



Ce questionnaire a pour objectif de vous donner un aperçu de votre consommation d'alcool et d'autres drogues (les jeux d'argent compris) et d'une série de thématiques associées.

Vos réponses vous aideront à identifier le traitement le plus adapté à votre cas.

Sont traités : la consommation d'alcool et d'autres drogues (y compris les jeux d'argent) ; les problèmes qui en découlent ; les traitements, troubles et problèmes antérieurs dans différents domaines et si vous souhaitez débiter un traitement.

De nombreuses questions sont très personnelles. Pour que nous puissions vous aider au mieux, il est essentiel que vous répondiez de manière honnête à ces questions.

Ce questionnaire requiert entre 20 et 25 minutes de votre temps.

Pour la plupart des questions, il suffit de cocher la réponse qui s'applique à votre cas.

Parfois, il vous sera demandé de saisir un chiffre sur une ligne en pointillée

.....

ou décrire un texte sur la ligne. 

Pour commencer, répondez aux questions suivantes

1. J'ai	... ans												
2. Je suis	un homme <input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> neutrois <input type="checkbox"/>												
3. Jour de traitement	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>j</td> <td>j</td> <td>m</td> <td>m</td> <td>a</td> <td>a</td> </tr> </table>							j	j	m	m	a	a
j	j	m	m	a	a								

Module	p.
0. MATE-S: Problème de substance ou jeu d'argent	2
1a. Usage de substances ou jouer vie-entière	3
1b. Usage de substances ou jouer 30 derniers jours	4
2. Craving pour les substances psychoactives ou jouer	5
3. Symptômes somatiques et psychiques	6
4. Anxiété, dépression et stress	7
5. Antécédents de prise en charge et médicaments prescrits	8
6. Motivation pour le traitement	9
7. Difficultés et problèmes	10
8. Circonstances	11
9. Questions finales	11

oa Cochez les options qui vous posent le plus de difficultés. Si plusieurs options s'appliquent à votre cas, veuillez ne cocher *que celles* qui vous procurent le plus de difficultés.

Actuellement	1 Alcool	<input type="checkbox"/>	6 Ecstasy/ XTC (MDMA ou d'autres comme MDEA, MDA 2-CB, etc.)	<input type="checkbox"/>
	2 Tabac (cigarettes, cigares, pipes, tabac à priser)	<input type="checkbox"/>	7 Hallucinogènes (PCP, kétamine, mescaline, psilocybin, DMT, LSD)	<input type="checkbox"/>
	3 Cannabis (marijuana, haschisch, bhang, ganja)	<input type="checkbox"/>	8 Autres drogues (GHB, inhalants, gaz hilarant, poppers) Écrivez quelle drogue	<input type="checkbox"/>
	4 Opiïdes (héroïne, méthadone, buprenorphine, morphine, codéine, oxycodone, fentanyl)	<input type="checkbox"/>	9 Sédatifs (tranquillisants, somnifères, benzodiazépines)	<input type="checkbox"/>
	5 Stimulants (cocaïne, amphétamines, d'autres comme méthylphénidate, khat)	<input type="checkbox"/>	10 Jeux d'argent Écrivez le type de jeu :	<input type="checkbox"/>

4a Pour les questions suivantes, pensez à la substance qui vous pose le plus de problèmes.

