

MANUEL D'UTILISATION du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu-8

**Version adaptée pour le Programme de formation en dépendances pour les CISSS et les
CIUSSS
Version 2.0
Novembre 2016**

Dépistage et évaluation du besoin d'aide – Alcool / Drogues Détection du besoin d'aide / Jeu

Les auteurs du cahier actuel sont :
Joël Tremblay, Ph. D.
Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières
Recherche et intervention sur les substances - Québec (RISQ)

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.
Service de recherche en Dépendance
CISSS de Chaudière-Appalaches – Programme Dépendance
CIUSSS de la Capitale-Nationale – Centre de services de réadaptation en dépendance de Québec
RISQ

Auteurs du DÉBA-Alcool et DÉBA-Drogues

Joël Tremblay, Ph. D., UQTR, RISQ

Pierre Rouillard, M.D., CIUSSS de la Capitale-Nationale – Programme Santé mentale

Mario Sirois, M. Psy., CISSS de Chaudière-Appalaches

Auteurs du DÉBA-Jeu-8

Joël Tremblay, Ph. D., UQTR, RISQ

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc., Service de recherche en Dépendance du CISSS de Chaudière-Appalaches et du CIUSSS de la Capitale-Nationale, RISQ

Francine Ferland, Ph. D., Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, HERMES

Jean-Marc Ménard, M. Psy., CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec, RISQ

Francis Berthelot, CISSS de Chaudière-Appalaches

NOTE :

Toute citation provenant du DÉBA-A/D/J-8 peut se faire avec mention de la source, soit du manuel d'utilisation de l'instrument ou encore des instruments eux-mêmes.

Pour le manuel :

Tremblay, J., et Blanchette-Martin, N. (2016). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu-8; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance*, Version 2.0, Québec, Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Pour le DÉBA-A/D :

Tremblay, J., Rouillard, P., et Sirois, M. (2001, rev. 2016). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, www.risqtoxico.ca

Pour le DÉBA-Jeu-8 :

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M., et Berthelot, F. (2015). *DÉBA-Jeu-8 : Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif*, Québec, Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, www.risqtoxico.ca

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	6
DÉBA-ALCOOL/DROGUES : CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE	8
QUELQUES DÉFINITIONS.....	8
<i>Consommation à faible risque.....</i>	<i>9</i>
<i>Consommation à risque.....</i>	<i>9</i>
<i>Consommation problématique</i>	<i>10</i>
<i>Diagnostic de Trouble de l'usage d'une substance.....</i>	<i>10</i>
<i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe CIM-10.....</i>	<i>12</i>
APPROXIMATIONS DE LA RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DES CATÉGORIES DE CONSOUMATEURS D'ALCOOL	12
OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉBA-A/D	14
CADRE TEMPOREL.....	14
<i>Quelques particularités concernant la période d'évaluation « 12 derniers mois »</i>	<i>14</i>
ÉVALUATIONS EN SÉRIE	16
<i>Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool.....</i>	<i>17</i>
<i>L'Échelle de la Sévérité de la Dépendance.....</i>	<i>18</i>
<i>L'Échelle des conséquences de la consommation Alcool et Drogues</i>	<i>19</i>
LA PASSATION D'UN OU DEUX DÉBA POUR ÉVALUER LA CONSOMMATION DE SPA	19
DESCRIPTION DU DÉBA-ALCOOL.....	20
PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL.....	22
<i>Évaluation de la consommation d'alcool au cours de la dernière année</i>	<i>22</i>
<i>Consommations standard et équivalences</i>	<i>22</i>
<i>Établissement de seuils identifiant une consommation à risque</i>	<i>23</i>
<i>Question n° 1 : Fréquence de consommation d'alcool depuis un an.....</i>	<i>23</i>
<i>Question n° 2: Nombre de verres d'alcool lors d'une semaine typique de consommation</i>	<i>25</i>
<i>Question n° 3 : Nombre d'épisodes de forte consommation.....</i>	<i>26</i>
PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - QUESTIONNAIRE BREF SUR LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL	27
<i>Questions n°s 4 à 18 : Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA).....</i>	<i>27</i>
<i>Buts</i>	<i>28</i>
<i>Description.....</i>	<i>28</i>
<i>Cotation.....</i>	<i>28</i>
<i>Normes</i>	<i>29</i>
<i>Question n° 19: Désir de recevoir de l'aide</i>	<i>31</i>
PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES	

CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL.....	31
<i>Questions n^{os} 20 à 28: Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA)</i>	31
DESCRIPTION DU DÉBA-DROGUES	34
PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE DE DROGUES.....	37
<i>Fréquence de consommation des diverses SPA</i>	37
<i>Question n^o 1: Fréquence de consommation des médicaments sédatifs</i>	38
<i>Questions n^{os} 2 à 9 : Fréquence de consommation de chacune des drogues</i>	38
<i>Question i : Fréquence de consommation des diverses drogues confondues</i>	38
PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA DÉPENDANCE.....	39
<i>Questions n^{os} 10 à 14 : Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD)</i>	39
<i>Cotation</i>	39
<i>Question n^o 15 : Désir de recevoir de l'aide</i>	40
PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES.....	40
<i>Questions n^{os} 16 à 24: Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD)</i>	40
LE RAPPORT PERSONNALISE D'ÉVALUATION ALCOOL/DROGUES	45
DESCRIPTION DU DÉBA-JEU-8.....	46
CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE.....	46
DÉFINITIONS ET PRÉVALENCES.....	47
<i>Jeu à faible risque</i>	47
<i>Jeu problématique</i>	48
<i>Jeu pathologique</i>	48
OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉBA-JEU-8	49
CADRE TEMPOREL ET ALGORITHME DÉCISIONNEL.....	49
<i>Question n^{os} 1 à 8: Fréquence et lieu de la participation aux JHA</i>	50
<i>Questions n^{os} 9 à 16 : Évaluation du degré des difficultés éprouvées avec le jeu</i>	52
INTERPRÉTATION DES SCORES.....	53
REFERENCES.....	54
ANNEXE 1: DÉBA-ALCOOL.....	59
ANNEXE 2 : CHOIX DE REPONSES DU DÉBA-ALCOOL	63
ANNEXE 3 : DÉBA-DROGUES	66
ANNEXE 4 : CHOIX DE REPONSES POUR LE DÉBA-DROGUES	69

ANNEXE 5 : DÉBA-JEU-8	73
ANNEXE 6 : CHOIX DE REPONSES POUR LE DÉBA-JEU-8.....	75
ANNEXE 7 : TABLEAU DES PRODUITS FREQUEMMENT CITES PAR LES USAGERS	78
ANNEXE 8 : RAPPORT PERSONNALISE DÉBA-ALCOOL.....	83
ANNEXE 9 : RAPPORT PERSONNALISE DÉBA-DROGUES	86

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, on observe une diversification de l'intervention publique en dépendance dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

Tout d'abord, les services de 1^{re} ligne¹ (appelés ainsi avant la réforme du système de santé et de services sociaux de 2015) dispensés dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ciblent les individus présentant une consommation qui comporte un risque pour la santé physique et le bien-être biopsychosocial ou encore une consommation causant divers problèmes, mais dont l'intensité n'est pas trop sévère.

D'un autre côté, les services spécialisés en dépendance (appelés 2^e ligne ainsi avant la réforme du système de santé et de services sociaux de 2015) dispensés dans CISSS ou CIUSSS², sont responsables de l'intervention auprès des individus dont l'intensité de la consommation conduit à une problématique similaire à un diagnostic de Trouble de l'utilisation d'une substance (TUS). En ce qui concerne les jeux de hasard et d'argent (JHA), les services spécialisés en dépendance assument la prestation de service auprès des personnes présentant cette problématique, selon le mandat reçu en 2001 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

L'outil DÉBA-A/D/J-8 a été développé en vue d'assister les intervenants des services de 1^{re} ligne dans la tâche qui leur est dévolue en matière de détection et d'orientation des personnes ayant des besoins en dépendances (Faulkner, Paquet et Doré, 2007). Le nom du DÉBA, qui signifie « Détection et évaluation du besoin d'aide », illustre d'ailleurs bien les besoins du réseau de la santé et des services sociaux. Les intervenants peuvent donc utiliser le DÉBA pour :

- Détecter, identifier le degré de sévérité de la consommation d'alcool, de drogues ou de recours aux JHA;
- Appairer les degrés de sévérité à des niveaux de soin pour permettre l'orientation des personnes vers un niveau de service adapté à leurs besoins d'aide, p. ex., orientation vers les services de 1^{re} ligne d'un CIUSSS ou d'un CISSS ou vers ceux des services spécialisés en dépendance d'un CIUSSS ou d'un CISSS .

Dans le présent manuel d'utilisation, les intervenants des services de 1^{re} ligne sont initiés à l'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu-8 (DÉBA-A/D/J-8) qui permet de détecter les problématiques en regard de la consommation d'alcool DÉBA-Alcool (DÉBA-A), de drogues DÉBA-Drogues (DÉBA-D) ou de jeux de hasard et d'argent DÉBA-Jeu-8 (DÉBA-Jeu-8). Tout d'abord, le DÉBA-A et le DÉBA-D procurent une évaluation en profondeur pour l'intervention dans les services de 1^{re} ligne lorsqu'une personne doit y être orientée. En plus de la détection de la problématique, le DÉBA-A/D/J-8 leur procure une évaluation complète leur permettant d'élaborer

¹ Puisqu'au moment de la mise à jour (2016) du présent Manuel d'utilisation du DÉBA-A/D/J-8, aucun nom formel n'est attribué pour remplacer « 1^{re} ligne », ce terme est utilisé tout au long de ce document.

² Les services spécialisés en dépendance peuvent avoir des ententes de service avec des ressources communautaires et semi-privées dont la mission est en concordance et en arrimage avec l'offre publique de service en dépendances.

un plan d'intervention.

D'ailleurs, dans une perspective d'intervention motivationnelle, le DÉBA-A et le DÉBA-D permettent de fournir un rapport écrit détaillé de la situation de la personne évaluée.

Comme tout instrument de mesure, la famille des DÉBA est en constante évolution. Par exemple, le DÉBA-Jeu a traversé une seconde étude de validation permettant d'en venir à une nouvelle version de l'outil (DÉBA-J-8). De plus, une étude de validation (Tremblay, Blanchette-Martin, Ferland, Rousseau, Bergeron et Landry, 2015) des trois grilles (DÉBA-A, DÉBA-D et DÉBA-J-8) a été financée (2015-2019) par le MSSS. Il est, entre autres, souhaité que le DÉBA-A et le DÉBA-D soient fusionnés en un seul questionnaire.

Nous tenons également à rappeler que le DÉBA-A/D/J-8 a été créé dans une perspective de collaboration à l'intérieur des services publics et, à ce titre, l'instrument peut être reproduit à volonté, sans frais d'utilisation. Cependant, les reproductions de l'outil doivent identifier les auteurs, que ce soit pour le DÉBA ou pour les sous-sections de l'instrument comme les questionnaires.

Tous les instruments, leurs versions mises à jour, les versions anglaises, les manuels d'utilisation, de même que des informations additionnelles sur leurs qualités psychométriques sont disponibles sur le site Web du RISQ (<http://www.risqtoxico.ca>).

Le DÉBA - Alcool / Drogues (DÉBA-A/D)

DÉBA-ALCOOL/DROGUES : CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE

Le DÉBA-Alcool et le DÉBA-Drogues (DÉBA-A/D) ont comme objectif de détecter³ et d'identifier le degré de sévérité de la consommation d'alcool ou de drogues. Cet instrument permet d'apparier les degrés de sévérité à des niveaux de soin pour permettre l'orientation des personnes vers un niveau de service adapté à leurs besoins d'aide, p. ex., vers les services de 1^{re} ligne ou vers des services spécialisés en dépendance. Particulièrement utiles lors de l'intervention dans les services de 1^{re} ligne, le DÉBA-A/D facilite non seulement la détection, mais procure aussi une évaluation complète en vue de mieux orienter les personnes. En fait, le DÉBA-A/D favorise grandement l'élaboration d'un plan d'intervention pour les services de 1^{re} ligne. De plus, ces intervenants l'utilisant peuvent remettre un bref rapport écrit à la personne évaluée, dans une perspective d'intervention motivationnelle tout en lui fournissant un *feedback* structuré.

Quatre concepts sont retenus à titre de descripteurs cliniquement significatifs des niveaux d'intensité des problèmes associés à une consommation d'alcool ou de drogues :

- La consommation à faible risque, où la personne ne dépasse pas les seuils d'une consommation à faible risque pour la santé
- La consommation à risque, caractérisée par le dépassement de seuils spécifiques au-delà desquels des risques pour la santé sont connus;
- La consommation problématique, où la personne présente des problèmes manifestes liés à sa consommation;
- La présence d'abus ou de dépendance (DSM-IV-TR : American Psychiatric Association (APA), 2000) qui sont aujourd'hui fusionnés à l'intérieur du diagnostic de TUS dans le DSM-5 (APA, 2013).

QUELQUES DÉFINITIONS

Les définitions présentées dans cette section amènent un éclairage sur divers termes utilisés dans ce manuel au regard des types de consommateur.

Un groupe d'experts (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis et Stockwell, 2011) ayant établi des

³ Pour le DÉBA-A/D l'acronyme signifie « Dépistage et évaluation du besoin d'aide ». Le terme dépistage fait partie du nom historique de cet instrument. Probablement qu'il aurait été préférable d'utiliser le terme détection puisque le terme dépistage fait davantage référence à une procédure systématique d'identification de tous les « cas » au sein d'une population spécifique. Il faut donc comprendre que le DÉBA-A/D n'est pas d'abord un instrument développé pour mener des travaux de dépistage systématique. Le DÉBA-A/D est principalement un outil d'aide à la décision clinique d'où le terme plus approprié de détection.

directives de consommation d'alcool à faible risque a également fait une distinction dans les types de risques en créant trois catégories. Il y a d'abord les risques liés aux situations et aux circonstances dangereuses (ex. : condition médicale spécifique, âge, etc.), ensuite les risques accrus à long terme de développer une maladie grave liée à une consommation sur une longue période (ex. : cirrhose, cancer, etc.) et finalement les risques accrus à court terme de blessures ou de maladies aiguës liées à une surconsommation en un seul épisode (ex. : accidents, surdose, etc.).

Consommation à faible risque

Les directives de consommation à faible risque de Butt et ses collègues (2011) sont :

- Directive 1 : Ne pas boire dans certaines situations qui augmenteraient le risque à court terme de maladie ou de blessures (ex. : conduite automobile, activités physiques dangereuses, activités nécessitant une vigilance, etc.)
- Directive 2 : Respecter les normes de consommation à faible risque si consommation d'alcool pour diminuer les risques à long terme pour la santé
 - Femmes : 0 à 2 consommations standards/jour et 10 consommations maximum/semaine
 - Hommes : 0 à 3 consommations standards/jour et 15 consommations maximum/semaine.

Cette directive implique également de ne pas consommer d'alcool à tous les jours.

- Directive 3 : Boire dans un environnement sécuritaire et limiter le nombre de consommations pour diminuer les risques à court terme en ne dépassant pas :
 - 3 consommations standards dans une même occasion pour les femmes
 - 4 consommations standards dans une même occasion jour pour les hommes
- Directive 4 : Les femmes enceintes ne devraient pas consommer d'alcool.
- Directive 5 : La consommation d'alcool ne devrait pas débuter avant la fin de l'adolescence pour ne pas nuire au développement.

Consommation à risque

Une consommation d'alcool à risque correspond à une quantité et à un patron de consommation causant une augmentation significative de la probabilité de l'émergence de problèmes associés à cette consommation pour la majorité des adultes en santé (Butt et coll., 2011; Bondy et coll., 1999). Ces problèmes peuvent être de divers ordres sur les plans physique (maladies, risques d'accident), psychologique, social et judiciaire. Les critères de la consommation à risque sont ici définis pour une population générale adulte en santé et s'appuient sur des courbes de probabilité d'émergence pour divers problèmes, et ce, en fonction de critères de quantité et de fréquence de consommation. Le DÉBA-A utilise les critères de consommation d'alcool à risque à court terme et à long terme (Butt et coll., 2011) qui permettent de discriminer les personnes pour qui l'évaluation de détection doit être poursuivie ou non, puisque la grille établit le niveau de besoin requis en lien avec la problématique actuelle de la personne. Une consommation est considérée à risque :

Pour une femme :

- 11 consommations standards et plus par semaine (risques à long terme) et 4 consommations standards et plus par jour douze fois et plus par année (risque à court terme)

Pour les hommes :

- 16 consommations standards et plus par semaine (risques à long terme) et 4 consommations standards par jour douze fois et plus par année (risque à court terme)

Rappelons que les critères d'une consommation à risque sont établis pour une population adulte en santé et que, par conséquent, la présence de difficultés sur les plans de la santé physique et mentale ne pourra qu'augmenter le niveau de risque associé à un même degré de consommation d'alcool (Bondy et coll., 1999) ou de drogues. En effet, les personnes moins tolérantes par exemple en raison de leur poids corporel ou encore leur âge (moins de 25 ans et de plus de 65 ans) ne devraient pas avoir une consommation standard supérieure au nombre présenté à la directive 2 (Butt et coll., 2011). Il est important de mentionner qu'une personne ayant une consommation à risque n'expérimente pas de problèmes concrets associés à sa consommation. Bien qu'elle ne réfère pas à un diagnostic, la consommation à risque se traduit par un ensemble de comportements qui augmentent significativement la probabilité de l'apparition de divers problèmes y étant associés. Cependant, certains individus ayant une consommation à risque n'expérimenteront jamais de problèmes liés à cet usage. Les critères de consommation à risque s'appuient avant tout sur des probabilités d'apparition de problèmes; ils n'indiquent en aucun cas qu'un individu pourrait vivre éventuellement lesdits problèmes.

L'intervention auprès des personnes ayant une consommation à risque vise à contrer l'éventuelle apparition de difficultés conséquentes des habitudes de prise d'alcool ou de drogues. Si une personne expérimente déjà des problèmes associés à sa consommation, celle-ci sera qualifiée de problématique.

Consommation problématique

Une consommation problématique d'alcool ou de drogues est une consommation pour laquelle l'individu expérimente concrètement divers problèmes associés : conflits interpersonnels (p. ex., des membres de la famille reprochent l'excès de consommation), difficultés financières (p. ex., des dépenses élevées sont effectuées pour l'achat de cocaïne), prises de risques injustifiés (p. ex., la conduite d'une motomarine en contexte de consommation), démêlés judiciaires (p. ex., arrestation pour possession simple ou pour conduite avec facultés affaiblies), etc. Toutefois, l'intensité des problèmes n'est pas suffisante pour justifier un diagnostic de TUS.

Diagnostic de Trouble de l'usage d'une substance

« La caractéristique essentielle d'un trouble lié à l'usage d'une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela » (APA, 2015 :572). Le diagnostic de TUS repose sur un mode pathologique de comportements liés à l'organisation de l'individu. Les critères sont divisés en sous-groupes, soit la réduction du contrôle, l'altération du fonctionnement social, la consommation risquée et les critères pharmacologiques (APA, 2015).

