

# Entretien de dépistage CRAFFT 2.1 + N

Ces questions seront posées oralement par le personnel clinique

Commencez ainsi : « Je vais vous poser quelques questions que je pose à tous mes patients. Veuillez être honnête. Vos réponses resteront confidentielles. »

## Partie A

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avec quelle fréquence (en jours) avez-vous :

1. Bu plus que quelques gorgées de bière, de vin ou de boisson **alcoolisée**? Dites « 0 » si c'est le cas.   
Nb de jours
2. Consommez-vous de la **marijuana** (cannabis, huile, cire, en fumant, en vapotant, en tamponnant ou en mangeant) ou de la « **marijuana synthétique** » (par exemple, le « K2 » ou le « Spice »)? Dites « 0 » si c'est le cas.   
Nb de jours
3. Utilisez-vous **d'autres substances pour planer** (par exemple, d'autres drogues illégales, des pilules, des médicaments en vente libre et des produits à « sniffer » ou à vapoter ou inhaler ou injecter)? Dites « 0 » si c'est le cas.   
Nb de jours
4. Utilisez-vous un **dispositif de vapotage\* contenant de la nicotine ou des arômes**, ou utilisez-vous des **produits de tabac**<sup>†</sup> ? \*Comme les e-cigs, mods, pods comme JUUL, vapoteuses jetables comme Puff Bar, stylos vapoteuses ou shishas électroniques. <sup>†</sup> Cigarettes, cigares, cigarillos, narguilés, tabac à mâcher, tabac à priser, snus, dissolvables ou sachets de nicotine.   
Nb de jours

### Si le patient a répondu...

« 0 » à toutes les questions de la Partie A



Posez la 1ère question seulement de la Partie B ci-dessous, puis **ARRÊTEZ-VOUS**

« 1 » ou plus aux questions 1, 2 ou 3



Posez les 6 questions de la Partie B ci-dessous

« 1 » ou plus à la question 4



Posez les 10 questions de la Partie C à la page suivante

## Partie B

- |   | Non                      | Oui                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>C</b> Êtes-vous déjà monté(e) dans une VOITURE dont le conducteur (y compris vous-même) conduisait sous l'effet de l'alcool ou de drogues? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>R</b> Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue pour vous DÉTENDRE, pour être mieux dans votre peau, ou pour vous sentir mieux accepté(e)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A</b> Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes SEUL(E)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>F</b> Vous arrive-t-il d'OUBLIER des choses que vous avez faites sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>F</b> Est-ce que votre FAMILLE ou vos AMIS vous disent que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>T</b> Avez-vous déjà eu des ENNUIS lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Un score total de deux réponses affirmatives ou plus indique un dépistage positif et qu'une évaluation supplémentaire est requise. **Consultez le verso pour plus de détails.** →

### AVIS AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE ET AUX ARCHIVES MÉDICALES:

Les informations sur cette page peuvent être protégées par la réglementation fédérale sur la confidentialité (42 CFR Section 2), qui interdit la divulgation sauf si une autorisation spéciale a été formulée par écrit. Une autorisation générale de communication d'informations médicale NE SUFFIT PAS.

« Les questions suivantes portent sur l'utilisation de dispositifs de vapotage contenant de la nicotine ou des arômes ou l'utilisation de produits de tabac\* . »

## Partie C

Oui Non

- |    |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Avez-vous déjà essayé d'ARRÊTER de fumer, mais vous n'avez pas réussi ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Est-ce que vous vapoter ou fumer MAINTENANT parce qu'il est vraiment difficile d'arrêter ?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Avez-vous déjà eu l'impression d'être DÉPENDANT au vapotage ou au tabac ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Vous arrive-t-il d'avoir de fortes envies de vapoter ou de fumer ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Avez-vous déjà eu l'impression que vous aviez vraiment BESOIN de vapoter ou de fumer ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Est-il difficile de vous empêcher de vapoter ou de fumer dans des endroits où l'on n'est pas censé le faire, comme à l'école ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Lorsque vous n'avez pas fumé depuis un certain temps (ou lorsque vous avez essayé d'arrêter de fumer)...                       |                          |                          |
| a. | avez-vous eu du mal à vous CONCENTRER parce que vous ne pouviez pas vapoter ou fumer ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | vous êtes-vous senti plus IRRITABLE parce que vous ne pouviez pas vapoter ou fumer ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | avez-vous ressenti un fort BESOIN ou une forte envie de vapoter ou de fumer ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | vous êtes-vous senti NERVEUX, agité ou anxieux parce que vous ne pouviez pas vapoter ou fumer ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Une ou plusieurs réponses OUI suggèrent un grave problème de nicotine qui nécessite une évaluation plus approfondie. Voir la Page 3 pour d'autres instructions.**



