



MATE

Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation
Version: MATE-fr 2.1

Formulaire
d'Évaluation

Évalué par: 

Date d'évaluation:

j	j	m	m	a	a
---	---	---	---	---	---

Sujet n°:

--	--	--	--	--

Âge:


--	--	--	--	--

Sexe: ☐ ☒ ☐ ☐

- | | |
|---|----|
| 1. Usage de substances | 2 |
| 2. Éléments justifiant une consultation psychiatrique ou somatique. | 3 |
| 3. Antécédents de prise en charge pour trouble d'usage de substance | 3 |
| 4. Dépendance et Abus de substances | 4 |
| 5. Plaintes physiques | 5 |
| 6. Personnalité | 6 |
| 7. Activités et participation ; soins et assistance (MATE-ICN) | 7 |
| 8. Facteurs environnementaux influençant le rétablissement (MATE-ICN) | 10 |
| Q1. Craving | 11 |
| Q2. Dépression, anxiété, et stress | 12 |

Symbole ou typographie Instruction / explication

La MATE est un outil d'évaluation. L'examineur peut apprécier l'information qu'il obtient et il est libre de choisir la manière la plus appropriée d'obtenir les informations requises. Si une information demandée dans un item est déjà connue avec certitude, la réponse peut être notée sans avoir à demander au sujet. La plupart des questions n'ont pas à être posées mot-à-mot. Les seules exceptions sont les modules notés « L » (Littéralement) ou « Q » (auto-questionnaire).

L (Littéralement)	Les questions doivent être posées mot-à-mot. Des explications complémentaires ne doivent être fournies qu'en cas d'absolue nécessité ou bien lorsqu'une question n'arrive pas à être clairement comprise
Q (auto-Questionnaire)	Le sujet répond au questionnaire tout seul. En cas d'incapacité à y arriver, l'examineur peut aider le sujet en lisant les questions à voix haute.
(repère Temporel)	Durée de l'évaluation
«Question illustrative»	Des questions illustratives pouvant être utilisées pour recueillir certaines informations sur le sujet sont notées en italiques et entre guillemets
† Evaluation/ Caractéristiques/ Explications	Les textes précédés d'une croix et sur fond différent signifient soit : † Une instruction d'évaluation † Une description d'éléments auxquels l'examineur doit prêter attention † Une explication à l'examineur Un tel type de texte ne doit pas être utilisé littéralement
<u>Texte souligné</u>	Définit un ou plusieurs <u>concepts centraux</u> de l'item. Ces éléments peuvent être utilisés lorsqu'il est nécessaire d'obtenir davantage d'information
[—substance—] [—substance/comportement—]	Noter le Principal problème de substance/comportement.
Oui Non	Entourer Oui ou Non.
	Noter le Nombre.
	Donner une explication (format libre).

30 jours

Vie-entière

Usage régulier signifie

<input type="checkbox"/> † Cochez ici si vous n'avez pas noté l'usage au cours des 30 derniers jours, mais à partir d'une période antérieure à ces 30 jours <i>«Je vais commencer par vous interroger sur les substances que vous consommez. Nous allons considérer deux périodes spécifiques, les 30 derniers jours, et votre vie-entière. Pour la 'vie entière', nous voulons savoir pendant combien d'années vous avez consommé régulièrement cette substance. Pour les '30 derniers jours', nous voulons savoir pendant combien de jours vous avez consommé la substance, et quelle quantité vous avez consommé un jour de consommation habituel. «Je vais commencer par l'alcool. Avez-vous bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours ? Si oui, pendant combien de jours, et quelle quantité buviez-vous un jour habituel de consommation ? † Continuer avec les autres substances</i>		30 derniers jours			Vie-entière
		Nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours	Quantité consommée un jour habituel de consommation		Nombre d'années total d'utilisation régulière
Alcool	Consommation globale	.....	.....	verres-standard (10 grammes d'alcool)	.....
	† Consommation plus importante : noter uniquement s'il y a eu une consommation fluctuante au cours des 30 derniers jours, par exemple, beaucoup plus importante le week-end que la consommation habituelle en semaine Consommation plus importante	.....	.....
Nicotine	Cigarettes, cigares, pipes, tabac à priser	.....	.....	Cigarette, cigares, pipes, gommes, pincées	..... quotidien
Cannabis	Marijuana, haschisch, bhang, ganja	.....	.....	grammes, joints, têtes	.....
Opiacés ou opioïdes	Méthadone, buprenorphine	.....	.....	mg, gélules	.....
	Héroïne	.....	.....	grammes, injections, fumettes, sniffs	.....
	Opioïdes type codéine, norpropoxyphène, péthidine (mépéridine), hydromorphone, morphine, opium, oxycodone	.....	.....	grammes, injections, fumettes, sniffs, gélules	.....
Cocaïne	Cocaïne en crack	.....	.....	grammes, pipes	.....
	Cocaïne en poudre	.....	.....	grammes, sachets, sniffs, injections	.....
Stimulants	Amphétamines, khat, fenfluramine, méthylphénidate, speed, noix d'arec (betel nut)	.....	.....	grammes, gélules, sniffs, injections, pipes	.....
Ecstasy/ XTC	MDMA, MDEA, MDA 2-CB, etc.	.....	.....	mg, gélules	.....
Autres	Par exemple : psychédéliques, solvants, poppers, GHB, champignons. Détailler ici : .....	.....	.....	mg, grammes	.....

