

2200411314 Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DÉBA-Drogues)v2.0

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 2016-11-14



Femme
 Homme

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Age

No. dossier:

Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

- Questionner sur chacun des produits
- Liste des noms de produits les plus communs au verso

Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.
--------	-----------------	-------------------	-------------------	--------------------

No. tél. résidence

Autre no. téléphone

1. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes	<input type="radio"/> Dépasse posologie	<input type="radio"/> De plus d'un médecin	<input type="radio"/> Non-prescrits
-------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	---	---	--	-------------------------------------

2. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Oral	Nasal "sniffe"	Fumé	Injecté
3. PCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hallucinogènes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
5. Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Autres stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
7. Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inhalants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
9. GHB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
i. Fréquence cumulée des drogues 2 à 9 confondues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 9, demander la question i →

Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

Méd. sédatifs Cocaïne GHB
 Cannabis Autres stimulants
 PCP Opiacés
 Hallucinogènes Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____, DEPUIS UN AN...

	Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____?
- Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux?
- Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupé?
- Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____?
- Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____?

14. Facile (0) Très difficile (2)
 Assez difficile (1) Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues? Oui Non

ÉSD / Total =

Date de l'évaluation

- -

Année Mois Jour

Interprétation au verso

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)

Initiales intervenant(e)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Médicaments sédatifs

Anxiolytiques

- Alprazolam* (Xanax®)
- Bromazépam* (Lectopam®)
- Buspiron (Buspar®)
- Chlordiazépoxide (Librax®, Librium)
- Clonazépam* (Rivotril®)
- Clorazépate* (Tranxene (D))
- Diazépam* (Valium®)
- Hydroxyzine (Atarax®)
- Lorazépam* (Ativan®)
- Meproamate (282 MEP®)
- Oxazépam* (Serax(D))

Hypnotiques

- Flunitrazépam (Rohypnol)
- Flurazépam* (Dalmane (D))
- Hydrate de Chloral
- Nitrazépam* (Mogadon®)
- Témazépam* (Restoril®)
- Triazolam (Halcion(D))
- Zapelon (Starnoc (D))
- Zipoclone (Imovane®)
- Butalbital (Fiorinal®, Trianal®)
- Phénobarbital (Bellergal®, Donnatal (D))

5. Cocaine

- Cocaine (prise + I.V.)
- Crack (fumé)
- Freebase (fumé)

6. Autres stimulants

- Amphétamine (Dexedrine®, Benzedrine, Adderall®, Crystal)
- Métamphétamine (Crystalmeth, Méthédrine)
- Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®)
- Phentermine (Ionamin® (D), Fastin)
- Phenmétrazine (Preludine (D))

8. Inhalants

- Aérosol
- Colle
- Chloroforme
- Décapant
- Dissolvant
- Essence
- Peinture
- Poppers

9. GHB

Légende:
 * = Type benzodiazépine
 ® = Nom commercial
 Italique = Nom de rue
 D = Discontinué

2. Cannabis

- Pot
- Hasch
- Huile de haschich

3. PCP

- Kétamine
- Ketalar®
- PCP (souvent vendu sous le nom de mess ou mescaline)

4. Hallucinogènes

- Acide
- Champignons (psilocybine)
- Ecstasy (MDMA/MDA)
- L.S.D.
- Mescaline
- Salvia

7. Opiacés

- Buprénorphine (Suboxone®)
- Codéine (Empracet®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-8®)
- Diphénoxylate (Lomotil®)
- Fentanyl (Duragesic®)
- Héroïne (Smack)
- Hydrocodone (Tussionex®)
- Hydromorphone (Dilaudid®)
- Morphine (MS-Contin®, Statex®, MS IR®)
- Pentazocine (Talwin®)
- Péthidine (Demerol®)
- Propoxyphène (Darvon®)
- Speedball (héroïne/cocaine)

Sirops avec codéine ou hydrocodone

(Ces sirops sont en ventre libre mais derrière le comptoir)
 Benlylin® codéine 3,3 mg D-E
 Dalmacol®
 Dimetane-Expectorant-C-DC®
 Novahistex C et DH®
 Tussaminic® DH
 Triaminic® C et DH

Interprétation des scores de l'ÉSD

- 0-2 Intervention par les services de 1^{re} ligne (CIUSSS)**
- 3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant des services spécialisés en dépendance (CIUSSS) pour discussion concernant l'orientation**
- 6-15 Intervention des services spécialisés en dépendance (CIUSSS)**

J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant du service spécialisé en dépendance

DEPUIS UN AN...

- 16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? 16. ○
- 17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 17. ○
- 18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? 18. ○
- 19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues? 19. ○
- 20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ... 20. ○
- 21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue? 21. ○
- 22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues? 22. ○
- 23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues?
Si oui, spécifiez : _____ 23. ○
- 24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? 24. ○

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. ○	○	○	○	○	○	○
17. ○	○	○	○	○	○	○
18. ○	○	○	○	○	○	○
19. ○	○	○	○	○	○	○
20. ○	○	○	○	○	○	○
21. ○	○	○	○	○	○	○
22. ○	○	○	○	○	○	○
23. ○	○	○	○	○	○	○
24. ○	○	○	○	○	○	○

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@sss.gov.qc.ca