcohol or drugs

8. Why did you take your first drink or first use drugs? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. curiosity
- b. parents or relatives offered
- c. friends encouraged me to have fun
- d. to get away from my problems
- e. to get high or drunk

9. When you drink alcohol, how much do you usually drink?

- a. 1 drink
- b. 2 drinks
- c. 3-4 drinks
- d. 5 -9 drinks
- e. 10 or more drinks



[AADIS
Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale]

10. Whom do you drink or use drugs with? (CIRCLE ALL THAT ARE TRUE OF YOU)

- a. parents or adult relatives
- b. with brothers or sisters
- c. with friends or relatives own age
- d. with older friends
- e. alone

11. What effects have you had from drinking or drugs? (CIRCLE ALL THAT APPLY TO YOU)

- a. loose, easy feeling
- b. got moderately high
- c. got drunk or wasted
- d. became ill
- e. passed out or overdosed
- f. used a lot and next day didn't remember what happened

12. What effects has using alcohol or drugs had on your life? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. none
- b. has interfered with talking to someone
- c. has prevented me from having a good time
- d. has interfered with my school work
- e. have lost friends because of use
- f. has gotten me into trouble at home
- g. was in a fight or destroyed property
- h. has resulted in an accident, an injury, arrest, or being punished at school for using alcohol or drugs

13. How do you feel about your use of alcohol or drugs? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. no problem at all
- b. I can control it and set limits on myself
- c. I can control myself, but my friends easily influence me
- d. I often feel bad about my use
- e. I need help to control myself
- f. I have had professional help to control my drinking or drug use

14. How do others see you in relation to your alcohol or drug use? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. can't say or normal for my age
 - b. when I use I tend to neglect my family or friends
 - c. my family or friends advise me to control or cut down on my use
 - d. my family or friends tell me to get help for my alcohol or drug use
 - e. my family or friends have already gone for help about my use
-

[AADIS
Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale]

ADOLESCENT ALCOHOL AND DRUG INVOLVEMENT SCALE (AADIS)
(Survey Version)

COVER SHEET--TO BE COMPLETED BY STAFF
Do not give this cover sheet to respondent

Name ID# _____

DOB Date _____

Age: _____

Sex: 1. Male 2. Female

Ethnicity:

1. African American
2. Asian
3. Caucasian/European American
4. Hispanic
5. Native American Indian
6. OTHER: _____

Home Community: _____

Reason for Screening: _____

AADIS SCORING RESULTS

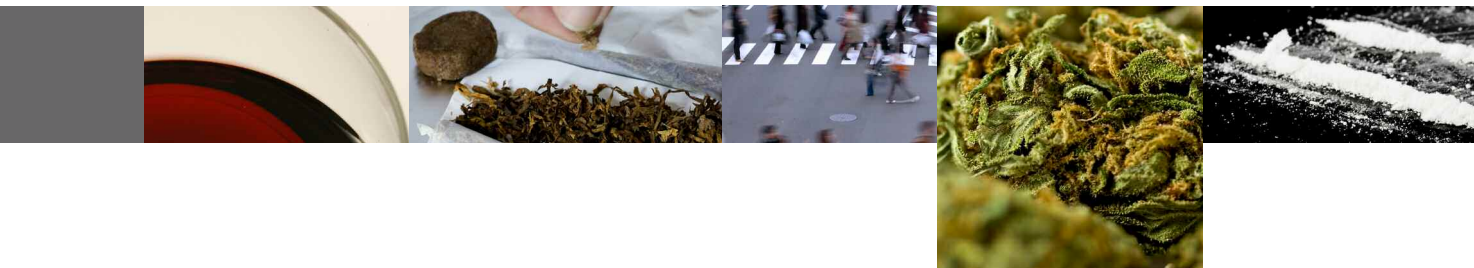
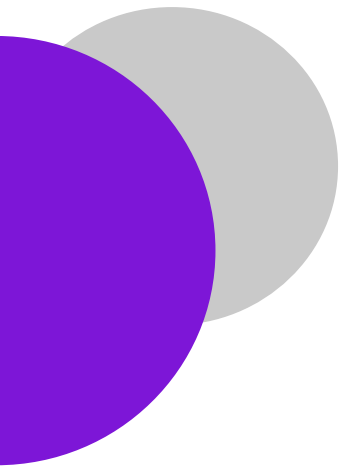
Items B.1-14 are scored. (The weights assigned are basically the same as those originally used on the AAIS.) For each item B.1-14, add the weights associated with the highest category circled [weights are the numbers in square brackets on the interview version]. Section A is not scored. If more than one answer is circled, use the highest. The higher the total score, the more serious the level of alcohol/drug involvement.

AADIS SCORE: _____ (Score of 37 or above suggests need for a full professional substance abuse assessment)

DO YOU RECOMMEND FULL ASSESSMENT (Regardless of the AADIS score)? 0. NO 1. YES

COMMENTS:

Screened By: _____



[ADIS Adolescent Drug Involvement Scale]



Auteur(s)	D. Paul Moberg, Center for Health Policy and Program Evaluation University of Wisconsin Medical School
E-mail	dpmoberg@facstaff.wisc.edu
Date de publication	1991
Type	Questionnaire d'entretien structuré (12 items)
Objectifs	Mesurer le niveau d'usage de drogues illicites chez l'adolescent (outil adapté de l'échelle AAIS - <i>Adolescent Alcohol Involvement Scale</i> - de Mayer and Filstead).
Population-cible	Adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	Plus le score est élevé, plus l'engagement dans l'usage de drogues est important (<i>drug involvement</i>).
Durée de passation	4-5 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Mayer J, Filstead WJ. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale: an instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>, 40(3): 291-300.- Moberg DP. (1983). Identifying adolescents with alcohol problems. A field test of the Adolescent Alcohol Involvement Scale. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>, 44(4): 701-721.- Moberg DP. (1985). The social control of deviance: Intervention with adolescent alcohol and other drug users. Ph.D. Dissertation. University of Wisconsin-Madison.- Wisniewski NM, Glenwick DS, Graham JR. (1985). MacAndrew scale and sociodemographic correlates of adolescent alcohol and drug use. <i>Addictive Behaviors</i>, 10(1): 55-67.- Moberg DP, Hahn L. (1991). The Adolescent Drug Involvement scale. <i>Journal of Adolescent Chemical Dependency</i>, 2(1): 75-88.- Winters KC, Henly GA. (1993). Adolescent Diagnostic Interview schedule and manual. Western Psychological Services, Los Angeles.- Winters KC, Latimer W, Stinchfield RD. (1999). The DSM-IV criteria for adolescent alcohol and cannabis use disorders. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>, 60(3): 337-344.- Winters KC, Botzet A, Anderson N, Bellehumeur T, Egan B. (2001). Screening and assessment study. Wisconsin Division of Juvenile Corrections. Alcohol and other drug abuse. State of Wisconsin Department of Corrections, Madison, Wisconsin.
Site Internet	http://uwphi.pophealth.wisc.edu/programs/evaluation-research/adis.htm

[ADIS Adolescent Drug Involvement Scale]

These questions refer to your use of alcohol and other drugs (like marijuana/weed or cocaine/rock). Circle the answers which describe your use of alcohol and/or other drug(s). Even if none of the answers seems exactly right, please pick the ones that come closest to being true. If a question doesn't apply to you, you may leave it blank.

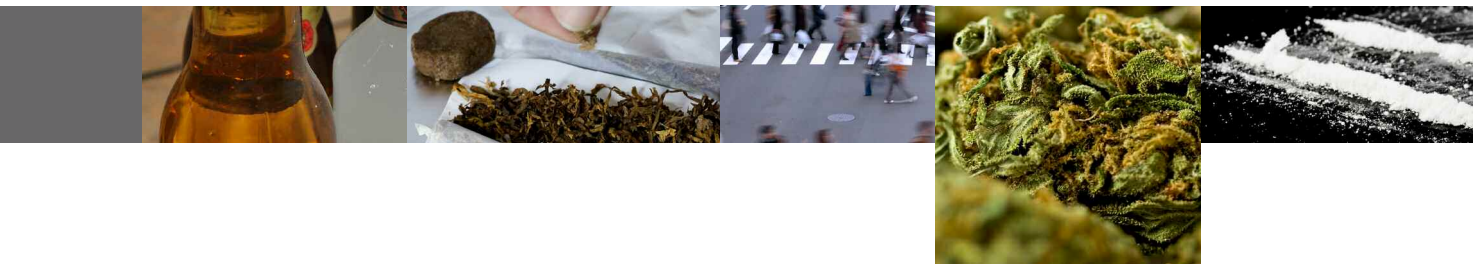
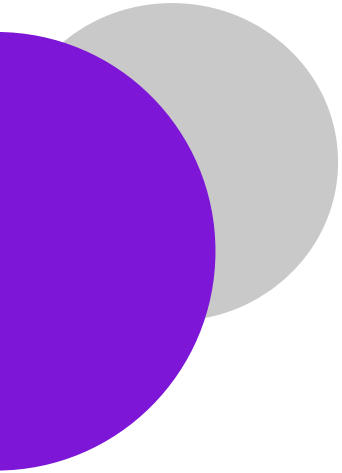
1. How often do you use alcohol or other drugs (such as weed or rock)?	Never 0	Once or twice a year	Once or twice a month	Every weekend	Several times a week	Every day	Several times a day	
2. When did you last use alcohol or drugs?	Never used alcohol or drugs 0	Not for over a year	Between 6 months and 1 year ago	Several weeks ago	Last week	Yesterday	Today	
3. I usually start to drink or use drugs because (Circle all that apply)	I like the feeling 1	To be like my friends		I am bored; or just to have fun ("kickin it")		I feel stressed, nervous, tense, full of worries or problems	I feel sad, lonely, sorry for myself	
4. What do you drink when you drink alcohol?	Wine 1	Beer	Mixed drinks	Hard liquor (vodka, whiskey, etc.)			A substitute for alcohol	
5. How do you get your alcohol or drugs? (Circle all that you do)	Supervised by parents or relatives 1	From brothers or sisters	From home without parents knowledge		Get from my friends	Buy on my own (on the street or with false ID)		
6. When did you first use drugs or take your first drink?	Never 0	After age 15 0	At ages 14 or 15	At ages 12 or 13	At ages 10 or 11		Before age 10	
7. What time of the day do you use alcohol or drugs? (Circle all that apply to you!)	At night 1	Afternoons/ after school	Before or during school or work		In the morning or when I first awaken		I often get up during my sleep to use alcohol or drugs	
8. Why did you take your first drink or first use drugs? (Circle all that apply!)	Curiosity 1	Parents or relatives offered	Parents or relatives offered		To get away from my problems		To get high or drunk	
9. When you drink alcohol, how much do you usually drink?	1 drink 1	2 drinks	3-4 drinks		5-9 drinks		10 or more drinks	
10. Whom do you drink or use drugs with? (Circle all that are true of you!)	Parents or adult relatives 1	With brothers or sisters	With friends or relatives own age		With older friends		Alone	
11. What effects have you had from drinking or drugs? (Circle all that apply to you!)	Loose, easy feeling 1	Got moderately high	Got drunk or wasted	Became ill	Passed out or overdosed		Used a lot and next day didn't remember what happened	
12. What effects has using alcohol or drugs had on your life? (Circle all that apply!)	None 0	Has interfered with talking to someone	Has prevented me from having a good time	Has interfered with my school work	Have lost friends because of use	Has gotten me into trouble at home	Was in a fight or destroyed property	Has resulted in an accident, an injury, arrest or being punished at school for using alcohol or drugs
13. How do you feel about your use of alcohol or drugs? (Circle all that apply!)	No problem at all 0	I can control it and set limits on myself	I can control myself, but my friends easily influence me	I often feel bad about my use	I need help to control myself		I have had professional help to control my drinking or drug use.	
14. How do others see you in relation to your alcohol or drug use?	Can't say or normal for my age 0	When I use I tend to neglect my family or friends	My family or friends advise me to control or cut down on my use		My family or friends tell me to get help for my alcohol or drug use		My family or friends have already gone for help about my use	

[ADIS Adolescent Drug Involvement Scale]

SCORING TEMPLATE: Copy this to a transparency and add the total points from the highest number for each item. DO NOT GIVE THIS PAGE TO RESPONDENT

1. How often do you use alcohol or other drugs (such as weed or rock)?	0	2	3	4	5	6	7	
2. When did you last use alcohol or drugs?	0	2	3	4	5	6	7	
3. I usually start to drink or use drugs because (Circle all that apply)	1	2		3		4	5	
4. What do you drink when you drink alcohol?	1	2	3	4			5	
5. How do you get your alcohol or drugs? (Circle all that you do)	1	2	3		4	5		
6. When did you first use drugs or take your first drink?	0	2	3	4	5		6	
7. What time of the day do you use alcohol or drugs? (Circle all that apply to you!)	1	2	3		4	5		
8. Why did you take your first drink or first use drugs? (Circle all that apply!)	1	2	3		4	5		
9. When you drink alcohol, how much do you usually drink?	1	2	3		4	5		
10. Whom do you drink or use drugs with? (Circle all that are true of you!)	1	2	3		4	5		
11. What effects have you had from drinking or drugs? (Circle all that apply to you!)	1	2	3	4	5		6	
12. What effects has using alcohol or drugs had on your life? (Circle all that apply!)	0	2	3	4	5	6	7	8
13. How do you feel about your use of alcohol or drugs? (Circle all that apply!)	0	1	3	4	5		6	
14. How do others see you in relation to your alcohol or drug use?	0	2	3		4		5	

Developed by D. Paul Moberg, Center for Health Policy and Program Evaluation, University of Wisconsin Medical School. Adapted with permission from Mayer and Filstead's "Adolescent Alcohol Involvement Scale" *Journal of Studies on Alcohol* 40: 291-300, 1979) and Moberg and Hahn's "Adolescent Drug Involvement Scale" (*Journal of Chemical Dependency*, 2: 75-88, 1991).