Sédatifs	Tranquillisants, somnifères, barbituriques, benzodiazépines, Seconal, Valium, Librium, Xanax, Quaaludes	.....	.....	mg, gélules	.....
Jeu pathologique	Détailler le type de jeu(x) ici : .....	.....	.....	Euros dépensés (brut)	.....
«Vous-êtes vous déjà injecté une substance ? <input type="checkbox"/> Déjà injecté <input type="checkbox"/> S'injecte encore <input type="checkbox"/> Jamais injecté					
† La ou le Principal problème de substance/comportement est celle ou celui considér(e) comme causant le plus de problèmes. Si la réponse n'est pas évidente, choisir alors dans cet ordre : 1) cocaïne, 2) opiacés, 3) alcool, 4) autres et sédatifs, 5) cannabis, 6) jeu pathologique ou nicotine. Si la consommation de nicotine ou le jeu pathologique constituent le motif de consultation, alors ils doivent être considérés comme posant principalement problème.					
† [—Principal problème de substance/comportement—] =		.....		

2. Éléments justifiant une consultation psychiatrique ou somatique.


MATE 

Médicaments actuellement prescrits

		«Nommer ces médicaments, et noter les doses qui vous sont prescrites»	«Pour quels troubles ces médicaments vous sont-ils prescrits ?»
Actuellement	«Avez-vous déjà reçu des médicaments pour une addiction ?»	Oui Non	Addiction
	«Avez-vous déjà reçu des médicaments pour un problème psychologique ou psychiatrique ?»	Oui Non	
	«Avez-vous déjà reçu des médicaments pour d'autres types de maladies ?»	Oui Non	

Traitement psychiatrique ou psychologique actuel ou récent (dans l'année écoulée)

12 mois	«Suivez-vous actuellement une prise en charge psychiatrique ou psychologique (ou en avez-vous suivi une au cours de l'année écoulée ?)»	Oui Non	«Quelle type de prise en charge ?»	† Préciser si une coordination avec la prise en charge actuelle a été organisée. Détailler
				Oui Non

Caractéristique	Caractéristique/ Question/ Observation			
Risque de suicide	Souhait	«Au cours du mois écoulé, avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e)»	Oui	Non
	Projet, tentative	«Au cours du mois écoulé, avez-vous établi la façon dont vous pourriez vous suicider ou fait une tentative de suicide ?	Oui	Non
Symptômes psychotiques	Hallucinations	«Au cours du mois écoulé, vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), de voir ou d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ou entendre ?	Oui	Non
	Délire	† Paranoïde «Au cours du mois écoulé, avez-vous eu l'impression que quelqu'un conspirait contre vous ?	Oui	Non
Confusion	† Donne une impression de confusion, désorientation ; est distrait		Oui	Non
Santé physique	† Paraît en mauvaise santé, très pâle ou bouffi, présente des rougeurs, troubles de la marche, œdèmes de membres inférieurs, émaciation ou obésité abdominale, abcès, signes de grattage		Oui	Non
Signes d'intoxication/de sevrage	† Tremblements, manque de coordination, discours inarticulé, troubles de la posture, agitation psychomotrice, insultes, sueurs profuses, vomissements, anomalies pupillaires		Oui	Non
Maladie physique	«Avez-vous un maladie grave ou contagieuse, comme des problèmes cardiaques, un diabète, une hépatite ou le VIH ? 		Oui	Non
Grossesse ♀	«Êtes-vous enceinte ?		Oui	Non