Mentionnons, que le diagnostic de TUS du DSM-5 (APA, 2015) composé de 11 critères est une fusion des diagnostics d'abus (4 critères) et de dépendance (7 critères) du DSM-IV-TR (APA, 2000) auquel un critère a été enlevé (A3 : problèmes judiciaires) et un autre critère a été ajouté (TUS 4 : symptômes de fortes envies de consommer) au DSM-5. Ainsi, le DSM-IV-TR présentait deux diagnostics séparés (abus et dépendance) alors que le DSM-5 en présente un seul (TUS). Les critères diagnostiques de TUS du DSM-5 (APA, 2015) sont les suivants :

- (1) La SPA est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- (2) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
- (3) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets
- (4) La personne a de fortes envies ou un sentiment d'urgence d'utiliser la SPA
- (5) Utilisation répétée d'une SPA conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison
- (6) Utilisation d'une SPA malgré des problèmes interpersonnels, ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la SPA
- (7) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la SPA
- (8) Utilisation répétée d'une SPA dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- (9) L'utilisation de la SPA est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la SPA
- (10) Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - (a) Besoin de quantités notablement plus fortes de la SPA pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - (b) Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de SPA
- (11) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- (a) Syndrome de sevrage caractéristique de la spa
- (b) La même SPA (ou un SPA très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

Les résultats sont discriminés en trois niveaux de gravité, soit léger, moyen et grave. Le calcul permettant de déterminer le niveau de gravité du TUS (APA, 2015) est le suivant :

- TUS léger : Présence de 2 à 3 symptômes.
- TUS moyen : Présence de 4 à 5 symptômes.
- TUS grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe CIM-10

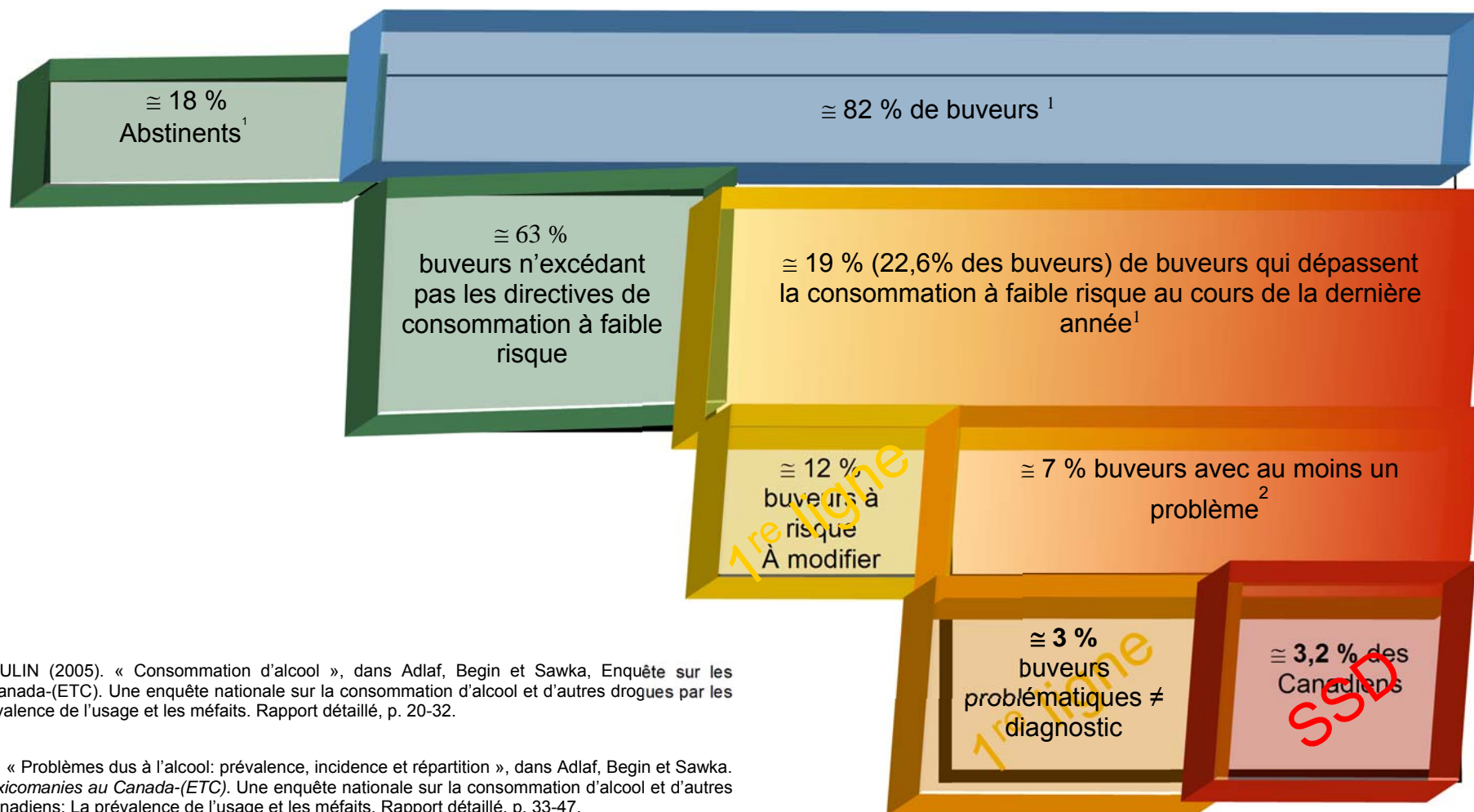
La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe CIM-10 (Organisation mondiale de la santé, 1992) est reconnue et utilisée internationalement, au même titre que le DSM-5, comme manuel de catégorisations nosographiques de l'ensemble des maladies physiques et mentales. Pour sa part, le CIM-10 classifie encore (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2015) les Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de SPA en deux catégories, soit :

- *.1 Utilisation nocive pour la santé (Abus de SPA) : un mode de consommation d'une SPA qui est préjudiciable à la santé et les complications (physiques ou psychologiques) y étant associé.*
- *.2 Syndrome de dépendance : « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligation au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique » (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2015 : 179).*

APPROXIMATIONS DE LA RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DES CATÉGORIES DE CONSOMMATEURS D'ALCOOL

Le lecteur retrouvera, dans la section portant sur le Rapport personnalisé d'évaluation, des tableaux présentant la prévalence de consommation de diverses SPA au sein de la population canadienne. Le lecteur peut également prendre connaissance de nombreuses informations concernant les prévalences en lien avec les divers types de consommation d'alcool et de drogues dans les sections décrivant en détail chacune des questions du DÉBA-A/D. La figure suivante présente notamment les estimations de répartition de la population générale en fonction des catégories de consommateurs d'alcool, telles que définies précédemment.

Figure 1. Répartition approximative de la population québécoise de 15 ans et plus en fonction de la catégorie de consommateurs d'alcool



¹ DEMERS et POULIN (2005). « Consommation d'alcool », dans Adlaf, Begin et Sawka, *Enquête sur les toxicomanies au Canada-(ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens: La prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé*, p. 20-32.

² KELLNER (2005). « Problèmes dus à l'alcool: prévalence, incidence et répartition », dans Adlaf, Begin et Sawka. *Enquête sur les toxicomanies au Canada-(ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens: La prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé*, p. 33-47.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉBA-A/D

Le DÉBA-A/D permet de :

- Identifier les différents types de consommateurs d'alcool et de drogues: les individus abstinentes, ceux pour qui la consommation présente de très faibles risques, les consommateurs à risque, ceux dont la consommation entraîne divers problèmes et les personnes pour qui on pourrait potentiellement poser un diagnostic de TUS au produit consommé;
- Orienter les individus vers un niveau de service approprié à la sévérité de leur problématique de consommation. Les services de 1^{re} ligne, s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, tandis que les personnes ayant une consommation leur posant divers problèmes ou pour qui on pourrait potentiellement poser un diagnostic de TUS sont dirigées vers les services spécialisés en dépendance.
- Fournir un rapport personnalisé à la personne évaluée qui lui permet de comparer ses réponses à des normes, par exemple, la consommation en fonction du sexe et de l'âge. Lors de la remise du rapport, la personne obtient un *feedback* de la part d'un intervenant dans le cadre d'un entretien motivationnel.

CADRE TEMPOREL

Pour l'ensemble des DÉBA (DÉBA-A/D et DÉBA-J-8), la période d'évaluation de la consommation d'alcool, de drogues ou de JHA d'un individu correspond à la dernière année (12 derniers mois). Il s'agit de la balise temporelle fixée dans le DSM-5. Il est important de choisir le cadre temporel d'un an, car une période plus courte, par exemple six mois, pourrait présenter des résultats incomplets. En fait, si le DÉBA-A/D était rempli pour une personne au cours des six derniers mois, il est possible que cette évaluation ne révèle aucune consommation ni aucun symptôme associé à un diagnostic de TUS. Par contre, une entrevue approfondie pourrait révéler la présence d'un TUS pour les six premiers mois de l'année qui n'auraient pas été inclus dans le DÉBA. C'est pourquoi le délai d'un an est retenu pour que la situation d'une personne couvrant une période de 12 mois soit prise en compte, et ce, en vue de faciliter son orientation vers des services spécialisés en dépendance.

Quelques particularités concernant la période d'évaluation « 12 derniers mois »

Les personnes ayant des phases distinctes de consommation dans la dernière année

La fenêtre temporelle sur laquelle porte le DÉBA-A/D/J-8 concerne la dernière année. En fait, ce choix repose sur le fait que le DSM-5 (DSM-IV au moment de la conception de la grille) utilise cette période de temps pour estimer la présence des symptômes de TUS. Ce choix semble cohérent puisque cette période constitue habituellement un cycle de vie assez représentatif pour une personne. Par exemple, celle-ci a pu vivre un deuil, une joie importante, les fêtes de l'année, etc.

Par contre, certaines situations peuvent nécessiter des exceptions en ce qui a trait à la manière de considérer la dernière année dans le processus d'évaluation, par exemple :

- Les situations où il y a un épisode récent de consommation intensive

La première exception porte sur des personnes pour qui l'épisode de consommation serait extrêmement récent (p. ex., deux dernières semaines) alors que durant le reste de l'année, elles n'auraient pas consommé ou très peu. Ces dernières peuvent avoir récemment vécu des pertes relationnelles majeures telles qu'une séparation, un décès d'un proche, la déclaration d'une maladie grave, etc. À la suite de ces événements de vie majeurs et graves, les personnes peuvent débiter un épisode de forte consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives (SPA). L'évaluation au DÉBA-A/D/J-8 doit alors rendre compte de cette situation. Dans ce contexte, l'intervenant doit faire un rapport d'évaluation qui explique que les cotes au DÉBA-A/D/J-8 représentent une situation très récente, tout en expliquant que le contexte de cette consommation semble être en réaction à un événement de vie stressant. Il pourrait également administrer à deux reprises le DÉBA-A/D/J-8, une première fois pour mettre en évidence la situation actuelle et une seconde pour mettre en évidence la situation de consommation ayant précédé l'événement déclencheur de l'épisode actuel de consommation.

- Les individus cherchant une évaluation favorable rendant compte d'un arrêt récent de consommation

Une seconde exception concerne les personnes judiciairisées ne désirant pas que leur évaluation porte sur l'ensemble de la dernière année. En effet, certaines personnes peuvent vouloir mettre en évidence que leur situation de consommation de SPA ou de JHA s'est grandement améliorée récemment, par exemple, au cours des trois derniers mois. En effet, elles peuvent avoir besoin d'une évaluation favorable en vue de la rédaction d'un rapport présentiel pour le tribunal ou dans le contexte d'une évaluation pour la Direction de la protection de la jeunesse concernant la garde d'enfants. Dans tous ces contextes, en raison de ses inquiétudes quant à la teneur de l'évaluation, une personne pourrait être prête à reconnaître une grande consommation au cours de la dernière année, tout en mettant en évidence qu'elle s'est reprise récemment en main et qu'elle va mieux. Si les questions de l'évaluateur portent sur le comportement le plus fréquent de consommation au cours de la dernière année, les cotes finales au DÉBA-A/D/J-8 indiqueront la présence de problèmes importants avec les SPA.

Dans de tels contextes d'exception, l'intervenant peut proposer à la personne de procéder à l'évaluation de la dernière année en la divisant en deux temps différents. Tout d'abord, la période plus récente, p. ex. les deux derniers mois, où la personne a consommé ou joué moins (dans le cas d'une évaluation avec le DÉBA-J-8) peut être considérée ; l'autre période correspondrait au reste de l'année où la personne a consommé ou joué plus fortement, p. ex., les dix mois précédents. Par la suite, l'évaluateur fera un rapport synthèse des deux périodes d'évaluation et décrira la situation.

Si l'intervenant choisit cette mesure d'exception, c.-à-d. d'administrer le DÉBA-A/D ou le DÉBA-J-8 sur deux périodes distinctes au cours des derniers douze mois, il ne devra en aucun cas faire la moyenne des deux scores. Dans un rapport synthèse, l'intervenant devra mettre en contraste les deux périodes distinctes vécues au cours de la dernière année tout en faisant ressortir le portrait clinique différent pour chacune de ces deux périodes. En fait, il s'agit de faire une synthèse des deux périodes sur lesquelles a porté l'évaluation.

Finally, after such an evaluation, the intervener who wishes to orient a user towards specialized services in addiction, for example, must exercise their judgment. If needed, they can consider the most severe evaluation, if it refers to the largest part of the year. If the process is too complex, a discussion with a person from the specialized addiction service is recommended.

Les situations où les personnes ont été dans l'impossibilité de consommer pour une période significative

Another particular situation regarding the reference period for the DÉBA evaluation concerns cases where individuals have been, during the last year, in a context of non-voluntary cessation of SPA or their JHA habits. This cessation may have been imposed due to detention, hospitalization in physical or psychiatric care, therapy in an inpatient center, etc. In these contexts, it is important to use the period of a year preceding the particular situation.

For example, if a person has been detained during the last six months, it is the 12 months before the entry into detention that are evaluated. In effect, upon release from detention, the person runs the risk of finding the life contexts and the consumption situation prior to their period of detention. Moreover, one must take into account their participation or non-participation in treatment related to their addiction. This type of evaluation must always be accompanied by an evaluation note where the intervener mentions the particularities of the situation and nuances their proposal. It must in effect mention that, since a precise period, the person does not consume and for what reasons (e.g., institutionalization), while specifying that previously, their consumption was more intense. The intervener must mention if there was an attempt to reduce consumption (e.g., therapy, support groups in detention, etc.). In fact, it is not necessarily presupposed that a person will find their consumption from before their institutional period, but one must nevertheless remain prudent on this subject.

ÉVALUATIONS EN SÉRIE

The DÉBA, in its « Alcohol » and « Drugs » versions, is an amalgam of evaluations made one after the other. Each one allows the intervener to make a decision: stop the evaluation and orient the user towards the appropriate resource or continue the evaluation in order to better identify the current problem. The concepts are evaluated in the following order: consumption at risk, addiction, and the problematic consumption.

The two main evaluation grids allowing the degree of addiction to be evaluated are the « Short questionnaire on addiction to alcohol » (QBDA) and the « Severity scale of addiction » (ÉSD) for drugs (Tremblay, Rouillard and Sirois, 2004). Each of the tests in

série composant le DÉBA-A/D a ses propres propriétés psychométriques. Ici sont présentés les détails des propriétés psychométriques des outils.

Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool

Le QBDA est la version française du *Short Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD), élaboré dans sa version originale par un groupe de chercheurs de l'Angleterre (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983). La traduction française de cet instrument a été effectuée par Tremblay, Dupont et Sirois (1999) après l'obtention des droits de traduction auprès de Raistrick. Ce questionnaire compte 15 items évaluant différents aspects du syndrome de dépendance, tels les aspects cognitifs, comportementaux et physiologiques. Une échelle de type Likert à quatre points (0 = Jamais à 3 = Presque toujours) permet à la personne d'indiquer la fréquence des symptômes vécus au cours de la dernière année. Le QBDA est simple à utiliser. Le calcul du score total (étendue de 0 à 45) se fait à partir de l'addition des résultats obtenus aux 15 items. Les concepteurs proposent des seuils permettant d'établir trois degrés de sévérité de la dépendance. Ainsi, un score de 1 à 9 détermine un faible degré de dépendance à l'alcool, un score de 10 à 19 suggère un degré de dépendance moyen et un score supérieur à 19 indique un degré de dépendance élevée. Pour le SADD (QBDA), le coefficient de fidélité moitié/moitié oscille entre .85 et .87 (Raistrick et coll., 1983; McMurrin et Hollin, 1989). La cohérence interne de la version française présente un coefficient alpha de Cronbach de .74 auprès d'un échantillon de personnes en traitement spécialisé de l'alcoolisme (n = 78), ce qui est satisfaisant (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). La fidélité test-retest est de .90 après une semaine d'intervalle (Jorge et Masur, 1985), de .87 avec un intervalle de 19 à 40 jours (McMurrin et Hollin, 1989). De plus, dans l'étude de Jorge et Masur (1985), la grande majorité des participants a obtenu, au temps deux, des scores qui permettaient de leur attribuer le même degré de sévérité de dépendance qu'au premier temps de mesure. La structure factorielle du SADD a été analysée par Davidson, Bunting et Raistrick (1989). Les auteurs ont d'abord procédé à une analyse exploratoire qui met en évidence un premier facteur général expliquant 44 % de la variance totale. Deux autres facteurs apparaissent plus faiblement et l'item 9 n'atteint pas le seuil de saturation minimal sur aucun des facteurs. À la lumière de ces résultats préliminaires, les auteurs ont mené trois études d'analyses confirmatoires avec des modèles à deux facteurs et en excluant l'item 9. Il en ressort que le SADD est bien une mesure à dimension unique et ils expliquent la présence du deuxième facteur par un biais méthodologique qui n'est pas associé au construit à l'étude. En effet, le deuxième facteur apparaît nécessaire pour rendre compte adéquatement des données, mais il est confus, inconsistant et n'est pas corrélé avec le premier facteur. Ils concluent toutefois que bien que le SADD nécessite une révision, surtout en regard de l'item 9, la reproduction constante du premier facteur général au sein de différents échantillons et sous différentes conditions d'administration indique une structure factorielle stable. Quant à la validité de critère, les résultats de l'étude de Jorge et Masur (1985) tendent à appuyer l'utilité des trois points de rupture présentés par Raistrick et coll. (1983). En effet, auprès d'un échantillon de personnes alcooliques recrutées dans un service de traitement, seulement 4 % des personnes ont obtenu un score de dépendance faible au SADD, 26 % un score de dépendance moyenne alors que la majorité de ces personnes (70 %) ont obtenu un score les plaçant dans la catégorie de dépendance élevée. En comparaison, Jorge et Masur (1985) ont déterminé que près de 90 % d'un échantillon de 55 personnes ne présentant pas de problème de consommation d'alcool étaient dans la catégorie de faible dépendance. En terme de validité convergente, le SADD a d'abord été mis en relation avec le SADQ (Stockwell, Hodgson, Edwards, Taylor et Randkin, 1979) qui mesure le même

concept théorique et la corrélation obtenue est satisfaisante ($r = .83$) (Davidson et Raistrick, 1986). Davidson et Raistrick (1986) ont aussi obtenu une bonne validité convergente de l'instrument (corrélations variant de .49 à .61) en le comparant au *Drinking Related Locus of Control* (DRLC). Leurs résultats confirment l'hypothèse des auteurs du SADD voulant que plus la sévérité de la dépendance augmente (telle que mesurée par le SADD) plus l'entrevue de dépistage met en évidence la problématique de la dépendance à l'alcool (*Edinburgh Alcohol Dependence Scale*; Chick 1980), plus la personne expérimente d'autres types de problèmes (*Problem Checklist*; Davies et Raistrick, 1981) et plus la perception du contrôle de ses comportements de consommation est externe (*Drinking Related Locus of Control*; Donovan et O'Leary, 1978).

