A. OMS - ASSIST V3.0, français

Interviewer I…..I Clinique I.....I

Identité patient I…..I Date I.....I

INTRODUCTION (A lire au patient. Peut être adapté au contexte local)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce bref entretien portant sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues.

De nombreuses drogues, certains médicaments inclus, peuvent affecter votre santé. Pour bien vous soigner, il est important pour votre soignant d'avoir des informations précises sur vos consommations.

Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et des 3 derniers mois, indépendamment de la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, injecté, pris sous forme de pilule, etc.) [montrer CARTE REPONSE - ASSIST].

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, je vous prie de me le faire savoir.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle, y compris celles concernant les drogues illicites ou interdites.

Note : Avant de poser les questions suivantes, donnez la CARTE REPONSE ASSIST au patient.

Question 1

(S'il s'agit d'une passation lors d'un suivi, veuillez comparer les réponses du patient avec celles données lors de l'évaluation initiale. Toute différence devrait être investiguée.)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum ®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
j. Autres – spécifiez:	0	3

Si toutes les réponses sont négatives ***→ demandez : « même lorsque vous étiez à l'école » ?***

Si « non » à tous les items → arrêtez l'entretien
Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items → posez la Question 2 concernant ces substances.

© World Health Organization, 2007

Question 2

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadai-rement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autres – spécifiez:	0	2	3	4	6

Si « jamais » à tous les items de la Question 2 → passez à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuez avec les Questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadai-rement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autres – spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadai-rement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autres – spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadai-rement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autres – spécifiez:	0	5	6	7	8

Posez les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1)

Question 6

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 8

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
Avez-vous déjà pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE
Demandez aux patients qui se sont injecté des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION	RECOMMENDATIONS
Une fois par semaine ou moins OU moins de 3 jours de suite	→ Intervention brève incluant la carte « risques associés avec l'injection »
Plus d'une fois par semaine OU 3 jours ou plus de suite	→ Évaluation approfondie et traitement plus intensif*

Comment calculer un score pour une substance spécifique ?

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionnez les scores obtenus pour les Questions 2 à 7.
N'incluez pas le résultat de la Question 1 ou de la Question 8 dans ce score.
Par exemple, un score pour le cannabis serait calculé ainsi : Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c

Notez que la question 5 sur le tabac n'est pas codée et est calculée ainsi : Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a.

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE ».

	Score « substance spécifique » relevé	Pas d'intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif*
a. Tabac		0 - 3	4 - 26	≥ 27
b. Alcool		0 - 10	11 - 26	≥ 27
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	≥ 27
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	≥ 27
e. Amphétamine		0 - 3	4 - 26	≥ 27
f. Solvants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
g. Calmants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
h. Hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	≥ 27
i. Opiacés		0 - 3	4 - 26	≥ 27
j. Autres drogues		0 - 3	4 - 26	≥ 27

NOTE : *L'évaluation approfondie et le traitement plus intensif peuvent être prodigués, selon le contexte local, par des professionnels de la santé de premier recours ou par un service spécialisé dans les addictions.

B. OMS - ASSIST V3.0 CARTE RÉPONSE POUR LES PATIENTS

Carte réponse – substances

a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)
c. Cannabis (marijuana, joints, herbe, hash, etc.)
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)
j. Autres – spécifiez:

Carte réponse (ASSIST - questions 2-5)

Jamais: pas de consommation au cours des 3 derniers mois.
Une ou deux fois: une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.
Mensuellement: une à trois fois en un mois.
Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.
Chaque jour ou presque chaque jour: cinq à sept jours par semaine.

Carte réponse (ASSIST - questions 6-8)

Non, jamais.
Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
Oui, durant les derniers 3 mois.