

# Questionnaire de dépistage CRAFFT 2.1+N

## À compléter par le patient

« Veuillez répondre à toutes les questions **honnêtement**. Vos réponses resteront confidentielles. »

**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 <b>alcoolisée</b> ?<br>Écrivez « 0 » si aucun.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 2. | Consommé de la <b>marijuana</b> (cannabis, huile, cire, en fumant, en vapotant, en tamponnant ou en mangeant) ou de la « <b>marijuana synthétique</b> » (par exemple, le « K2 » ou le « Spice ») ? Écrivez « 0 » si aucun.                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 3. | Utilisé d' <b>autres substances pour planer</b> (par exemple, d'autres drogues illégales, des médicaments en vente libre et des produits à « sniffer » ou à vapoter)? Écrivez « 0 » si aucun.                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/><br>Nb de jours |
| 4. | Utilisé un système de <b>vapotage contenant de la nicotine et/ou des arômes*</b> , ou consommé quelconques autres <b>produits de tabac</b> †? Écrivez « 0 » si aucun.<br>*Comme les e-cigs, mods, pods comme JUUL, vapoteuses jetables comme Puff Bar, stylos vapoteuses ou shishas électroniques. † Cigarettes, cigares, cigarillos, narguilés, tabac à mâcher, tabac à priser, snus, dissolvables ou sachets de nicotine. | <input type="text"/><br>Nb de jours |

### LISEZ CES INSTRUCTIONS AVANT DE CONTINUER :

- Si vous avez mis « 0 » dans TOUTES les cases ci-dessus, RÉPONDEZ À LA QUESTION 5 CI-DESSOUS, PUIS ARRÊTEZ-VOUS.
- Si vous avez mis « 1 » ou plus aux questions 1, 2 ou 3 ci-dessus, RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 5 à 10 CI-DESSOUS.
- Si vous avez mis « 1 » ou plus à la question 4 ci-dessus, RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS DE LA DERNIÈRE PAGE.

### Encerclez une réponse

- |     |                                                                                                                                      |     |     |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 5.  | 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? | Non | Oui |
| 6.  | 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)?   | Non | Oui |
| 7.  | Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes SEUL(E)?                                                                   | Non | Oui |
| 8.  | Vous arrive-t-il d'OUBLIER des choses que vous avez faites sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?                                 | Non | Oui |
| 9.  | Est-ce que votre FAMILLE ou vos AMIS vous disent que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue?                  | Non | Oui |
| 10. | Avez-vous déjà eu des ENNUIS lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?                                            | Non | Oui |

### 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.

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.

« 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\*. » Encerclez votre réponse pour chaque question.

**Encerclez une réponse**

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

\*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.

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.