[ADOSPA ADOlescents et Substances PsychoActives]

ADOSPA est l'acronyme français proposé pour « ADOlescents et Substances Psycho-Actives » mais également pour **A**uto/moto (conduite d'un véhicule sous influence ou par quelqu'un sous influence d'alcool ou d'autres drogues), **D**étente (usage auto-thérapeutique), **O**ubli (troubles mnésiques sous produits), **S**eul (consommation solitaire), **P**roblèmes, **A**mis/famille (reproches faits par les amis ou la famille).

Il s'agit d'un équivalent du questionnaire CRAFFT (*Relax, alone, forget, family or friends, troubles*), originellement élaboré et validé aux États-Unis.

Voir : CRAFFT (page 72-73)

ADOLESCENTS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Au cours des douze derniers mois...

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (A uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà utilisé(e) de l'alcool ou d'autres drogues pour vous D étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Vous est-il arrivé d' O ublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogues(s) ou d'alcool ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes S eul(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà eu des P roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Vos A mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Au moins 2 réponses affirmatives sur les 6 questions indiquent un usage nocif de drogues ou d'alcool, c'est-à-dire un mode de consommation répété qui entraîne des méfaits sur le plan physique, affectif, psychologique ou social.

[ASMA Assessment of Substance Misuse in Adolescence]



Auteur(s)	Paul Willner Centre for Substance Abuse Research Department of Psychology, University of Wales–Swansea, Swansea, Royaume-Uni
E-mail	p.willner@swansea.ac.uk
Date de publication	2000
Type	Questionnaire d'entretien structuré (8 items), inspiré du SMAQ
Objectifs	Repérer l'usage problématique de substances
Population-cible	Adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	Score total de 0 à 12 - À partir de 8 : usage potentiellement problématique - À partir de 12 : usage problématique de substances
Durée de passation	5 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Willner P. (2000). Further validation and development of a screening instrument for the assessment of substance misuse in adolescents. <i>Addiction</i> , 95(11): 1691-1698. - Abou-Saleh MT, Bugelli T, Dominoni A, Fitzpatrick G. (2008). The prevalence of substance misuse and emotional and behavioral problems in adolescents admitted to pediatric wards and those attending the antenatal clinic. <i>Addictive Disorders and their Treatment</i> , 7(1): 25-30.
Site Internet	nd

ASSESSMENT OF SUBSTANCE MISUSE IN ADOLESCENCE (ASMA)

	YES	NO
1. If you use drugs, do you have a favourite drug you use ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. If you use drugs, do you ever do so alone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you use drugs because you're bored, lonely or anxious ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. If you use drugs, do you think a lot about drugs and drug use ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you plan your day to make sure you can use drugs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Do you need to use more and more drugs to get high ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Do you feel irritable or anxious if you don't use drugs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Do you miss your favourite drug you don't use for a while ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[ASSIST Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test]



Auteurs	Organisation mondiale de la santé (OMS)
E-mail	
Date de publication	1997 (phase I) - 2011 (fin de la phase IV).
Type	Questionnaire d'entretien structuré (8 items)
Objectifs	Dépistage bref de la consommation de drogues (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, stimulants, opiacés, etc.) pour déterminer la suite de la prise en charge médicale
Population-cible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les adolescents vus en médecine de premier recours, en particulier dans les services médicaux universitaires et les services de soins destinés aux jeunes ■ Patients dont les symptômes suggèrent un usage de substances ■ Patients pour lesquels un usage de substances est contre-indiqué ■ Femmes enceintes
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière et 3 derniers mois
Mode de passation cotations, scores	<p>- 0 à 3 : pas d'intervention ;</p> <p>- 4 à 26 : intervention brève ;</p> <p>- ≥ 27 : traitement plus intensif (par un médecin de premier recours ou service spécialisé).</p> <p>À noter que les scores concernant l'alcool sont différents, avec une répartition respectivement de 0 à 10, 11 à 26 et ≥ 27.</p>
Durée de passation	De 4 à 15 minutes (selon le nombre de substances consommées)
Langues	Anglais, français
Bibliographie (par ordre chronologique)	<p>- WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. <i>Addiction</i>, 97(9): 1183-1194.</p> <p>- Humeniuk R, Ali R, et al. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). <i>Addiction</i>, 103(6): 1039-1047.</p> <p>- Thake J, Davis CG. (2011). Assessing problematic cannabis use. <i>Addiction Research and Theory</i>, 19(5): 448-458.</p> <p>- Humeniuk R, Ali R, et al. (2012). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. <i>Addiction</i>, 107(5): 957-966.</p>
Sites Internet	<p>http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf (Voir « Linking ASSIST scores to appropriate interventions », p.26)</p> <p>Recommandations : http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf</p>

A. OMS - ASSIST V3.0, FRANÇAIS

Interviewer I.....I

Clinique I.....I

Identité patient I.....I

Date I.....I

INTRODUCTION (A lire au patient. Peut être adapté au contexte local)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce bref entretien portant sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues.

De nombreuses drogues, certains médicaments inclus, peuvent affecter votre santé. Pour bien vous soigner, il est important pour votre soignant d'avoir des informations précises sur vos consommations.

Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et des 3 derniers mois, indépendamment de la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, injecté, pris sous forme de pilule, etc.) [montrer CARTE REPONSE - ASSIST].

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, je vous prie de me le faire savoir.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle, y compris celles concernant les drogues illicites ou interdites.

Note : Avant de poser les questions suivantes, donnez la CARTE REPONSE ASSIST au patient.

Question 1

(S'il s'agit d'une passation lors d'un suivi, veuillez comparer les réponses du patient avec celles données lors de l'évaluation initiale. Toute différence devrait être investiguée.)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie ?	Non	Oui
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
j. Autres – spécifiez :	0	3

Si toutes les réponses sont négatives

→ demandez : « même lorsque vous étiez à l'école » ?

Si « non » à tous les items

→ arrêtez l'entretien

Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items

→ posez la Question 2 concernant ces substances.

**[ASSIST
Alcohol, Smoking and Substance
Involvement Screening Test]**

Question 2

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?

	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autres – spécifiez:	0	2	3	4	6

Si « jamais » à tous les items de la Question 2 → passez à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuez avec les Questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?

	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autres – spécifiez:	0	3	4	5	6

[ASSIST
Alcohol, Smoking and Substance
Involvement Screening Test]

Question 4

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers ?

	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autres – spécifiez :	0	4	5	6	7

Question 5

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?

	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autres – spécifiez :	0	5	6	7	8

[ASSIST Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test]

Posez les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1)

Question 6

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez :	0	6	3

Question 7

Avez-vous <u>déjà</u> essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez :	0	6	3

Question 8

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui mais pas au cours des 3 derniers mois
Avez-vous déjà pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE

Demandez aux patients qui se sont injecté des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FRÉQUENCE D'INJECTION

Une fois par semaine ou moins
OU
moins de 3 jours de suite



Plus d'une fois par semaine
OU
3 jours ou plus de suite



RECOMMANDATIONS

Intervention brève incluant la carte
« risques associés avec l'injection »

Évaluation approfondie et traitement
plus intensif*

Comment calculer un score pour une substance spécifique ?

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionnez les scores obtenus pour les Questions 2 à 7.

N'incluez pas le résultat de la Question 1 ou de la Question 8 dans ce score.

Par exemple, un score pour le cannabis serait calculé ainsi : Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c

Notez que la question 5 sur le tabac n'est pas codée et est calculée ainsi : Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a.

L'INTERVENTION RECOMMANDÉE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPÉCIFIQUE ».

Score « substance spécifique » relevé	Pas d'intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif
a. Tabac	0 - 3	4 - 26	≥27
b. Alcool	0 - 10	11 - 26	≥27
c. Cannabis	0 - 3	4 - 26	≥27
d. Cocaïne	0 - 3	4 - 26	≥27
e. Amphétamine	0 - 3	4 - 26	≥27
f. Solvants	0 - 3	4 - 26	≥27
g. Calmants	0 - 3	4 - 26	≥27
h. Hallucinogènes	0 - 3	4 - 26	≥27
i. Opiacés	0 - 3	4 - 26	≥27
j. Autres drogues	0 - 3	4 - 26	≥27

NOTE : *L'évaluation approfondie et le traitement plus intensif peuvent être prodigués, selon le contexte local, par des professionnels de la santé de premier recours ou par un service spécialisé dans les addictions.

B. OMS - ASSIST V3.0 CARTE RÉPONSE POUR LES PATIENTS

Carte réponse – substances

- a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)
- b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)
- c. Cannabis (marijuana, joints, herbe, hash, etc.)
- d. Cocaïne (coke, crack, etc.)
- e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)
- f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)
- g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)
- h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)
- i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)
- j. Autres – spécifiez :

Carte réponse (ASSIST - questions 2-5)

Jamais : pas de consommation au cours des 3 derniers mois.

Une ou deux fois : une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.

Mensuellement : une à trois fois en un mois.

Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.

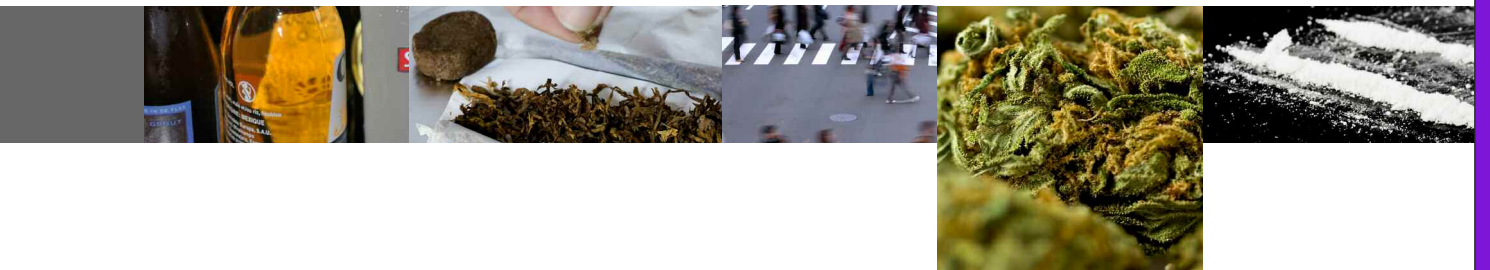
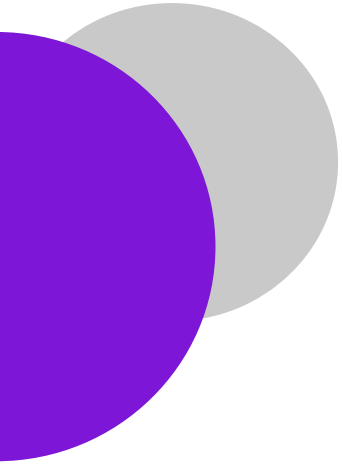
Chaque jour ou presque chaque jour : cinq à sept jours par semaine.

Carte réponse (ASSIST - questions 6-8)

Non, jamais.

Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.

Oui, durant les derniers 3 mois.