3. Antécédents de prise en charge pour trouble d'usage de substance

Prises en charge pour trouble d'usage de substance au cours des 5 dernières années

† Ne noter que les prises en charge ciblées sur les comportements addictifs, réalisées par un professionnel, et pour lesquelles une implication du sujet a été nécessaire pour changer l'usage de la substance. Ne pas noter ici les traitements de substitution orale, les cure de sevrage ou de désintoxication, les hospitalisations de crises, etc. . .

5 ans	«Avez-vous déjà eu une prise en charge pour un problème d'addiction ?»	Oui Non	«Si oui, combien de prises en charge au cours des 5 dernières années ?»			
			Nombre de prises en charge ambulatoire au cours des 5 dernières années	.....	Nombre de prises en charge résidentielles au cours des 5 dernières années	.....
	† Détailler si vous le souhaitez					

Toujours

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

5. Plaintes physiques

«Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous ressenti les signes suivants :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1 Un faible appétit	0	1	2	3	4
2 De la fatigue	0	1	2	3	4
3 Des nausées	0	1	2	3	4
4 Des douleurs à l'estomac	0	1	2	3	4
5 Des difficultés à respirer	0	1	2	3	4
6 Des douleurs dans la poitrine	0	1	2	3	4
7 Des douleurs articulaires	0	1	2	3	4
8 Des douleurs musculaires	0	1	2	3	4
9 Des engourdissements/ fourmillements	0	1	2	3	4
10 Des tremblements	0	1	2	3	4



L

† Veuillez noter que les items doivent pouvoir s'appliquer en général et pas uniquement face à certaines personnes en particulier ou dans certaines situations spécifiques.

Généralement

I

1	En général, avez-vous du mal à vous faire et à garder des amis ?	Oui	Non
2	Vous décririez-vous comme quelqu'un d'habituellement solitaire ?	Oui	Non
3	D'une manière générale, faites-vous confiance aux autres ?	Oui	Non
4	Etes-vous de nature à vous mettre facilement en colère ?	Oui	Non
5	Etes-vous habituellement une personne impulsive ?	Oui	Non
6	Êtes-vous de nature à vous inquiéter facilement ?	Oui	Non
7	En général, comptez-vous beaucoup sur les autres ?	Oui	Non
8	Êtes-vous de nature perfectionniste ?	Oui	Non

La MATE-ICN est une section de la MATE basée sur la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé). A partir de la CIF, une liste de domaines et de catégories a été sélectionnée. Les problèmes, limitations, et nécessités de prises en charge spécifiques à chacun de ces domaines sont évalués dans le Module 7, tandis que les facteurs environnementaux influençant la rémission sont évalués au niveau du Module 8. L'ICN fait référence à la liste d'items issus de la CIF et aux besoins en soins.

Pour ce qui concerne les activités et la participation, la CIF établit une distinction entre la performance et la capacité. La MATE-ICN évalue la performance d'un individu et non sa capacité. La performance fait référence à la réalisation d'une activité et à la participation du sujet, alors que la capacité ne fait référence qu'à la capacité physique de réaliser l'activité.

La performance d'un individu peut être rendue possible par le recours à des équipements ou d'autres facteurs environnementaux. Par exemple, une personne qui n'a pas la capacité de réaliser des tâches ménagères mais qui se fait aider par d'autres ne pourrait pas être considérée comme ayant une limitation de performance dans ce domaine. Si l'assistance est apportée par une organisation, les activités d'assistance sont notées dans l'item « Services de soins et d'assistance ».