L'Échelle de la Sévérité de la Dépendance

L'ÉSD est la version française du *Severity of Dependence Scale* (SDS) élaboré dans sa version originale par Gossop et ses collaborateurs (1995). La traduction française de l'instrument a été effectuée par Tremblay, Dupont et Sirois (1999) après obtention de l'autorisation auprès de Gossop. L'ÉSD est un questionnaire de cinq items mesurant les dimensions psychologiques de la dépendance à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points (0 = Jamais ou presque jamais à 3 = Toujours ou presque toujours). Plus spécifiquement ces items évaluent le sentiment de perte de contrôle, de même que les préoccupations et l'anxiété que ressent l'individu face à sa propre consommation de drogues. Ces normes sont basées sur des moyennes établies auprès de 5 échantillons différents totalisant 1 312 personnes (Gossop et coll., 1995). La version anglophone a fait l'objet de plusieurs études de validation. La consistance interne de l'instrument anglais apparaît acceptable avec des coefficients variant de .72 à .90 (Gossop et coll., 1995; Swift, Hall, Didcott et Reiley, 1998). Toutefois, d'autres auteurs suggèrent la prudence dans l'interprétation du SDS puisqu'ils obtiennent un coefficient de consistance interne de .37 et que deux items sur cinq possèdent des corrélations item/total plus petites que .30 (Churchill, Burgess, Pead et Gill, 1993). La version française présente un coefficient alpha de Cronbach de .75 au sein d'un échantillon clinique, ce qui est satisfaisant (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). La stabilité test-retest avec un intervalle d'une journée est estimée à .89 soit une stabilité adéquate (Gossop, Best, Marsden et Strang, 1997). La structure factorielle semble unidimensionnelle expliquant de 50 à 77 de la variance selon l'échantillon considéré (Gossop et coll., 1995; Swift et coll., 1998). Topp et Mattick (1997) ont déterminé qu'un score de 4 offrait le maximum de validité avec une sensibilité de 71 % et une spécificité de 77 %. Selon ces auteurs le SDS possède une grande capacité à détecter la présence d'une dépendance aux amphétamines telle que diagnostiquée à l'aide du DSM-III-R. Ils conseillent son utilisation en lieu et place d'une entrevue de dépistage plus détaillée sans que trop d'informations diagnostiques soient compromises.

Afin de vérifier la validité convergente de l'instrument, Darke et ses collaborateurs (1994) ont établi que les consommateurs utilisant l'injection comme mode de consommation qui ont un plus grand nombre de jours de consommation au cours des six mois précédant la recherche obtiennent des scores plus élevés au SDS que les autres consommateurs. Dans le même ordre d'idées, ils ont également démontré que les consommateurs d'héroïne ayant déjà fait une surdose obtiennent aussi des scores plus élevés au SDS. Ils ont de plus déterminé que chacun des points supplémentaires au SDS augmentait de 12 % la probabilité d'avoir eu une surdose. Gossop et coll. (1995) ont étudié la validité du SDS en le mettant en relation avec une série de critères permettant de juger de la sévérité de la dépendance : la dose, la durée de consommation, la fréquence de consommation, le

degré de contacts avec d'autres utilisateurs et le nombre de contacts avec des organismes de traitement. Les scores au SDS sont corrélés positivement avec chacune de ces variables. Ces résultats mettent donc en évidence la capacité du SDS à identifier les utilisateurs présentant une problématique de dépendance sévère.

L'Échelle des conséquences de la consommation Alcool et Drogues

La seconde échelle du DÉBA est l'Échelle des conséquences de la consommation pour laquelle il y a une version alcool (ÉCCA) et une version drogues (ÉCCD). Cette échelle inspirée des quatre critères du diagnostic d'abus d'alcool du DSM-IV-TR (à l'origine le DSM-IV) a été conçue par Tremblay, Rouillard et Sirois (2000). Contrairement au QBDA, l'ÉCCA et l'ÉCCD ne s'interprètent pas en additionnant le résultat de chacune des questions dans le but d'obtenir un score total. En effet, les symptômes associés à chacune des questions doivent être récurrents au cours des 12 derniers mois pour qu'une situation soit considérée problématique équivalant autre fois à un diagnostic d'abus (DSM-IV-TR) et aujourd'hui à TUS (DSM-5) de niveau léger.

Bien que l'ÉCCA et l'ÉCCD ne soient pas validées, elles sont utilisées cliniquement pour aider à identifier une consommation problématique. Les critères de consommation problématique ont été établis par les auteurs sur la base de la présence de symptômes récurrents dans une sphère de vie. Ainsi, on cote une consommation problématique lorsque certains symptômes moins sévères arrivent tous les mois ou plus fréquemment (alcool nuit au rendement au travail ou aux relations interpersonnelles), pour des symptômes plus importants une présence de 4 à 10 fois dans l'année est suffisante (manqué des jours de travail/école, conduire un véhicule à moteur en état d'intoxication ou prendre des risques pour sa sécurité physique) et une fréquence de 2 à 3 fois pour des comportements plus grave est suffisante pour coter une consommation problématique (arrestation pour conduite avec facultés affaiblies ou tout autre trouble judiciaire lié aux SPA) ou encore réduction de la capacité de prendre soin des enfants à cause des SPA. Malgré ceci, il est possible d'obtenir un score théorique en additionnant tous les résultats obtenus (maximum de 45). Ce score peut être également interprété selon les sphères de vie sur lesquelles la consommation peut avoir un impact dans un contexte de consommation problématique. Ces sphères sont : les responsabilités de vie (maximum de 15), mettre sa vie ou sa sécurité en danger (maximum de 10), les problèmes judiciaires (maximum de 10) et les problèmes relationnels (maximum de 10).

LA PASSATION D'UN OU DEUX DÉBA POUR ÉVALUER LA CONSOMMATION DE SPA

Lors de l'évaluation des difficultés éprouvées par une personne avec sa consommation, il est recommandé d'évaluer le degré d'utilisation de l'ensemble des SPA consommées. En ce sens, la passation des deux versions (DÉBA-A et DÉBA-D) est recommandée. Cependant, afin d'alléger la tâche des services de 1^{re} ligne lors de l'orientation vers les services spécialisés en dépendance, certaines régions ont convenu que la passation d'un des deux instruments, soit du DÉBA-A OU du DÉBA-D, est suffisante, et ce, dès que le niveau de sévérité de la problématique, selon l'évaluation, identifiait la nécessité de services spécialisés en dépendance. Toutefois, il est important de noter que dès qu'une personne est orientée vers les services de 1^{re} ligne en dépendance, il apparaît nécessaire d'administrer les deux DÉBA-A/D avant d'établir un plan d'intervention (PI) adapté à la réalité de la personne.

DESCRIPTION DU DÉBA-ALCOOL

Le cadre d'élaboration du DÉBA-A est présenté au tableau suivant. Ce dernier affiche l'ensemble de la démarche d'évaluation quant à la consommation d'alcool.

Tableau 1. Cadre d'élaboration du DÉBA-Alcool

Concept à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concept identifié	Décision ²
Consommation à risque	Évaluation de la fréquence de consommation d'alcool depuis un an	Ne consomme jamais d'alcool ou moins d'une fois par mois	Consommation généralement sans risque	Arrêt du questionnaire
		Consomme de l'alcool une fois par mois ou plus	Consommation potentiellement à risque	Poursuite du questionnaire
	Évaluation de la quantité d'alcool consommée lors d'une semaine typique de consommation au cours de la dernière année et évaluation de la fréquence des épisodes de forte consommation au cours de la dernière année	Pour les femmes : moins de 11 cons./sem. Pour les hommes : moins de 16 cons./sem. ET 11 épisodes et moins de consommation intensive par année (hommes et femmes)	Consommation généralement à faible risque	Arrêt du questionnaire
		Pour les femmes : 11 cons. et plus /semaine ou Pour les hommes : 16 cons. et plus/ semaine OU 12 épisodes et plus de consommation intensive par année (hommes et femmes)	Consommation généralement à risque	Poursuite du questionnaire et évaluation de la dépendance (QBDA)
Dépendance	Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA; Raistrick, Dunbar et Davidson., 1983)	Score de 0 à 9	Aucune ou faible dépendance	Intervention possible dans les services de 1 ^{re} ligne et poursuite avec l'ÉCCA pour aider à l'élaboration du PI
		Score de 18 à 45	Dépendance élevée	Orientation vers le service spécialisé en dépendance et poursuite avec l'ÉCCA pour travailler la motivation
		Score de 10 à 17	Dépendance modérée	Poursuite avec l'ÉCCA pour déterminer l'orientation
Conséquence de la consommation	Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA; Tremblay, Rouillard, et Sirois, 2000)	Aucun seuil n'est déterminé. Les questions portent sur les conséquences de la consommation d'alcool. Une discussion entre les intervenants du service spécialisé en dépendance et de celui des services de 1 ^{re} ligne permettra d'orienter la personne	Consommation problématique sans récurrence des conséquences	Intervention dans les services de 1 ^{re} ligne
			Nombreuses conséquences	Intervention dans un service spécialisé en dépendance

² Une question porte sur la volonté de recevoir de l'aide. Aucune intervention n'est possible sans un désir minimal de l'utilisateur de recevoir de l'aide afin de changer ses habitudes de consommation.

PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL

Les questions n^{os} 1 à 3 du DÉBA-A (voir le questionnaire en annexe) visent à détecter la consommation à risque ou problématique d'alcool. Si le résultat de la détection est positif, l'évaluateur poursuit l'administration du questionnaire. Si le résultat de la détection est négatif, l'évaluation se termine; toutefois, en cas de doute, l'évaluateur peut choisir de poursuivre.

Pour cette section, seules les questions portant sur la fréquence de consommation et la quantité d'alcool consommée depuis un an sont utilisées. Ces questions sont standards et utilisées dans de nombreux questionnaires. Elles ont été choisies en fonction des orientations nationales concernant la consommation d'alcool à risque.

Évaluation de la consommation d'alcool au cours de la dernière année

D'abord, les premières questions du DÉBA-A évaluent à la fois la quantité d'alcool absorbée lors d'une semaine typique de consommation (Anderson, Cremona, Paton, Turner et Wallace, 1993) et la fréquence des épisodes de forte consommation (Cooney, Zweben et Fleming, 1995). Ces deux indicateurs de quantité et de fréquence représentent de bonnes variables pour prédire la probabilité qu'un individu expérimente divers problèmes associés à la consommation d'alcool (Butt et coll., 2011). Parmi ces problèmes, mentionnons la perte de contrôle de la consommation, la persistance à l'utilisation malgré la conscience des effets néfastes, la consommation dans des situations dangereuses (par exemple, conduite automobile) et évidemment l'accroissement de la tolérance et des symptômes de sevrage (Dawson, Grant et Harford, 1995). Avant d'examiner plus à fond ces questions, définissons tout d'abord ce que signifie une consommation standard.

Consommations standard et équivalences

Dans le présent instrument, les normes canadiennes utilisées en matière de consommation dans les grandes enquêtes nationales (April, Bégin et Morin, 2010; Butt et coll., 2011; Single, Van Truong, Adlaf et Lalomiteanu, 1999) sont retenues comme balises. Grâce à cette méthode, le recours à des descripteurs de la consommation d'alcool comparables à ceux employés dans les études internationales (Miller, Heather et Hall, 1991) est possible et en facilite la comparaison des données.

Au Canada, les normes utilisées en matière de consommation correspondent aux données suivantes :

- Une consommation standard au Canada équivaut à 13,6 g ou 17 ml d'alcool pur (April et coll., 2010 :19; Butt et coll., 2011 :9), soit une bière de 341 ml à 5 % d'alcool;
- Un verre de vin de 131 ml à 13 % d'alcool;
- Un verre de vin fortifié de 85 ml (3 onces) à 20 % d'alcool;
- Un verre de spiritueux de 43 ml (1,5 once) à 40 % d'alcool.

Le lecteur retrouvera à la page 2 du questionnaire DÉBA-A (voir annexe) un tableau plus détaillé des équivalences.

Établissement de seuils identifiant une consommation à risque

Deux recommandations officielles ont orienté le choix des critères en vue de déterminer les seuils de consommation à risque. À l'origine du développement du DÉBA-A, les critères émis en 1997 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (FRT) de l'Ontario (Bondy et coll., 1999) ont été retenus pour établir le seuil d'une consommation non à risque ou à faible risque (moins de 10 consommations par semaine pour les femmes et moins de 15 consommations par semaine pour les hommes). Toutefois, les plus récentes normes présentées par le CCLT (Butt et coll., 2011) ont permis d'ajuster les seuils selon leurs nouveaux critères. Selon ces critères, une consommation non à risque ou à faible risque équivaut à moins de 11 consommations par semaine pour les femmes et moins de 16 consommations par semaine pour les hommes.

Le second point de référence provient du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) et concerne le nombre d'épisodes de forte consommation. Comme critère indiquant une consommation à risque pour la santé, le NIAAA a sélectionné la fréquence d'un épisode ou plus par mois de forte consommation, soit cinq verres et plus par occasion (Cooney et coll., 1995). Cette fréquence doit toutefois être en présence d'un patron comportemental constant. Le NIAAA n'offre aucune définition opérationnelle d'une consommation à risque au cours d'une année, qui pourrait être évaluée à partir du nombre d'épisodes de forte consommation. Cependant, si une personne présente les critères suivants : au moins un épisode de forte consommation par mois tout au long de l'année et un patron comportemental consistant, il est alors possible d'estimer que 12 épisodes ou plus de forte consommation par année est un indicateur d'une consommation potentiellement à risque.

Les questions du DÉBA-A seront maintenant présentées une à une.

Question n° 1 : Fréquence de consommation d'alcool depuis un an

Cette première question du DÉBA-A est subdivisée en trois sous-sections et répond à une double fonction. Premièrement, elle permet d'éliminer une proportion considérable d'individus n'ayant pas consommé d'alcool depuis un an. Dans l'éventualité où le questionnaire serait administré de façon systématique auprès de la clientèle, les individus (hommes et femmes) n'ayant pas consommé d'alcool au cours de la dernière année ou en ayant consommé à 11 reprises ou moins verraient l'évaluation s'arrêter immédiatement. Deuxièmement, cette question permet d'estimer l'importance de la consommation d'alcool en la combinant également avec les questions n^{os} 2 et 3.

Il est à noter que la proportion d'individus pour lesquels l'investigation s'arrête dès cette première question varie évidemment en fonction du sexe et du groupe d'âge (Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004; ETC-2004) (Adlaf, Begin et Sawka, 2005).

a) Individus n'ayant rien consommé depuis un an

Les données l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) de 2012 (Santé Canada, 2014) révèlent que 22 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus

n'ont pas bu d'alcool au cours de la dernière année. Ces données sont cohérentes avec celles observées dans les enquêtes précédentes telles que l'ETC de 2004, que l'Enquête canadienne de 1994 sur la consommation d'alcool et autres drogues (Kellner, 1994) ou celles de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 (Single et coll., 1999) où les proportions d'abstinents se situent autour d'un individu sur cinq. Lorsque l'on discrimine les informations selon le genre, on constate que 17 % des hommes n'a pas consommé d'alcool depuis un an alors que chez les femmes, la proportion est de 26% (santé Canada, 2014). En scrutant les statistiques par groupe d'âge, nous observons que les individus âgés de 15 à 24 ans présentent le plus faible taux d'abstinence au cours des douze derniers mois (30 %) comparativement au groupe de 25 ans et plus (20%) (Santé Canada, 2014).

En ce qui a trait à la population québécoise, la proportion de personnes n'ayant pas consommé au cours de la dernière année est légèrement plus faible que celle de l'ensemble du Canada, soit de 18% d'abstinents (Santé Canada, 2014).

b) Individus ayant consommé 11 fois ou moins depuis un an

La majorité des individus ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année sont le plus souvent à faible risque de présenter des problèmes associés à cette pratique. Chez la population américaine ayant bu de l'alcool au cours de la dernière année, 42,3 % des hommes et 61,4 % des femmes ont bu moins d'un verre standard par jour (Grant, 1994). Il est donc important de fixer des balises afin de ne pas indûment questionner un individu au sujet de sa consommation d'alcool alors qu'elle est en fait à très faible risque.

Selon les nouvelles normes de consommation à faible risque, la dernière enquête canadienne révèle que 18,6% des Canadiens dépassent les directives de consommation pour limiter les risques à long terme (effets chroniques) et 12,8% dépassent les limites pour les risques à court terme (effets aigus) (Santé Canada, 2014). Plus d'hommes que de femmes ont rapporté avoir dépassé les normes de consommation pour les risques à long terme (21,2% vs 15,9%) de même qu'à court terme (15,8% vs 9,7%) (Santé Canada, 2014).

De plus, en 2005, 2,1 % (comparativement à 2,5 % en 1994) des répondants ont rapporté que leur consommation atteignait des niveaux associés à une dépendance clinique à l'alcool (Demers et Poulin, 2005). Par ailleurs, plus de 65 % des Québécois ont indiqué avoir consommé un ou deux verres d'alcool par jour au cours de la dernière année (Demers et Poulin, 2005). Des seuils doivent donc être fixés pour guider la poursuite ou l'arrêt de l'évaluation.

Puisque, selon les critères énoncés plus tôt, la consommation à risque se situe à 12 épisodes et plus de forte consommation par année (voir les critères du NIAAA au début de cette section), il est donc logique d'arrêter l'investigation auprès des individus ayant consommé de l'alcool à 11 reprises ou moins depuis un an, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Le nombre de 12 occasions de consommation au cours de la dernière année est le critère absolu pour poursuivre l'évaluation.

En fait, même si une personne n'a pas bu d'alcool tous les mois, mais qu'elle a tout de même cumulé 12 épisodes de consommation (peu importe la quantité bue à chaque épisode), l'administration du DÉBA-A est poursuivie. Dans ce cas, l'évaluateur noircira la case faisant référence à une consommation d'une à trois fois par mois.

En vue de simplifier l'utilisation du DÉBA-A, les groupes d'individus à risque ne sont pas tous

inclus. En effet, le choix s'est arrêté plutôt sur une identification adéquate des cas à partir du plus petit nombre possible de questions. L'intervenant sera toujours appelé à utiliser son jugement clinique pour identifier les besoins d'aide chez les personnes présentant une situation d'exception. Par exemple, chez les personnes considérées comme n'ayant pas une consommation à risque, il est probable qu'une faible proportion vive diverses difficultés. Une personne pourrait notamment présenter une consommation à risque si elle a aussi des problèmes de santé physique ou mentale ou utilise divers psychotropes en concomitance à une faible consommation d'alcool. Dans un tel cas, il est possible qu'une faible consommation d'alcool occasionne des difficultés importantes. Autre exemple, si une personne n'a consommé que 11 fois depuis un an, mais qu'elle boit de très grandes quantités d'alcool à chaque occasion, il se peut que sa consommation soit à risque.

c) Individus ayant consommé au moins une fois par mois depuis un an

Comme nous l'avons vu précédemment, le nombre de 12 occasions de consommation d'alcool depuis un an est le critère absolu pour poursuivre l'évaluation. Les données de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 démontrent que 33,3 % des Canadiens de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool une à trois fois par mois au cours des 12 mois précédant l'enquête, dont 30,8 % chez les hommes et 35,9 % chez les femmes. Une forte proportion d'hommes (41,3 %) ont rapporté avoir une consommation d'alcool plus fréquente, soit une à trois fois par semaine Demers et Poulin, 2005.

En regard des réponses pouvant être obtenues pour cette première question, il n'existe pas de règles particulières d'interprétation liées à la fréquence de consommation, cette information sera très utile lors de la réalisation du portrait d'ensemble de la situation de consommation d'un individu. Pour obtenir un portrait clinique plus précis de la consommation d'alcool d'une personne, cette question a été subdivisée en cinq catégories de consommation :

- Jamais consommé;
- Moins d'une fois par mois, pour un total de 11 fois ou moins par année;
- 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois par année)
- 1 ou 2 fois par semaine;
- 3 fois et plus par semaine.