[CRAFFT Car Relax Alone Forget Family or Friend Trouble]



Auteur(s)	John R. Knight Professeur en Pédiatrie - Center for Adolescent Substance Abuse Research/ Children's Hospital de Boston (États-Unis)
E-mail	knight_j@a1.tch.harvard.edu / john.knight@childrens.harvard.edu
Date de publication	1999
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 6 items)
Objectifs	Repérer un usage nocif de substances psycho-actives (alcool ou drogues illicites) et déterminer le niveau de risque (étude ADOTECNO)
Population-cible	Adolescents et jeunes adultes (< 21 ans)
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	Risque d'usage nocif d'alcool ou de drogues illicites : ■ score de 0-1 point : risque faible ■ score ≥ 2 : risque modéré (notamment de cannabis) : abus ou dépendance ■ score ≥ 3 : risque élevé
Durée de passation	1 à 3 minutes
Langues	Anglais, chinois, créole haïtien, hébreu, japonais, khmer, laotien, russe, portugais, espagnol, turc, vietnamien (traductions du <i>Massachusetts Department of Public Health</i>), tchèque, français (voir ADOSPA)
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Knight JR, Shrier LA, et al. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. <i>Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine</i> , 153(6): 591-596. - Knight JR, Sherritt L, A SL, Harris SK, Chang G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. <i>Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine</i> , 156(6): 607-614. - Cummins LH, Chan KK, et al. (2003). Validity of the CRAFFT in American-Indian and Alaska-Native adolescents: screening for drug and alcohol risk. <i>Journal of Studies on Alcohol</i> , 64(5): 727-732. - Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i> , 27(1): 67-73. - Karila L, Legleye S, et al. (2004). Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude Adotecno. <i>Alcoologie et Addictologie</i> , 26(2): 99-109. - Bernard M, Bolognini M, et al. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. <i>Journal of Substance Use</i> , 10(6): 385-395. - Karila L, Legleye S, et al. (2007). Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. <i>La Presse Médicale</i> , 36(4): 582-590.
Site Internet	http://www.ceasar-boston.org/clinicians/crafft.php

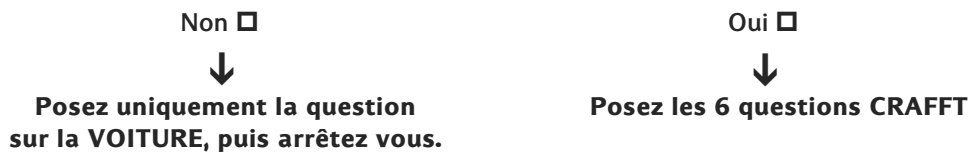
CRAFFT (VERSION FRANÇAISE)

Commencez ainsi : " Je vais vous poser quelques questions que je pose à tous mes patients. Veuillez être honnête. Vos réponses resteront confidentielles".

Partie A

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :	Non	Oui
1. Bu de l'alcool (plus que quelques gorgées)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fumé de la marijuana ou du haschich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Utilisé autre chose pour vous droguer? («autre chose» comprend les drogues illicites, médicaments en vente libre et sous ordonnance, et ce qui s'inhale ou s'aspire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'usage de la clinique seulement : le patient a-t-il répondu "oui" à une ou plusieurs questions de la partie A



Partie B

	Non	Oui
1. Etes-vous déjà monté dans une VOITURE dont le conducteur (y compris vous-même) conduisait sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue pour vous DÉTENDRE , pour être mieux dans votre peau ou pour vous sentir mieux accepté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes SEUL(E) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous arrive-t-il d' OUBLIER de faire des choses importantes lorsque vous êtes sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que votre FAMILLE ou vos AMIS vous disent de réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà eu des ENNUIS lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ou de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instructions de notation : à l'usage du personnel clinique seulement.

Notation CRAFFT : chaque réponse affirmative dans la partie B vaut 1 point.

Un score total de 2 ou plus indique un dépistage positif, et qu'une évaluation supplémentaire est requise.

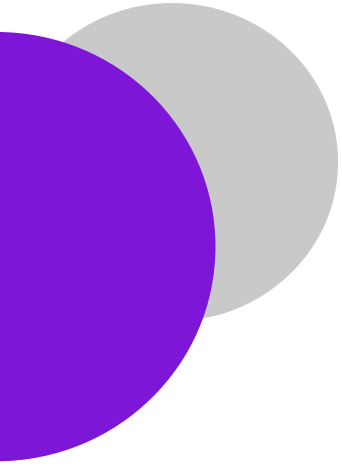
Reproduit avec l'autorisation du Center for Adolescent Substance Abuse Research, au Children's Hospital de Boston.

[CRAFFT
Car Relax Alone Forget Family or Friend Trouble]

CRAFFT (VERSION ANGLAISE)

	NO	YES
1. Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was high or had been using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you ever use alcohol or drugs to RELAX , feel better about yourself, or fit in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself ALONE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do your FAMILY or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring: 2 or more positive items indicate the need for further assessment.



[DAP Drug and Alcohol Problem Quick Screen]



Auteur(s)	Richard H. Schwartz Pédiatre Vienna, Virginie (États-Unis)
E-mail	smhp@ucla.edu
Date de publication	1990
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 27 questions regroupant 30 items)
Objectifs	Permettre un repérage de l'usage problématique d'alcool ou de drogues illicites, en particulier dans les structures pédiatriques
Population-cible	Adolescents (adapté à un niveau de lecture équivalent à la 6 ^{ème})
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière et année scolaire courante
Cotations, scores	Seuil d'usage problématique : 6 réponses positives
Durée de passation	10 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Schwartz RH, Wirtz PW. (1990). Potential substance abuse. Detection among adolescent patients. Using the Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen, a 30-item questionnaire. <i>Clinical Pediatrics</i> , 29(1): 38-43.
Site Internet	http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Drug_and_Alcohol_Problem_Quick_Screen_106.pdf

[DAP
Drug and Alcohol Problem Quick Screen]

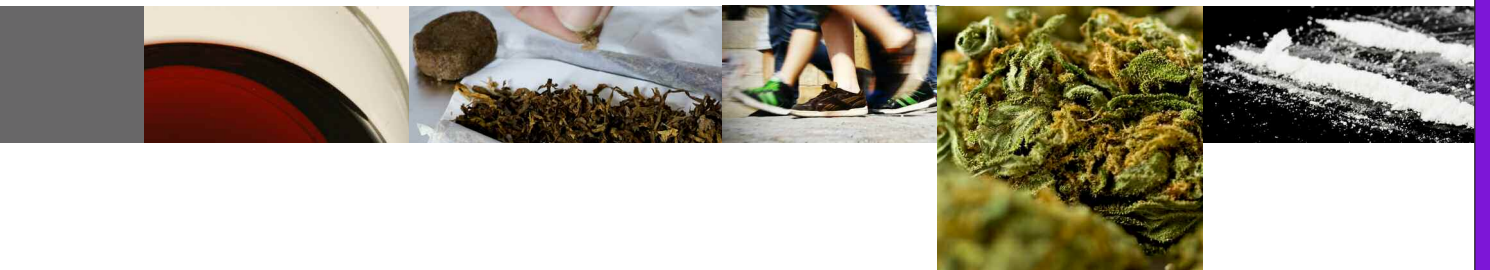
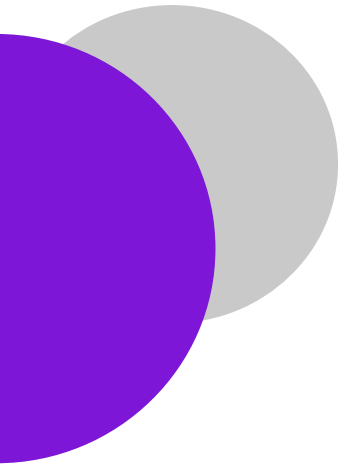
DAP QUICK SCREEN

Instructions for questionnaire: Please answer yes, no, or uncertain if that is the case. If you want your answers to be strictly confidential, place a check mark here _____

	Yes	No	Uncertain
1. Has your mom or your dad lost a lot of trust in you recently? Do they always seem to check up on you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you skipped at least one class in school each week during the school year, so that you could have some fun with your friends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. During the past school year, did your teachers or school administrators get you angry enough to cause you to shout at them or threaten them with physical harm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you use tobacco products (cigarettes, snuff, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have your parents made you so angry that you have had serious arguments in which there is cursing, threats to hurt them, throwing things, or punching walls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever had an in-school or out-of-school suspension for any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does your mom or your dad often drink so much that they repeatedly embarrass you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Did you receive (even if it was unfair) more than two D or F grades on your last report card in the current (or just finished) school year?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In the past 6 months did your parents hassle you (at least a few times) because they accused you of drinking alcohol or smoking some pot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have most of your closest friends gone all the way, with at least two people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Do you find that you can really get into your favourite music (at home or at a good concert) with a little help from some pot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Do most of your closest friends usually drink four or more beers in the first hour of a party?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Do you sometimes ride in a car driven by someone (including you self) who is "high" or who appears to have had too much to drink?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Have you ever been in a motor vehicle accident when the driver of the car, truck, or motorcycle in which you were riding was "high" or drunk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**[DAP
Drug and Alcohol Problem Quick Screen]**

	Yes	No	Uncertain
15. Do your closest friends prefer hash, sinsemillian or quality Colombian, if they can get it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. After partying, do you sometimes use eyedrops to get the "red" out?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Have you ever gotten a straight friend high for the very first time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Do you feel out of place or bored if you attend a party in which alcohol is not served?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Have you ever gotten violent or into physical fights with people when you had been drinking or when you were high?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Have you ever lost any friends because they were too straight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Have you ever stayed away from home for one or two nights (without your parent's knowledge) because of a fight you had or because you did not want your parents to know about something you did?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. As a teenager have you ever been sent to a counselor, social worker, psychologist, or psychiatrist because of family or school problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Do you believe that alcohol, "pot" or other drug (not one prescribed for you by a doctor) has some really important value to you in helping you with:			
a. building up your confidence around friends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. in handling angry feelings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. in helping you forget about your problems, or	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. in helping you to overcome depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Have you or your friends noted that you have started to do more and more drugs or alcohol, more and more frequently, or that you have started to do "stronger drugs" to have fun and get as -high- as you like yourself to be?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Has anyone (friend, parent, teacher or counselor) ever told you that they believe that you may have a drinking or drug problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Do you <u>usually</u> feel blue or really sad on the inside as if hardly anything can really cheer you up?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Have you ever had a suicide attempt even if you never told anyone about it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



[DAST-A Drug Abuse Screening Test-Adolescents]



Auteur(s)	Dr. Harvey A. Skinner Centre for Addiction and Mental Health, Faculty of Health, York University, Toronto (Canada)
E-mail	harvey.skinner@yorku.ca
Date de publication	1982
Type	Questionnaire d'entretien structuré adapté du MAST / <i>Michigan Alcoholism Screening Test</i> . 2 formats : 20 items (DAST-20) ou 10 items (DAST-10). Il en existe également une version spécifique pour les adolescents (voir DAST-A).
Objectifs	Repérer l'abus ou la dépendance de drogues illicites
Population-cible	Adultes, élèves, femmes enceintes
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois
Cotations, scores	Score total de 0 à 28 À partir de 6, seuil d'usage problématique
Durée de passation	Environ 8 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Skinner HA. (1982). The Drug Abuse Screening Test. <i>Addictive Behaviors</i>, 7(4): 363-371.- Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. <i>British Journal of Addiction</i>, 84(3): 301-307.- Saltstone R, Halliwell S, Hayslip MA. (1994). A multivariate evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test and the Drug Abuse Screening Test in a female offender population. <i>Addictive Behaviors</i>, 19(5): 455-462.- Martino S, Grilo CM, Fehon DC. (2000). Development of the Drug Abuse Screening Test for adolescents (DAST-A). <i>Addictive Behaviors</i>, 25(1): 57-70.- Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. (2000). Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. <i>Psychological Assessment</i>, 12(2): 186-192.- Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 32(2): 189-198.- Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. (2010). A single-question screening test for drug use in primary care. <i>Archives of Internal Medicine</i>, 170(13):1115-1160.
Sites Internet	<ul style="list-style-type: none">- http://ctndisseminationlibrary.org/display/819.htm.- http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Drug_Abuse_Screening_Test_105.pdf

[DAST-A Drug Abuse Screening Test-Adolescents]

THE DRUG ABUSE SCREENING TEST - ADOLESCENTS (DAST-A)

Directions: The following questions concern information about your involvement with drugs. Drug abuse refers to (1) the use of prescribed or “over-the-counter” drugs in excess of the directions, and (2) any non-medical use of drugs. Consider the past year (12 months) and carefully read each statement. Then decide whether your answer is YES or NO and check the appropriate space. Please be sure to answer every question.