«Au cours des 12 derniers mois, ...		Entourer Oui ou Non.	
12 mois	1 ...avez-vous avait régulièrement un fort désir de consommer le substance ?	Oui	Non
	2 ...avez-vous souhaité arrêter votre consommation de substance ?	Oui	Non
	3 ...avez-vous passe une grande partie de votre temps a consommer, vous procurer, ou vous remettre des effets du substance ?	Oui	Non
	4 ...avez-vous constaté que vous aviez besoin de beaucoup plus de substance pour ressentir le même effet ?	Oui	Non
	5 ...est-ce que le fait d'arrêter ou de réduire le substance vous faisait vous sentir mal ou vous rendait malade ?	Oui	Non
	6 ...avez-vous souvent consomme du substance en plus grande quantite que vous ne l'aviez envisagé?	Oui	Non
	7 ...avez-vous continué à prendre du substance tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	Oui	Non
	8 ...avez-vous continué à prendre du substance tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?	Oui	Non
	9 ...avez-vous arrêté ou réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous recherchiez ou consommiez du substance ?	Oui	Non
	10 ...est-ce que le fait de consommer du substance a eu un impact fréquent sur votre travail à l'école, dans votre profession, ou bien à domicile ?	Oui	Non
	11 ...vous est-il arrivé d'être sous l'effet de substance dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?	Oui	Non

4b Si vous avez des problèmes de jeu d'argent, répondez aux questions suivantes. Sinon, passez à la section 1a.

«Au cours des 12 derniers mois ...		Entourer Oui ou Non.	
12 mois	1 ...avez-vous très souvent pensé à jouer aux jeux d'argent ?	Oui	Non
	2 ...deviez-vous toujours miser plus d'argent pour obtenir l'effet souhaité ?	Oui	Non
	3 ...avez-vous essayé à plusieurs reprises et sans succès de contrôler, de limiter ou d'arrêter votre pratique du jeu ?	Oui	Non
	4 ...avez-vous ressenti de l'agitation ou de l'irritation lors de vos tentatives pour limiter ou d'arrêter le jeu ?	Oui	Non
	5 ...avez-vous souvent joué lorsque vous vous êtes senti stressé(e) (p.ex. en cas de détresse, en se sentant coupable, d'humeur dépressive) ?	Oui	Non
	6 ...avez-vous souvent rejoué après avoir perdu pour compenser la perte ?	Oui	Non
	7 ...avez-vous menti pour ne pas révéler le montant que vous avez joué ?	Oui	Non
	8 ...avez-vous risqué ou perdu une relation importante, votre travail ou vos opportunités de formation ou de carrière en raison du jeu ?	Oui	Non
	9 ...avez-vous compté sur le soutien financier d'autres personnes pour vous aider à surmonter les difficultés financières causées par l'addiction au jeu ?	Oui	Non

Les questions suivantes traitent de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues et d'les jeux d'argent.

Avez-vous eu dans votre *vie* des périodes où vous avez consommé les substances suivantes :

T Vie-entière

		† Les questions suivantes font référence aux verres dans lequel est habituellement servie une boisson. Ils sont également appelés verres standard. † Un verre de bière représente un peu plus qu'un verre standard, à savoir 1,2 verres standard. Un demi-litre de bière correspond à 2 verres standards.			S'il y a eu des périodes avec une consommation régulière, <i>combien de temps a-t-elle</i> durée sur toute votre vie ?				
1	Alcool	Jamais consommé	Oui, mais aucune période avec plus de 28 (pour les hommes) ou 21 (pour les femmes) verres par semaine.	Oui, avec des périodes pendant lesquelles ont été consommées plus de 28 verres (pour les hommes) ou 21 verres (pour les femmes) par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
2	Tabac (<i>cigarettes, cigares, pipes, tabac à priser</i>)	Jamais consommé	A utilisé, mais aucune période d'utilisation quotidienne	A utilisé, avec des périodes d'utilisation quotidienne →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
3	Cannabis (<i>marijuana, haschisch, bhang, ganja</i>)	Jamais consommé	A utilisé, mais pas de périodes d'au moins 1 fois par semaine	A utilisé, avec des périodes d'au moins 1 fois par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
4	Opioides (<i>héroïne, méthadone, buprenorphine, morphine, codéine, oxycodone, fentanyl</i>)	Jamais consommé	A utilisé, mais pas de périodes d'au moins 1 fois par semaine	A utilisé, avec des périodes d'au moins 1 fois par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
5	Stimulants (<i>cocaïne, amphétamines, d'autres comme méthylphénidate, khat</i>)	Jamais consommé	A utilisé, mais pas de périodes d'au moins 1 fois par semaine	A utilisé, avec des périodes d'au moins 1 fois par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
6	Ecstasy/ XTC (<i>MDMA ou d'autres comme MDEA, MDA 2-CB, etc.</i>)	Jamais consommé	A utilisé, mais pas de périodes d'au moins 1 fois par semaine	A utilisé, avec des périodes d'au moins 1 fois par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
7	Hallucinogènes (<i>PCP, kétamine, mescaline, psilocybin, DMT, LSD</i>)	Jamais consommé	A utilisé, mais pas de périodes d'au moins 1 fois par semaine	A utilisé, avec des périodes d'au moins 1 fois par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
8	Autres drogues (<i>GHB, inhalants, gaz hilarant, poppers</i>) Écrivez quelle drogue	Jamais consommé	A utilisé, mais pas de périodes d'au moins 1 fois par semaine	A utilisé, avec des périodes d'au moins 1 fois par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
									