Les limitations sont notées sur une échelle à 5 points, allant de 0 (aucune) à 4 (complète). Le degré de limitation peut varier en intensité (de « invisible » à « perturbe totalement de la vie quotidienne »), en fréquence (« jamais » à « constamment »), ou en durée (« moins de 5% du temps » à « plus de 95% du temps »)

La figure suivante représente l'échelle

Score	0	1	2	3	4
Degré de limitation	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Complète
Intensité	Invisible	Tolérable	Interfère avec la vie quotidienne	Perturbe partiellement de la vie quotidienne	Perturbe totalement de la vie quotidienne
Fréquence	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment	Constamment
Durée	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%
Règle					

La figure montre que les scores extrêmes, 0 (aucune) et 4 (absolue), représentent seulement une petite partie de l'échelle (5% de chaque côté). Pour qu'un score de 0 ou de 4 soit donné, le degré de limitation doit être flagrant. Le score 2 (modéré) atteint seulement la moitié de l'échelle (50%). Cela signifie que lorsque la limitation est supérieure à 50%, le score 3 doit s'appliquer.

Les facteurs externes sont notés en fonction de l'importance des effets positifs (les facilitateurs) ou négatifs (les freins), de 0 (aucun effet), 1 (léger), 2 (modéré), 3 (substantiel), 4 (absolu).

Dans la MATE des points d'ancrage basés sur ces échelles sont donnés pour l'ensemble des domaines et des catégories, afin d'aider à l'évaluation.

Certains domaines ou certaines catégories peuvent ne pas être adaptés à tous les individus. Si un sujet trouve que l'un des domaines n'est pas pertinent, le score « 0 » est donné à ce domaine.

Toutes les évaluations doivent être effectuées dans le cadre de l'état de santé. Les informations sans rapport avec l'état de santé physique ou mental du sujet ne doivent pas être notées.

Les besoins de prise en charge existent (a) si l'examineur estime que le sujet requiert des soins ou une assistance (additionnelle) pour une activité donnée, (b) si le sujet pense qu'il ou elle requiert une prise en charge (en plus), et, si l'un des deux items précédés est noté Oui, (c), s'il est estimé que c'est le rôle d'une institution d'offrir la prise en charge en question.

Le fonctionnement du sujet au cours des 30 derniers jours est évalué, que cette période soit ou non représentative du fonctionnement du sujet au cours de sa vie.

I
30 jours

CIF		Limitations et difficultés engendrées	Partie e: Soins et assistance par les différents services	Quantité de soins et d'assistance	BESOIN EN SOINS		
Partie d: activités et participation Partie e: Services de soins et d'assistance					Pensez-vous que des soins supplémentaires sont nécessaires ?	Le sujet pense-t-elle que des soins supplémentaires sont nécessaires ?	L'institution est-elle capable et disposée à offrir les soins nécessaires ?
CHAPITRE	Partie d: activités et participation Au cours des 30 derniers jours, quelle était l'intensité des difficultés rencontrées par le sujet pour	† Préciser le degré de limitation: 0: Aucune / NA 1: Léger 2: Modéré 3: Grave 4: Absolue	Quelle quantité de soins ou d'assistance le sujet a-t-elle reçu ?	† Préciser la quantité de soins: 0: Aucune/NA 1: Légère 2: Modérée 3: Substantielle 4: Totale			
RELATIONS ET INTERACTIONS AVEC AUTRUI	Créer et entretenir:						
	<u>d770</u> des relations intimes «Avez-vous eu des difficultés avec votre partenaire (ou vous a-t-il paru difficile de ne pas en avoir ?)»	.....	NA		Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d7600</u> relations parents-enfants «Avez-vous rencontré des difficultés dans la relation avec votre(vos) enfant(s)? † Rechercher des signes de négligence ou de maltraitance	.....	<u>e5750,e5800,e5500</u> Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour cela, par exemple de la part des services sociaux ?	.....	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d750,d760</u> relations sociales informelles et relations familiales «Avez-vous rencontré des difficultés avec votre famille ou vos amis ?»	.....	NA		Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d740</u> relations formelles «Avez-vous eu des difficultés avec votre employeur ou des professionnels de la santé ?»	.....			Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d710-d729</u> Interactions générales avec autrui «Avez-vous eu des difficultés à établir des contacts ou vous entendre avec d'autres personnes ?»	.....	NA		Oui Non	Oui Non	Oui Non
GRANDS DOMAINES DE LA VIE	<u>d810-d859</u> Education, travail et emploi «Avez-vous eu des difficultés à obtenir ou garder un travail ou des activités éducatives ?»	.....	<u>e5850,e5900</u>		Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>e5850,e5900</u> Autosuffisance économique «Avez-vous eu des difficultés dans l'autosuffisance économique; étiez-vous à court d'argent pour vos besoins de la vie quotidienne ?»	.....	<u>e5700</u> Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour cela, par exemple des Services de sécurité sociale ?	.....	Oui Non	Oui Non	Oui Non
VIE COMMUNAUTAIRE, SOCIALE ET CIVIQUE	<u>d920</u> Récréation et loisirs «A-t-il été difficile pour vous de trouver du temps libre ou de vous investir dans des activités de loisirs, comme par exemple de la relaxation ou du sport ?»	.....	NA		Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d930</u> Religion et vie spirituelle «Avez-vous eu des difficultés à participer à des activités religieuses ou spirituelles ou à des organisations qui pourraient vous aider à trouver l'épanouissement, ou la valeur religieuse ou spirituelle ?»	.....	NA		Oui Non	Oui Non	Oui Non
VIE DOMESTIQUE	<u>d610</u> Acquérir un endroit pour vivre «Avez-vous été sans domicile ou avez-vous eu des problèmes pour vous loger ?»	.....	<u>e5250</u> Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour ce motif, comme p. ex. des Services en matière de logement ?	.....	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d620-d640</u> Tâches ménagères «Avez-vous trouvé difficile de faire les tâches ménagères p. ex. faire les commissions, préparer les repas ou faire le ménage ?»	.....	<u>e5750</u> Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour ce motif, comme par exemple des services sociaux généraux ?	.....	Oui Non	Oui Non	Oui Non