	YES	NO
1. Have you used drugs other than those required for medical reasons?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Have you abused prescription drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Do you abuse more than one drug at a time?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Can you get through the week without using drugs (other than those required for medical reasons)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
5. Are you always able to stop using drugs when you want to?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
6. Do you abuse drugs on a continuous basis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Do you try to limit your drug use to certain situations?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8. Have you had “blackouts” or “flashbacks” as a result of drug use?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Do you ever feel bad about your drug abuse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11. Do your friends or relatives know or suspect you abuse drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12. Has drug abuse ever created problems between you and your spouse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13. Has any family member ever sought help for problems related to your drug use?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14. Have you ever lost friends because of your use of drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15. Have you ever neglected your family or missed work because of your use of drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
16. Have you ever been in trouble at work because of drug abuse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
17. Have you ever lost a job because of drug abuse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
18. Have you gotten into fights when under the influence of drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
19. Have you ever been arrested because of unusual behavior while under the influence of drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
20. Have you ever been arrested for driving while under the influence of drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
21. Have you engaged in illegal activities in order to obtain drug?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
22. Have you ever been arrested for possession of illegal drugs?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
23. Have you ever experienced withdrawal symptoms as a result of heavy drug intake?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
24. Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g., memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
25. Have you ever gone to anyone for help for a drug problem?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
26. Have you ever been in a hospital for medical problems related to your drug use?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
27. Have you ever been involved in a treatment program specifically related to drug use?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
28. Have you been treated as an outpatient for problems related to drug abuse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Scoring and interpretation: A score of “1” is given for each YES response, except for items 4,5, and 7, for which a NO response is given a score of “1.” Based on data from a heterogeneous psychiatric patient population, cutoff scores of 6 through 11 are considered to be optimal for screening for substance use disorders. Using a cutoff score of 6 has been found to provide excellent sensitivity for identifying patients with substance use disorders as well as satisfactory specificity (i.e., identification of patients who do not have substance use disorders). Using a cutoff score of <11 somewhat reduces the sensitivity for identifying patients with substance use disorders, but more accurately identifies the patients who do not have a substance use disorders. Over 12 is definitely a substance abuse problem. In a heterogeneous psychiatric patient population, most items have been shown to correlate at least moderately well with the total scale scores. The items that correlate poorly with the total scale scores appear to be items 4,7,16,20, and 22.

[DAST-10 Drug Abuse Screening Test in 10 Questions]



Auteur(s)	Harvey A. Skinner Addiction Research Foundation/Department of Health Science Toronto, Canada	
E-mail	harvey.skinner@yorku.ca	
Date de publication	1982	
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 10 items, version courte du DAST, lui-même inspiré du Michigan Alcoholism Screening Test /MAST)	
Objectifs	Permettre un repérage rapide des troubles liés à l'usage de drogues illicites, déterminant le type de suivi indiqué	
Population-cible	Adultes et adolescents	
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois	
Cotations, scores	<ul style="list-style-type: none"> - 0 : Aucun risque - 1-2 : Risque faible - 3-5 : Risque possible (selon les critères du DSM) - 6-8 : Risque substantiel - 9-10 : Risque sévère 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Monitoring, éducation à la santé ➔ Conseil (brief counselling) ➔ Suivi ambulatoire (outpatient), orientation spécialisée le cas échéant ➔ Orientation spécialisée et suivi intensif ➔ Orientation spécialisée et suivi intensif
Durée de passation	2 minutes	
Langues	Anglais	
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none"> - Skinner HA. (1982). The Drug Abuse Screening Test. <i>Addictive Behaviors</i>, 7(4): 363-371. - Martino S, Grilo CM, Fehon DC. (2000). Development of the Drug Abuse Screening Test for adolescents (DAST-A). <i>Addictive Behaviors</i>, 25(1): 57-70. - Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. (2000). Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. <i>Psychological Assessment</i>, 12(2):186-192. - French MT, Roebuck MC, McGeary KA, Chitwood DD, McCoy CB. (2001). Using the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) to analyze health services utilization and cost for substance users in a community-based setting. <i>Substance Use and Misuse</i>, 36(6-7): 927-946. - Bedregal LE, Carter Sobel L, Sobell MB, Simco E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. <i>Addictive Behaviors</i>, 31(2):309-319. - Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 32(2): 189-198. 	
Site Internet	nd	

[DAST-10 Drug Abuse Screening Test in 10 Questions]

DAST-10 (DRUG ABUSE SCREENING TEST EN 10 QUESTIONS)

I'm going to read you a list of questions concerning information about your potential involvement with drugs, excluding alcohol and tobacco, during the past 12 months.

When the words "drug abuse" are used, they mean the use of prescribed or over-the-counter medications/drugs in excess of the directions and any non-medical use of drugs. The various classes of drugs may include: cannabis (e.g., marijuana, hash), solvents, tranquilizers (e.g., Valium), barbiturates, cocaine, stimulants (e.g., speed), hallucinogens (e.g., LSD) or narcotics (e.g., heroin). **Remember that the questions do not include alcohol or tobacco.**

If you have difficulty with a statement, then choose the response that is mostly right. You may choose to answer or not answer any of the questions in this section.

These questions refer to the past 12 months

	NO	YES
1. Have you used drugs other than those required for medical reasons?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
2. Do you abuse more than one drug at a time?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
3. Are you always able to stop using drugs when you want to? (If never use drugs, answer "Yes")	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4. Have you had "blackouts" or "flashbacks" as a result of drug use?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
5. Do you ever feel bad or guilty about your drug use? (If never use drugs, choose "No")	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
6. Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7. Have you neglected your family because of your use of drugs?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8. Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
9. Have you ever experienced withdrawal symptoms (felt sick) when you stopped taking drugs?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
10. Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g., memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

[DAST-20 Drug Abuse Screening Test in 20 Questions]



Auteur(s)	Harvey A. Skinner Addiction Research Foundation/Department of Health Science Toronto, Canada
E-mail	harvey.skinner@yorku.ca
Date de publication	1982
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 20 items, version courte du DAST en 28 items, lui-même inspiré du <i>Michigan Alcoholism Screening Test /MAST</i>)
Objectifs	Repérer des troubles liés à l'usage de drogues illicites et évaluer la nécessité d'une prise en charge
Population-cible	Adultes et adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois
Cotations, scores	Score total de 0 à 20 évaluant le risque d'usage problématique - 0 : Aucun risque → Monitoring (<i>monitor</i>) - 1-5 : Risque faible → Conseil (<i>brief counselling</i>) - 6-10 : Risque possible → Suivi ambulatoire (<i>outpatient</i>) (selon les critères du DSM) - 11-15 : Risque substantiel → Suivi intensif - 16-20 : Risque sévère → Suivi intensif
Durée de passation	5 minutes
Langues	Anglais, français
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Skinner HA. (1982). The Drug Abuse Screening Test. <i>Addictive Behaviors</i> , 7(4): 363-371. - Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. <i>British Journal of Addiction</i> , 84(3): 301-307. - Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. (2000). Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. <i>Psychological Assessment</i> , 12(2): 186-192. - Saltstone R, Halliwell S, Hayslip MA. (1994). A multivariate evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test and the Drug Abuse Screening Test in a female offender population. <i>Addictive Behaviors</i> , 19(5): 455-462. - Staley D, El-Guebal N. (1990). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in a psychiatric patient population. <i>Addictive Behaviors</i> , 15(3): 257-264.
Site Internet	http://ada1.washington.edu/instruments/pdf/Drug_Abuse_Screening_Test_105.pdf

[DAST-20 Drug Abuse Screening Test in 20 Questions]

DAST-20 (DRUG ABUSE SCREENING TEST IN 20 QUESTIONS)

Les questions suivantes portent sur votre consommation de drogues (sans inclure votre consommation d'alcool) au cours des 12 derniers mois. Lisez attentivement chaque question puis noircissez le carré approprié (Oui/Non). Les termes "abus de drogues" désigne soit 1) l'utilisation de médicaments sur ordonnance ou de médicaments en vente libre, excédant les directives soit 2) l'usage de drogues à des fins non-médicales. Les drogues en question se classent comme suit : le cannabis (comme marijuana et le haschish), les solvants, les tranquillisants (comme les Valium), les barbituriques, la cocaïne, les stimulants (comme les "speed"), les hallucinogènes (comme le LSD) ou les narcotiques (comme l'héroïne). Lisez attentivement chaque question en choisissant votre réponse «oui» ou «non», puis cochez la réponse appropriée. Veuillez répondre à chaque question. Si certaines questions posent des difficultés, choisissez la réponse la plus appropriée. **Rappelez-vous que ces questions ne s'appliquent pas aux boissons alcoolisées.**

	Oui	Non
1. Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Avez-vous fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
5. Êtes-vous toujours capable d'arrêter d'utiliser des drogues ou des médicaments quand vous le voulez?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
6. Avez-vous eu de brèves pertes de mémoire ("blackouts") ou des irruptions de souvenirs("flashbacks") après avoir pris une drogue ou un médicament?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Votre consommation de drogues ou de médicaments suscite-t-elle un sentiment de culpabilité ou de malaise de votre part?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Vos parents ou votre conjoint se plaignent-ils de votre comportement vis-à-vis des drogues ou des médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Est-ce que l'abus de drogues ou de médicaments vous a causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Avez-vous perdu des amis à cause de votre usage de drogues ou de médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12. Avez-vous eu des ennuis au travail causés par l'abus de drogues ou de médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13. Avez-vous perdu un emploi à cause de l'usage de drogues ou de médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14. Vous êtes-vous battu(e) en étant sous l'influence de drogues ou de médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15. Vous êtes-vous engagé(e) dans des activités illégales dans le but d'obtenir des drogues ou des médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
16. Avez-vous été arrêté(e) pour possession de drogues illégales?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
17. Avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage (vous êtes-vous senti malade) après avoir interrompu votre consommation de drogues ou de médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
18. Avez-vous eu des problèmes médicaux suite à votre usage de drogues ou de médicaments (p.ex.pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignements, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
19. Avez-vous cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ou de médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
20. Avez-vous suivi un programme de traitement spécifiquement lié à l'usage de drogues ou de médicaments?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

DAST-20/Total=

[DAST 20 Drug Abuse Screening Test in 20 Questions]

Le questionnaire sur la consommation de drogues DAST-20 est une mesure générale de l'usage excessif de drogues. Il évalue le degré de sévérité de la consommation de drogues.

Le DAST-20 fournit un indice quantitatif des problèmes reliés à la consommation de drogues, notamment certains symptômes de dépendance aux drogues et d'autres conséquences résultant de l'usage abusif de drogues psychoactives pendant la période des 12 derniers mois.

Le terme abus de drogues signifie soit : 1 : l'utilisation excessive de médicaments sur ordonnance ou de médicaments en vente libre, soit 2) l'usage de drogues à des fins non médicales. Les drogues en question se classent comme suit : le cannabis (comme la marijuana et le haschich), les solvants, les tranquillisants (comme le Vallium), les barbituriques, la cocaïne, les stimulants (comme les «speed et l'ecstasy»), les hallucinogènes (comme le LSD) ou les narcotiques (comme l'héroïne).

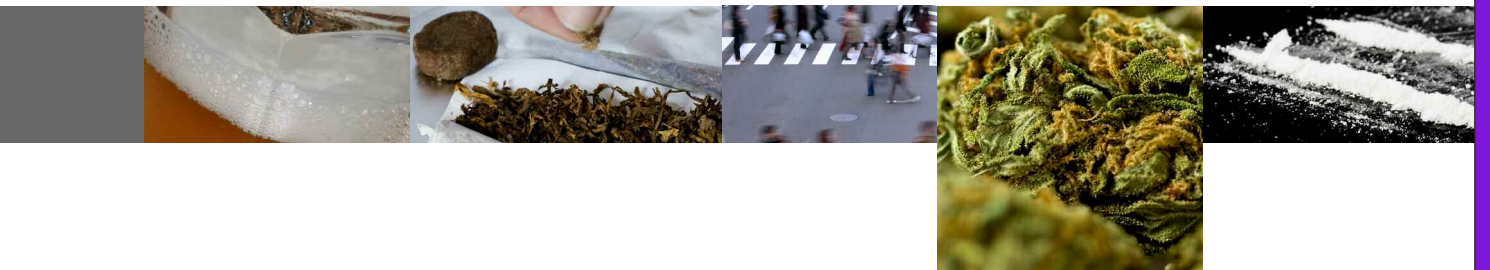
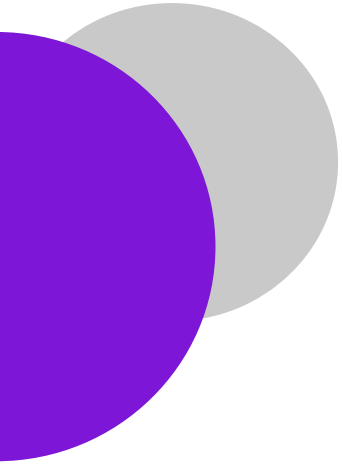
Consignes d'utilisation

Les questions portent sur la consommation de drogues (sans inclure la consommation d'alcool) au cours des 12 derniers mois. Lisez attentivement chaque question en choisissant votre réponse «oui» ou «non», puis encerclez la réponse appropriée. Veuillez répondre à chaque question. Si certaines questions posent des difficultés, choisissez la réponse la plus appropriée.