9	Sédatifs (<i>tranquillisants, somnifères, benzodiazépines</i>)	Jamais consommé	A utilisé, mais pas de périodes d'au moins 1 fois par semaine	A utilisé, avec des périodes d'au moins 1 fois par semaine →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
10	Jeux d'argent Écrivez le type de jeu :	Pas de jeux d'argent	Oui mais aucune période avec une fréquence de jeu hebdomadaire	Oui, avec des périodes avec une fréquence de jeu hebdomadaire →	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
									

30 jours

À quelle fréquence avez-vous consommé au cours des 30 derniers jours :

1a	Alcool	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
1b	† Les questions suivantes font référence aux verres dans lequel est habituellement servie une boisson. Ils sont également appelés verres standard.			† Un verre de bière représente un peu plus qu'un verre standard, à savoir 1,2 verres standard. Un demi-litre de bière correspond à 2 verres standards.				
	Indiquez pour chaque jour le nombre de verres que vous avez consommé au cours des 30 derniers jours pendant une semaine normale. Indiquez 'o' si vous n'avez bu aucun verre pendant une journée.	Lundi	Mardi	Mecredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	
2a	Tabac (cigarettes, cigares, pipes, tabac à priser)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
2b	Indiquez la quantité que vous avez habituellement fumé en une journée	..... cigarettes/cigares/pipes/tabac à priser etc par jour						
3	Cannabis (marijuana, haschisch, bhang, ganja)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
4	Opioides (héroïne, méthadone, buprenorphine, morphine, codéine, oxycodone, fentanyl)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
5	Stimulants (cocaïne, amphétamines, d'autres comme méthylphénidate, khat)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
6	Ecstasy/ XTC (MDMA ou d'autres comme MDEA, MDA 2-CB, etc.)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
7	Hallucinogènes (PCP, kétamine, mescaline, psilocybin, DMT, LSD)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
8	Autres drogues (GHB, inhalants, gaz hilarant, poppers)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
9	Sédatifs (tranquillisants, somnifères, benzodiazépines)	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours
10	Jeux d'argent	Jamais	1 fois	Quelques fois	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine	5 ou 6 fois par semaine	Tous les jours

Les questions suivantes portent sur vos pensées et vos sentiments sur la consommation d'alcool ou de drogues ou sur le jeu. Pensez à la substance que vous avez identifiée comme causant le plus de problèmes.

Quand le jeu cause le plus de problèmes, lire « jeu d'argent » au lieu de « utiliser une substance »

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 .

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

4 Lorsque vous ne consommez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit ? (Evaluer vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement).

- 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 substance ?

- 0 Je ne me sens pas poussé(e) du tout vers la substance
- 1 Je me sens faiblement poussé(e) vers la substance
- 2 Je me sens fortement poussé(e) vers la substance
- 3 Je me sens très fortement poussé(e) vers la substance
- 4 Le désir pour la substance est entièrement involontaire et me dépasse

3a

Les questions suivantes portent sur les plaintes physiques.