T 30 jours

CIF		Limitations et difficultés engendrées	Partie e: Soins et assistance par les différents services	Quantité de soins et d'assistance	BESOIN EN SOINS		
Partie d: activités et participation Partie e: Services de soins et d'assistance					Pensez-vous que des soins supplémentaires sont nécessaires ?	Le sujet pense-t-elle que des soins supplémentaires sont nécessaires ?	L'institution est-elle capable et disposée à offrir les soins nécessaires ?
CHAPITRE	Partie d: activités et participation Au cours des 30 derniers jours, quelle était l'intensité des difficultés rencontrées par le sujet pour	† Préciser le degré de limitation: 0: Aucune / NA 1: Léger 2: Modéré 3: Grave 4: Absolue	Quelle quantité de soins ou d'assistance le sujet a-t-elle reçu ?	† Préciser la quantité de soins: 0: Aucune/NA 1: Légère 2: Modérée 3: Substantielle 4: Totale			
ENTRETIEN PERSONNEL	<u>d510, d520, d540</u> Entretien personnel «Avez-vous eu des difficultés pour vous habiller ou pour laver ou prendre soin de certaines parties de votre corps ?	.....				
	<u>d5700</u> Assurer son confort physique «Avez-vous eu des difficultés à trouver un endroit sûr pour dormir ou des vêtements chauds ?	.....	<u>e5750</u> Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour ce motif, comme par exemple des services sociaux généraux ?		Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d5701</u> Surveiller son régime alimentaire et sa condition physique «Vous a-t-il été difficile de manger ou de boire sainement ou de vous occuper de votre santé physique ?	.....		.....
	<u>d5702a</u> Entretenir sa santé : Rechercher et mettre en place des conseils et des traitements proposés par les services de santé «Avez-vous eu des difficultés à suivre les conseils médicaux ou à respecter votre traitement ? Avez-vous évité d'aller voir un médecin, même quand vous aviez vraiment besoin d'y aller ?	.....	<u>e5800</u> Dans quelle mesure le sujet a-t-elle été encouragée ou aidée dans la demande ou le suivi des conseils et du traitement (surveillance de l'observance de la prise en charge) ?	.....	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d5702b</u> Entretenir sa santé : Protection contre les risques sanitaires dus à des comportements à risque «Avez-vous mis votre santé en danger à cause de comportements à risque ? Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnel(le)s; avez-vous conduit ou marché sur la route sous l'effet d'une substance ? Si vous utilisez des drogues, avez-vous utilisé des seringues non stériles ?	.....	NA				
TÂCHES ET PLAINTES GÉNÉRALES	<u>d230</u> Effectuer la routine quotidienne «Vous a-t-il été difficile de planifier, de gérer ou de réaliser les activités de votre vie quotidienne ?	.....	<u>e5750</u> Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour ce motif, comme par exemple des centres de jour ?	.....	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	<u>d240</u> Gérer le stress et les autres exigences psychologiques «Vous a-t-il été difficile de gérer le stress dans des situations complexes ou des tâches qui nécessitent beaucoup de responsabilités ?	.....	NA		Oui Non	Oui Non	Oui Non
APPRENTISSAGE ET APPLICATION DES CONNAISSANCES	<u>d1</u> Apprentissage et application des connaissances «Vous a-t-il été difficile d'apprendre de nouvelles choses ou de résoudre des problèmes ou de prendre des décisions ? † Cela est peut être dû à un manque d'intelligence ou un déficit cognitif ou un trouble émotionnel/ Donnez votre impression générale.	.....	NA		Oui Non	Oui Non	Oui Non



