

# 5498269126 Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Substances psychoactives

DÉBA-SPA version 5.0 (adolescent.es / adultes), 2024, rév. 18 août 2025

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Goyette, M., Dufour, M., Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J., Rousseau, M., Bertrand, K., L'Espérance, N., Turcotte, S., & Turcotte A.-F.

Age

Prénom, nom de la personne

Date de naissance

 -  - 

Année

Mois

Jour

Genre

- Féminin  
 Masculin  
 Non binaire  
 Autre  
 Préfère ne pas répondre

Date de l'entrevue

 -  - 

Année

Mois

Jour

No. dossier:

Numéro de téléphone

 -  - 

## Au cours des 12 derniers mois...

Une consommation standard (CS) d'alcool équivaut à :

1 bière 341 ml (5%), 1 1/2 once (43 ml) d'alcool fort (40%), 1 bouteille de vin (13% / 750 ml = 6 CS)

### 1. a. Fréquence d'usage d'alcool?

- Jamais  
 Une fois  
 Quelquefois  
 Tous les mois  
 1 à 2 fois / sem.  
 Plusieurs fois / sem.  
 Tous les jours

### b. Combien de consommations d'alcool buvez-vous généralement à chaque jour dans une semaine habituelle de consommation? Noter en CS.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total
<input type="text"/>							

### c. Nombre de fois... ...4+ CS - femme ou ...5+ CS - hommes en 2 heures ou moins?

### 2.1 Fréquence d'usage de...

a. Cannabis (ex.: marijuana, haschich, huile, cire, cannabinoïdes synth.)

b. Médicaments sédatifs (Ativan®, Valium®, Rivotril®, Xanax®)

c. Amphétamines (ex.: Speeds, Méthamphétamines, Vyvanse®, Ritalin®)

d. Opiïdes (ex.: Dilaudid®, hydro, morphine, héroïne, codéïne, lean)

e. Cocaïne (ex.: coke, crack, freebase, poudre)

f. Hallucinogènes (ex.: MDMA, LSD, Champignons)

g. GHB (jus, GH, GBL)

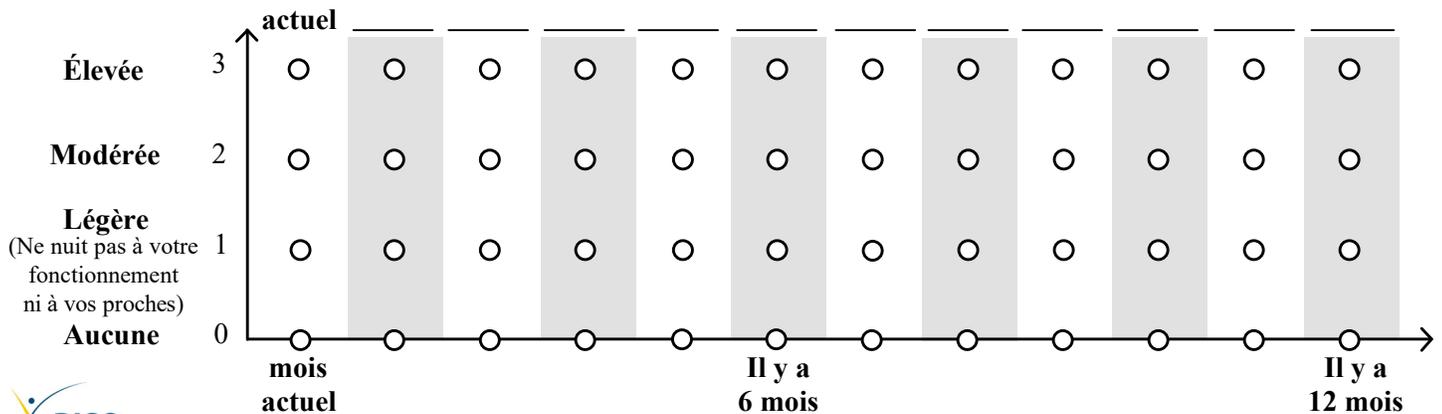
h. Autres (ex.: Colle, Solvants volatils, Kétamine, PCP, Stéroïdes anabolisants)

