

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

	OUI	NON
1. Est-ce que je consomme régulièrement une ou des substance(s) ?		
2. M'est-il difficile, voire impossible de cesser toute consommation de substance pendant plus de 24 heures ?		
3. Ai-je progressivement augmenté la quantité de substance que je consomme pour obtenir un effet ?		
4. Si je ne peux pas consommer ce(s) produit(s), existe-t-il un état de manque ?		
5. La consommation de produit(s) dont j'ai besoin me revient-elle chère ?		
6. Suis-je prêt(e) à dépenser beaucoup de temps et d'énergie pour me procurer ce(s) produit(s) ?		
7. Ma santé souffre-t-elle de mes consommations ?		
8. Existe-t-il des conséquences sur mon travail ?		
9. Existe-t-il des conséquences sur ma vie familiale ?		
10. Existe-t-il des conséquences sur ma vie relationnelle et mes loisirs ?		
Total :		

Pour chaque réponse « OUI » attribuez la note 1

Attribuez la note 0 pour chaque réponse « NON ».

SCORE OBTENU :

Reportez le score sur l'échelle visuelle ci-dessous :

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plus le score est élevé, et plus l'intensité de votre dépendance est importante.

Un score supérieur ou égal à 2 indique une dépendance.

Remarque :

.....

.....