

# TEST DE DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC ET DE SUBSTANCES (ASSIST v3.1)

NOM DU CLINICIEN	<input type="text"/>	CLINIQUE	<input type="text"/>
ID OU NOM DU CLINICIEN	<input type="text"/>	DATE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## INTRODUCTION (À lire au client. Peut être adapté aux circonstances locales)\*

Les questions suivantes portent sur votre expérience en termes de consommation d'alcool, de produits du tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et au cours des trois derniers mois. Il peut s'agir de substances fumées, avalées, reniflées, inhalées ou injectées (montrer la carte-réponse).

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (amphétamines, calmants, analgésiques). Pour cet entretien, nous **ne prenons pas** en compte les médicaments **prescrits** par votre médecin. Toutefois, si vous avez pris de tels médicaments **autrement** que sur ordonnance, ou si vous les avez pris plus fréquemment, à plus haute dose que prescrit ou de façons autres que celles envisagées, veuillez me l'indiquer.

Bien que nous aimerions également savoir si vous consommez diverses drogues illicites, soyez assuré(e) que ces informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité.

**NOTE : AVANT DE POSER LES QUESTIONS SUIVANTES, DONNER LA CARTE- REPOSE ASSIST AU CLIENT**

### Question 1 (veuillez cocher la réponse pour chaque catégorie de substance)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT)	Non	Oui
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Calmants ou somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, Buprénorphine, codéine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Autre - spécifiez:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Approfondissez si toutes les questions sont négatives:  
"Même lorsque vous étiez à l'école?"

Si "Non" à tous les items, arrêter l'entretien.  
Si "Oui" à un ou plusieurs de ces items, poser la Question 2 pour chaque substance déjà consommée.

\*ASSIST V3.1 doit être utilisé pour un dépistage dans des cadres cliniques. Pour la recherche, veuillez utiliser la version ASSIST v 3.0 précédente  
© Organisation Mondiale de la Santé 2010

## Question 2

Au cours des <u>trois derniers mois</u> , combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées ( <i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i> )?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autre - spécifiez:	0	2	3	4	6

**Si "Jamais" à tous les items de la Question 2, passer à la Question 6.**

**Si une ou plusieurs des substances de la Question 2 ont été consommées au cours des trois derniers mois, passer aux Questions 3, 4 & 5 pour chaque substance consommée.**

## Question 3

Au cours des <u>trois derniers mois</u> , combien de fois avez-vous ressenti un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer ( <i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i> )?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autre - spécifiez:	0	3	4	5	6

### Question 4

<b>Au cours des <u>trois derniers mois</u>, combien de fois votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>) vous a-t-elle causé des problèmes de santé, sociaux, juridiques ou financiers?</b>	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autre - spécifiez:	0	4	5	6	7

### Question 5

<b>Au cours des <u>trois derniers mois</u>, combien de fois n'avez-vous pu accomplir ce qu'on attendait normalement de vous à cause de votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?</b>	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac	/ / / / /				
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autre - spécifiez:	0	5	6	7	8

**Poser les Questions 6 & 7 pour toutes les substances déjà consommées (autrement dit, celles indiquées à la Question 1)**

### Question 6

Un ami ou un parent ou quelqu'un d'autre a-t-il déjà exprimé des inquiétudes au sujet de votre consommation de ( <i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i> )?	Non jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	6	3
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	6	3
j. Autre – spécifiez:	0	6	3

### Question 7

Avez-vous <u>déjà</u> essayé, sans succès, de réduire votre consommation de ( <i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i> )?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	6	3
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	6	3
j. Autre – spécifiez:	0	6	3

**Question 8 (veuillez marquer la réponse)**

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
Avez-vous <u>déjà</u> pris de la drogue en injection? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AVIS IMPORTANT:**

Demander aux clients qui se sont injecté des drogues au cours des 3 derniers mois d'indiquer quelle a été la fréquence d'injection pendant cette période, afin de déterminer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

**FREQUENCE D'INJECTION**

**RECOMMANDATIONS EN MATIERE  
D'INTERVENTION**

4 jours par mois, en moyenne, au cours des 3 derniers mois ou moins

Intervention brève y compris la carte "Risques liés à l'injection"

Plus de 4 jours par mois, en moyenne, au cours des 3 derniers mois

Evaluation approfondie et traitement plus intensif \*

**COMMENT CALCULER UN SCORE POUR UNE SUBSTANCE SPECIFIQUE.**

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionner les scores obtenus pour les questions 2 à 7 incluse. Ne pas inclure les résultats de Q1 ou de Q8 dans ce score. Un score pour le cannabis, par exemple, serait calculé ainsi: **Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c**

Noter que la Q5 pour le tabac n'est pas codée, et est calculée ainsi: **Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a**

**L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE » DU PATIENT**

	Score de substance spécifique relevé	Aucune 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. inhalants		0 - 3	4 - 26	27+
g. calmants		0 - 3	4 - 26	27+
h. hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	27+
i. opioïdes		0 - 3	4 - 26	27+
j. autres drogues		0 - 3	4 - 26	27+

Utiliser maintenant la CARTE DE FEEDBACK ASSIST pour fournir une intervention brève au client.