En règle générale, si une personne consomme une à trois fois par mois ou plus, l'évaluation se poursuit

Question n° 2: Nombre de verres d'alcool lors d'une semaine typique de consommation

Les questions en lien avec la quantité et la fréquence de consommation d'alcool sont particulièrement utiles pour détecter une consommation à risque. Les critères spécifiques permettant d'évaluer ce que représente une telle consommation ont connu diverses évolutions au cours des dernières années. Par exemple, Cooney et ses collègues (1995) estiment qu'à partir de 15 consommations et plus par semaine pour les hommes et de 12 et plus pour les femmes, les risques d'apparition de problèmes de santé augmentent significativement. D'un autre côté, Robson et ses collaborateurs (1995) proposent que le seuil de 12 consommations par semaine soit le critère

déterminant l'admission, tant pour les femmes que pour les hommes, à un programme d'intervention brève pour buveurs à risque (*Drinking Decisions*). Depuis la fin des années 1990, ces critères ont été légèrement révisés notamment en prenant en considération le taux de mortalité général. Par exemple, pour un groupe de femmes consommant 9 verres standard ou moins par semaine, on a constaté une baisse générale du taux de mortalité en comparaison à un groupe de femmes rapportant prendre 10 consommations standards ou plus par semaine (Bondy et coll., 1999). Chez les hommes, une absorption de 14 consommations standard par semaine ou moins est reliée à une diminution du taux de mortalité générale en comparaison aux hommes abstinents. À partir de 15 consommations ou plus par semaine, le taux de mortalité générale augmente (Bondy et coll., 1999). Au-delà de ces risques à long terme, une consommation dépassant ces limites hebdomadaires est également liée à un accroissement des conséquences négatives à court terme comme une détérioration des relations interpersonnelles et des difficultés à l'emploi (Bondy et coll., 1999; Room, Bondy et Ferris, 1995). Tel que mentionné précédemment, dans les dernières années le CCLT (Butt et coll., 2011) a même distingué les risques en trois catégories (situations et circonstances dangereuses, risque accru à long terme de développer une maladie grave liée à une consommation sur une longue période et risque accru à court terme de blessures ou de maladies aiguës). Pour déterminer le seuil d'une consommation à risque pour le présent outil, les recommandations émises par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme (Butt et coll., 2011) sont retenues, soit un seuil de « 11 consommations et plus par semaine pour les femmes » et de « 16 consommations et plus par semaine pour les hommes ».

À titre informatif, voici quelques statistiques intéressantes à recenser. Dans la population générale canadienne, si l'on considère uniquement les personnes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année, les hommes absorbent en moyenne 5,9 consommations d'alcool par semaine (une consommation = 17 ml d'alcool absolu) alors que les femmes en boivent 2,3 (McKenzie, Williams et Single, 1997). Chez les individus ayant consommé 12 verres ou plus par semaine depuis un an, près de 20 % des hommes boivent 3,5 verres ou plus par jour alors que seulement 8 % des femmes sont dans cette situation (Grant, 1994).

Question n° 3 : Nombre d'épisodes de forte consommation

Il est clair qu'un plus grand nombre d'épisodes de forte consommation est associé à un accroissement des problèmes de toutes sortes, conséquences de cette consommation (Butt et coll., 2011; Casswell et coll. et 1993; Room et coll., 1995; Sanchez-Craig, 1986). Toutefois, comment définir exactement ce que représente un épisode de forte consommation? À quelle fréquence un tel épisode peut-il survenir sans que les risques pour le bien-être physique, psychique et social soient accrus?

En ce qui a trait à la définition d'un épisode de forte consommation, une tradition existe : cinq consommations ou plus en une seule occasion. Quoique largement répandue, cette définition est peu documentée sur le plan empirique (Bondy et coll., 1999). Quelques résultats de recherche révèlent que l'absorption de quatre verres d'alcool ou moins par jour pour les hommes et trois verres ou moins par jour pour les femmes, et ce, quatre fois ou moins par semaine, est rarement associée à la présence de problèmes liés à l'alcool (Sanchez-Craig, Wilkinson et Davila, 1995). De plus, Butt et coll. (2011) indique que pour des raisons de santé et de sécurité, la consommation d'alcool en un seul épisode ne devrait pas dépasser trois verres standards pour les femmes et quatre verres standards pour les hommes. En effet, ils expliquent que chaque consommation

supplémentaire augmente les risques de blessure. L'ensemble de ces informations incite donc à conserver le seuil de cinq consommations ou plus en une seule occasion comme un comportement à risque pour les hommes, et à situer ce seuil à quatre consommations ou plus en une seule occasion pour les femmes.

Le National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) a sélectionné la fréquence d'un épisode ou plus par mois de forte consommation (cinq verres et plus par occasion) comme critère pouvant indiquer une consommation à risque pour la santé d'un individu (Cooney, Zweben et Fleming, 1995), à la condition qu'il soit en présence d'un patron comportemental constant. Si ces normes sont transposées sur une période d'une année, il est possible d'estimer que la présence de 12 épisodes et plus de forte consommation sera un indicateur d'une consommation à risque.

Ces informations conduisent à opter pour des seuils de quatre consommations en une seule occasion pour les femmes et de cinq pour les hommes, et ce, au moins 12 fois par année comme indicateurs d'une consommation d'alcool entraînant un plus haut niveau de risques pour la santé de l'individu. Il faut tout de même savoir que ces choix peuvent changer avec le temps en fonction des recherches effectuées sur ce sujet. Toutefois, il semble pertinent de tenter de détecter la population à risque, c.-à-d. les individus dont la santé peut potentiellement se détériorer en raison d'une grande fréquence d'épisodes de forte consommation.

À titre informatif, dans la population générale canadienne, 25,5 % des répondants rapportent avoir consommé cinq verres ou plus en une occasion (c.-à-d. un épisode de forte consommation) au moins une fois par mois, soit 33,9 % pour les hommes et 17,0 % pour les femmes (Demers et Poulin, 2005). Les épisodes de forte consommation hebdomadaire se situent par ailleurs à 6,2 % (9,2 chez les hommes et 3,3 % chez les femmes). Un peu plus de la moitié des hommes (58,0 %) et 33,1 % des femmes ont eu une occasion de forte consommation au moins une fois au cours de la dernière année (Demers et Poulin, 2005). Lorsque l'on examine l'information par groupe d'âge, on remarque que ce sont les 18-24 ans qui rapportent un plus grand nombre d'épisodes de forte consommation hebdomadaire. Quant au groupe des 15-17 ans, plus du tiers (35,7 %) présente au moins un épisode de forte consommation d'alcool par mois (Demers et Poulin, 2005).

En somme, plus le nombre d'épisodes de forte consommation augmente (en nombre absolu ou en proportion du nombre total d'occasions de consommation au cours de l'année), plus la probabilité que l'individu expérimente divers troubles associés à sa consommation d'alcool augmente (Butt et coll., 2011; Dawson, Grant et Harford, 1995; Midanik, Tam, Greenfield et Caetano, 1996).

Lorsque l'individu présente une consommation à risque, l'évaluation se poursuit à l'aide du Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA). Sinon, elle s'arrête ici.

PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - QUESTIONNAIRE BREF SUR LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Questions n^{os} 4 à 18 : Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA)

Le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA), qui est la version française du *Short Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD) est utilisé pour les questions 4 à 18 du DÉBA-A.

Buts

L'instrument vise à évaluer la sévérité de la dépendance à l'alcool et possède plusieurs qualités :

- Adapté aux personnes qui requièrent de l'aide pour des problèmes de consommation d'alcool;
- Mesure le degré de sévérité de la dépendance actuelle;
- Sensible aux différents degrés de sévérité de la dépendance;
- Sensible aux changements dans le temps;
- Relativement libre de biais socioculturels (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983).

Description

Ce questionnaire compte 15 items élaborés de manière à évaluer différents aspects du syndrome de dépendance (Edwards & Gross, 1976), tels les aspects cognitifs, comportementaux et physiologiques. Une échelle de type Likert à quatre points (0 = jamais à 3 = presque toujours) permet à la personne d'indiquer la fréquence de ses symptômes au cours de la dernière année.

Cotation

Le QBDA est simple d'utilisation. Pour connaître le score total (étendue de 0 à 45), il suffit de faire la somme des cotes obtenues aux 15 items. Les concepteurs proposent des seuils permettant d'établir trois degrés de sévérité de la dépendance. Ainsi, un score de 1 à 9 détermine un faible degré de dépendance à l'alcool, un score de 10 à 19 suggère un degré de dépendance moyen, alors qu'un score égal ou supérieur à 20 indique un degré de dépendance élevée.

En vue de nous assurer que les individus orientés vers les services de première ligne ne présentent pas de profil de dépendance, nous avons ajusté à la baisse le seuil d'interprétation des degrés de dépendance. Voici les cotes retenues et l'orientation suggérée :

- 0 Aucune dépendance / Poursuivre l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA (voir la Partie III de la présente section, questions n^{os} 20 à 28);
- 1 - 9 Faible dépendance / Intervention dans les services de 1^{re} ligne. Il est recommandé de poursuivre l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA en vue d'établir un plan d'intervention en dans les services de 1^{re} ligne.
- 10 - 17 Dépendance modérée / Poursuite de l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA.
- 18 - 45 Dépendance élevée / Intervention dans les services spécialisés en dépendance. Il est recommandé de poursuivre l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA en vue d'établir un meilleur portrait de la consommation de la personne;

Normes

Présentée dans le tableau suivant, la distribution des scores au QBDA permet de répartir les personnes selon leur degré de dépendance telle qu'observée dans différentes études en Angleterre (Davidson et Raistrick, 1986), en Irlande (Doherty et Webb, 1989), au Brésil (Jorge et Masur, 1985), dans un centre de détention au Royaume-Uni (McMurrin et Hollin, 1989) et au Service spécialisé en dépendance (excentre de réadaptation en dépendance) de Chaudière-Appalaches. À titre illustratif, notons que des auteurs (Doherty et Webb, 1989) ont observé une moyenne de 22,85 au QBDA pour 160 individus admis dans le programme de traitement pour personnes alcooliques dans des hôpitaux psychiatriques de Dublin (Irlande).

La lecture du tableau révèle que de faibles proportions d'individus ayant une cote de 1 à 9 au QBDA se retrouvent dans un service spécialisé en dépendance. Il est à noter que les cohortes de jeunes délinquants et de buveurs de type social se retrouvent en plus grand nombre dans les catégories de dépendance légère et d'absence de dépendance. Ceci, dans l'ensemble, confirme le choix des cotes permettant la répartition des participants en fonction du degré de sévérité de la dépendance. Rappelons qu'afin de s'assurer que les usagers dépendants ne soient pas orientés vers les services de 1^{re} ligne alors que cela n'est pas nécessaire, les auteurs du DÉBA-A ont opté pour abaisser le seuil du QBDA à 18 pour identifier une dépendance élevée, contrairement aux auteurs de la version originale de l'instrument qui fixent le seuil à 20, comme illustré dans le tableau suivant.

Tableau 2. Distribution des scores au QBDA dans différentes cliniques

Score au QBDA	Degré de dépendance	Centre de jour ou suivis externes non intensifs, Leeds Addiction Unit, Leeds, Angleterre, 163 admissions consécutives. Version originale anglaise du SADD (Davidson et Raistrick, 1986).	Traitement pour personnes alcooliques, hôpital psychiatrique de Dublin, Irlande, 160 admissions consécutives évaluées à l'aide de la version originale anglaise (SADD) (Doherty et Webb, 1989).	Traitement pour personnes alcooliques, hôpital psychiatrique interne ($n = 21$) et externe ($n = 29$) au Brésil. Version portugaise du SADD (Jorge et Masur, 1985)	Traitement dans le service spécialisé en dépendance (exCRD) de Chaudière-Appalaches, 256 admissions consécutives pour problèmes d'alcool selon Q.14 IGT / alcool-drogues cote de 1, 2 ou 15. Version française du SADD	Centre pour jeunes délinquants en détention, Leicester, Royaume-Uni. Version anglaise du SADD légèrement modifiée (McMurrin et Hollin, 1989).	Buveurs de type social (abstinents exclus de la recherche) (Jorge et Masur, 1985).
0	Aucune	0 %	0 %	0 %	0 %	18 %	15 %
1-9	Faible	17 %	11 %	4 %	15 %	46 %	76 %
10-19	Modéré	35 %	39 %	26 %	33 %	29 %	9 %
20-45	Élevé	49 %	50 %	70 %	52 %	7 %	0 %
Âge des participants (écart-type)		40,1 ans (11,4)	42 ans (12)	44 ans (étendue 24-61)		19 ans (10,7)	30 ans (étendue 20-53)
Sexe	Femmes	33 %	24 %	12 %		0 %	0 %
	Hommes	66 %	76 %	88 %		100 %	100 %

Question n° 19: Désir de recevoir de l'aide

Il est impératif de demander à l'utilisateur s'il désire recevoir de l'aide afin de diminuer ou d'arrêter sa consommation d'alcool. Il est certain que la cote au QBDA aide l'intervenant à aborder cette question, selon les circonstances de l'entrevue. Il est recommandé de poser cette question une fois l'ensemble du DÉBA complété (QBDA et ECCA) afin de mieux travailler la motivation au changement des habitudes de consommation de la personne. La question pourrait même être posée seulement une fois le rapport personnalisé des résultats du DÉBA remis à la personne. De plus, si les deux versions alcool et drogues sont remplies, il est suggéré de poser cette question à la fin complètement du processus (et après le rapport personnalisé alcool et drogues si remplis).

PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Questions n°s 20 à 28: Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA)

L'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA; Tremblay, Rouillard et Sirois, 2000) a été développée aux fins du présent questionnaire. L'ÉCCA est administrée obligatoirement à la suite du QBDA, lorsque la cote obtenue pour ce dernier se situe entre 10 et 17; l'intervenant pose alors les questions 20 à 28 du DÉBA-A. Il est toutefois recommandé d'administrer l'ÉCCA même si la cote obtenue au QBDA est sous le seuil de 10 ou est supérieur à 17.

Portant sur les conséquences de la consommation d'alcool dans les diverses sphères de vie, les questions de l'ÉCCA ont été inspirées à l'origine des quatre critères du diagnostic d'abus d'alcool du DSM-IV-TR (voir tableau 3). Les réponses de la personne permettent de préciser si elle manifeste une consommation problématique ou plutôt une consommation avec un degré de sévérité plus élevé, équivalant autre fois à un diagnostic d'abus (DSM-IV-TR) et aujourd'hui à TUS (DSM-5) de niveau léger. Chaque catégorie de conséquences est représentée par deux ou trois items (questions).

Il est à noter qu'actuellement aucune cote agglomérée ne permet d'établir un niveau de sévérité de l'ÉCCA. Cependant, la notion de fréquence est importante, par exemple, si l'un des symptômes est présent tous les mois ou plus souvent, cette situation ressemble à une condition plus sévère. Le schéma suivant (figure 2) illustre les seuils à partir desquels les conséquences sont considérées plus sévères et pour lesquels une orientation vers les services spécialisés en dépendance est souhaitable. Les choix de réponse entourés de lignes plus foncées représentent des seuils potentiels indiquant une sévérité plus élevée. Rappelons que le tout n'a pas fait l'objet de validation. C'est pourquoi une discussion entre l'intervenant des services de 1^{re} ligne et l'intervenant du service spécialisé en dépendance est nécessaire afin d'orienter l'utilisateur vers la ressource appropriée à la sévérité de sa problématique de consommation d'alcool.

Figure 2. Seuils potentiels d'identification de la présence d'un profil d'abus d'alcool

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter le clinicien du service spécialisé en dépendance.

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire 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?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tableau 3. Conséquences regroupées en catégorie et liées aux questions de l'ÉCCA

Catégories des conséquences inspirées des Critères du diagnostic d'abus selon le DSM-IV-TR	Questions de l'ÉCCA
1) Responsabilités de la personne	20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école ou dans vos tâches ménagères? 23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool? 28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?
2) Prise de risque pour mettre la personne dans des situations dangereuses	24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente les risques de se blesser, 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? 25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, sea-doo) alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?
3) Judiciaires	26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies? 27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?
4) Relations avec l'entourage	21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?

DESCRIPTION DU DÉBA-DROGUES

Le cadre d'élaboration du DÉBA-D en matière de consommation de médicaments sédatifs et de diverses drogues illégales est présenté dans le tableau suivant. Ce dernier illustre l'ensemble de la démarche d'évaluation.

Tableau 4. Cadre d'élaboration du DÉBA-D

Concept à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concept identifié	Décision ³
Consommation à risque	Évaluation de la fréquence de consommation des médicaments ou des drogues depuis un an	<u>Médicaments sédatifs</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois semaine - Ou si consomme toutes les semaines, la personne ne dépasse pas sa posologie, consulte un seul médecin à ce sujet et n'en prend pas d'origine non prescrite <u>Cannabis</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois semaine <u>PCP, cocaïne, opiacés</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par mois - Ne s'injecte pas ces drogues <u>Hallucinogènes, autres stimulants, inhalants, GHB</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par mois	La consommation à risque est un concept difficile à cerner en ce qui concerne les drogues. En fait, la composition chimique de ces produits est très fluctuante, faisant ainsi largement varier l'estimation du risque associé à leur consommation. De plus, la vente de plusieurs de ces produits est illégale. C'est pourquoi nous parlons ici de niveaux de consommation pour lesquels aucune intervention n'est pour le moment prévue, mais elle pourrait être toutefois planifiée dans certaines situations	Arrêt du questionnaire
		<u>Médicaments sédatifs</u> - Consomme 1 fois semaine et plus et présence d'au moins un des trois critères suivants : a) Dépasse posologie b) Se procure des médicaments chez plus d'un médecin c) Consomme médicaments non prescrits <u>Cannabis</u> - Consomme 1 fois semaine et plus <u>PCP, cocaïne, opiacés</u> - Consomme 1 fois par mois et plus - Ou s'injecte ces drogues <u>Hallucinogènes, autres stimulants, inhalants, GHB</u> - Consomme 1 fois par mois et plus		Poursuite du questionnaire avec l'évaluation de la dépendance (ÉSD)

Concept à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concept identifié	Décision³
Dépendance	Échelle de sévérité de la dépendance (ESD; Gossop et coll., 1995)	Score de 0 à 2	Aucune ou faible dépendance	Intervention possible dans les services de 1 ^{re} ligne et poursuite avec l'ÉCCD pour aider à l'élaboration du PI
		Score de 6 à 15	Dépendance élevée	Orientation vers le Service spécialisé en dépendance et poursuite avec l'ÉCCD pour travailler la motivation
		Score de 3 à 5	Dépendance modérée	Poursuite avec l'ÉCCD pour déterminer l'orientation
Consommation problématique et abus	Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD; Tremblay, Rouillard et Sirois, 2000)	Aucun seuil n'est déterminé. Les questions portent sur les conséquences de la consommation d'alcool. Une discussion entre les intervenants des services de 1 ^{re} ligne et du Service spécialisé en dépendance permettra d'orienter l'utilisateur	Consommation problématique sans récurrence des conséquences	Intervention dans les services de 1 ^{re} ligne
			Nombreuses conséquences	Intervention dans le Service spécialisé en dépendance

³ Une question porte sur la volonté de recevoir de l'aide. Aucune intervention n'est possible sans un désir minimal chez la personne de recevoir de l'aide en vue de changer ses habitudes de consommation de drogues.

PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE DE DROGUES

Il est à noter que la section de l'instrument concernant la détection d'une consommation à risque ou problématique de drogues (questions n^{os} 1 à 9, question i) n'a pas fait l'objet d'études de validation. Le choix d'items est issu de l'expérience clinique des auteurs de même que des informations issues de différentes études.

Fréquence de consommation des diverses SPA

La première section du DÉBA-D concerne la fréquence de consommation de chaque classe de produits (médicaments sédatifs, cannabis, PCP, hallucinogènes, cocaïne, stimulants, opiacés, inhalants, GHB). Les produits sont regroupés par grandes classes de substances dont les effets sur le système nerveux central sont généralement très similaires. L'intervenant retrouve au verso du DÉBA-D (voir en annexe) un regroupement des produits les plus fréquemment utilisés par les consommateurs. Un tableau sur le sujet est également disponible en annexe.

Contrairement à l'alcool, aucune question ne porte sur la quantité consommée des diverses drogues. Il devient difficile, compte tenu de la grande variabilité de concentration des agents actifs au sein des drogues de rue, d'évaluer la quantité réelle de produits consommés. Ainsi, seule la fréquence de consommation est évaluée.