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

T
30 jours

	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

3b

Indiquez si ce qui suit s'applique à vous.

Entourer Oui ou Non.

T
Actuellement

1 Êtes-vous enceinte ?	Oui	Non
2 Avez-vous un maladie grave ou contagieuse, comme des problèmes cardiaques, un diabète, une hépatite ou le VIH ? Indiquez la/les maladie(s)	Oui	Non
3 Avez-vous des signes de mauvaise santé, tels que : 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
4 Souffrez-vous d'intoxication ou de symptômes de sevrage, tels que : tremblements, manque de coordination, discours inarticulé, troubles de la posture, agitation psychomotrice, insultes, sueurs profuses, vomissements, anomalies pupillaires ?	Oui	Non
5 Vous arrive-t-il de vous sentir confus ou oublieux ?	Oui	Non
6 Au cours du mois écoulé, avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	Oui	Non
7 Au cours du mois écoulé, avez-vous établi la façon dont vous pourriez vous suicider ou fait une tentative de suicide ?	Oui	Non
8 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
9 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu l'impression que quelqu'un conspirait contre vous ?	Oui	Non

T
30 jours

Les questions suivantes portent sur la dépression, l'anxiété et le stress.

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 longuement aux énoncés.

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

7 jours

5a

Les questions suivantes portent sur les prises en charge

T
5 ans

Avez-vous déjà eu une
1 prise en charge pour un
problème d'addiction ?

Oui
Non

→
Était-ce au
cours des
5 dernières
années ?

Oui
Non

→
Combien?

Combien y a-t-il eu de prise
en charge ambulatoires ou
hospitalisations de jour au
cours des 5 dernières années :
† NB ! Un prise en charge consiste
en plusieurs réunions ou séances.
N'écrivez pas le nombre de séances,
mais le nombre de fois que vous avez
eu un prise en charge complet.

Combien de prise en charges
hospitalières y a-t-il eu au
cours des 5 dernières années :

T
12 mois

Suivez-vous actuellement une prise en charge
2 psychiatrique ou psychologique (ou en avez-
vous suivi une au cours de l'année écoulée ?)

Oui
Non

5b

Les questions suivantes portent sur les médicaments qui vous ont été prescrits par un médecin.

T
Actuellement

Avez-vous déjà reçu des
1 médicaments pour une
addiction ?

Oui
Non

→
Quels ?



Avez-vous déjà reçu des
2 médicaments pour un
problème psychologique
ou psychiatrique ?

Oui
Non

→
Quels ?



Avez-vous déjà reçu
3 des médicaments
pour d'autres types de
maladies ?

Oui
Non

→
Quels ?



6. Motivation pour le traitement

Les questions suivantes se rapportent à ce que vous pensez de votre propre consommation ou jeux d'argent. Veuillez indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas.

Actuellement

Ma consommation de substances		pas du tout d'accord	pas d'accord	ni en désaccord ni d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
1	. . . . constitue un problème pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	. . . . fait plus de mal que de bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	. . . . génère des conflits avec la loi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	. . . . provoque des difficultés pour me concentrer pour faire mon travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	. . . . provoque des conflits avec la famille ou des amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	. . . . provoque des difficultés pour trouver ou pour garder un travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	. . . . provoque des problèmes de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	. . . . rend ma situation de vie de pire en pire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	. . . . va me tuer si je n'y mets pas un terme bientôt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les questions suivantes portent sur ce que vous pensez au sujet des aides et des traitements en relation avec votre consommation de substances. Si vous suivez déjà un traitement, les questions suivantes se rapportent au traitement en question.		pas du tout d'accord	pas d'accord	ni en désaccord ni d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
10	J'ai besoin d'aide pour arriver à maîtriser ma consommation de substances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	J'ai actuellement trop d'obligations pour pouvoir suivre un traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Un traitement serait trop éprouvant pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	J'ai impérativement besoin d'une aide immédiate pour arriver à maîtriser ma consommation de substances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Un traitement pourrait être ma dernière chance pour arriver à maîtriser mes problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	J'en ai assez des problèmes qui sont causés par ma consommation de substances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Pour résoudre les problèmes en relation avec ma consommation de substances, je renonce à mon cercle d'amis et de connaissances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Suivre un traitement ne me sera pas d'une grande aide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je prévois de suivre un traitement pendant une période prolongée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je ne pourrai pas arrêter ma consommation sans aide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	L'unique raison pour laquelle je suis un traitement est parce que quelqu'un d'autre me pousse à le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	J'ai perdu le contrôle de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Un traitement peut vraiment m'aider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	J'aimerais retrouver le contrôle de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Je veux suivre un traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes portent sur les difficultés que vous avez rencontrées dans divers domaines. Indiquez leur fréquence ou leur gravité au cours des 30 derniers jours.