Pointage et interprétation

1. Le pointage du test DAST-20 est effectué en additionnant les réponses obtenues. Le pointage total varie de 0 à 20.
2. Les réponses NON aux questions 4 et 5 indiquent un problème lié à la consommation de drogues et donnent 1 point.
3. Une réponse OUI à toutes les autres questions, indique un problème lié à la consommation de drogues et donnent 1 point.
4. Un pointage de zéro indique qu'aucun problème lié à la consommation de drogues n'a été signalé. Les pointages supérieurs reflètent le degré relatif des problèmes du client en ce qui concerne la consommation de drogues. Un pointage de 20 indique des problèmes importants liés à l'usage abusif des drogues. Plusieurs études (Skinner 1982) (Gavin, Ross et al. 1989) présentent des données valables justifiant l'utilisation d'un seuil de positivité de 5 ou plus sur l'échelle DAST-20 pour signifier un usage abusif de drogues.

1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20
Niveau peu élevé de problèmes	Niveau de problèmes possiblement modéré	Niveau de problèmes possiblement substantiel	Niveau de problèmes possiblement sévères



[DEBA-D Dépistage et évaluation du besoin d'aide-drogues]



Auteur(s)	Joël Tremblay (test développé au Québec)
E-mail	joel.tremblay@uqtr.ca
Date de publication	2009
Type	Questionnaire d'entretien structuré
Objectifs	Déterminer si le niveau de consommation de drogues illicites (ou de médicaments) nécessite une intervention. Le DEBA-D permet de classer les individus en fonction de la gravité des problèmes liés à la consommation de drogues selon trois catégories, correspondant à des niveaux de services.
Population-cible	Population générale adulte (hors femmes enceintes)
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois
Cotations, scores	<p>Une intervention est jugée nécessaire si le cannabis est consommé ≥ 1 fois par semaine.</p> <p>La dépendance est ensuite évaluée en six questions, adaptées du SDS (traduction en français par J.Tremblay, 1999) :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Score de 0 à 2 : dépendance faible ou nulle avec intervention possible auprès du médecin de premier recours.■ De 3 à 5 points : une dépendance modérée est retenue, avec poursuite du questionnaire.■ Score de 5 à 15 : dépendance élevée, avec proposition d'une prise en charge spécialisée (arrêt du test). <p>La consommation problématique ou l'abus sont recherchés en neuf questions, sans détermination de seuil. Si le médecin détecte des éléments de consommation à risque, une intervention brève est conseillée. Une intervention spécialisée est préconisée si un probable abus est diagnostiqué.</p>
Durée de passation	nd
Langues	Anglais (version 1.7 - 2008), français (version 1.8 - 2009)
Bibliographie (par ordre chronologique)	<p>- Tremblay J, Blanchette-Martin N. (2009). Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu. Service de recherche CRUV/ALTO, Québec.</p> <p>- Tremblay J, Simoneau H, Blanchette-Martin N, Landry M, Bergeron J. (2012). Rapport personnalisé DÉBA-Alcool. RISQ, Montréal, QC.</p>
Site Internet	<p>http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA_D_v1-8p_18dec09.pdf</p> <p>http://www.risqtoxico.ca/risq/www/deba.php</p>

[DÉBA-D Dépistage et évaluation du besoin d'aide-drogues]

DÉBA-D (DÉPISTAGE ET ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE-DROGUES - v1.8 P)

Tremblay, J., Rouillard, P. & Sirois, M., (2000) Rév. 18 décembre 2009

Âge N° de dossier
 Femme
 Homme
Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.) Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Dans la liste des produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un ans

- Questionner sur chacun des produits
- Liste des noms de produits les plus communs au verso

	Jamais	< 1 fois /mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	3 fois et +/semaine	
1. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> N° tél résidence <input type="text"/> - <input type="text"/> Autre n° téléphone Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 questions suivantes <input type="radio"/> Dépasse posologie <input type="radio"/> De plus d'un médecin <input type="radio"/> Non-prescrits

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8 demander la question 9 →

	Jamais	< 1 fois /mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	3 fois et +/semaine	Oral	Nasal "sniffé"	Fumé	Injecté
2. Cannabis	<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"/>
3. PCP	<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"/>
4. Hallucinogènes	<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"/>
5. Cocaïne	<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"/>
6. Autres stimulants	<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. Opiacés	<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"/>
8. Inhalants	<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"/>
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	<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"/>

Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendances (ESD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strand, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

- Méd. sédatifs
- Cocaïne
- Cannabis
- Autres stimulants
- PCP
- Opiacés
- Hallucinogènes
- Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____, DEPUIS UN AN...

10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____ ?

11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux ?

12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée ?

13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____ ?

14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____ ?

	Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/> Facile (0)	<input type="radio"/> Assez difficile(1)	<input type="radio"/> Très difficile(2)	<input type="radio"/> Impossible(3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues ? Oui Non

ESD/Total =
Interprétation au verso

Date - -
Année Mois Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)

Initiale de l'intervenant

[DÉBA-D Dépistage et évaluation du besoin d'aide-drogues]

Tremblay, J., Rouillard, P. & Sirosis, M. (2000) Rév. 18 décembre 2009

N° de dossier

1. Médicaments sédatifs		5. Cocaïne	6. Autres stimulants	8. Inhalants
Anxiolytiques Alprazolam* (Xanax®) Bromazépam* (Lectopam®) Buspirone (Buspar®) Chlordiazépoxide (Librax®, Librium) Clonazépam* (Rivotril®) Chlorazépate (Tranxene (D)) Diazépam* (Valium®) Hydroxyzine (Atarax®) Lorazépam* (Ativan®) Meprobamate (282 MEP®) Oxazépam* (Serax (D))	Hypnotiques Flunitrazépam (Rohypno®) Flurazépam* (Dalmane (D)) Hydrate de Chloral Nitrazépam* (Mogadon®) Témazépam* (Restoril®) Triazolam (Halcion (D)) Zapelon (Starnoc (D)) Zopiclone (Imovane®)	Cocaïne (prise + I.V.) Crack (fumé) Freebase (fumé)	Amphétamine (Dexedrine®, Benzedrine, Adderall®, Crystal) Métamphétamine (Crystallmeth, Méthédrine) Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®) Phentermine (Ionamin® (D), Fastin) Phenmétrazine (Preludine (D))	Aérosol Colle Chloroforme Décapant Dissolvant Essence Peinture Poppers
2. Cannabis Pot Hasch Huile de haschich	3. PCP Kétamine Ketalar® PCP (souvent vendu sous le nom de mess ou mescaline)	4. Hallucinogènes Acide Champignons (psilocybine) Ecstasy (MDMA, MDA) L.S.D. Mescaline Salvia	7. Opiacés Buprénorphine (Suboxone®) Codéine (Empracet®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-8®) Diphénoxylylate (Lomotil®) Fentanyl (Duragesic®) Héroïne (Smack) Hydrocodone (Tussionex®) Hydromorphone (Dilaudid®) Morphine (MS-Contin®, Statex®, MS IR®)	Sirops avec codéine ou hydrocodone (Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir) Benjlyn® codéine 3,3mg D-E Dalmacol® Dimetane-Expectorant-C-DC® Novahistex C et DH® Tussaminic DH Triaminic® C et DH

Légende
 * = Type benzodiazépine
 ® = nom commercial
 Italique = nom de rue
 D = Discontinué

Interprétation des scores de l'ESD

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 (ECCD)

Tremblay, Rouillard & Sirosis, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ESD, 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 RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contacter Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante : nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

RAPPORT PERSONNALISÉ DÉBA-DROGUES

(Tremblay J., Simoneau H., Blanchette-Martin N., Landry M. & Bergeron J., 2012)

Substance(s) consommé(e)s dans la dernière année	Fréquences			
	<1x/ mois	1-3x/ mois	1-2x/ sem.	3x et + sem.
_____ →	<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"/>
Toutes substances confondues →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consommation occasionnelle :	3 fois/mois (cannabis) ; Moins de 1 fois/mois (toute autre drogue)
Consommation à risque :	1 fois/sem. ou plus (cannabis) 1 fois/mois ou plus (toute autre drogue) Posologie non suivie /Non-prescrit (médicaments)

Groupe d'âge	Hallucino. (%)		Cocaïne (%)		Speed (%)		Ecstasy (%)		Au moins 1... (speed, ecstasy hallucinogènes ou héroïne) (%)	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
15-19	9,3	16,9	9,4	10,3	9,0	7,6	11,3	9,0	18,8	20,7
20-24	14,8	23,4	11,8	18,0	7,6	14,6	9,9	16,9	22,5	33,5
25-34	11,9	23,8	10,6	19,4	4,2	11,9	4,7	12,7	17,6	31,6
35-44	7,3	19,6	11,7	21,4	4,7	9,0	n.s.	2,7	15,9	26,2
45 et plus	4,0	9,9	3,6	8,7	2,5	6,7	n.s.	n.s.	6,3	12,4

Consommation de cannabis

Le tableau suivant présente la fréquence d'usage du cannabis chez les Canadiens. Vous dites consommer du cannabis à la fréquence de _____ par _____. On remarque donc que _____ % des Canadiens de votre âge consomment aussi souvent que vous.

Fréquence de consommation	Femmes (%)	Hommes (%)
Jamais	92,8	84,6
Une ou deux fois	2,7	4,3
Au moins une fois par mois	1,5	3,0
Au moins une fois par semaine	1,6	4,2
Au moins une fois par jour	1,3	3,8

Consommation d'autres drogues

Le tableau suivant présente le pourcentage de Canadiens qui ont déclaré avoir fait usage de drogues illicites dans la dernière année. Les pourcentages encadrés correspondent à votre groupe d'âge et à votre type de consommation.

Degré de dépendances aux drogues

Ceci correspond à l'impression générale ressentie par une personne lorsqu'une drogue envahit progressivement sa vie.

Selon votre score au questionnaire qui est de _____, vous avez un degré de dépendance qui est dans la zone _____.

Les conséquences associées à votre consommation de drogue(s)

Vous avez répondu à des questions au sujet des conséquences de votre consommation de drogue(s) qui portaient sur vos responsabilités, votre implication dans des situations dangereuses pour vous, vos possibles difficultés avec la justice ou dans vos relations interpersonnelles.

Selon ce que vous rapportez, votre consommation de drogue(s) entraîne des conséquences qui vous placent dans la zone _____.

