

Date:

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

Année Mois Jour

Nom: _____ Prénom: _____
(facultatif)

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)	<i>Réservé à l'usage de l'intervenant</i>										
	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours	Facteur 1 = <small>alcool et cannabis</small>	Facteur 2 = <small>autres drogues</small>	Facteur 3 = <small>conséquences</small>		
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Opiacés, préciser: <input type="radio"/> Opiacés non prescrits <input type="radio"/> Héroïne <input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Autres, préciser: <input type="radio"/> GHB <input type="radio"/> Autres médicaments* <input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<small>* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.</small>											
2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)							<input type="radio"/> Oui → Passez à 2b <input type="radio"/> Non → Passez à 3				
b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)							<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr> </table> <small>Ans</small>				
..... une ou des drogues?							<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr> </table> <small>Ans</small>				
3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? (noircir la réponse)							Oui Non <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
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 <input type="radio"/> <input type="radio"/>				

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

a) Garçon

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) Fille

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

--	--	--

Fois

Réservé à l'usage de l'intervenant

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ? (noircir la réponse)

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.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 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.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="checkbox"/> |
| c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="checkbox"/> |
| d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 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.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="checkbox"/> |
| f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 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.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 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.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | |
| j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

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

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e)

Entourez le FEU correspondant

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">V</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">R</td> </tr> </table>				V	J	R
V	J	R				



DEP-ADO
GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL
ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES
Version 3.3 - Juin 2016

No. dossier

COMMENTAIRES