	Jamais	Une fois	Quel que fois	Tous les mois	1 à 2 fois sem.	Plusieurs fois sem.	Tous les jours	2.2 Modes de consommation					3. a. Prenez-vous uniquement des médicaments prescrits pour vous?		3. b. Si oui, respectez-vous la posologie?	
								Oral	Nasal	Fumé	Injecté	Autre	Oui	Non	Oui	Non
a. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
b. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
c. Amphétamines	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
d. Opiïdes	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
e. Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
f. Hallucinogènes	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
g. GHB	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
h. Autres	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Si un médicament **est prescrit pour la personne** et que la **posologie est respectée**, ne plus questionner sur ce médicament.

### 4. En pensant à toutes les substances que vous avez consommées au cours des 12 derniers mois, votre consommation à chaque mois a été... mois

Inscrire les mois retrospectivement sur les lignes



Pas du tout	Un peu			Moyennement	Beaucoup	Extrêmement				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jamais	1 fois	Quelques fois		Plusieurs fois			Souvent		Toujours	

Si la personne a consommé tous les mois ou plus ou si vous soupçonnez qu'elle a des difficultés avec un ou des groupes de substances, poursuivre le questionnaire pour ces groupes de substances.

**5. ÉCo7-SPA / Conséquences**

Depuis 12 mois, votre consommation de \_\_\_\_\_

- a. a nui à vos responsabilités ou à vos engagements ?.....
- b. a nui à votre humeur (déprimé·e, stressé·e, fâché·e, autres) ?.....
- c. a nui à vos activités sociales, sportives ou de loisir ?.....
- d. a nui à vos finances?.....
- e. vous a amené à vous isoler ?.....
- f. vous a amené à perdre de la motivation ou de l'intérêt? .....
- g. vous a amené de l'épuisement ou une grande fatigue? .....

	Alcool	Cannabis	Autres drogues et médicaments psychotropes
a.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6. EDép7-SPA / Dépendance**

Depuis 12 mois, vous avez...

- a. été inquiet·e à l'idée de manquer de \_\_\_\_\_ ?.....
- b. eu des envies très fortes de prendre de \_\_\_\_\_ ?.....
- c. eu de la difficulté à limiter votre consommation de \_\_\_\_\_ ?.....
- d. eu de la difficulté à passer à travers vos journées sans prendre de \_\_\_\_\_ ? .....
- e. tenté de diminuer ou d'arrêter votre consommation de \_\_\_ sans réussir?.....
- f. eu l'impression que votre consommation de \_\_\_\_ occupait beaucoup de votre temps?...
- g. continué à consommer, tout en sachant que \_\_\_\_\_ vous causerait plusieurs problèmes?

<b>Sous-total Q. 5 a-g</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sous-total Q. 6 a-g</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7. ÉMo4-SPA / Motifs**

Depuis 12 mois, vous avez consommé de \_\_\_\_\_

- a. pour relaxer, réduire votre stress et votre anxiété ?.....
- b. quand vous vous sentiez seul·e ou triste?.....
- c. pour oublier vos problèmes ou pour ne plus ressentir vos émotions?.....
- d. quand vous vous sentiez frustré·e ou en colère?.....

<b>Sous-total Q. 7 a-d</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Score total Q. 5 à 7</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Alcool		Cannabis	Autres drogues et médicaments psychotropes	Interprétation des scores
Ado	Adultes	(Ado et Adultes)	(Ado et Adultes)	
0 - 9	0 - 11	0 - 18	0 - 12	Feu vert: Prévention
10 - 26	12 - 41	19 - 53	13 - 59	Feu jaune: Intervention précoce
27 +	42 +	54 +	60 +	Feu rouge: Services spécialisés en dépendance

J'autorise la transmission de cette évaluation et le partage d'informations me concernant, pour fin d'orientation de service, à tout organisme public, privé et communautaire.  
Date: \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_