Degré de risque estimé pour un adulte en santé	Degré de dépendance	Fréquence des conséquences de la consommation de drogue(s) au cours de la dernière année...				
		... sur les responsabilités Ques. 16, 19, 24	...p/r aux situations dangereuses Ques. 20 et 21	... au plan judiciaire Ques. 22 et 23	... sur les relations Ques. 17 et 18	
Risques élevés	Dépendance élevée	15 14 13 12 11 10 9 8 7 6	Fréquentes Toutes les sem. (Ex. : 52 fois et +)	Fréquentes Toutes les sem. (Ex. : 52 fois et +)	Élevées (Ex. : 2 arrestations et+)	Fréquentes Toutes les sem. (Ex. : 52 fois et +)
		5	Régulières Tous les mois (Ex. : 12 à 51 fois)	Régulières (Ex. : 4 à 51 fois)	Occasionnelles (Ex. : 1 arrestation)	Régulières Tous les mois (Ex. : 12 à 51 fois)
		4	Occasionnelles Pas tous les mois (Ex. : 1 à 11 fois)	Occasionnelles (Ex. : 1 à 3 fois)		Occasionnelles Pas tous les mois (Ex. : 1 à 11 fois)
Risques modérés	Dépendance modérée	3	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
Risques faibles	Aucune	1				

Nom de la personne _____

Signature de l'intervenant _____

Date :

Année

Mois

Jour

[DEP-ADO DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents]



Auteur(s)	Michel Germain Michel Landry Conseiller recherche au Centre Dollard-Cormier / Institut universitaire sur les dépendances, Montréal (Québec) et Professeur associé à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke		
E-mail	michel.landry@ssss.gouv.qc.ca		
Date de publication	2004		
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 7 items)		
Objectifs	Permettre au médecin un repérage des consommations problématiques d'alcool ou de drogues illicites et le conseiller sur la suite à donner		
Population-cible	Jeunes de 11 à 18 ans		
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière et 12 derniers mois		
Cotations, scores	Version 7 items - Score de 0 à 8 - Score de 9 à 16 - Score \geq 17	Version 6 items 0 à 13 14 à 19 \geq 20	Indication pas d'intervention (feu vert) intervention souhaitable (feu jaune) intervention nécessaire (feu rouge)
Durée de passation	15 minutes et 1 à 2 minutes pour la correction (temps supplémentaire pour l'interprétation des résultats en lien avec le jeune)		
Langues	Français (version 3.2, septembre 2007 : grille validée pour une population québécoise de 14 à 17 ans), anglais (version 3.2, septembre 2007 : grille non validée mais traduction validée), inuktitut (version 3.1, octobre 2003 : grille adaptée en 2004 et non validée)		
Bibliographie (par ordre chronologique)	<p>- Landry M, Tremblay J, Guyon L, Bergeron J, Brunelle N. (2004). La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. <i>Drogues, santé et société</i>, 3(1): 19-35.</p> <p>- Landry M, Brunelle N, Tremblay J, Desjardins L, RISQ-CIRASST. (2005). L'utilisation de la DEP-ADO dans l'intervention et les enquêtes : questions éthiques et méthodologiques. <i>RISQ-Info</i>, 13(1): 3-5.</p> <p>- Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinet L, Laget J, Stepahn P, et al. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. <i>Journal of Substance Use</i>, 10, 385-395.</p> <p>- De Germond-Burquier V, Haller DM, Narring F. (2010). "J'te dis si tu m'demandes". Repérage de la consommation de substances auprès d'adolescents et jeunes adultes. <i>Revue Médicale Suisse</i>, 6(253): 1242-1247.</p>		
Site Internet	http://www.risqtoxico.ca/documents/DEP-ADO_fr_V3.2_2008.pdf		

[DEP-ADO
DEPistage de consommation problématique d'alcool
et de drogue chez les ADOlescents]

DEP-ADO (GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUE CHEZ LES ADOLESCENTS - VERSION 3.2 - SEPTEMBRE 2007)

[][][][][]
N° de dossier

Date [][][][] [][] [][]
Année Mois Jour

Nom : _____ Prénom _____

Âge : [][] Sexe : Garçon Fille

Quel est ton niveau scolaire actuel ?

Secondaire I
 Secondaire II
 Secondaire III
 Secondaire IV
 Secondaire V
 Autre niveau _____
préciser

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?
(noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (ex. : mari pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne (ex. : coke. snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinogènes (ex. : LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Héroïne (ex. : smack)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphétamines/speed (ex. : upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Réservé à l'usage de l'intervenant

Facteur 1 = alcool et cannabis [][]

Facteur 2 = autres drogues [][]

Facteur 3 = conséquences [][]

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques tranquillisants, ritalin.

2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? Oui ➔ Passez à 2b Non ➔ Passez à 3
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement

de l'alcool ? [][] Ans [][]

une ou des drogues ? [][] Ans [][]

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? Oui Non

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, ➔ passe à la question 7

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ? Oui Non

DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents]

|_|_|_|_|_|_|_|

N° de dossier

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

Réservé à l'usage de l'intervenant

a) Garçons

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

ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ? ↘
 Fois

b) Filles

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

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

Oui Non

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.) Oui Non

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.) Oui Non

c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille Oui Non

d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse Oui Non

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.) Oui Non

f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue Oui Non

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.) Oui Non

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.) Oui Non

i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi Oui Non

j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant Oui Non

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 1 à 2 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 |

SCORE BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e) _____

V J R

[DEP-ADO DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents]

GRILLE DE COTATION DEP-ADO (VERSION 3.2¹)

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines/speed	0	1	2	3	4	5
Autres*	0	1	2	3	4	5

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?

Alcool	< 12 ans = 3	Drogues	< 14 ans = 3
	12 à 15 ans = 2		14 à 15 ans = 2
	16 ans ou + = 1		16 ans ou + = 1

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

Oui = 8 Non = 0

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?

Oui = 8 Non = 0

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris **8 (Garçons) 5 (Filles)** consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Aucune fois = 0 1 à 2 fois = 1 3 à 25 fois = 2 26 fois et plus = 3

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

Oui = 8 Non = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

13 et moins	FEU VERT	Aucun problème évident de consommation (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	FEU JAUNE	Problème en émergence (intervention précoce souhaitable)
20 et +	FEU ROUGE	Problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

1. Cette grille de cotation se rattache à la DEP-ADO version 3.2, septembre 2007. La grille de cotation a été conservée telle quelle depuis octobre 2003 puisqu'aucune modification n'a été requise.

[NIDA Quick Screen ou NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test]



Auteur(s)	National Institute on Drug Abuse (NIDA)
E-mail	information@nida.nih.gov
Date de publication	2009
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 8 items)
Objectifs	Repérer l'usage de drogues licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) ou illicites dans les structures de médecine générale
Population-cible	Adultes
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière et 3 derniers mois
Cotations, scores	Le « <i>Substance Involvement (SI) score</i> » est calculé en additionnant les scores obtenus pour les questions 1-6 (score de 0 à 33 pour le cannabis) : - 0-3 risque faible - 4-26 risque modéré - ≥ 27 risque élevé
Durée de passation	Environ 25 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	- WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. <i>Addiction</i> , 97(9): 1183-1194. (Original ASSIST). - Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. (2010). A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care. <i>Archives of Internal Medicine</i> , 170(13): 1155-1160.
Site Internet	http://www.nida.nih.gov/nidamed/screening/nmassist.pdf http://www.drugabuse.gov/nidamed/screening/ http://www.nida.nih.gov/nidamed/resguide/screeningtool.html http://www.drugabuse.gov/nmassist/

[NIDA Quick Screen ou NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test]

NIDA QUICK SCREEN V1.0F1

Name
Interviewer.....

Sex () F () M

Age.....
Date/...../.....

Introduction (Please read to patient)

Hi, I'm _____, nice to meet you. If it's okay with you, I'd like to ask you a few questions that will help me give you better medical care. The questions relate to your experience with alcohol, cigarettes, and other drugs. Some of the substances we'll talk about are prescribed by a doctor (like pain medications). But I will only record those if you have taken them for reasons or in doses other than prescribed. I'll also ask you about illicit or illegal drug use—but only to better diagnose and treat you.

Instructions: For each substance, mark in the appropriate column. For example, if the patient has used cocaine monthly in the past year, put a mark in the "Monthly" column in the "illegal drug" row.

NIDA Quick Screen Question:	Never	Once or twice	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
In the past year, how often have you used the following?					
Alcohol • For men, 5 or more drinks a day • For women, 4 or more drinks a day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobacco Products	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription Drugs for Non-Medical Reasons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illegal Drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- If the patient says **"NO"** for all drugs in the Quick Screen, reinforce abstinence. **Screening is complete.**
- If the patient says **"Yes"** to **one or more days of heavy drinking**, patient is an at-risk drinker. Please see NIAAA website "How to Help Patients Who Drink Too Much: A Clinical Approach" http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm, for information to **Assess, Advise, Assist, and Arrange** help for at risk drinkers or patients with alcohol use disorders
- If patient says **"Yes"** to **use of tobacco**: Any current tobacco use places a patient at risk. Advise all tobacco users to quit. For more information on smoking cessation, please see "Helping Smokers Quit: A Guide for Clinicians" <http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/clinhlpsmksqt.htm>
- If the patient says **"Yes"** to **use of illegal drugs or prescription drugs for non-medical reasons**, proceed to **Question 1** of the NIDA-Modified ASSIST.

1. This guide is designed to assist clinicians serving adult patients in screening for drug use. The NIDA Quick Screen was adapted from the single-question screen for drug use in primary care by Saitz et al. (available at <http://archinte.ama-assn.org/cgi/print/170/13/1155>) and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism's screening question on heavy drinking days (available at http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm). The NIDA-modified ASSIST was adapted from the World Health Organization (WHO) Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Version 3.0, developed and published by WHO (available at http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_v3_english.pdf).

[NIDA Quick Screen ou NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test]

QUESTIONS 1-8 OF THE NIDA-MODIFIED ASSIST V2.0

Instructions: Patients may fill in the following form themselves but screening personnel should offer to read the questions aloud in a private setting and complete the form for the patient. To preserve confidentiality, a protective sheet should be placed on top of the questionnaire so it will not be seen by other patients after it is completed but before it is filed in the medical record.

Question 1 of 8, NIDA-Modified ASSIST		
In your LIFETIME , which of the following substances have you ever used? <i>*Note for Physicians: For prescription medications, please report nonmedical use only.</i>	Yes	No
a. Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cocaine (coke, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Prescription stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Ativan, Xanax, Librium, Rohypnol, GHB, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Street opioids (heroin, opium, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Prescription opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Other – specify:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Given the patient's response to the Quick Screen, the patient should not indicate **"NO"** for all drugs in Question 1. If they do, remind them that their answers to the Quick Screen indicated they used an illegal or prescription drug for nonmedical reasons within the past year and then **repeat Question 1**. If the patient indicates that the drug used is not listed, please mark **"Yes"** next to "Other" and continue to **Question 2** of the NIDA-Modified ASSIST.

■ If the patient says **"Yes"** to any of the drugs, proceed to **Question 2** of the NIDA-Modified ASSIST.

[NIDA Quick Screen ou NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test]

Question 2 of 8, NIDA-Modified ASSIST					
2. In the past three months , how often have you used the substances you mentioned (first drug, second drug, etc)?	Never	Once or twice	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
• Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	0	2	3	4	6
• Cocaine (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
• Prescription stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	0	2	3	4	6
• Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	0	2	3	4	6
• Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	0	2	3	4	6
• Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)	0	2	3	4	6
• Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
• Street opioids (heroin, opium, etc.)	0	2	3	4	6
• Prescription opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	0	2	3	4	6
• Other – Specify:	0	2	3	4	6

- For patients who report **"Never"** having used any drug in the past 3 months: **Go to Questions 6-8.**
- For any recent **illicit or nonmedical prescription drug use**, go to **Question 3.**

3. In the past 3 months , how often have you had a strong desire or urge to use (first drug, second drug, etc)?					
	Never	Once or twice	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
a. Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	0	2	3	4	6
b. Cocaine (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
c. Prescribed Amphetamine type stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	0	2	3	4	6
d. Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	0	2	3	4	6
e. Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	0	2	3	4	6
f. Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)	0	2	3	4	6
g. Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.) ³	0	2	3	4	6
h. Street Opioids (heroin, opium, etc.)	0	2	3	4	6
i. Prescribed opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Other – Specify:	0	2	3	4	6

[NIDA Quick Screen ou
NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking,
and Substance Involvement Screening Test]

4. During the past 3 months, how often has your use of (first drug, second drug, etc) led to health, social, legal or financial problems?

	Never	Once or twice	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
a. Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	0	4	5	6	7
b. Cocaine (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
c. Prescribed Amphetamine type stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	0	4	5	6	7
d. Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	0	4	5	6	7
e. Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	0	4	5	6	7
f. Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)	0	4	5	6	7
g. Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
h. Street opioids (heroin, opium, etc.)	0	4	5	6	7
i. Prescribed opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Other – Specify:	0	4	5	6	7

5. During the past 3 months, how often have you failed to do what was normally expected of you because of your use of (first drug, second drug, etc)?

	Never	Once or twice	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
a. Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	0	5	6	7	8
b. Cocaine (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
c. Prescribed Amphetamine type stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	0	5	6	7	8
d. Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	0	5	6	7	8
e. Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	0	5	6	7	8
f. Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)	0	5	6	7	8
g. Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
h. Street Opioids (heroin, opium, etc.)	0	5	6	7	8
i. Prescribed opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Other – Specify:	0	5	6	7	8

Instructions: Ask Questions 6 & 7 for all substances **ever used** (i.e., those endorsed in the Question 1).

