

Évaluer la consommation d'alcool :

Questionnaire FACE

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois au moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à quatre fois par semaine	3
Quatre fois par semaine ou plus	4

2. Combien de verres standards buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non	0
Oui	4

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non	0
Oui	4

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce vous avez pu dire ou faire ?

Non	0
Oui	4

Score total : _____

Interprétation

Hommes	Femmes
Score inférieur à 5: risque faible ou nul	Score inférieur à 4: risque faible ou nul
Score de 5 à 8 : consommation excessive probable	Score de 4 à 8 : consommation excessive probable
Score supérieur à 8 : dépendance probable	Score supérieur à 8 : dépendance probable

Pour en savoir plus sur les ressources vis à vis des addictions,
lien vers le site nouvel-essor.com



Atelier de sensibilisation aux addictions

Questionnaires d'auto évaluation degré de dépendance à divers comportements

proposés par François Couppey

Questionnaires recueillis et proposés par
François COUPPEY
patient expert & addictologue

Siret : 488 944 281 00036

Tél : 06 08 71 70 82
www.nouvel-essor.com
155, rue du minigolf - 69590 La Chapelle sur Coise

Dépendance au téléphone portable

Questionnaire d'évaluation de l'usage du smartphone

1. La nuit, lorsque vous êtes couché(e), votre portable est-il allumé et posé sur votre table de nuit ou à côté de votre oreiller ?	Oui	Non
2. Au moment des repas, posez-vous votre smartphone sur la table ou à côté de vous ?	Oui	Non
3. Lorsque votre téléphone sonne, bippe ou vibre, accourez-vous pour regarder ?	Oui	Non
4. Vérifiez-vous plusieurs fois par jour votre téléphone portable pour vous assurer de ne pas passer à côté d'un message ou d'une notification ?	Oui	Non
5. Êtes-vous mal ou stressé(e) lorsque votre smartphone ne capte pas de réseau ou s'il fonctionne mal ?	Oui	Non
6. Répondez-vous aux SMS, mails, appels, ou messages sur les réseaux sociaux, à toutes heures, même si cela interrompt vos activités ?	Oui	Non
7. Lorsque que vous patientez dans une salle d'attente, consultez-vous votre smartphone pour passer le temps ?	Oui	Non
8. Lorsque vous conduisez, continuez-vous à téléphoner ou échanger par SMS ?	Oui	Non
9. Vous sentez-vous démuni lorsque vous avez oublié votre smartphone ?	Oui	Non
10. Au réveil, votre premier réflexe est-il de consulter votre téléphone portable ?	Oui	Non
11. Répondez-vous à un appel alors que vous êtes en train de discuter avec un ami ou lors d'une réunion professionnelle ?	Oui	Non
12. Répondez-vous à un message (SMS ou e-mail) en moins de 10 minutes ?	Oui	Non
13. Passez-vous du temps sur votre smartphone alors que vous avez des choses plus importantes à faire ?	Oui	Non
14. Envoyez-vous plus de 10 messages par jour ?	Oui	Non
15. Votre téléphone vous sert-il à vous réveiller, surfer sur le web ... ?	Oui	Non
Score total		

Interprétation

Moins de 5 réponses "oui" : pour vous, le téléphone est un simple outil, très pratique pour communiquer et être joignable, mais vous savez l'utiliser avec modération.

Entre 5 et 10 "oui" : votre téléphone portable occupe une place importante dans votre vie. Si vous avez répondu "Oui" moins de 7 fois, vous réussissez à gérer l'utilisation de votre téléphone. Au-delà de 7 Oui, il semble que vous ayez du mal à vous passer de votre téléphone.

Plus de 10 réponses "oui" : vous êtes dépendant à votre smartphone. Si l'idée de vous retrouver sans téléphone portable ou d'imaginer votre smartphone en panne vous inquiète vraiment, vous souffrez de nomophobie (contraction de l'expression en anglais No Mobile Phone Phobia). Il est grand temps de déconnecter !

Evaluer le degré de dépendance tabagique.

Questionnaire de Fagerstrom

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre Combien de cigarettes fumez-vous par Jour ? première cigarette ?

- moins de 5 minutes	3	- 10 ou moins	0
- 6 à 30 minutes	2	- 11 à 20	1
- 31 à 60 minutes	1	- 21 à 30	2
- après plus d'1heure	0	- 31 ou plus	3

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- oui	1
- non	0

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- oui.....	1
- non	0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- la première	1
- une autre	0

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- oui	1
- non	0

Score total.....

Interprétation	0-2 pas de dépendance	3-4 dépendance faible
5-6 dépendance moyenne	7-8 dépendance forte	9-10 dépendance très forte

Auto-évaluation de la dépendance au cannabis

Questionnaire CAST

CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?

Oui Non

Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?

Oui Non

Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

Oui Non

Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?

Oui Non

Interprétation

2 réponses positives : Vous devez vous interroger sérieusement sur les conséquences de votre consommation.

3 réponses positives ou plus : Vous devriez demander de l'aide.