30 jours

CIF		Influence sur le rétablissement	BESOIN EN SOINS			
Partie e: facteurs environnementaux						
CHAPITRE	Partie e: facteurs environnementaux Au cours des 30 derniers jours, quels facteurs environnementaux ont eu ou pu avoir une influence positive ou négative sur le rétablissement de le sujet ?	† Précisez le degré d'influence: 0: Aucun/NA 1: Léger 2: Modéré 3: Substantiel 4: Majeur	Précisez le facteur: † Les facteurs environnementaux constituent l'environnement physique, social et attitudinal. Ces facteurs sont externes à le sujet.			
SOUTIENS ET RELATIONS	<u>e310-e325</u> Partenaires, famille, amis, connaissance, voisins, collègues, etc.					
	Influence positive «Y a-t-il des personnes de votre entourage qui sont soutenantes ou qui ont une influence positive sur vous et votre rétablissement ?»	..+.....	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Influence négative «Y a-t-il des personnes dans votre entourage qui ont une influence négative sur vous et votre rétablissement ?» † Prendre en compte les contacts qui encouragent la consommation de produits. † NB: Inclure l'influence négative des attitudes sous Attitudes sociétales (e460)		Oui Non	Oui Non	Oui Non
	Perte d'une relation au cours de la dernière année ayant eu une influence négative «Au cours de l'année passée, avez-vous perdu un proche (par exemple à cause d'un décès or d'un divorce), ce qui a eu une influence négative sur vous et votre rétablissement ?»		Oui Non	Oui Non	Oui Non
ATTITUDES SOCIÉTALES	<u>e460</u> Attitudes sociétales					
	Influence négative «Etes-vous affecté(e) par les opinions et les croyances des gens concernant les troubles psychiatriques, avec une influence négative sur vous et votre rétablissement ?»		Oui Non	Oui Non	Oui Non
SERVICES, SYSTÈMES ET POLITIQUES	<u>e5500</u> Services juridiques					
	Influence positive «Etes-vous en contact avec un professionnel de la justice ou impliqué(e) dans une affaire juridique avec une influence positive sur vous et votre rétablissement ?» † Par exemple, obtenir de l'assistance juridique, avoir des contacts positifs avec les services de probation, solliciter les services de soins du fait de mesures judiciaires.	..+.....	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Influence négative «Etes-vous en contact avec un professionnel de la justice ou impliqué(e) dans une affaire juridique avec une influence négative sur vous et votre rétablissement ?» † Par exemple, vous-sentez-vous harcelé(e) par la police, emprisonné(e) sans accès aux soins, sous la menace de mesures judiciaires.		Oui Non	Oui Non	Oui Non
AUTRES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	Autres facteurs environnementaux † Ne pas prendre en compte les facteurs externes déjà notés ci-dessus.					
	Autres facteurs environnementaux ayant une influence positive «Existe-t-il d'autres facteurs environnementaux qui ont une influence positive sur vous et votre rétablissement ?»	..+.....	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Autres facteurs environnementaux ayant une influence négative «Existe-t-il d'autres facteurs environnementaux qui ont une influence négative sur vous et votre rétablissement ?»		Oui Non	Oui Non	Oui Non