### \*Références

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

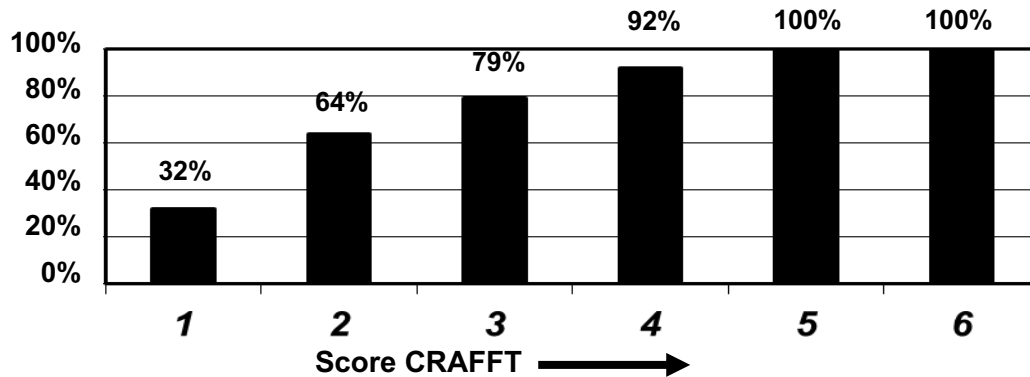
McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

### AVIS AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE ET AUX ARCHIVES MÉDICALES:

Les informations sur cette page peuvent être protégées par la réglementation fédérale sur la confidentialité (42 CFR Section 2), qui en interdit la divulgation sauf si une autorisation spéciale a été formulée par écrit. Une autorisation générale de communication d'informations médicale NE SUFFIT PAS.

# Interprétation du score CRAFFT

## Probabilité d'un trouble lié à la consommation de substances DSM-5 selon le score CRAFFT



\*Source de données: Mitchell SG, Kelly SM, Gryczynski J, Myers CP, O'Grady KE, Kirk AS, & Schwartz RP. (2014). The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination. Substance Abuse, 35(4), 376–80.

### Utilisez ces arguments pour offrir un bref counseling.



#### 1. PASSEZ EN REVUE les résultats du dépistage

Pour chaque réponse affirmative : « Pouvez-vous élaborer à ce sujet? »



#### 2. SUGGÉREZ de ne pas avoir recours aux drogues

« *En tant que votre docteur (infirmière/prestataire de soins), je vous conseille de ne pas prendre d'alcool, de marijuana, ni d'autres drogues car ces substances peuvent : 1) nuire au bon développement de votre cerveau; 2) faire interférence avec vos études et votre mémoire et 3) vous mettre dans des situations embarrassantes, voire dangereuses.* »



#### 3. Counseling relatif aux risques associés à la CONDUITE sous l'emprise

« *Les accidents automobiles constituent la première cause de décès chez les jeunes. Je donne à tous mes patients un Contrat pour la Vie. Veuillez le prendre et en discuter avec vos parents/tuteurs légaux pour mettre sur pied un plan vous permettant de revenir à la maison en sécurité.* »



#### 4. RÉPONDEZ en suscitant des déclarations d'auto-motivation

Non-utilisateurs : « Si quelqu'un vous demande pourquoi vous ne buvez pas ou vous ne prenez pas de drogues, quelle est votre réponse? » Toxicomanes : « Quels seraient les avantages de cesser de prendre des drogues? »



#### 5. RENFORCEZ l'auto-efficacité

« *Je pense que vous êtes bien équipé(e) pour empêcher que l'alcool et la drogue ne soient des entraves à vos objectifs dans la vie.* »

**Donnez au/à la patient(e) un Contrat pour la Vie:** Disponible à [www.crafft.org/contract](http://www.crafft.org/contract)

#### AVIS AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE ET AUX ARCHIVES MÉDICALES:

Les informations sur cette page peuvent être protégées par la réglementation fédérale sur la confidentialité (42 CFR Section 2), qui interdit la divulgation sauf si une autorisation spéciale a été formulée par écrit. Une autorisation générale de communication d'informations médicale NE SUFFIT PAS.

Reproduit avec la permission du Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.

Pour plus d'informations et des versions dans d'autres langues, voir [www.crafft.org](http://www.crafft.org).

© John R. Knight, MD, Hôpital pour enfants de Boston, 2020.