[NIDA Quick Screen ou
NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking,
and Substance Involvement Screening Test]

6. Has a friend or relative or anyone else ever expressed concern about your use of (first drug, second drug, etc)?	No, never	Yes, but not in the past 3 months	Yes, in the past 3 months
a. Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	0	3	6
b. Cocaine (coke, crack, etc.)	0	3	6
c. Prescribed Amphetamine type stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	0	3	6
d. Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	0	3	6
e. Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	0	3	6
f. Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Xanax, Ativan, Librium, Rohypnol, GHB, etc.)	0	3	6
g. Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.)	0	3	6
h. Street opioids (heroin, opium, etc.)	0	3	6
i. Prescribed opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	0	3	6
j. Other – Specify:	0	3	6

7. Have you ever tried and failed to control, cut down or stop using (first drug, second drug, etc)?	No, never	Yes, but not in the past 3 months	Yes, in the past 3 months
a. Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	0	3	6
b. Cocaine (coke, crack, etc.)	0	3	6
c. Prescribed Amphetamine type stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	0	3	6
d. Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	0	3	6
e. Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	0	3	6
f. Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Xanax, Ativan, Librium, Rohypnol, GHB, etc.)	0	3	6
g. Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.)	0	3	6
h. Street opioids (heroin, opium, etc.)	0	3	6
i. Prescribed opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	0	3	6
j. Other – Specify:	0	3	6

Instructions: Ask Question 8 if the patient endorses any drug that might be injected, including those that might be listed in the other category (e.g., steroids). Circle appropriate response.

[NIDA Quick Screen ou NIDA-Modified ASSIST/Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test]

8. Have you ever used any drug by injection (NONMEDICAL USE ONLY)?	No, never	Yes, but not in the past 3 months	Yes, in the past 3 months
--	-----------	-----------------------------------	---------------------------

- Recommend to patients reporting any prior or current intravenous drug use that they get tested for HIV and Hepatitis B/C.
- If patient reports using a drug by injection in the past three months, ask about their pattern of injecting during this period to determine their risk levels and the best course of intervention.
 - o If patient responds that they inject once weekly or less OR fewer than 3 days in a row, provide a brief intervention including a discussions of the risks associated with injecting.
 - o If patient responds that they inject more than once per week OR 3 or more days in a row, refer for further assessment.

Note: Recommend to patients reporting any current use of alcohol or illicit drugs that they get tested for HIV and other sexually transmitted diseases.

Tally Sheet for scoring the full NIDA-Modified ASSIST:

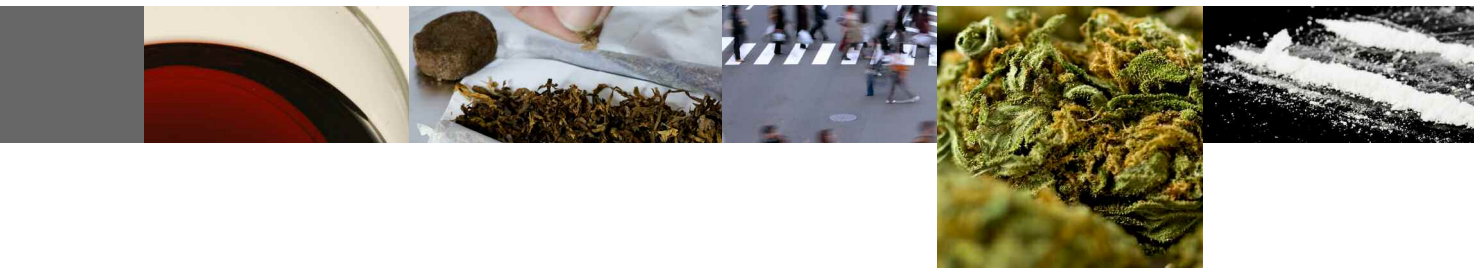
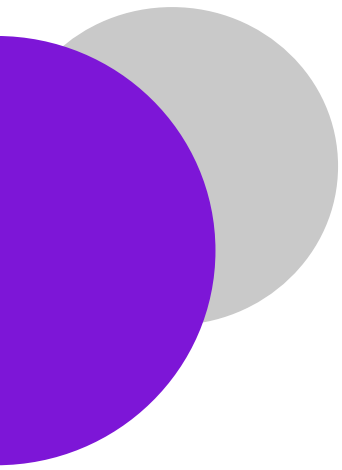
Instructions: For each substance (labeled a–j), add up the scores received for questions 2-7 above. This is the Substance Involvement (SI) score. Do not include the results from either the Q1 or Q8 (above) in your SI scores.

Substance Involvement Score	Total (SI SCORE)
a. Cannabis (marijuana, pot, grass, hash, etc.)	
b. Cocaine (coke, crack, etc.)	
c. Prescription stimulants (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, diet pills, etc.)	
d. Methamphetamine (speed, crystal meth, ice, etc.)	
e. Inhalants (nitrous oxide, glue, gas, paint thinner, etc.)	
f. Sedatives or sleeping pills (Valium, Serepax, Xanax, Ativan, Librium, Rohypnol, GHB, etc.)	
g. Hallucinogens (LSD, acid, mushrooms, PCP, Special K, ecstasy, etc.)	
h. Street Opioids (heroin, opium, etc.)	
i. Prescription opioids (fentanyl, oxycodone [OxyContin, Percocet], hydrocodone [Vicodin], methadone, buprenorphine, etc.)	
j. Other – Specify:	

Use the resultant Substance Involvement (SI) Score to identify patient's risk level.

To determine patient's Risk level based on his or her SI score, see the table below:

Level of risk associated with different substance involvement score ranges for illicit or nonmedical prescription drug use	
0-3	Lower risk
4-26	Moderate Risk
27 +	High risk



[PESQ Personal Experience Screening Questionnaire]



Auteur(s)	Ken Winters Center for Adolescent Substance Abuse Department of Psychiatry University of Minnesota, Etats-Unis
E-mail	winte001@tc.umn.edu
Date de publication	1991
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 40 items)- sous copyright
Objectifs	Repérer les troubles psychosociaux liés à l'usage d'alcool ou de drogues illicites et la nécessité d'une évaluation approfondie des troubles liés à l'usage
Population-cible	Adolescents (12-18 ans)
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	Calcul du score assisté par ordinateur : drapeau rouge ou vert selon la sévérité du problème
Durée de passation	10 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Winters KC. (1991). Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ) manual. Western Psychological Services, Los Angeles, CA.- Winters KC. (1992). Development of an adolescent alcohol and other drug abuse screening scale: Personal experience screening questionnaire. <i>Addictive Behaviors</i>, 17(5): 479-490.- Winters KC, Remafedi G, Chan BY. (1996). Assessing drug abuse among gay-bisexual young men. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i>, 10(4): 228-236.- George MS, Skinner HA. (1991). Assessment. In: Drug use by adolescents: Identification, assessment and intervention, Annis HM, Davis CS, eds., Alcoholism and Drug Addiction Foundation, Toronto, 85-108.
Site Internet	http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,69732&_dad=portal&_schema=PORTAL

[PESQ Personal Experience Screening Questionnaire]

PESQ (PERSONAL EXPERIENCE SCREENING QUESTIONNAIRE) ©

Copyright (outil payant)

PERSONAL EXPERIENCE SCREENING
QUESTIONNAIRE (PESQ)
(SAMPLE ITEMS)

Ken C. Winters, Ph.D.
Published by
WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
12031 Wilshire Boulevard
wps Los Angeles, CA 90025-1251
- Publishers and Distributors -

Name or ID number: _____
Age: _____ Sex: M _____ F _____

DIRECTIONS
This booklet asks about you and your experiences, including those with alcohol and other drugs. Some questions ask how often certain things have happened. Others ask if you agree with a statement. Please read each question carefully. Circle the * for the answer that is right for you. Circle only one response option for each question. Please answer every question.

Never Once or
Twice Sometimes Often

PART I

How often have you used alcohol or other drugs:

1. At home
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

How often have you:

10. Made excuses to your parents about your alcohol or drug use
11.
12.
13.
14.
15.

When using alcohol or other drugs, how often have you:

16. Spilled things, bumped into things, fallen down, or had trouble walking around
17.
18.
19.

In order to get or pay for alcohol or other drugs, how often have you:

20. Sold drugs
21.

PLEASE TURN THE FORM OVER AND COMPLETE PARTS II AND III.

W-271 A Copyright © 1991 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES

[POSIT - Facteur A Problem-oriented screening instrument for teenagers]



Auteur(s)	Elizabeth Rahdert, National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health/ Bethesda, Maryland (États-Unis)
E-mail	Elizabeth_Rahdert@nih.gov
Date de publication	1991
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 17 items) sur l'usage et l'abus d'alcool ou de drogues illicites (section du POSIT sur les drogues : facteur A)
Objectifs	Identifier un abus de substances pouvant justifier une évaluation approfondie
Population-cible	Adolescents (12-19 ans) en milieu scolaire
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière et 30 derniers mois
Cotations, scores	Score de 0 à 17 - ≤ 1 risque faible d'usage nocif - Entre 1 et 6 risque modéré - ≥ 7 risque élevé
Durée de passation	Environ 8 minutes
Langues	Anglais, français, espagnol
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Rahdert E. (1991). The adolescent assessment/referral system manual. DHHS Publication No. (ADM)91-1735. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.- Latimer WW, Winters KC, Stinchfield RD. (1997). Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. <i>American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i>, 23(1): 79-98.- Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. (2001). Reliability of the problem oriented screening instrument for teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. <i>Journal of Adolescent Health</i>, 29(2): 125-130.- Danseco ER, Marques PR. (2002). Development and validation of a POSIT-Short Form: Screening for problem behaviors among adolescents at risk for substance use. <i>Journal of Child and Adolescent Substance Abuse</i>, 11(3): 17-36.- Latimer WW, O'Brien MS, et al. (2004). Screening for "substance abuse" among school-based youth in Mexico using the Problem Oriented Screening Instrument (POSIT) for Teenagers. <i>Substance Use and Misuse</i>, 39(2): 307-329.
Site Internet	http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Problem_Oriented_Screening_Instrument_for_Teenagers_188.pdf

[POSIT - Facteur A Problem-oriented screening instrument for teenagers]

POSIT FACTEUR A (PROBLEM-ORIENTED SCREENING INSTRUMENT FOR TEENAGERS)

	Oui	Non
1. Avez-vous des problèmes à l'école dus à l'alcool ou aux drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà été accidentellement blessé ou avez-vous accidentellement blessé quelqu'un d'autre après avoir consommé une quantité importante d'alcool ou de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que vous ratez des activités parce que vous dépensez trop d'argent pour l'alcool ou les autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu l'impression d'être dépendant à l'alcool ou aux autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Etes-vous obligé de consommer de plus en plus de drogues ou d'alcool pour obtenir l'effet que vous voulez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà quitté une soirée parce qu'il n'y avait ni alcool, ni autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous constamment envie de prendre de l'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà eu un accident de voiture ou de deux-roues sous l'effet de l'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oubliez-vous les choses que vous avez faites sous l'effet de l'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Au cours du dernier mois, avez-vous conduit une voiture ou un deux-roues sous l'effet de l'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. L'alcool ou les drogues vous causent-ils des variations rapides d'humeur, comme par exemple d'heureux à triste ou vice versa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Manquez-vous l'école ou arrivez-vous en retard à cause de votre consommation d'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Votre famille ou vos ami(e)s vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous de sérieuses disputes avec vos ami(e)s ou votre famille à cause de l'alcool ou de la drogue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. L'alcool ou les autres drogues vous font-ils faire des choses que vous ne feriez pas normalement (ne pas respecter les règles, ne pas rentrer à l'heure prévue à la maison, transgresser la loi) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous des difficultés à garder vos ami(e)s à cause de l'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous déjà eu l'impression que vous ne pouviez pas contrôler votre utilisation d'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[POSIT - version courte Problem-oriented screening instrument for teenagers]



Auteur(s)	William Latimer (pour la version courte en 11 items) Department of Clinical and Health Psychology University of Florida (Etats-Unis)
E-mail	wwlatimer@phhp.ufl.edu
Date de publication	1997
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 11 items)
Objectifs	Repérer l'abus ou la dépendance d'alcool ou de drogues illicites
Population-cible	Adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	Score total de 0 à 11
Durée de passation	5 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Latimer WW, Winters KC, Stinchfield RD. (1997). Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. <i>American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i>, 23(1): 79-98.- Danseco ER, Marques PR. (2002). Development and validation of a POSIT-Short Form: Screening for problem behaviors among adolescents at risk for substance use. <i>Journal of Child and Adolescent Substance Abuse</i>, 11(3): 17-36.
Site Internet	nd

[POSIT - version courte
Problem-oriented screening instrument for teenagers]

POSIT SHORT FORM (POSIT VERSION COURTE)
(PROBLEM ORIENTED SCREENING INSTRUMENT FOR TEENAGERS)