Il est difficile d'établir les critères d'une consommation à risque pour les différentes drogues. Les critères retrouvés dans le DÉBA-D sont en fait issus d'une consultation effectuée auprès de cliniciens expérimentés et de données de recherche. Toutefois, la certitude entourant ces critères est moins grande que pour ceux que l'on retrouve dans le DÉBA-A. Toute nouvelle publication en ce sens pourrait contribuer à réajuster les critères d'une consommation à risque de drogues.

Les consignes de passation du questionnaire sont les suivantes : l'intervenant demande à la personne quelle est la fréquence de consommation de tous les produits mentionnés au questionnaire et noircit la case appropriée. Il vérifie ensuite si une réponse est notée dans un espace ombragé. Dans l'affirmative, l'évaluation se poursuit avec les questions 10 à 14, Échelle de sévérité de la dépendance – ÉSD (Gossop et coll., 1995).

Les indicateurs de fréquence sont les suivants :

- Jamais;
- < 1 fois / mois, c.-à-d. moins d'une fois par mois;
- 1 à 3 fois / mois, c.-à-d. tous les mois, mais pas toutes les semaines;
- 1 à 2 fois / sem., c.-à-d. toutes les semaines, mais pas plus de 2 fois / semaine;
- 3 fois et + / sem., c.-à-d. au moins 3 fois / semaine.

Il est à noter que la fréquence de consommation correspond à une consommation habituelle ayant eu lieu au cours de l'année précédant l'entrevue et non un épisode bref et intense. Lors de l'évaluation, certaines personnes peuvent répondre que leur consommation fut variable et qu'il leur est difficile de se prononcer sur un choix de réponse. L'intervenant invitera alors la personne

à choisir la situation de consommation la plus fréquente, la plus typique. On ne vise pas à évaluer les situations extrêmes, mais les plus habituelles.

Les questions du DÉBA-D seront maintenant présentées une à une.

Question n° 1: Fréquence de consommation des médicaments sédatifs

Les médicaments sédatifs sont dans une classe à part volontairement puisque ce type de produit est fréquemment obtenu par prescription médicale auprès d'un ou de plusieurs médecins ou encore acheté sur le marché noir. C'est pourquoi les critères établis pour évaluer une consommation à risque de ce produit sont multiples. Tout d'abord, pour être potentiellement à risque, la consommation de médicaments sédatifs doit se faire de façon hebdomadaire. De plus, elle doit rencontrer au moins un des critères suivants :

- La personne dépasse la posologie;
- La personne obtient ses médicaments sédatifs de plus d'un médecin;
- La personne consomme des médicaments sédatifs non prescrits.

Il est cependant nécessaire de rappeler qu'un individu peut consommer des médicaments sédatifs sous la supervision d'un seul médecin, se limiter aux consignes de son médecin (c.-à-d. qu'il suit méticuleusement sa posologie) et être fortement dépendant de ce produit. Toutefois, comme la personne reçoit une supervision médicale appropriée, sa consommation de médicaments sédatifs ne fait pas l'objet d'une évaluation subséquente dans le cadre d'une évaluation en dépendance.

L'intervenant doit cependant demeurer vigilant dans les situations où l'utilisateur consomme d'autres produits en même temps que ces médicaments sédatifs. Cette situation peut être grave et mérite que l'on y porte attention (p. ex., s'il y a consommation de benzodiazépines et alcool).

Questions nos 2 à 9 : Fréquence de consommation de chacune des drogues

Pour ces questions, l'intervenant interroge la personne au sujet de la fréquence de consommation des divers produits (cannabis, PCP, hallucinogènes, etc.). Le mode d'administration est demandé pour le PCP, la cocaïne et les substances opiacées en raison de la possibilité d'avoir recours à l'injection, quoique très rare pour le PCP.

Une consommation à risque réfère à :

- Une consommation hebdomadaire pour le cannabis ;
- Une consommation mensuelle pour le PCP, les hallucinogènes, la cocaïne, les autres stimulants, les opiacés, les inhalant et le GHB ;
- Le recours à l'injection.

Question i : Fréquence de consommation des diverses drogues confondues

Cette question porte sur les drogues 2 à 9 cumulées, c.-à-d. le cannabis, le PCP, les hallucinogènes, la cocaïne, les autres stimulants, les substances opiacées, les substances inhalées et le GHB. Puisque certains consomment divers produits sans opter pour une substance particulière, cette question (i) s'intéresse à la fréquence de consommation de tous les produits confondus afin de

détecter les usagers consommant fréquemment des substances différentes, mais pas nécessairement au même moment.

PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA DÉPENDANCE

Questions n^{os} 10 à 14 : Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD)

Dès qu'un individu présente une consommation à risque voir la section précédente portant sur la fréquence de consommation, l'intervenant poursuit l'évaluation avec les questions 10 à 14 de l'Échelle de sévérité de la dépendance. Une consommation à risque est alors identifiée par une réponse aux questions n^{os} 1 à 9 et question i dans les cases ombragées (voir questionnaire en annexe).

L'Échelle de la sévérité de la dépendance (ÉSD) est la version française du *Severity of Dependence Scale* (SDS) (Gossop et coll., 1995). La traduction française de cet instrument a été effectuée par Tremblay, Dupont et Sirois (1999). Après une première année d'expérimentation, un comité formé de cliniciens et de chercheurs a procédé à la révision de la traduction qui, dans le présent cas, n'a nécessité aucun changement. Les droits de traduction de l'instrument ont été officiellement obtenus auprès du D^r Gossop.

L'ÉSD permet d'évaluer la sévérité de la dépendance à différents types de drogues. Le questionnaire comporte cinq items de type Likert en quatre points (0 = jamais ou presque jamais à 3 = toujours ou presque toujours) qui mesurent les dimensions psychologiques de la dépendance. Ces items évaluent plus spécifiquement le sentiment de perte de contrôle, de même que les préoccupations et l'anxiété que ressent l'utilisateur face à sa propre consommation de drogues.

En ce qui concerne le développement de l'instrument, les normes dans la version anglaise de l'ÉSD sont représentées par des moyennes et ont été établies à partir de cinq échantillons différents totalisant 1 312 personnes provenant de Londres et de Sydney / Australie (Gossop et coll., 1995). Le premier échantillon comptait 222 personnes héroïnomanes qui fréquentaient une clinique de Sydney offrant un programme de maintien à la méthadone ($\underline{M} = 5.2$; $\underline{É.-T.} = 5.0$). Les deuxième ($\underline{M} = 3.7$; $\underline{É.-T.} = 4.0$) et troisième ($\underline{M} = 4.3$; $\underline{É.-T.} = 3.2$) échantillons provenaient aussi de Sydney et comptaient respectivement 231 et 301 individus consommateurs d'amphétamines. Ces derniers ont été recrutés à l'aide de la méthode boule de neige. Les deux autres échantillons venaient de Londres et se composaient de 408 consommateurs d'héroïne ($\underline{M} = 8.7$; $\underline{É.-T.} = 4.0$) et de 150 personnes consommatrices de cocaïne ($\underline{M} = 4.2$; $\underline{É.-T.} = 3.3$). Ils ont été recrutés au sein d'un réseau local de consommateurs à l'aide d'une méthode qui privilégie les consommateurs « cachés », c'est-à-dire qu'il s'agit de personnes n'étant pas en contact avec des institutions ou des organismes offrant des traitements. Les moyennes en fonction du sexe des participants ne sont pas disponibles.

Cotation

Pour cette section, l'intervenant sélectionne une seule substance : celle qui est la plus fréquemment consommée ou celle causant le plus de problèmes. L'intervenant noircit la case correspondant au

produit ciblé et pose ensuite les questions n^{os} 10 à 14 en insérant le nom du produit ciblé dans le libellé des questions. Le score au questionnaire s'obtient en additionnant les cotes pour chacun des cinq items, le score total peut varier entre 0 et 15. Une discussion par courrier électronique avec le Dr Gossop indique qu'il utilise lui-même un seuil de 4 ou plus comme indicateur d'une problématique importante de dépendance à un produit. Afin de veiller à une orientation adéquate vers les services spécialisés en dépendance si requis, la sensibilité de l'instrument a été augmentée en abaissant le seuil indiquant une problématique importante de dépendance à un produit à 3.

L'interprétation des scores à l'ÉSD est la suivante :

- 0 Aucune dépendance / Poursuivre l'évaluation à l'aide de l'Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD);
- 1 - 2 Faible dépendance / Intervention dans les services de 1^{re} ligne. Il est recommandé de poursuivre l'évaluation en vue d'établir un plan d'intervention pour les services de 1^{re} ligne;
- 3 - 5 Dépendance modérée / Poursuite de l'évaluation à l'aide de l'ÉCCD et discussion avec l'intervenant du Service spécialisé en dépendance en vue de préciser l'orientation.
- 6 -15 Dépendance élevée / Intervention des services spécialisés en dépendance. Il est recommandé de poursuivre l'évaluation en vue d'établir un meilleur portrait de la consommation de la personne.

Question n° 15 : Désir de recevoir de l'aide

Il est impératif de demander à l'utilisateur s'il désire recevoir de l'aide en vue de diminuer ou d'arrêter sa consommation de drogues. Il est certain que la cote obtenue à l'ÉSD aidera l'intervenant à aborder cette question, selon les circonstances de l'entrevue. Il est recommandé de poser cette question une fois l'ensemble du DÉBA-D complété (ÉSD et ÉCCD) afin de mieux travailler la motivation au changement des habitudes de consommation de la personne. La question pourrait même être posée seulement une fois le rapport personnalisé des résultats du DÉBA-D remis à la personne. De plus, si les deux versions alcool et drogues sont remplies, il est suggéré de poser cette question à la fin complètement du processus (et après le rapport personnalisé alcool et drogues, si remplis).

PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES

Questions n^{os} 16 à 24: Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD)

L'Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD; Tremblay, Rouillard et Sirois, 2000) a été développée aux fins du présent questionnaire. L'ÉCCD est administrée obligatoirement à la suite de l'ÉSD, lorsque la cote obtenue pour ce dernier se situe entre 3 et 5;

l'intervenant pose alors les questions 16 à 24 du DÉBA-D. Il est toutefois recommandé d'administrer l'ÉCCD même si la cote obtenue à l'ÉSD est sous le seuil de 3 ou encore est supérieure à 5.

L'ÉCCD est la même échelle que celle pour l'alcool, la seule différence c'est que le mot drogues remplace le mot alcool. Elle porte sur les conséquences de la consommation de drogues dans les diverses sphères de vie de la personne. Les questions ont été inspirées à l'origine des quatre critères du diagnostic d'abus de drogues du DSM-IV-TR (voir tableau 5). Les réponses de la personne permettent de préciser si elle manifeste une consommation problématique ou plutôt une consommation avec un degré de sévérité plus élevé, équivalant autre fois à un diagnostic d'abus (DSM-IV-TR) et aujourd'hui à TUS (DSM-5) de niveau léger. Chaque catégorie de conséquences est représentée par deux ou trois items. Contrairement à l'ÉSD où une substance en particulier doit être utilisée, l'ÉCCD évalue la consommation de l'ensemble des drogues consommées par la personne.

Tout comme pour l'ÉCCA, aucune cote agglomérée ne permet d'établir un niveau de sévérité de à l'ÉCCD. Cependant, la notion de fréquence est importante, par exemple, si l'un des symptômes est présent tous les mois ou plus souvent, cette situation ressemble à une condition plus sévère. Le schéma suivant (figure 3) illustre les seuils à partir desquels les conséquences sont considérées plus sévères et pour lesquels une orientation vers les services spécialisés en dépendance est souhaitable. Les choix de réponse entourés de lignes plus foncées représentent des seuils potentiels indiquant une sévérité plus élevée. Rappelons que le tout n'a pas fait l'objet de validation. C'est pourquoi une discussion entre l'intervenant des services de 1^{re} ligne et l'intervenant du service spécialisé en dépendance est nécessaire afin d'orienter l'utilisateur vers la ressource appropriée à la sévérité de sa problématique de consommation d'alcool.

Tableau 5. Conséquences regroupées en catégorie et liées aux questions de l'ÉCCD

Catégories des conséquences inspirées des Critères du diagnostic d'abus selon le DSM-IV-TR	Questions de l'ÉCCD
1) Responsabilités de la personne.	16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école ou dans vos tâches ménagères? 19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues? 23. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?
2) Prise de risque pour mettre la personne dans des situations dangereuses.	20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, 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? 21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?
3) Judiciaires	22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues? 23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues?
4) Relations avec l'entourage	17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?

Figure 3. Seuils potentiels d'identification de la présence d'un profil d'abus d'alcool

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)
 Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

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

DEPUIS UN AN...

	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. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	19. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelques données issues de l'utilisation du DÉBA-A/D dans Service spécialisé en dépendance

Au Service spécialisé en dépendance (Programme dépendance) du CISSS (ex centre de réadaptation en dépendance) de Chaudière-Appalaches, les questionnaires concernant la dépendance à l'alcool (QBDA) et la dépendance aux drogues (ÉSD) sont utilisés dans l'évaluation standard pour toutes les personnes inscrites. Les critères d'orientation ont été mis de l'avant dans le DÉBA-A/D afin de vérifier si la sévérité de la problématique de toxicomanie de la clientèle justifiait une orientation vers les services spécialisés. Cet examen des critères d'orientation a révélé que lorsque l'on considère à la fois le score au QBDA et à l'ÉSD, les résultats sont les suivants (voir tableau 6): environ 7 % des usagers du Service spécialisé en dépendance seraient mieux orientés vers des services généraux en dépendance alors que les deux tiers des usagers devraient rester dans des services spécialisés. Un peu plus du quart des usagers ont une cote intermédiaire indiquant que leur situation, avant leur admission au Service spécialisé, aurait pu faire l'objet d'une discussion entre l'intervenant des services de 1^{re} ligne et celui du service spécialisé. Ces données ont été obtenues à partir de 417 inscriptions consécutives au Service spécialisé en dépendance de Chaudière-Appalaches entre juin et décembre 2000, soit avant l'implantation du DÉBA-A/D dans les services de 1^{re} ligne de cette région.

Tableau 6. Répartition des usagers du Service spécialisé en dépendance de Chaudière-Appalaches

	Répartition de la clientèle du Service spécialisé en dépendance de Chaudière-Appalaches
Aucune ou faible dépendance Intervention des services de 1 ^{re} ligne (QBDA = 0-9 et ÉSD = 0-2)	7,1 %
Dépendance modérée Intervention dans les services de 1 ^{re} ligne en dépendance ou dans les services spécialisés en dépendance (QBDA = 10-18 et ÉSD = 3-5)	27,0 %
Dépendance élevée Intervention dans les services spécialisés en dépendance (QBDA = 20-45 et ÉSD = 6-15)	65,9 %

LE RAPPORT PERSONNALISÉ D'ÉVALUATION ALCOOL/DROGUES

Une fois l'évaluation complétée, il est important de prendre quelques minutes avec la personne pour lui présenter les résultats de son évaluation. Ceci permet à la personne de mieux visualiser le portrait de sa situation sur le plan de la consommation de SPA, en plus de favoriser une prise de conscience de son besoin d'aide et de la sévérité de ses difficultés, le cas échéant. Cette étape favorise une meilleure ouverture de la personne face à son besoin d'aide et au processus de référence. La section suivante présente le rapport personnalisé.

Le rapport personnalisé est un bilan de l'évaluation à remettre aux personnes ayant été évalué à l'aide du DÉBA-A et du DÉBA-D. Il contient un ensemble d'informations provenant des réponses et des scores obtenus à partir DÉBA-A/-D. Il doit être préparé par l'intervenant à la suite de la passation de l'évaluation en utilisant l'ensemble des informations obtenues lors de la passation dans le DÉBA-A/D. Il y a deux rapports distincts, un pour le DÉBA-A (Annexe 8 : Rapport personnalisé DÉBA-Alcool) et l'autre pour le DÉBA-D (Annexe 9 : Rapport personnalisé DÉBA-Drogues), toutefois, ils sont tous deux conçus selon le même canevas.

Tout d'abord, l'intervenant transcrit les cotes obtenues lors de la passation du DÉBA-A/D dans les zones ombragées des feuilles de *feedback*. Puis, dans un esprit motivationnel, il passera en revue avec la personne évaluée les scores obtenus aux différentes sections des DÉBA-A/D, tout en lui donnant l'interprétation possible de ses cotes et réponses. L'esprit, les attitudes et les comportements appropriés à l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 2002) sont décrits dans la formation optionnelle portant sur l'approche motivationnelle. Les modalités entourant le processus de *feedback* découlant du rapport personnalisé d'évaluation sont également abordées dans cette formation.

Rappelons qu'il est contre-indiqué de remettre ce rapport d'évaluation directement à la personne sans prendre le temps de l'examiner avec elle. En fait, à la suite de l'évaluation, l'intervenant lui présente l'information en utilisant le *feedback* et écoute ses réactions en vue de l'aider à mettre en contexte ses résultats d'évaluation et l'aider à réfléchir à ce qu'elle désire entreprendre ou non comme démarche.

Le clinicien doit expliquer à la personne dans une philosophie motivationnelle que ses résultats d'évaluation présentent un résumé des informations qu'il lui a données au cours de l'évaluation. Parfois, certaines informations peuvent surprendre ou même paraître décourageantes. En ayant un portrait clair de la situation actuelle de la personne, le présent rapport peut avant tout aider la personne à faire des choix éclairés en ce qui concerne sa consommation. Lui expliquer que plusieurs problèmes associés à la consommation s'améliorent avec l'arrêt ou la réduction de celle-ci. Toutefois, la décision lui appartient.

DESCRIPTION DU DÉBA-JEU-8

Le DÉBA-Jeu-8 (DÉBA-J-8) (voir le questionnaire en annexe) s’inscrit dans la famille des outils de détection permettant une orientation adéquate des usagers en fonction de la gravité de leurs difficultés avec les jeux de hasard et d’argent (JHA). Il est toutefois plus bref que le DÉBA-A ou le DÉBA-D.

CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE

Le champ d’étude des comportements de JHA manque de critères pour identifier un usage à très faible risque. Même si le jeu responsable est largement valorisé, les critères opérationnels pour le définir sont peu présents (Quilty, Avila Murati et Bagby, 2014). Quilty et ses collègues (2014) identifient la fréquence, la durée et les montants dépensés par mois comme étant des indices présentant une bonne sensibilité et spécificité pour identifier les personnes ayant un comportement de JHA à risque (conséquences rapportées à l’Indice Canadien de Jeu Excessif) ou un comportement de JHA dit problématique (score de 8 et plus à l’ICJE). Ainsi, pour les comportements à risque, on note de bons indices prédictifs à partir de comportements de JHA d’une fois par mois, une durée de sessions de jeu d’environ 30 minutes et des dépenses d’environ 25\$/mois. Pour le jeu problématique, on note une fréquence d’une fois par semaine, des sessions d’une durée de 100 minutes ou plus et des dépenses de 95\$ et plus par mois. D’autres critères de comportements de JHA associés à l’absence de problèmes liés à ces habitudes de JHA chez des joueurs dans la période post-traitement sont identifiés, tel que de jouer pas plus d’une fois par mois, pour une durée totale d’une heure et demie ou moins par mois et une dépense totale qui ne dépasse pas plus de 1,9% du revenu mensuel individuel (Weinstock, Ledgerwood, & Petry, 2007).

Pour ce qui est du jeu problématique, il pourrait être défini de la même manière que pour l’usage de SPA, soit des comportements de JHA à cause desquels l’individu expérimente concrètement divers problèmes. Ces problèmes sont de divers ordres, tels que financiers, des conflits interpersonnels, etc. Toutefois, l’intensité des problèmes n’est pas suffisante pour justifier un diagnostic de jeu pathologique appelé aussi de Trouble lié aux jeux de hasard et d’argent (DSM-5).

