

0a 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 Opioides (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 le plus de problèmes avec le jeu hasard, répondez aux questions suivantes.

«Au cours des 12 derniers mois...»		Entourer Oui ou Non.	
12 mois	1 ...avez-vous très souvent pensé à jouer aux jeux de hasard ?	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 bagitation 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