	Oui	Non
1. Avez-vous déjà été accidentellement blessé ou avez-vous accidentellement blessé quelqu'un d'autre après avoir consommé une quantité importante d'alcool ou de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà eu l'impression d'être dépendant à l'alcool ou aux autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etes-vous obligé de consommer de plus en plus de drogues ou d'alcool pour obtenir l'effet que vous voulez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous constamment envie de prendre de l'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oubliez-vous les choses que vous avez faites sous l'effet de l'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'alcool ou les drogues vous causent-ils des variations rapides d'humeur, comme par exemple d'heureux à triste ou vice versa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Manquez-vous l'école ou arrivez-vous en retard à cause de votre consommation d'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Votre famille ou vos ami(e)s vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous de sérieuses disputes avec vos ami(e)s ou votre famille à cause de l'alcool ou de la drogue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. L'alcool ou les autres drogues vous font-ils faire des choses que vous ne feriez pas normalement (ne pas respecter les règles, ne pas rentrer à l'heure prévue à la maison, transgresser la loi) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous déjà eu l'impression que vous ne pouviez pas contrôler votre utilisation d'alcool ou d'autres drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[PUN
Problematic Use of Narcotics]

Auteur(s)	Katarzyna Okulicz-Kozaryn Janusz Sierosławski
E-mail	kokulicz@ipin.edu.pl
Date de publication	2007
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 10 items)
Objectifs	Distinguer les usages occasionnels et problématiques de drogues (à risque élevé de développer des troubles liés à l'usage de drogues)
Population-cible	Adolescents (13-18 ans) présentant des signes d'usage de drogue
Période de temps sur laquelle porte l'outil	12 derniers mois
Cotations, scores	2 réponses affirmatives indiquent une forte probabilité (88 %) d'usage problématique de cannabis
Durée de passation	2-5 minutes
Langues	Polonais, anglais (traduction par l'auteur)
Bibliographie (par ordre chronologique)	Okulicz-Kozaryn K, Sierolawski J. (2007). Validation of the Problematic Use of Narcotics (PUN) screening test for drug using adolescents. <i>Addictive Behaviors</i> , 32,640-646.
Site Internet	nd

PROBLEMATIC USE OF NARCOTICS (PUN)

These questions concern your experience associated with drug use in the past 12 months.

	Yes	No
1. Have you ever skipped school classes or came late to school because of drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever gotten into trouble at school because of drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever bought drugs from drug dealer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever spent on drugs so much money that you had to give up other things or activities you like?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you had problems with the police because of drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you hurt anybody while high on drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Are you looking for drugs stronger than you have previously used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Do you often feel desire for drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you ever used drug when you were alone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you had a serious argument with friends because of your drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[SACS Substances and Choices Scale]



Auteur(s)	Grant Christie Community Alcohol & Drug Youth Service, Auckland (Nouvelle-Zélande)
E-mail	grant.christie@waitematadhb.govt.nz
Date de publication	2007
Type	Questionnaire d'entretien structuré
Objectifs	Repérer l'usage problématique d'alcool ou de drogues illicites et mesurer l'évolution d'un traitement (utilisé seul ou avec le SDQ).
Population-cible	Adolescents (13-18 ans)
Période de temps sur laquelle porte l'outil	30 derniers jours
Cotations, scores	Score de 0 à 20 qui détermine l'opportunité d'un traitement (SACS difficulties scale) À partir de 2, difficultés sévères de consommation
Durée de passation	5 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	Christie G, Marsh R, et al. (2007). The Substances and Choices Scale (SACS) - the development and testing of a new alcohol and other drug screening and outcome measurement instrument for young people. <i>Addiction</i> , 102(9): 1390-1398.
Sites Internet	- http://www.sacsinfo.com - http://www.sacsinfo.com/docs/SACSClinical.pdf

SACS (SUBSTANCES AND CHOICES SCALE)

Name..... Date of birth..... No.....

The SACS is only to be used by health professionals working with young people who are engaged in a treatment agency. The questions in part A) and B) are about your use of alcohol and drugs over the last month. This does not include tobacco or prescribed medicine. Please answer every question as best you can, even if you are not certain. Tick only one box on each row.

A) How often did you use each of the following in the last month?	Didn't use	Once a week or less	More than once a week	Most days or more
1. Alcoholic drinks (e.g. beer, wine, spirits, premixes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cannabis (e.g. weed, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ecstasy and other party pills (e.g. 'E', Methadone, BZP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hallucinogens (e.g. LSD, acid, mushrooms, ketamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Inhalants (e.g. glue, petrol, solvents, paint, nitrous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Amphetamines (e.g. speed, 'P', ice, whiz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sedatives (e.g. sleeping pills, benzos, downers, valium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Synthetic cannabinoids (smokable 'herbal highs')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Opiates (e.g. heroin, morphine, methadone, codeine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cocaine (e.g. coke, crack, blow)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Other drug. Write name here	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Other drug. Write name here	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Mark one box (on each row), on the basis of how things have been for you over the last month.	Not true	Somewhat true	Certainly true
1. I took alcohol or drugs when I was alone.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. I've thought I might be hooked or addicted to alcohol or drugs.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Most of my free time has been spent getting hold of, taking, or recovering from alcohol or drugs.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. I've wanted to cut down on the amount of alcohol and drugs that I am using.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. My alcohol and drug use has stopped me getting important things done.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. My alcohol or drug use has led to arguments with the people I live with (family, flatmates or caregivers etc.).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. I've had unsafe sex or an unwanted sexual experience when taking alcohol or drugs.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. My performance or attendance at school (or at work) has been affected by my alcohol or drug use.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. I did things that could have got me into serious trouble (stealing, vandalism, violence etc) when using alcohol or drugs.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. I've driven a car while under the influence of alcohol or drugs (or have been driven by someone under the influence).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

YOUR SACS DIFFICULTIES MOUNTAIN RANGE

Connect the boxes with a straight line and turn the page up this way to see your SACS Difficulties Mountain Range like here. Is your progress smooth or rocky?

SACS difficulties scale

C) Finally, how often have you used tobacco (e.g. cigarettes, cigars) in the last month?	Never	Once a week or less	More than once a week	Most days or more
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date completed..... Clinician

Notes:

[SMAQ Substance Misuse in Adolescence Questionnaire]



Auteur(s)	Swadi, Harith Département de Psychiatrie et de sciences comportementales Université des Emirats arabes unis
E-mail	harith.swadi@cdhb.govt.nz
Date de publication	1997
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 9 items)
Objectifs	Repérer les adolescents en situation d'abus de substances
Population-cible	Adolescents
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière
Cotations, scores	Un score de 5 ou plus doit conduire à une évaluation approfondie.
Durée de passation	2 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	- Swadi H. (1997). Substance Misuse in Adolescence Questionnaire (SMA Q): A pilot study of a screening instrument for problematic use of drugs and volatile substances in adolescents. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 2(2): 63-69. - Swadi H. (2000). Substance misuse in adolescents. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> , 6(3): 201-210.
Site Internet	nd



[SMAQ
Substance Misuse in Adolescence Questionnaire]

SUBSTANCE MISUSE IN ADOLESCENCE QUESTIONNAIRE (SMAQ)

Answers with a 'yes' score 1 and answers with a 'no' score 0.

	Yes	No
1. Are the effects of the drug more important to you than the adventure of use ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Do you have a favourite drug?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Do you ever use alone?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Do you use to suppress feeling sad, bored, lonely, confused or anxious?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Are you thinking a lot about drugs and drug use?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Do you plan your day to make sure you can use?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Do you need to use more to get high now than before?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Do you feel depressed, irritable, or anxious if you do not use?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Do you crave for or 'miss' your favourite drug?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

A total score of 5 or more is a strong indication for further detailed assessment.

[SSI-AOD Simple Screening Instrument for Alcohol and Other Drug Abuse]



Auteur(s)	Winters, Ken C. Center for Adolescent Substance Abuse Department of Psychiatry University of Minnesota, Etats-Unis
E-mail	winte001@tc.umn.edu
Date de publication	1994
Type	Questionnaire d'entretien structuré (en 16 items, dont 14 font l'objet d'un score)
Objectifs	Repérer les signes et les symptômes signalant des troubles liés à l'usage d'alcool ou de drogues illicites
Population-cible	Jeunes et adultes
Période de temps sur laquelle porte l'outil	Vie entière et 6 derniers mois
Cotations, scores	Score total compris entre 0 et 14 Risque d'abus: - 0-1 Aucun ou faible - 2-3 Minimal - 4 et plus Modéré ou élevé: évaluation approfondie recommandée
Durée de passation	5-10 minutes
Langues	Anglais
Bibliographie (par ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none">- Winters K, Zenilman J. (1994). Simple Screening Instrument for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 11. SAMHSA Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, MD.- Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. (2000). Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. <i>Pediatrics</i>, 105(4 Pt 2): 948-953.- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Screening instruments (Appendix H). In: Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42, SAMHSA, Rockville, MD, 497-512.- Kills Small NJ, Simons JS, Stricherz M. (2007). Assessing criterion validity of the Simple Screening Instrument for Alcohol and Other Drug Abuse (SSI-AOD) in a college population. <i>Addictive Behaviors</i>, 32(10): 2425-2431.- Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. (2000). Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. <i>Pediatrics</i>, 105(4 Pt 2): 948-953.- Knight JR, Wechsler H, et al. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>, 63(3): 263-270.
Site Internet	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.77099

**[SSI-AOD
Simple Screening Instrument for Alcohol
and Other Drug Abuse]**

SIMPLE SCREENING INSTRUMENT FOR ALCOHOL AND OTHER DRUGS (SSI-AOD)

During the past 6 months:		
1. Have you used alcohol or other drugs? (such as wine, beer, hard liquor, pot, coke, heroin or other opiates, uppers, downers, hallucinogens, or inhalants)	Yes	No
2. Have you felt that you use too much alcohol or other drugs?	Yes	No
3. Have you tried to cut down or quit drinking or using drugs?	Yes	No
4. Have you gone to anyone for help because of your drinking or drug use? (such as Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, Cocaine Anonymous, counselors, or a treatment program) . . .	Yes	No
5. Have you had any of the following? <i>Put a check mark next to any problems you have experienced.</i>		
<input type="radio"/> Blackouts or other periods of memory loss?		
<input type="radio"/> Injury to your head after drinking or using drugs?		
<input type="radio"/> Convulsions or delirium tremens (DTs)?		
<input type="radio"/> Hepatitis or other liver problems?		
<input type="radio"/> Felt sick, shaky, or depressed when you stopped drinking or using drugs?		
<input type="radio"/> Felt "coke bugs" or a crawling feeling under the skin after you stopped using drugs?		
<input type="radio"/> Injury after drinking or using?		
<input type="radio"/> Used needles to shoot drugs?		
Circle "yes" if at least one of the eight items above is checked .	Yes	No
6. Has drinking or other drug use caused problems between you and your family or friends?	Yes	No
7. Has your drinking or other drug use caused problems at school or at work?	Yes	No
8. Have you been arrested or had other legal problems? (such as bouncing bad checks, driving while intoxicated, theft, or drug possession)	Yes	No
9. Have you lost your temper or gotten into arguments or fights while drinking or using drugs?	Yes	No
10. Do you need to drink or use drugs more and more to get the effect you want? .	Yes	No
11. Do you spend a lot of time thinking about or trying to get alcohol or other drugs? .	Yes	No
12. When drinking or using drugs, are you more likely to do something you wouldn't normally do, such as break rules, break the law, sell things that are important to you, or have unprotected sex with someone?	Yes	No
13. Do you feel bad or guilty about your drinking or drug use? . .	Yes	No
The next questions are about lifetime experiences.		
14. Have you ever had a drinking or other drug problem? . .	Yes	No
15. Have any of your family members ever had a drinking or drug problem? .	Yes	No
16. Do you feel that you have a drinking or drug problem now? . .	Yes	No

SCORE: (Questions 1 and 15 are not scored)

Number of "Yes" Answers _____

Screened positive = a score of 4 or greater.

Crédits photos

- © Ademoeller - Fotolia.com
- © Binski - Fotolia.com
- © Cristian Ciobanu - Fotolia.com
- © Elena - Fotolia.com
- © Fred - Fotolia.com
- © Orlando Bellini - Fotolia.com
- © Radu Razvan - Fotolia.com
- © raphtong - Fotolia.com
- © Samuel Maisonnier - Fotolia.com
- © Frédérique Million (OFDT)

Maquette

Frédérique Million (OFDT)