Le jeu pathologique (DSM-5) est quant à lui évalué par la présence de quatre critères parmi neuf possibles au cours de la dernière année, exprimant ainsi la présence de comportements problématiques persistants et récurrents liés aux JHA.

La version initiale du DÉBA-Jeu (DÉBA-J) version 1.1 (Tremblay, Ménard et Ferland, 2004) a été développée auprès d’une population présentant un problème de consommation de SPA en traitement. Elle contient six questions qui portent sur les critères diagnostiques du jeu pathologique (DSM-IV-JP). Cependant, elle n’a pas de section portant sur les divers comportements de JHA ni sur les conséquences. Cette version de l’instrument démontre une bonne sensibilité et spécificité.

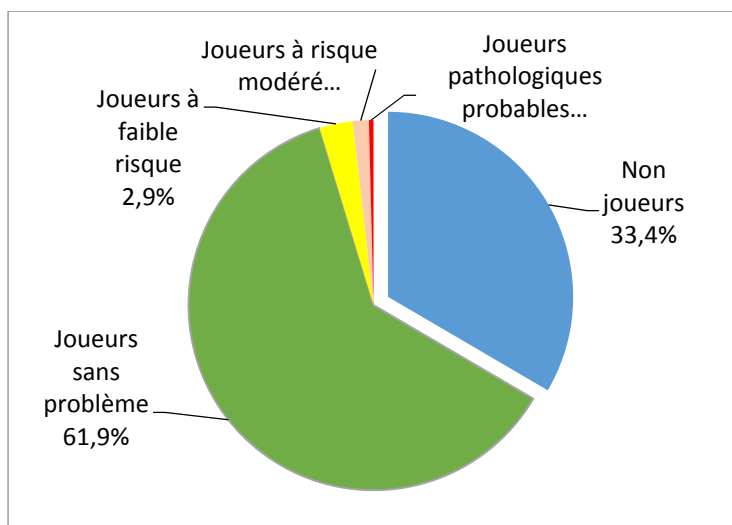
Une phase II de validation du DÉBA-J (version 1.1), menée auprès de 238 personnes issues de la population générale et des services spécialisés en dépendance (exCRD) a identifié les questions les plus pertinentes cette fois pour une population plus large (Tremblay, Blanchette-Martin, Ferland, Ménard et Berthelot, 2013). Cette validation a permis de développer une seconde version évaluant huit items (8 questions), soit le DÉBA-J-8, qui inclut cette fois un inventaire des

comportements de JHA. Cette version ne comprend pas non plus d'inventaire des conséquences du JHA. Dans la prochaine étude de validation (Tremblay et coll., 2015) pour en apparier la forme avec les DÉBA-A/D, il sera nécessaire d'y ajouter une section concernant les conséquences des comportements de JHA au sein des sphères de vie, mais aussi de valider le choix des huit items à la lumière du DSM-5.

DÉFINITIONS ET PRÉVALENCES

En 2012, 66,6 % des adultes du Québec déclarent avoir parié ou dépensé de l'argent à un JHA au cours des 12 mois, notamment via la loterie (61%), les machines à sous (9,7%), le poker (4,7%) et les appareils de loterie vidéo (4%) (Kairouz et coll., 2014).

La répartition de la population adulte québécoise selon la gravité des habitudes de JHA se fait comme suit :



(Kairouz et coll., 2014)

Jeu à faible risque

Pour la grande majorité des personnes, les habitudes de JHA ne causent pas de problème. Elles jouent de manière récréative et ne rapportent pas expérimenter de problèmes concrets. C'est pourquoi le niveau de risque est ici qualifié de très faible. On retrouve dans cette catégorie des gens qui observent une croissance de leurs habitudes de JHA (fréquence, montants misés, types de jeux) et qui, sans expérimenter encore des problèmes, peuvent devenir plus à risque de développer des difficultés avec les JHA et d'autres qui expérimenter de légères difficultés en lien avec leurs habitudes de JHA.

En ce qui a trait à la prévalence de la participation aux JHA dans la population du Québec, en 2012 près de 67% des adultes ont participé une fois au moins à des JHA au cours de la dernière année (Kairouz et coll., 2014). On observe que 61,9% de la population adulte n'éprouvent pas de problèmes avec leur participation aux JHA alors que 2,9% présentent des habitudes de JHA à faible risque (Kairouz et coll., 2014).

Jeu problématique

Le jeu problématique qui inclut les joueurs à risque modéré touche les individus qui rapportent des problèmes en raison de leurs habitudes de JHA. Quand ils sont interrogés au sujet de leurs habitudes de JHA et à propos des impacts sur leur vie, ils rapportent, par exemple que le JHA perturbe leur vie familiale, relationnelle, leur état psychologique, leurs finances, etc. Dans les situations où la problématique devient plus importante, ces individus pourraient présenter des symptômes du diagnostic de jeu pathologique, mais en nombre insuffisant pour poser un diagnostic au moment de la passation du questionnaire (présence potentielle de moins de 3 critères diagnostiques).

Kairouz et ses collègues (2014) estiment une prévalence de 1,4% de la population québécoise adulte ayant des habitudes de JHA à risque modéré.

Jeu pathologique

Le jeu pathologique se définit par la présence d'habitudes de JHA pouvant compromettre, perturber ou entraver l'épanouissement d'un individu. « La caractéristique essentielle du jeu d'argent pathologique est un comportement de jeu pathologique persistant et récurrent qui perturbe les activités personnelles, familiales et/ou professionnelles (critère A). (APA, 2015 :694). C'est donc dire que la personne organise et structure ses activités en fonction de la possibilité de s'adonner à des activités de JHA tout en négligeant, voire abandonnant, ses responsabilités et engagements. Le jeu devient son mode de vie et structure l'ensemble de sa vie. La personne éprouve des conséquences importantes en raison de ses habitudes de jeu et présente habituellement un ensemble de problèmes associés.

Les critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2015 : 692-693) sont les suivants :

« A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
- (2) Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu;
- (3) Efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
- (4) Préoccupation par le jeu (p. ex. préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
- (5) Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être (p. ex. sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
- (6) Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »).

- (7) Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
- (8) Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
- (9) Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu d'argent n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque. »

Le score total est discriminé en trois niveaux de sévérité, soit léger, moyen et grave. Le calcul permettant de déterminer le niveau de gravité du Trouble lié au jeu d'argent (APA, 2015) est le suivant :

- Léger : Présence de 4-5 critères.
- Moyen : Présence de 6-7 critères.
- Grave : Présence de 8-9 critères.

Le taux de prévalence de joueurs pathologiques probables est estimé à 0,4% de la population adulte (Kairouz et coll., 2014).

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉBA-JEU-8

Les objectifs du DÉBA-J-8 sont les suivants :

- Identifier la fréquence de la participation au JHA au cours de la dernière année;
- Identifier les différents types d'utilisateurs de JHA : les individus dont le comportement de jeu est sans risque ou potentiellement à risque, ceux pour qui le jeu est problématique et ceux répondant aux critères de jeu pathologique;
- À l'aide de cette classification, orienter les individus vers le niveau de services approprié à l'importance de leur problématique en lien avec les JHA. Normalement, les services de 1^{re} ligne sont destinés aux individus dont le comportement en regard du JHA présente de faibles risques et des risques modérés (problématiques), tandis que les joueurs pathologiques probables sont dirigés vers les services spécialisés en dépendance (Programmes dépendances) des CISSS/CIUSSS responsables d'offrir des services spécialisés en dépendance. Il se peut que, dans certaines régions, l'ensemble des services aux joueurs soient tous offerts par les services spécialisé en dépendance.

CADRE TEMPOREL ET ALGORITHME DÉCISIONNEL

Le cadre temporel retenu dans cet instrument réfère à nouveau aux 12 derniers mois tout comme pour le DÉBA-A/D ainsi que pour le DSM-5 dont les critères du jeu d'argent pathologique (Trouble lié au jeu d'argent) doivent être présents au cours d'une période de 12 mois. Le cadre d'élaboration du DÉBA-J-8 est présenté au tableau suivant. Il présente l'ensemble de la démarche d'évaluation quant aux JHA.

Tableau 7. Cadre d'élaboration du DÉBA-J-8

Concept à évaluer	Seuils sélectionnés	Catégorisation	Décision ⁴
Aucun jeu	Aucun pari ou jeu de hasard ni d'achat de loteries au cours des 12 derniers mois	Pas d'activité de JHA	Arrêt du questionnaire
Jeu à faible risque	Achat uniquement de billets de loterie sans aucun problème rapporté	Feu vert	Arrêt du questionnaire après le tableau des JHA (Q. 1 à 8)
	Score de 0 à 5	Feu vert	Ne semble pas requérir de service
Jeu problématique	Score de 6 à 10	Feu jaune	Intervention possible dans les services de 1 ^{re} ligne pour les problèmes associés ou référence vers les services spécialisés en dépendance en JHA
Jeu pathologique probable	Score de 11 à 32	Feu rouge Jeu pathologique probable	Orientation vers les services spécialisés en dépendance pour une intervention spécialisée en JHA

⁴ Une question porte sur la volonté de recevoir de l'aide. Aucune intervention n'est possible sans un désir minimal de l'utilisateur de recevoir de l'aide afin de changer ses habitudes de JHA.

Les questions du DÉBA-J-8 sont maintenant présentées une à une.

Question n^{os} 1 à 8: Fréquence et lieu de la participation aux JHA

La première section du DÉBA-J-8 concerne la fréquence de la participation aux JHA au cours de la dernière année, pour chacun des types de JHA :

1. Acheter des billets de loterie à tirage (ex.: 6/49, Super 7, La mini lotto, etc.) ou instantanés "gratteux" (ex.: Mots cachés, Gagnant à vie, etc.)
2. Jouer aux machines à sous, aux appareils de loterie vidéo ou à d'autres types de machine pour de l'argent
3. Jouer au bingo pour de l'argent
4. Jouer aux cartes pour de l'argent:
 - a) au poker
 - b) à d'autres jeux de cartes
5. Parier sur les sports
6. Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux
7. Parier sur sa propre performance (ex.: billard, golf, quilles, etc.)
8. Jouer à tout autre jeu pour de l'argent

Les consignes de passation du questionnaire sont les suivantes : l'intervenant demande à la personne quelle est la fréquence de participation à chacun des JHA au cours de la dernière année.

Les indicateurs de fréquence sont les suivants :

- Jamais;
- < 1 fois / mois, c.-à-d. moins d'une fois par mois;

- 1 à 3 fois / mois, c.-à-d. tous les mois, mais pas toutes les semaines;
- 1 à 2 fois / sem., c.-à-d. toutes les semaines, mais pas plus de 2 fois / semaine;
- 3 fois et + / sem., c.-à-d. au moins 3 fois / semaine.

Il est à noter que la fréquence de la participation au JHA correspond à une fréquence habituelle ayant eu lieu au cours de l'année précédant l'entrevue et non à un épisode bref et intense. Lors de l'évaluation, certaines personnes peuvent répondre que leurs habitudes ont été variables et qu'il leur est difficile de se prononcer sur un choix de réponse. L'intervenant invitera alors la personne à choisir la situation de JHA la plus fréquente, la plus typique. On ne vise pas à évaluer les situations extrêmes, mais les plus habituelles.

Pour chacun des JHA l'intervenant demande à la personne à quel endroit a-t-elle joué?

- Sur internet
 - Participation à tout JHA à partir d'internet, que ce soit via un ordinateur, une tablette, un cellulaire, etc.
- Au casino
 - Participation à tout JHA dans les lieux physiques d'un casino
- Autre endroit
 - Participation à tout JHA dans tous les autres endroits (ex. : dans un bar, salon de jeu, à la maison, chez des amis, etc.)

Poursuite de l'évaluation

- a. Si la personne n'a pas joué au cours de la dernière année : **TERMINER L'ÉVALUATION**

Si la personne n'a participé à aucun JHA au cours de la dernière année, il est inutile de poursuivre l'évaluation, à l'exception de situations particulières où l'intervenant juge important de poursuivre (ex. : doute sur la véracité des propos, problème de JHA, mais la personne n'a pas joué depuis un an, etc.).

- b. Si la personne a seulement acheté des billets de loterie à tirage ou instantanés (question 1), l'intervenant doit demander à la personne si elle a éprouvé des difficultés avec ces loteries.

Si elle répond :

Non : **TERMINER**

Oui : **PASSER AUX QUESTIONS 9 à 16**

L'objectif porte sur la prémisse que les personnes utilisant uniquement les loteries à tirage ou instantanées auront fort probablement peu de problèmes avec ces JHA, surtout si elles ont répondu n'avoir éprouvé aucune difficulté avec les jeux de loterie. En fait, les études démontrent que seulement 2 % des consommateurs de loteries ont des difficultés avec ce type de jeu (Chevalier et coll., 2004). Pour cette question, l'intention n'est donc pas de faire passer le DÉBA-J-8 à toutes les personnes ayant acheté un billet de loterie. Celle-ci permettra de vérifier la présence de difficultés découlant des comportements de jeu de la

personne. Si la personne répond non, l'évaluation se termine ici. Il est possible cependant de poursuivre l'évaluation malgré une réponse négative dans le but d'obtenir davantage d'informations sur le comportement et les habitudes de JHA de la personne. Ceci est particulièrement approprié si vous considérez que la personne pourrait minimiser les difficultés rencontrées avec le JHA ou si elle est hésitante dans ses réponses.

- c. Si la personne a joué à tout autre jeu (questions 2 à 8) au cours de la dernière année :
PASSER AUX QUESTIONS 9 à 16

Afin de vérifier la présence de difficultés rencontrées en raison de la participation au JHA au cours de la dernière année, poursuivre l'évaluation si la personne a joué à au moins un de JHA nommés aux questions 2 à 8.

Questions n^{os} 9 à 16 : Évaluation du degré des difficultés éprouvées avec le jeu

Les questions n^{os} 9 à 16 portent sur divers symptômes associés à l'aggravation des habitudes de JHA. Elles ont été sélectionnées à partir de l'étude de validation de la phase II (Tremblay et coll., 2013).

Question n^o 9 : Jouer plus longtemps que prévu

L'une des composantes du jeu qui révèle une problématique est la difficulté à contrôler le temps passé à la participation aux JHA. Par exemple, bien que la personne ait déterminé une certaine période de jeu, elle a joué beaucoup plus longtemps que prévu au départ.

Question n^o 10 : Mentir pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu

Plusieurs joueurs en traitement ont rapporté avoir tenté de minimiser ou de cacher les conséquences négatives du JHA aux membres de leur entourage. La personne peut tenter de cacher ses épisodes de jeu, par exemple en modifiant ses habitudes, son horaire d'activité ou de travail, en mentant sur ses déplacements pour aller jouer, etc.

Question n^o 11 : Dépenser plus que désiré

Une autre composante du JHA qui révèle une problématique est la difficulté à contrôler les montants alloués au jeu. La question vise donc à estimer la fréquence d'apparition des moments où la personne a misé des montants plus élevés que ceux planifiés. Par exemple, la personne a tenté sans succès de contrôler les sommes jouées ou n'a pas réussi à se limiter au montant fixé au départ.

Question n^o 12 : Préoccupation par le jeu

Cette question cherche à déterminer l'importance occupée par la participation aux JHA dans la vie de l'individu. Par exemple, à travers diverses activités, non liées au jeu, la personne pense continuellement au moment où elle jouera à nouveau, repense à d'anciens épisodes de jeu, elle est préoccupée par les moyens qu'elle prendra afin de se procurer de l'argent pour jouer, etc. « Jouer » l'obsède de plus en plus. Lorsqu'une personne pense de plus en plus au jeu, il s'agit d'un indicateur potentiel de l'importance croissante des activités de JHA dans sa vie.

Question n° 13 : Recouvrer ses pertes

Le but de cette question est d'évaluer dans quelle mesure la personne cherche à récupérer les montants perdus par le recours aux JHA. Par exemple, elle retourne au jeu dans le but de regagner les montants qu'elle a perdus, la personne dit vouloir « se refaire ».

Question n° 14 : Irritabilité ou anxiété lors des tentatives d'arrêt ou de diminution de jeu

Cette question permet de cibler dans quelle mesure la personne expérimente des variations sur le plan de l'humeur (ex. : anxiété, irritabilité) lorsque ses activités de JHA sont restreintes, lorsqu'elle tente de diminuer le temps qu'il y consacre ou encore lorsqu'elle tente de ne pas jouer. Cette irritabilité peut être un indicateur de l'importance des habitudes de JHA dans la vie de la personne.

Question n° 15 : Compter sur les autres pour obtenir de l'argent ou se sortir de situations difficiles causées par le jeu

Lorsqu'une personne emprunte de l'argent en raison de problèmes financiers dus aux JHA, c'est qu'elle joue probablement beaucoup et au-delà de ses capacités financières.

INTERPRÉTATION DES SCORES

Chacune des réponses sur l'échelle graduée correspond à un score variant de 0 (jamais) à 4 (presque toujours) tel qu'indiqué sur le questionnaire. Ainsi, le score total se compose de l'addition des réponses obtenues pour chacune des questions n° 9 à 16. Le total est ensuite reporté afin de déterminer la sévérité des comportements de JHA et le besoin d'aide de la personne. Le score est interprété selon la classification suivante :

- 0 – 5 : Jeu à faible risque / Feu vert / Peu ou pas d'intervention / Prévention
- 6 – 10 : Jeu problématique / Feu jaune / Intervention services de 1^{re} ligne
- 11– 32 : Jeu pathologique probable / Feu rouge / Intervention service spécialisé en dépendance

Question n° 17 : Intérêt à recevoir de l'aide

Cette question est placée à la fin de l'évaluation pour deux raisons. D'abord, elle ne fait pas partie intégrante de l'évaluation, mais permet de vérifier l'intérêt de la personne à recevoir de l'aide pour modifier ses habitudes en matière de JHA. Cette question vise aussi à faciliter la prise de conscience de l'individu envers sa situation. Dans un deuxième temps, la réponse à cette question peut orienter l'intervention clinique en fournissant des indications quant à l'utilité de faire un travail motivationnel avec la personne avant ou lors de l'entrée dans les services appropriés.

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E., BÉGIN, P., et SAWKA, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2015). *CIM-10 FR Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision, France.
- Anderson, P., Cremona, A., Patron, A., Turner, C. et Wallace, P. (1993). « The risk of alcohol », *Addiction*, vol. 88, n° 11, p. 1493-1508.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R.*, Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd.*, Paris, Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR.*, 4th edition, Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.*, Fifth edition, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015) traduit par M-A Crocq et D. Guelfi. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5*, cinquième édition, Elsevier Masson.
- April, N., Bégin, C., et Morin, R. (2010). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. Institut National de la santé publique, gouvernement du Québec.
- Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. (2011). *L'alcool et la santé au Canada: résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- BONDY, Susan J. et collab. (1999). « Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence », *Revue Canadienne de santé publique*, vol. 90, no 4, p. 264-270.
- Casswell, S., Fang Zhang, J. et Wyllie, A. (1993). « The importance of amount and location of drinking for the experience of alcohol-related problems », *Addiction*, vol. 88, n° 11, p. 1527-1534.
- Chick, J. (1980). Alcohol dependence: methodological issues in its measurement: Reliability of the criteria. *British Journal of Addiction*, 75, 175-186.
- Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D., et Sévigny, S. (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*, Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.
- Cooney, N. L., Zweben, A. et Fleming, M. F. (1995). « Screening for alcohol problems and at-risk drinking in health-care settings », dans Hester R.K. et Miller, W. R. (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (2nd)*, Boston, Allyn and Bacon, p. 45-60.

Davidson, R., Bunting, B., et Raistrick, D. (1989). The Homogeneity of the Alcohol Dependence Syndrome: a factorial analysis of the SADD questionnaire. *British Journal of Addiction*, 84, 907-915.

Davidson, R., et Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 81, 217-222.

Dawson, D. A., Grant, B. G., et Harford, T. C. (1995). « Variation in the association of alcohol consumption with five DSM-IV alcohol problem domains », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 19, n° 1, p. 66-74.