Q

Les questions ci-dessous se rapportent à vos pensées et vos sentiments sur la/le [—substance/comportement—] et sur la consommation et la non-consommation

Les questions suivantes concernent votre consommation et votre désir de contrôler cette consommation *dans les 7 derniers jours*. Veuillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

[—substance/comportement—] = 

T 7 jours

- 1 Lorsque vous ne consommez pas / ne réalisez pas le comportement, combien de votre temps est occupé par des pensées, impulsions ou images liées à la consommation/ au comportement
 - 0 A aucun moment
 - 1 Moins d'une heure par jour
 - 2 1-3 heures par jour
 - 3 4-8 heures par jour
 - 4 Plus de 8 heures par jours

- 2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles
 - 0 Jamais
 - 1 Pas plus de 8 fois par jour
 - 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée, je n'y pense pas.
 - 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
 - 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

- 3 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions, ou images liées à la consommation /au comportement génèrent lorsque que vous ne consommez pas la substance/ ne réalisez pas le comportement
 - 0 Aucune
 - 1 Légère, peu fréquente, et pas trop dérangeante
 - 2 Modérée, fréquente et dérangeante, mais encore gérable
 - 3 Sévère, très fréquente, et très dérangeante
 - 4 Extrême, presque constante, et bloquant les capacités

- Lorsque vous ne consommez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de
 - 0 Mes pensées sont si minimales que je n'ai pas besoin de faire des efforts pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister.
 - 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
 - 2 Je fais quelques efforts pour y résister
 - 3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation.
 - 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

- 5 Jusqu'à quel point vous sentez-vous poussé(e) vers la/le [—substance/comportement—]
 - 0 Je ne me sens pas poussé(e) du tout vers la/le [—substance/comportement—]
 - 1 Je me sens faiblement poussé(e) vers la/le [—substance/comportement—]
 - 2 Je me sens fortement poussé(e) vers la/le [—substance/comportement—]
 - 3 Je me sens très fortement poussé(e) vers la/le [—substance/comportement—]
 - 4 Le désir pour la/le [—substance/comportement—] est entièrement involontaire et me dépasse



Q

Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de la *dernière semaine*. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0,1,2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longtemps aux énoncés.

7 jours

L'échelle de notation est la suivante:

0 = Ne s'applique pas du tout à moi

1 = S'applique un peu à moi, ou une partie du temps

2 = S'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps

3 = S'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

Ne s'applique pas du tout à moi

S'applique un peu à moi, ou une partie du temps

S'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps

S'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

1	J'ai trouvé difficile de décompresser	0	1	2	3
2	J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche	0	1	2	3
3	J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive	0	1	2	3
4	J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique)	0	1	2	3
5	J'ai trouvé difficile d'être motivé(e) à commencer des activités	0	1	2	3
6	J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée	0	1	2	3
7	J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains)	0	1	2	3
8	J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse	0	1	2	3
9	Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e)	0	1	2	3
10	J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir	0	1	2	3
11	Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e)	0	1	2	3
12	J'ai eu de la difficulté à me détendre	0	1	2	3
13	Je me suis senti(e) abattu(e) et triste	0	1	2	3
14	J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire	0	1	2	3
15	J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique	0	1	2	3
16	J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit	0	1	2	3
17	J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne	0	1	2	3
18	J'ai eu l'impression d'être assez susceptible	0	1	2	3
19	J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter)	0	1	2	3
20	J'ai eu peur sans bonne raison.	0	1	2	3
21	J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens	0	1	2	3



MATE

Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation Version: MATE-fr 2.1

Formulaire de cotation

Evalué par:

 Date d'évaluation:

j	j	m	m	a	a
---	---	---	---	---	---

 Sujet n°:

--	--	--	--	--

Module	Score	Cotation et calcul	Valeurs min-max	Résultat	Valeur seuil (MD): utilisé dans les scores de dimension de la MATE
2. Eléments justifiant une consultation psychiatrique ou somatique.	Caractéristiques des comorbidités somatiques [S2.1]	1 point pour chaque Oui sur la santé physique, l'ivresse, la maladie physique, la grossesse. Total.	0 - 4	.....
	Prise en charge psychiatrique ou psychologique en cours [S2.2]	1 point pour un traitement pour problèmes psychiatriques, 1 point pour un soin psychiatrique récent. Total.	0 - 2	.....	= 2[MD]
	Comorbidités psychiatriques [S2.3]	2 points pour planification/tentative de suicide, 1 point pour chaque Oui sur des hallucinations, des délires, une confusion. Total.	0 - 5	.....	≥ 2[MD]
4. Dépendance et Abus de substances	Dépendance [S4.1]	1 point pour chaque Oui aux 7 premiers items (1-7). Total.	0 - 7	.....	≥ 3
	Abus [S4.2]	1 point pour chaque Oui aux 4 derniers items (8-11). Total.	0 - 4	.....	≥ 1
	Sévérité de la dépendance / de l'abus [S4.3]	1 point pour chaque Oui, exceptés les items 1 et 10 (qui ne comptent pas). Total.	0 - 9	.....	≥ 8[MD]
5. Plaintes physiques	Symptômes somatiques [S5.1]	Somme des valeurs des 10 items.	0 - 40	.....
6. Personnalité	Personnalité [S6.1]	1 point pour une absence de réponse à l'item 3, 1 point pour chaque Oui répondu aux autres items. Total.	0 - 8	.....	≥ 4
7+8 MATE-ICN	Limitations - Total [S7.1]	Somme des valeurs des 19 items de limitation.	0 - 76	.....
	Limitations - Basique[S7.2]	Somme des valeurs de ces 8 items: d610 Acquérir un endroit pour vivre; d620-d640 Tâches ménagères; d510, d520, d540 Entretien personnel; d5700 Assurer son confort physique; d5701 Surveiller son régime alimentaire et sa condition physique; d5702a Entretenir sa santé : Rechercher et mettre en place des conseils et des traitements proposés par les services de santé; d5702b Entretenir sa santé : Protection contre les risques sanitaires dus à des comportements à risque; d230 Effectuer la routine quotidienne	0 - 32	.....	≥ 12[MD]
	Limitations - Relations sociales [S7.3]	Somme des valeurs de ces 5 items: d770 Des relations intimes; d7600 Relations parents-enfants; d750, d760 Relations sociales informelles et relations familiales; d740 Relations formelles; d710-d729 Interactions générales avec autrui	0 - 20	.....
	Soins et assistance [S7.4]	Somme des valeurs des 8 items de Soins et assistance.	0 - 32	.....
	Influences externes positives [S8.1]	Somme des valeurs de ces 3 items: e310-e325+ Partenaire etc.; e5500+ Facteurs légaux; e598+ Autres facteurs..	0 - 12	.....
	Influences externes négatives[S8.2]	Somme des valeurs de 5 items: e310-e325- Partenaire etc.; Perte d'une relation; e460- Attitudes sociétales; e550- Facteurs légaux; e598- Autres facteurs.	0 - 20	.....	≥ 10[MD]
	Besoins en soins [S8.3]	1 point pour chaque Oui venant de l'examinateur ou de la personne à la question sur les besoins de prise en charge (15 au Module 7 et 5 au Module 8). Total.	0 - 20	.....
Q1. Craving	Craving [SQ1.1]	Somme des valeurs de l'item 5.	0 - 20	.....	≥ 12[MD]
Q2. Dépression, anxiété, et stress	Dépression [SQ2.1]	Somme des valeurs de l'item 7 (#3, #5, #10, #13, #16, #17, #21). Multiplier la somme par 2.	0 - 42	.....	≥ 21
	Anxiété [SQ2.2]	Somme des valeurs de l'item 7 (#2, #4, #7, #9, #15, #19, #20). Multiplier la somme par 2.	0 - 42	.....	≥ 15
	Stress [SQ2.3]	Somme des valeurs de l'item 7 (#1, #6, #8, #11, #12, #14, #18). Multiplier la somme par 2.	0 - 42	.....	≥ 26
	Dépression, anxiété, et Stress - Total [SQ2.4]	Somme de SQ2.1, SQ2.2, et SQ2.3	0 - 126	.....	≥ 60[MD]