

# DEP-ADO

## GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES Version adaptée culturellement Mai 2019



Date :          
Année Mois Jour

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Âge :   Sexe :  Fille  Garçon

Quel est ton niveau scolaire actuel ?

- Secondaire I
- Secondaire II
- Secondaire III
- Secondaire IV
- Secondaire V
- Autre niveau – Préciser: \_\_\_\_\_

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (Noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	Rarement	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une ou deux fois par semaine	3 fois et + par semaine, mais pas tous les jours	Tous les jours	Réservé à l'usage de l'intervenant		
							Facteur 1 = alcool et cannabis	Facteur 2 = autres drogues	Facteur 3 = conséquences
<b>Alcool</b> (ex.: bière, vin, fort, boissons énergisantes alcoolisées, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		
<b>Cannabis</b> (ex.: mari, pot, haschish, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		
<b>Cocaïne</b> (ex. : coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>	
<b>Colle/Solvant</b> (ex. : gaz, naphta, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>	
<b>Hallucinogènes</b> (ex. : LSD, PCP, ecstasy, MDMA, mush, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>	
<b>Opiacés, préciser :</b> <input type="radio"/> Opiacés non prescrits <input type="radio"/> Héroïne <input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>	
<b>Amphétamines/Speed</b> (ex. : upper, peanuts, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>	
<b>Autres, préciser :</b> <input type="radio"/> GHB <input type="radio"/> Autres <input type="radio"/> Autres médicaments non prescrits (ex.: ritalin, halcion, valium, ativan, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>	

2. a) **Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulières** (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois) ?  Oui → Passe à 2b  Non → Passe à 3

b) **À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement** (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois) ... de l'alcool ? \_\_\_\_\_ ans  
... une ou des drogues ? \_\_\_\_\_ ans

3. **Au cours de ta vie, t'es-tu déjà piqué pour consommer ?**  Oui  Non

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés → Passe à la question 7

4. **As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?**  Oui  Non