Demers, A., et POULIN, C. (2005). « Consommation d'alcool », dans ADLAF, Ed, Patricia BÉGIN et Ed SAWKA (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 20-25.

Doherty, B., et webb, M. (1989). « The distribution of alcohol dependence severity among inpatient problem drinkers », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 2, p. 917-922.

EDWARDS, G., et GROSS, M. M. (1976). « Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome », *British Medical Journal*, vol. 1, n° 6017, p. 1058-1061.

Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 (ENSP) (1998). Ottawa, Statistique Canada, [s. p.].

Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) (2012). Dans Santé Canada (2014). *Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens: La prévalence de l'usage et les méfaits*. Rapport détaillé, p. 20-32.

Faulkner, R., Paquette, M.-C. et Doré, G. (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendances. Offre de service 2007-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.

Grant, B. F. (1994). « Alcohol consumption, alcohol abuse and alcohol dependence: The United States as an example », *Addiction*, vol. 89, n° 11, p. 1357-1365.

Jorge, M. R. et Masur, J. (1985). « The use of the short-form alcohol dependence data questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients », *British Journal of Addiction*, vol. 80, n° 3, p. 301-305.

Kairouz, S. Nadeau, L., et Robillard, C. (2014). *Enquête enjeu – Québec: Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Université Concordia, Université de Montréal. Rapport remis au FQRSC.

KELLNER, F. (2005). « Problèmes dus à l'alcool: prévalence, incidence et répartition », dans Adlaf, Begin et Sawka. Enquête sur les toxicomanies au Canada-(ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les canadiens: La prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé, p. 33-47.

Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., Giroux, I. (1999). « Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 8, p. 802-804.

Lesieur, H. R. et Blume, S. B. (1987). « The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers », *American Journal of Psychiatry*, vol. 144, p. 1184-1188.

Macneil, P., et Webster, I. (1997). *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues*, Ottawa, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance.

Mcmurran, M., et Hollin, C. R. (1989). « The short alcohol dependence data (SADD) questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 3, p. 315-317.

Midanik, L., Tam, T. W., Greenfield, T., et Caetano, R. (1996). « Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 U.S. national sample », *Addiction*, vol. 91, n° 10, p. 1427-1437.

Miller, W. R., et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd edition)*, New York, Guilford Press.

Miller, W. R., Heather, N., et Hall, W. W. (1991). « Calculating standard drink units: International comparisons », *British Journal of Addiction*, vol. 86, n° 1, p. 43-47.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Organisation mondiale de la santé (1992). *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Genève

Quilty, L., Avila, M.D., et Bagby, R.M. (2014). Identifying indicators of harmful and problem gambling in a Canadian sample through receiver operating characteristic analysis. *Psychology of Addictive Behaviours*, 28(1), 229-237.

Raistrick, D., Dunbar, G., et Davidson, R. (1983). « Development of a questionnaire to measure alcohol dependence », *British Journal of Addiction*, vol. 78, n° 1, p. 89-95.

Robson, E., Predy, et Mills (1995). *Drinking Decisions. A Prevention Program for Problem Drinkers. Final Evaluation Report*, Edmonton, Capital Health Authority. Public Health Services, [s. p.].

Room, R., Bondy, S. J., et Ferris, J. (1995). « The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989 », *Addiction*, vol. 90, n° 4, p. 499-513.

Santé Canada (2014). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues: Sommaire des résultats. ESCCAD-2012. Retrieved 1 juin 2014, from http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2012/summary-sommaire-fra.php

Sanchez-Craig, M. (1986). « How much is too much? Estimates of hazardous drinking based on clients' self-reports », *British Journal of Addiction*, vol. 81, n° 2, p. 251-256.

Sanchez-Craig, M., Wilkinson, A. et Davila, R. (1995). « Empirically based guidelines for moderate drinking: 1-year results from three studies with problem drinkers », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 6, p. 823-828.

Single, E., Van Truong, M. Adlaf, E. et Lalomiteanu, A. (1999). *Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario.

Stinchfield, R. (2003). « Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 1, p. 180-182.

Swift, W., Hall, W., Didcott, P., & Reiley, D. (1998). « Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area », *Addiction*, 93, 1149-1160.

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M., et Berthelot, F. (2015). DÉBA-Jeu-8 : *Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif*, Québec, Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, www.risqtoxico.ca

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Rousseau, M., Bergeron, J. & Landry, M. (2015). *Validation des instruments de la famille du DÉBA : Alcool, Drogues et Jeu (DÉBA-ADJ) Phase II*. Demande soumise au MSSS.

Tremblay, J., Ménard, J.-M., et Ferland, F. (2005). *Manuel d'utilisation du DÉBA-Jeu. Détection du besoin d'aide - Jeux de hasard et d'argent. Version 1.1*, Québec, Service de recherche CRUV / ALTO

Tremblay, J., Dupont, G., et Sirois, M. (1999). Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD). Traduction du « *Severity of Dependence Scale* » (SDS). Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995).

Tremblay, J. Dupont, G., et Sirois, M. (1999). *Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)*. Traduction du « *Severity of Alcohol Dependence Data* » (SAAD). Raistrick, D., Dundbar, G. & Davidson, D. G. (1983).

Tremblay, J., Rouillard, P., et Sirois, M. (2000 rév. 2016). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, www.risqtoxico.ca

Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2000). « L'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) », *Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www.risqtoxico.c

Weinstock, J., Ledgerwood, D. M. et, Petry, N. M. (2007). « Association between posttreatment gambling behavior and harm in pathological gamblers ». *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, p. 185–193

ANNEXE 1: DÉBA-ALCOOL

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

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (13%)
43 ml (≅ 1½ once) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (131 ml) = 1 cons.
375 ml (≅ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 4 cons.
750 ml (≅ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 6 cons.
1,141 (≅ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 8 cons.
	1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons.	
	1 pichet = 4 à 6 cons.	
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 petit baril = 15 cons.	
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.		
	1 cidre/cooler (341 ml) = 1 cons.	
		"VIN FORTIFIÉ (20%)"
		1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X 0,05)

Interprétation des scores du QBDA
0-9 Intervention par les services de 1^{re} ligne (CISSS/CIUSSS)
10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant des services spécialisés en dépendance (CISSS/CIUSSS) pour discussion au sujet de l'orientation
18-45 Intervention par les services spécialisés en dépendance (CISSS/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 d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter le clinicien du service spécialisé en dépendance.

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	○	○	○	○	○	○
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	○	○	○	○	○	○
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	○	○	○	○	○	○
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	○	○	○	○	○	○
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire 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?.....	○	○	○	○	○	○
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?	○	○	○	○	○	○
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?	○	○	○	○	○	○
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?	○	○	○	○	○	○
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	○	○	○	○	○	○

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@ssss.gouv.qc.ca

À photocopier au verso du DÉBA-Alcool et compléter après le DÉBA-A/D v2.0
 Simoneau, H., Landry, M. & Tremblay, J. (2005) joel.tremblay@uqtr.ca

No. dossier:

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



No de dossier:

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

Nom et Prénom de l'utilisateur:

--

Date de l'évaluation:

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

Année Mois Jour

Lorsque vous avez déterminé, à l'aide du DÉBA-A/D que la consommation de l'utilisateur correspond à un niveau de service tel qu'offert en CLSC, vous pouvez ensuite évaluer si l'utilisateur est éligible au programme Alcochoix+.

Pour être éligible à Alcochoix+, l'utilisateur ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A de référence vers les services de première ligne. De plus, il ne doit pas présenter une consommation de drogues dite à risques, telle qu'évaluée à l'aide du DÉBA-D. Il faut ensuite rappeler que le client inscriptible à Alcochoix+ prend généralement entre 15 et 35 consommations / semaine pour l'homme et la femme, mais en se rappelant que la quantité n'est pas un critère en soi. Plutôt, l'individu ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A pour éligibilité à des services de première ligne (donc l'évaluation du degré de dépendance et de l'importance des conséquences de la consommation d'alcool). De plus, vous demeurez prudent en surveillant l'évolution de la personne dans le programme. Il se peut que la personne révèle, à la suite de son acceptation dans le programme, une consommation plus élevée que celle révélée au départ ou encore qu'elle vous révèle une consommation de drogues dont elle n'avait pas parlé, etc. Vous devrez alors prendre une nouvelle décision d'orientation, de concert avec la personne. Vous devez exercer votre jugement et ne pas tenter de garder à tout prix l'utilisateur dans le programme Alcochoix+ si sa situation de consommation ne correspond pas aux critères d'admission.

Si un des critères suivant est présent, on ne peut admettre la personne à Alcochoix+

- | | | Oui | Non |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|
| 1. La personne dépasse les critères de consommation à risques pour les drogues, tel qu'évalué à l'aide du DÉBA-D (si oui, offrir autre type de suivi de première ligne) | 1. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Un médecin vous a-t-il récemment demandé de cesser de boire en raison d'un problème médical (ex.: une maladie du foie, une pancréatite, etc.)? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence..... | 2. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Êtes-vous enceinte? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence | 3. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Autres critères à considérer

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|
| 4. Traversez-vous actuellement une période de crise dans votre vie personnelle?..... | 4. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|

Si oui, précisez: _____

Si la personne vit une des situations de crise, évaluer si elle est si importante que la personne serait incapable de participer au programme. Parfois les situations de crise suscitent la motivation à agir. Il faut évaluer si la personne a besoin d'autres services concomitants.

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|
| 5. Est-ce que vous vivez des difficultés psychologiques comme de la dépression, de l'anxiété ou d'autres difficultés de santé mentale (bien faire préciser la nature, la durée et l'intensité)? Est-ce que vous consultez un professionnel pour ces difficultés? | 5. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|

Si oui, précisez: _____

Si la personne vit des difficultés de santé mentale, évaluer, tout comme la situation de crise, si elle est tellement importante que la personne serait incapable de participer au programme. Sinon, inscrire la personne au programme. À nouveau, évaluer la pertinence de services concomitants.

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|
| 6. Prenez-vous des médicaments prescrits sur une base régulière? | 6. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|

Si oui, lesquels? _____

Est-ce que votre médecin ou pharmacien(e) vous a recommandé d'éviter l'alcool avec la prise de ce médicament?
 N.B.: En cas de doute, faire les vérifications auprès d'un médecin ou pharmacien et suivre sa recommandation.

Commentaires

Nom de l'évaluateur

--

Signature de l'évaluateur

ANNEXE 2 : CHOIX DE RÉPONSES DU DÉBA-ALCOOL

DÉBA-Alcool
QBDA (Questions 4 à 18)

Depuis un an...

Jamais

Quelquefois

Souvent

Presque toujours

DÉBA-Alcool
ÉCCA (Questions 20 à 28)

Depuis un an...

Jamais

Une fois

2 ou 3 fois

4 à 10 fois

Tous les mois (12 à 51 fois)

Toutes les semaines (52 fois et plus)

ANNEXE 3 : DÉBA-DROGUES

ANNEXE 4 : CHOIX DE RÉPONSES POUR LE DÉBA-DROGUES

DÉBA-Drogues

(Questions 1 à 9, question i)

Depuis un an...

Jamais

Moins d'une fois par mois

1 à 3 fois par mois

1 à 2 fois par semaine

3 fois et plus par semaine

DÉBA-Drogues

ÉSD (Questions 10 à 14)

Depuis un an...

Jamais ou presque jamais

Quelquefois

Souvent

Toujours ou presque toujours

DÉBA-Drogues

ÉCCD (Questions 16 à 24)

Depuis un an...

Jamais

Une fois

2 ou 3 fois

4 à 10 fois

Tous les mois (12 à 51 fois)

Toutes les semaines (52 fois et plus)

ANNEXE 5 : DÉBA-JEU-8

DÉBA - Jeu-8

Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Berthelot, F. (2017)
joel.tremblay@uqtr.ca / nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

No dossier

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

Nom, prénom

Âge

Sexe

- Homme
 Femme

Date de passation

Année						Mois	
						Jour	

Téléphone

 - -

Nom, prénom de l'évaluateur

Signature de l'évaluateur

À quelle fréquence, au cours de la dernière année, avez-vous joué aux jeux de hasard et d'argent suivants?

Questionner sur chacun des jeux et indiquer la fréquence et l'endroit joué.

- Acheter des billets de loterie à tirage (ex.: 6/49, Super 7, La mini lotto, etc.) ou instantanés "gratteux" (ex.: Mots cachés, Gagnant à vie, etc.)?
- Jouer aux machines à sous, aux appareils de loterie vidéo ou à d'autres types de machine pour de l'argent?
- Jouer au bingo pour de l'argent?
- Jouer aux cartes pour de l'argent: a) au poker?
b) à d'autres jeux de cartes?
- Parier sur les sports?
- Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux?
- Parier sur sa propre performance (ex.: billard, golf, quilles, etc.)?
- Jouer à tout autre jeu pour de l'argent?

	Jamais	- 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.	À quel (s) endroit (s) y avez-vous joué?		
						Sur Internet	Au casino	Autre endroit
1. Acheter des billets de loterie à tirage (ex.: 6/49, Super 7, La mini lotto, etc.) ou instantanés "gratteux" (ex.: Mots cachés, Gagnant à vie, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jouer aux machines à sous, aux appareils de loterie vidéo ou à d'autres types de machine pour de l'argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jouer au bingo pour de l'argent?	<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. Jouer aux cartes pour de l'argent: a) au poker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) à d'autres jeux de cartes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Parier sur les sports?	<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. Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Parier sur sa propre performance (ex.: billard, golf, quilles, etc.)?	<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. Jouer à tout autre jeu pour de l'argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

a. Si n'a pas joué au cours de la dernière année → **TERMINER ICI**

Ou

b. Si a **seulement** acheté des billets de loterie à tirage ou instantanés (q. 1)

Si oui, demander: "Avez-vous éprouvé des difficultés avec ces loteries?" Non → **TERMINER ICI**

Ou

Oui → **PASSER AUX QUESTIONS 9 à 16**

c. Si a joué à tout autre jeu (q. 2 à 8) au cours de la dernière année → **PASSER AUX QUESTIONS 9 à 16**

Les questions suivantes portent sur vos habitudes de jeux de hasard et d'argent.

À quelle fréquence avez-vous vécu ces situations DEPUIS UN AN?

Noircir la case appropriée.

- Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous joué plus longtemps que prévu au départ?.....
- Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille)?.....
- Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous dépensé plus d'argent que prévu au départ?.....
- Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu?
- Depuis un an, êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant)?
- Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu?
- Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu?.....
- Depuis un an, au moment où vous avez joué, avez-vous eu l'impression d'être quelqu'un d'autre?.

	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Presque toujours
9. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous joué plus longtemps que prévu au départ?.....	0	1	2	3	4
10. Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille)?.....	0	1	2	3	4
11. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous dépensé plus d'argent que prévu au départ?.....	0	1	2	3	4
12. Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu?	0	1	2	3	4
13. Depuis un an, êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant)?	0	1	2	3	4
14. Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu?	0	1	2	3	4
15. Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu?.....	0	1	2	3	4
16. Depuis un an, au moment où vous avez joué, avez-vous eu l'impression d'être quelqu'un d'autre?.	0	1	2	3	4

17. **Vous voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de jeu?** Oui

Non

Additionner les résultats 9 à 16

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

Date _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Interprétation des scores

0 - 5 **Feu Vert:** Aucune intervention

6 - 10 **Feu Jaune:** Intervention serv. 1^{re} ligne

11 - 32 **Feu Rouge:** Intervention spécialisée

ANNEXE 6 : CHOIX DE RÉPONSES POUR LE DÉBA-JEU-8

DÉBA-Jeu-8 (Questions 1 à 8)

Depuis un an...

Jamais

Moins d'une fois par mois

1 à 3 fois par mois

1 à 2 fois par semaine

3 fois et plus par semaine

À quel endroit...

Sur Internet

Au casino

Autre endroit

DÉBA-Jeu-8

(Questions 9 à 16)

Depuis un an...

Jamais

Rarement

À l'occasion

Souvent

Presque toujours

ANNEXE 7 : TABLEAU DES PRODUITS FRÉQUEMMENT CITÉS PAR LES USAGERS

PRINCIPAUX PSYCHOTROPES

Alexandre St-Hilaire & Nadine Blanchette-Martin, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, 2016

Modification et mise à jour du document initial (Lucie Gallichand, Roland Poulin, Pierre Rouillard & Joël Tremblay, 2005)

DÉPRESSEURS

ALCOOL			
Bière	Vin	Spiritueux "Fort"	Aqua Velva
Cidre	Vin fortifié (Cinzano)		Listerine
Coolers alcoolisés			
SÉDATIFS / HYPNOTIQUES / TRANQUILLISANTS			
ANXIOLYTIQUES		HYPNOTIQUES	
NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL
Alprazolam	Xanax ^{®*}	Diphenhydramine	(ex.: Bénadryl [®])
Bromazépam	Lectopam ^{®*}	Flunitrazépam	Rohypnol (D) [*]
Buspirone	Buspar [®]	Flurazépam	Dalmane (D) [*]
Chlordiazépoxyde	Librium (D) [*]	Gluthétimide	Doriden
Clonazépam	Rivotril ^{®*}	Hydrate de chloral	Noctec
Clorazépate	Tranxène (D) [*]	Méthaqualone	Mandrax [®]
Diazépam	Valium ^{®*}	Méthypylone	Noludar (D)
Hydroxyzine	Atarax [®]	Nitrazépam	Mogadon ^{®*}
Lorazépam	Ativan ^{®*}	Témazépam	Restoril [*]
Méprobamate	282 MEP [®] , Equanil (D)	Triazolam	Halcion (D) [*]
Oxazépam	Sérox (D) [*]	Zaleplon	Starnoc (D)
		Zopiclone	Imovane [®]
AUTRES BENZODIAZÉPINES			
NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL		
Clobazam	Frisium ^{®*}		
BARBITURIQUES			
NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL		
	Fiorinal		
Butalbital {	Trianal [®]		
	Bellergal [®]		
Phenobarbital {	Donnatal (D)		
INHALANTS			
Colle	Essence		Spray Net
Chloroforme	Ether		Térébenthine
Décapant (<i>remover</i>)	Pam		Varathane
Dissolvant (<i>thinner</i>)	Poppers		Vernis à ongles

OPIACÉS		
Héroïne (Smack) Speedball (héroïne et cocaïne)	Opium	
BuTrans® Suboxone™	Kadian® M.O.S / M.O.S-SR® Morphine SR MS Contin® M- Eslon MS IR® Statex®	
Buprénorphine		Morphine
Sirops codéine : Benylin-C® Dimetapp-C® Balminil® Atasol-C® 15/30 Codéine Contin®	Abstral™ Duragesic® Fentanyl Onsolis™	Tussionex® Hycodan® Novahistine DH® Dalmacol®
Codéine		Fentanyl
Empracet® Fiorinal-C® 1/2 / 1/4 Lenoltec-C Ratio-Emtec Ratio-Tecnal-C 1/2 / 1/4 Robaxacet-8® Tylenol-C® 2/3/4 222® 282® 292® Exdol-C®	Endocet® Oxycocet Oxycontin® Oxycodan Oxynéo® Oxy-IR® Percocet® Supeudol® Targin™	Durela ^{MC} Ralivia ^{MC} Tramacet™ Tridural™ Ultram® Zytram XL®
Hydromorphone		Oxycodone
Dilaudid® Hydromorphe Contin® Jurnista®		Sirops hydrocodone
		Tramadol
		Autres molécules Darvon-N® (Propoxiphène) Demerol® (Mépéridin) Hycodan® (Hydrocodone) Talwin® (Pentazocine) Métadol® (Méthadone) Nucynta CR™ (Tapentadol)
AUTRES		
GHB (gamma-hydroxybutyrate; <i>ecstasy liquide, g, petit jus, GH</i>)		