L'échelle de notation est la suivante :

0 = Aucune ou NA

1 = Rarement difficultés ou limitation légère

2 = Difficultés occasionnelles ou limitation modérée

3 = Fréquemment difficultés ou limitations sévères

4 = Difficultés constantes ou limitation extrême

Non / Aucune /NA	Rare / Légère	Occa- sionnel / Modérée	Fré- quente / Sévère	Con- stante / Extrême
------------------------	------------------	-------------------------------	----------------------------	-----------------------------

30 jours

1	Avez-vous eu des difficultés avec votre partenaire (ou vous a-t-il paru difficile de ne pas en avoir ?)	0	1	2	3	4
2	Avez-vous rencontré des difficultés dans la relation avec votre(vos) enfant(s)?	0	1	2	3	4
3	Avez-vous rencontré des difficultés avec votre famille ou vos amis ?	0	1	2	3	4
4	Avez-vous eu des difficultés avec votre employeur ou des professionnels de la santé ?	0	1	2	3	4
5	Avez-vous eu des difficultés à établir des contacts ou vous entendre avec d'autres personnes ?	0	1	2	3	4
6	Avez-vous eu des difficultés à obtenir ou garder un travail ou des activités éducatives ?	0	1	2	3	4
7	Avez-vous eu des difficultés dans l'autosuffisance économique ; étiez-vous à court d'argent pour vos besoins de la vie quotidienne ?	0	1	2	3	4
8	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 ?	0	1	2	3	4
9	Avez-vous eu des difficultés à participer à des activités religieuses ou spirituelles ou à des organisations qui pourraient vous aider à trouver bépanouissement, ou la valeur religieuse ou spirituelle ?	0	1	2	3	4
10	Avez-vous été sans domicile ou avez-vous eu des problèmes pour vous loger ?	0	1	2	3	4
11	Avez-vous trouvé difficile de faire les tâches ménagères p. ex. faire les commissions, préparer les repas ou faire le ménage ?	0	1	2	3	4
12	Avez-vous eu des difficultés pour vous habiller ou pour laver ou prendre soin de certaines parties de votre corps ?	0	1	2	3	4
13	Avez-vous eu des difficultés à trouver un endroit sûr pour dormir ou des vêtements chauds ?	0	1	2	3	4
14	Vous a-t-il été difficile de manger ou de boire sainement ou de vous occuper de votre santé physique ?	0	1	2	3	4
15	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 ?	0	1	2	3	4
16	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 ?	0	1	2	3	4
17	Vous a-t-il été difficile de planifier, de gérer ou de réaliser les activités de votre vie quotidienne ?	0	1	2	3	4
18	Vous a-t-il été difficile de gérer le stress dans des situations complexes ou des tâches qui nécessitent beaucoup de responsabilités ?	0	1	2	3	4
19	Vous a-t-il été difficile d'apprendre de nouvelles choses ou de résoudre des problèmes ou de prendre des décisions ?	0	1	2	3	4

