

Evaluation de l'Addiction : DSM-5

Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
 4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
 5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
 8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
 11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 - Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 - Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Evaluation de l'Addiction : DSM-5

MEMO POUR UN PLAN PRATIQUE (Pr Philippe Binder)

TROUBLE RESENTI

- craving
- tolérance
- sevrage

PERTE DE CONTROLE

- des quantités ou de durée
- de l'arrêt
- même si exposé physiquement au danger
- du temps à chercher ou récupérer

CONSEQUENCES causés ou exacerbés par produit

- trouble physique ou psychologique reconnu
- problèmes relationnels ou sociaux
- abandon des activités sociales occupationnelles ou récréatives
- incapacité à remplir ses obligations travail-école -maison

Questionnaire AUDIT

Calcule le score de dépendance à l'alcool. Il explore les comportements de douze derniers mois

		0	1	2	3	4
						Score de la ligne
1.	À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2.	Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3.	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
4.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
5.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
6.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
7.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
8.	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?		moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	chaque jour ou presque
9.	Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	non		oui mais pas dans les 12 derniers mois		oui, au cours des 12 derniers mois
10.	Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	non			oui mais pas dans les 12 derniers mois	oui, au cours des 12 derniers mois
Total						

Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool.

Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool.

Remarque :

Questionnaire assez complet, pour un repérage précoce.

Questionnaire **DETA** (CAGE)

Il met en évidence une intoxication alcoolique chez un individu.

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Au moins deux réponses positives au test, témoigne de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool

Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907.

Questionnaire **FACE**

Arfaoui Michaud 2004

1 – A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois au moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à quatre fois par semaine	3
Quatre fois par semaine ou plus	4

2 – Combien de verres standards buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

3 – Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non	0
Oui	4

4 – Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non	0
Oui	4

5 – Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce vous avez pu dire ou faire ?

Non	0
Oui	4

Score total : _____

Interprétation

Hommes

Score inférieur à 5 : risque faible ou nul
Score de 5 à 8 : conso excessive probable
Score supérieur à 8 : dépendance probable

Femmes

Score inférieur à 4 : risque faible ou nul
Score de 4 à 8 : consommation excessive probable
Score supérieur à 8 : dépendance probable

Questionnaire de FAGERSTROM

Il permet d'évaluer le degré de dépendance tabagique.

- Court : 2 questions

Le Short tabac-test d'après Fagerstrom	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
- 10 ou moins.....	0
- 11 à 20	1
- 21 à 30.....	2
- 31 ou plus.....	3
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
- moins de 5 minutes...	3
- 6 à 30 minutes.....	2
- 31 à 60 minutes.....	1
- après plus d'1 heure. .	0
<i>0-1 pas de dépendance 2-3 dépendance modérée 4-5-6 dépendance forte</i>	

De l'Homme G, Bacque MFB, Lebeau B: dépendance tabagique : un questionnaire d'évaluation court. Presse Med 1992; 21: 606-8.

- Le test :

Le Fagerstrom	
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Combien de cigarettes fumez-vous par Jour ?
- moins de 5 minutes 3	- 10 ou moins.....0
- 6 à 30 minutes..... 2	- 11 à 20.....1
- 31 à 60 minutes..... 1	- 21 à 302
- après plus d'1 heure..... 0	- 31 ou plus3
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?
- oui..... 1	- oui.....1
- non 0	- non0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?
- la première..... 1	- oui.....1
- une autre 0	- non.....0
Score total.....	
Interprétation	
<i>0-2 pas de dépendance 3-4 dépendance faible 5-6 dépendance moyenne 7-8 dépendance forte 9-10 dépendance très forte</i>	

Questionnaire CAST

Evaluation de la dépendance au cannabis

QUESTIONNAIRE CANNABIS AUTO-ÉVALUATION DE SA CONSOMMATION Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

(Une seule croix par ligne)

Au cours de votre vie :

	Oui	Non
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERPRÉTATION

En principe

2 réponses positives : Vous devez vous interroger sérieusement sur les conséquences de votre consommation.

3 réponses positives ou plus : Vous devriez demander de l'aide.

source : OFDT

Questionnaire Jeu pathologique

Questionnaire de dépistage du jeu problématique

	OUI	NON
1. Lorsque vous vous adonnez à des jeux de hasard, vous arrive-t-il souvent de retourner dans l'établissement de jeu dans l'espoir de regagner l'argent que vous y avez perdu ?		
2. Avez-vous déjà affirmé AVOIR gagné de l'argent au jeu alors qu'en fait vous en aviez perdu ?		
3. Vous arrive-t-il de consacrer plus de temps ou d'argent au jeu que vous n'en aviez l'intention ?		
4. Quelqu'un a-t-il, déjà critiqué votre passion pour le jeu		
5. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre passion du jeu ou de ce qui se passe lorsque vous jouez ?		
6. Avez-vous déjà senti que vous aimeriez arrêter de jouer mais que vous ne vous en croyez pas capable ?		
7. Avez-vous déjà caché à votre. Conjointe ou partenaire, à vos enfants ou à d'autres personnes importantes dans votre vie des feuilles de paris, des billets de loterie, des jetons de jeu ou d'autres signes associés aux jeux de hasard ?		
8. Vous êtes-vous déjà disputé(e) avec les personnes avec lesquelles vous vivez à propos de la façon dont vous tenez les cordons de votre bourse ? Les disputes portent-elles surtout sur votre obsession du jeu ?		
9. Avez-vous déjà manqué des heures de travail ou de cours en raison de votre passion pour le jeu ?		
10. Le jeu vous a-t-il déjà poussé à emprunter de l'argent que vous n'avez pas remboursé ?		
11. Avez-vous déjà emprunté de l'argent du ménage pour jouer ?		
12. Avez-vous déjà en emprunté de l'argent à votre conjoint(e) ou partenaire pour jouer ?		
13. Avez-vous déjà emprunté de l'argent d'un membre de votre famille ou de celle de votre conjoint(e) pour jouer ?		
14. Avez-vous déjà reçu un prêt d'une banque, d'une société de prêt ou d'une caisse populaire pour jouer ou pour rembourser "une dette de jeu ?		
15. Avez-vous déjà obtenu une avance de fonds sur votre carte de crédit (Visa ou MasterCard, par exemple) dans le but de vous procurer de l'argent pour jouer ou pour rembourser une dette de jeu (cela n'inclut pas les guichets automatiques et les cartes de paiement) ?		
16. Avez-vous déjà obtenu un prêt d'un usurier pour jouer ou pour rembourser une dette de- jeu ?		
17. Avez-vous vendu des actions, des obligations ou d'autres valeurs mobilières pour nuancer votre passion du jeu ?		
18. Avez-vous déjà vendu des biens personnels ou familiaux pour jouer ou pour rembourser une dette de jeu ?		
19. Avez-vous déjà retiré de l'argent d'un compte-chèques en faisant un chèque sans provision pour jouer ou pour rembourser une dette de jeu ?		
20. Avez-vous l'impression que vous avez déjà eu un problème associé au jeu ou aux paris ?		
TOTAL		

0, 1 ou 2 réponses positives : joueur non compulsif..

3 ou 4 réponses positives : joueur compulsif.

5 réponses positives ou plus : joueur pathologique potentiel.

Questionnaire ADOSPA

Questionnaire de repérage de l'usage nocif de substances psychoactives chez les adolescents

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Remarque : Score < 2 : risque modéré d'usage nocif

Score > 3 : risque élevé d'usage nocif

Karila & coll. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA, La Presse médicale, 2007, vol. 36, n° 4, CAHI, pp. 582-590 (9 pages)