PERTURBATEURS

CANNABIS		
Pot (<i>Herbe, weed, joint, mari</i>)	Hasch (<i>Bag</i>)	<i>THC (Tétrahydrocannabinol qui est l'ingrédient actif. Évidemment, personne ne rapporte avoir consommé du THC)</i>
Cannabinoïde synthétique: Nabilone (<i>Césamet®</i>), (K2, Spice)	Huile de haschisch (<i>Résine</i>) (<i>Wax, Shadder</i>)	
Analgésique Cannabinoïde (Sativex®)		
HALLUCINOGENÈS		
L.S.D (<i>Acide, buvard, cap</i>)	MDMA (<i>Ecstasy, E, love</i>)	Phencyclidine (PCP, <i>mess</i>)
Psilocybine (<i>Champignons, mush</i>)	2-CB (<i>Nexus</i>)	Kétamine
Salvia		Mescaline (<i>Peyotl</i>)

STIMULANTS

COCAÏNE			
Cocaïne inhalée ou I.V. (poudre, coke, base)		<i>Crack</i> (fumé) (<i>Roche, rock</i>)	<i>Freebase</i> (fumé)
AMPHÉTAMINES (STIMULANTS)			
NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL	ARGOT	ANOREXIGÈNES
Amphétamine	Adderall XR®	<i>Crystal</i>	Ionamin® (D)
Dextroamphétamine	Dexérine®		Meridia® (D)
Cathinones	Aucun	<i>Plastic, plastik, coke</i> <i>Synthétique, sels de bain</i>	Ténuate® (D)
Lisdexamfetamine	Vyvanse®		Non psychostimulant
Méthamphétamine	Aucun	<i>Ice/Peach/Crystal</i> <i>Meth/</i> <i>Speed</i>	Atomoxétine (Strattera®)
Méthylphénidate	Ritalin®, Ritalin SR®, Concerta®, Biphentin®		Guanfacine (Intuniv XR®)

AUTRE MÉDICATION PSYCHOTROPE

**ANTIPSYCHOTIQUES / ANTIDÉPRESSEURS
STABILISATEUR DE L'HUMEUR**

ANTIPSYCHOTIQUES		ANTIDÉPRESSEURS	
NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL
Aripiprazole	Abilify [®]	Amitriptyline	Elavil [®]
Asénapine	Saphris [®]	Bupropion	Wellbutrin [®] , Zyban [®]
Clozapine	Clozaril [®]	Citalopram	Celexa [®]
Chlorpromazine	Largactil [®] (D)	Clomipramine	Anafranil [®]
Flupenthixol	Fluanxol [®]	Duloxétine	Cymbalta [®]
Fluphénazine	Modecate [®] , Moditen [®] (D)	Désipramine	Norpramin [®] (D)
Halopéridol	Haldol [®] (D), Haldol LA [®]	Desvenlafaxine	Pristiq [®]
Loxapine	Loxapac [®]	Doxépine	Sinequan [®]
Lurasidone	Latuda [®]	Escitalopram	Ciprallex [®]
Méthotriméprazine	Nozinan [®]	Fluoxétine	Prozac [®]
Olanzapine	Zyprexa [®] , Zyprexa Zydis [®]	Fluvoxamine	Luvox [®]
Palipéridone	Invega [®] , Invega Sustenna [®]	Imipramine	Tofranil [®] (D)
Péricyazine	Neuleptil [®]	Maprotiline	Ludiomil [®] (D)
Pimozide	Orap [®]	Mirtazapine	Remeron [®]
Pipothiazine	Piportil [®]	Moclobémide	Manerix [®]
Perphénazine	Trilafon [®] (D)	Néfazodone	Serzone [®] (D)
Prochlorpérazine	Stémétil [®]	Nortriptyline	Aventyl [®] (D)
Quétiapine	Seroquel [®] , Seroquel XR [®]	Paroxétine	Paxil [®] , Paxil CR [®]
Risperidone	Risperdal [®] , Risperdal consta [®] , Risperdal M-Tab [®]	Phénelzine	Nardil [®]
Trifluopérazine	Stélazine [®] (D)	Sertraline	Zoloft [®]
Ziprasidone	Zeldox [®]	Trazodone	Desyrel [®]
Zuclopenthixol	Clopixol [®]	Trimipramine	Surmontil [®] (D)
		Tranlycypromine	Parnate [®]
		Venlafaxine	Effexor [®]

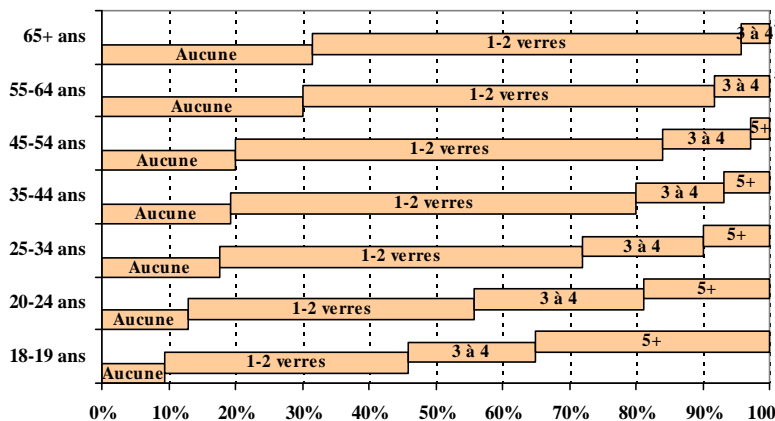
STABILISATEURS DE L'HUMEUR

NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL
Carbamazépine	Tegreto1 [®]
Carbonate de lithium	Lithium [®] / Lithane [®] / Duralith [®] / Carbolith [®]
Divalproex / Acide valproïque	Epival [®]
Gabapentine	Neurontin [®]
Lamotrigine	Lamictal [®]
Oxcarbazépine	Trileptal [®]
Topiramate	Topamax [®]

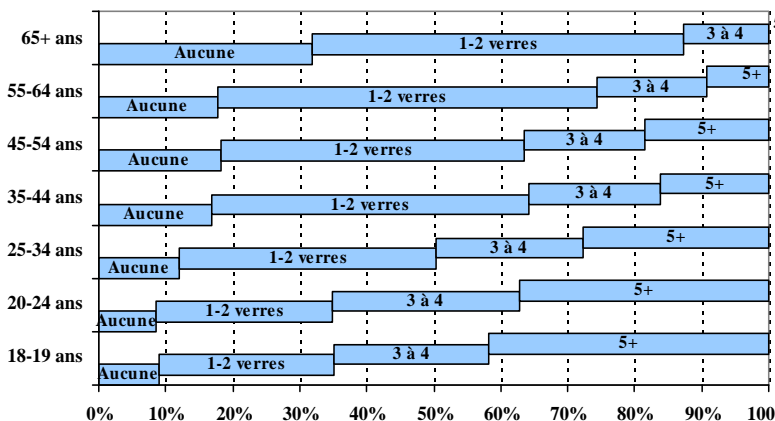
ANNEXE 8 : RAPPORT PERSONNALISÉ DÉBA-ALCOOL

Nombre de consommations d'alcool lors d'un jour habituel

Femmes



Hommes



Une consommation d'alcool équivaut à :

1 bière (341 ml à 5%)
 1 coupe de vin (131 ml à 13%)
 11/2 once d'alcool fort à 40% (43 ml à 40%)

Actuellement, vous prenez _____ consommations par jour. On constate que _____% des Canadiens de votre âge consomment moins d'alcool par jour que vous.

Risque associé à la quantité prise par semaine

Ce que vous avez rapporté indique que vous buvez environ _____ verres par semaine, ce qui vous situe dans la zone _____.

Épisodes de consommation plus intensive

Une forte consommation correspond à 5 verres et plus pris en une occasion pour les hommes et 4 verres et plus pour les femmes. Vous avez rapporté _____ épisodes de consommation plus intensive cette année, ce qui vous situe dans la zone _____.

Degré de dépendance à l'alcool

Ceci correspond à l'impression générale ressentie par une personne lorsque l'alcool envahit progressivement sa vie (pense souvent à boire, boit plus pour le même effet, difficulté à arrêter même si l'alcool cause des problèmes, etc). Selon votre score au questionnaire qui est de _____, vous avez un degré de dépendance qui est dans la zone _____.

Les conséquences associées à votre consommation d'alcool

Vous avez répondu à des questions au sujet des conséquences de votre consommation d'alcool qui portaient sur vos responsabilités, votre implication dans des situations dangereuses pour vous, vos possibles difficultés avec la justice ou dans vos relations interpersonnelles. Selon ce que vous rapportez, votre consommation d'alcool entraîne des conséquences qui vous placent dans la zone _____.

Degré de risque estimé pour un adulte en santé	Nombre de verres/sem.		Nbre d'épisodes de conso. plus intensive	Degré de dépendance à l'alcool	Fréquence des conséquences de la consommation d'alcool au cours de la dernière année ...			
	F	H			...sur les responsabilités Ques. 20, 23 et 28	... p/r aux situations dangereuses Ques. 24 et 25	...au plan judiciaire Ques. 26 et 27	...sur les relations Ques. 21 et 22
Risques élevés	36+	48+	52 épisodes et plus	45	Fréquentes Toutes les sem. (Ex.: 52 fois et +)	Fréquentes Toutes les sem. (Ex.: 52 fois et +)	Élevées (Ex.: 2 arrestations et +)	Fréquentes Toutes les sem. (Ex.: 52 fois et +)
	34	46		40				
	32	44		35				
	30	42		30				
	28	40		26				
	26	38		24				
	24	34		20				
Risques modérés	23	33	12 à 51 épisodes	18	Régulières Tous les mois (Ex.: 12 à 51 fois)	Régulières (Ex.: 4 à 51 fois)	Occasionnelles (Ex.: 1 arrestation)	Régulières Tous les mois (Ex.: 12 à 51 fois)
	22	30		17				
	20	28		16				
	20	26		15				
	18	24		14				
	16	22		13				
	14	20		12				
Risques faibles	12	18	1 à 11 épisodes	11	Occasionnelles Pas tous les mois (Ex.: 1 à 11 fois)	Occasionnelles (Ex.: 1 à 3 fois)	Occasionnelles Pas tous les mois (Ex.: 1 à 11 fois)	
	11	16		10				
	10	15		9				
	8	12		8				
	6	10		7				
	6	8		6				
	4	6		5				
4	4	4						
2	2	2						
0	0	Aucun	Aucune	0	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais

Nom de la personne

Signature de l'intervenant

Date: []-[]-[]
 Année Mois Jour

VOS RÉSULTATS AU DÉBA-A/D

Joël Tremblay, Hélène Simoneau, Nadine Blanchette-Martin, Michel Landry et Jacques Bergeron

Nom _____ Date _____

Âge _____ Sexe _____ Intervenant _____

Nous avons retranscrit dans ce rapport personnalisé vos résultats obtenus à l'évaluation DÉBA-A/D. Ceux-ci indiquent le niveau de risque associé à votre consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Pour chaque indicateur, votre consommation a été classifiée en fonction d'une catégorie et d'une couleur associée.

Consommation à faible risque ou feu vert

Votre consommation d'alcool ou de drogues est considérée à faible risque. Dans le cas d'une consommation de drogues, cette conclusion doit cependant être prise avec prudence puisque nous ne savons pas, la plupart du temps, quelle substance a été consommée, quelle est la concentration des produits, quels sont les types de substances psychoactives présentes, etc.

De plus, si vous avez des problèmes de santé physique ou mentale ou si vous prenez certains médicaments, une consommation, même à faible niveau, peut être considérée comme étant à risque pour vous. Dans une telle situation, veuillez consulter votre médecin.

Consommation à risque ou feu jaune

Votre consommation d'alcool ou de drogues est considérée comme étant à risque. Les risques encourus concernent tout d'abord votre santé, c'est-à-dire qu'il est possible que vous développiez divers troubles de santé. Votre consommation fait également augmenter le risque d'accident. Ou encore, votre consommation risque de devenir problématique, voire dépendante.

Dans le cas d'une consommation de drogues, cette conclusion doit être prise avec prudence puisque nous ne savons pas, la plupart du temps, quelles substances ont été consommées, quelle est la concentration des produits, quels sont les types de substances psychoactives présentes, etc.

De plus, si vous avez des problèmes de santé physique ou mentale ou si vous prenez certains médicaments, il se pourrait qu'une consommation, même à ce niveau intermédiaire, puisse entraîner pour vous des conséquences plus graves. Dans une telle situation, veuillez consulter votre médecin.

Consommation problématique ou feu rouge

Votre consommation d'alcool ou de drogues est considérée comme étant problématique. C'est-à-dire que vos réponses au DÉBA-A/D nous indiquent que vous éprouvez déjà des problèmes avec l'alcool ou les drogues et qu'il serait important de réfléchir à la possibilité de modifier votre consommation d'alcool ou de drogues.

Note : Pour les femmes enceintes, les normes utilisées dans ce manuel ne sont pas valables. Le fait d'être enceinte augmente les risques pour le fœtus en cas de consommation d'alcool ou de drogues. Il est préférable de consulter son médecin.

ANNEXE 9 : RAPPORT PERSONNALISÉ DÉBA-DROGUES

Substance(s) consommée(s) dans la dernière année:

	Fréquences:			
	<1x/mois	1-3x/mois	1-2x/sem.	3xet +/sem.
_____ →	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toutes substances confondues: →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consommation occasionnelle: 3 fois/ mois (cannabis);
Moins de 1fois/mois (toute autre drogue)
Consommation à risque: 1 fois/sem ou plus (cannabis);
1 fois/mois ou plus (toute autre drogue);
Posologie non suivie/ Non-prescrit (médicaments)

Consommation de cannabis

Le tableau suivant présente la fréquence d'usage du cannabis chez les Canadiens. Vous dites consommer du cannabis à la fréquence de _____ par _____. On remarque donc que _____% des Canadiens de votre âge consomment aussi souvent que vous.

Fréquence de consommation dans les 3 derniers mois (15 ans et +)	Femmes (%)	Hommes (%)
Jamais	92,8	84,6
Une ou deux fois	2,7	4,3
Au moins une fois par mois	1,5	3,0
Au moins une fois par semaine	1,6	4,2
Au moins une fois par jour	1,3	3,8

Consommation d'autres drogues (ETC; Adlaf et collab., 2005)

Le tableau suivant présente le pourcentage de Canadiens qui ont déclaré avoir fait usage de drogues illicites dans la dernière année. Les pourcentages encadrés correspondent à votre groupe d'âge et à votre type de consommation.

Pourcentage ayant consommé 1 fois et + depuis 12 mois

Groupe d'âge	Hallucino. (%)		Cocaïne (%)		Speed (%)		Ecstasy (%)		Au moins 1... (cocaïne, speed, ecstasy, hallucinogènes ou héroïne) (%)	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
15-19	9,3	16,9	9,4	10,3	9,0	7,6	11,3	9,0	18,8	20,7
20-24	14,8	23,4	11,8	18,0	7,6	14,6	9,9	16,9	22,5	33,5
25-34	11,9	23,8	10,6	19,4	4,2	11,9	4,7	12,7	17,6	31,6
35-44	7,3	19,6	11,7	21,4	4,7	9,0	n.s.	2,7	15,9	26,2
45 et plus	4,0	9,9	3,6	8,7	2,5	6,7	n.s.	n.s.	6,3	12,4

Degré de dépendance aux drogues (ETC; Adlaf et collab., 2005)

Ceci correspond à l'impression générale ressentie par une personne lorsqu'une drogue envahit progressivement sa vie. Selon votre score au questionnaire qui est de _____, vous avez un degré de dépendance qui est dans la zone _____.

Les conséquences associées à votre consommation de drogue(s).

Vous avez répondu à des questions au sujet des conséquences de votre consommation de drogue(s) qui portaient sur vos responsabilités, votre implication dans des situations dangereuses pour vous, vos possibles difficultés avec la justice ou dans vos relations interpersonnelles.

Selon ce que vous rapportez, votre consommation de drogue(s) entraîne des conséquences qui vous placent dans la zone _____.

Degré de risque estimé pour un adulte en santé	Degré de dépendance	Fréquence des conséquences de la consommation de drogue(s) au cours de la dernière année ...			
		...sur les responsabilités Ques. 16, 19, 24	... p/r aux situations dangereuses Ques. 20 et 21	...au plan judiciaire Ques. 22 et 23	...sur les relations Ques. 17 et 18
Risques élevés	15	Fréquentes Toutes les sem. (Ex.: 52 fois et +)	Fréquentes Toutes les sem. (Ex.: 52 fois et +)	Élevées (Ex.: 2 arrestations et +)	Fréquentes Toutes les sem. (Ex.: 52 fois et +)
	14				
	13				
	12				
	11				
	10				
Risques modérés	9	Régulières Tous les mois (Ex.:12 à 51 fois)	Régulières (Ex.: 4 à 51 fois)	Occasionnelles (Ex.: 1 arrestation)	Régulières Tous les mois (Ex.:12 à 51 fois)
	8				
	7				
	6				
Risques faibles	5	Occasionnelles Pas tous les mois (Ex.: 1 à 11 fois)	Occasionnelles (Ex.: 1 à 3 fois)	Jamais	Occasionnelles Pas tous les mois (Ex.: 1 à 11 fois)
	4				
	3				
	2				
Aucune	1	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
	0				

Date: --

Année Mois Jour

Nom de la personne

Signature de l'intervenant

VOS RÉSULTATS AU DÉBA-A/D

Joël Tremblay, Hélène Simoneau, Nadine Blanchette-Martin, Michel Landry et Jacques Bergeron

Nom _____ Date _____

Âge _____ Sexe _____ Intervenant _____

Nous avons retranscrit dans ce rapport personnalisé vos résultats obtenus à l'évaluation DÉBA-A/D. Ceux-ci indiquent le niveau de risque associé à votre consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Pour chaque indicateur, votre consommation a été classifiée en fonction d'une catégorie et d'une couleur associée.

Consommation à faible risque ou feu vert

Votre consommation d'alcool ou de drogues est considérée à faible risque. Dans le cas d'une consommation de drogues, cette conclusion doit cependant être prise avec prudence puisque nous ne savons pas, la plupart du temps, quelle substance a été consommée, quelle est la concentration des produits, quels sont les types de substances psychoactives présentes, etc.

De plus, si vous avez des problèmes de santé physique ou mentale ou si vous prenez certains médicaments, une consommation, même à faible niveau, peut être considérée comme étant à risque pour vous. Dans une telle situation, veuillez consulter votre médecin.

Consommation à risque ou feu jaune

Votre consommation d'alcool ou de drogues est considérée comme étant à risque. Les risques encourus concernent tout d'abord votre santé, c'est-à-dire qu'il est possible que vous développiez divers troubles de santé. Votre consommation fait également augmenter le risque d'accident. Ou encore, votre consommation risque de devenir problématique, voire dépendante.

Dans le cas d'une consommation de drogues, cette conclusion doit être prise avec prudence puisque nous ne savons pas, la plupart du temps, quelles substances ont été consommées, quelle est la concentration des produits, quels sont les types de substances psychoactives présentes, etc.

De plus, si vous avez des problèmes de santé physique ou mentale ou si vous prenez certains médicaments, il se pourrait qu'une consommation, même à ce niveau intermédiaire, puisse entraîner pour vous des conséquences plus graves. Dans une telle situation, veuillez consulter votre médecin.

Consommation problématique ou feu rouge

Votre consommation d'alcool ou de drogues est considérée comme étant problématique. C'est-à-dire que vos réponses au DÉBA-A/D nous indiquent que vous éprouvez déjà des problèmes avec l'alcool ou les drogues et qu'il serait important de réfléchir à la possibilité de modifier votre consommation d'alcool ou de drogues.

Note : Pour les femmes enceintes, les normes utilisées dans ce manuel ne sont pas valables. Le fait d'être enceinte augmente les risques pour le fœtus en cas de consommation d'alcool ou de drogues. Il est préférable de consulter son médecin.