

DUDIT-E

Dossier n°

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

Drug Use Disorders Identification Test—Extended



Homme

Femme

Âge

--	--

À quelle fréquence consommez-vous les substances suivantes? (Voir la liste de drogues du DUDIT)	Jamais	Essayé une fois ou plus	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 ou 3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus	Cochez si vous voulez dire au cours d'une rechute ou de périodes limitées
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiacés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalants (solvants, diluants et autres drogues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB et autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilules (somnifères/calants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilules (antidouleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac (cigarettes, cigares, tabac à pipe, tabac sans fumée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qu'est-ce qui est positif pour vous dans la consommation de drogues?	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Tout à fait
1. Je dors mieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai moins de tensions et je deviens décontracté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je deviens heureux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je deviens fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens «normal».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je deviens créatif (j'ai des idées, je fais des choses artistiques).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je deviens actif (je fais le ménage, je fais la vaisselle, je lave la voiture, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'aime tout le monde et le monde entier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai plus confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je ressens moins de douleur au dos, au cou, à la tête, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai le sentiment que tout va s'arranger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La vie sans drogues est ennuyante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je peux contrôler des sentiments comme l'anxiété, la colère et la dépression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avec la drogue, je peux fonctionner socialement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avec la drogue, je sens que je fais partie du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai un meilleur contact avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je profite davantage de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page pour continuer



Qu'est-ce qui est négatif pour vous dans la consommation de drogues?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
1. Au cours de la dernière année, j'ai eu des problèmes au travail, à l'école ou à la maison à cause de la drogue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours de la dernière année, j'ai demandé des soins médicaux ou hospitaliers ou j'ai eu des problèmes médicaux (par exemple, perte de mémoire ou hépatite) à cause de la drogue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours de la dernière année, je me suis querellé ou j'ai eu recours à la violence sous l'influence de la drogue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours de la dernière année, j'ai eu des problèmes avec la police à cause de la drogue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Tout à fait
5. Je ressens de l'anxiété.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'évite la compagnie des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai des maux de tête ou des nausées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai de moins bons contacts avec mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai moins envie d'avoir des relations sexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cela détruit les finances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je deviens passif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ma santé se détériore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'en viens à manquer d'égards.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cela détruit la vie familiale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je vois tout comme un grand chaos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous de la drogue?	Pas du tout	En partie	Tout à fait
1. Aimez-vous prendre de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En avez-vous assez de prendre de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous êtes-vous inquiété de votre consommation de drogues au cours de la dernière année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Êtes-vous prêt à travailler pour changer votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pensez-vous avoir besoin d'aide professionnelle pour changer votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Croyez-vous pouvoir obtenir l'aide professionnelle appropriée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Croyez-vous qu'un traitement professionnel peut vous aider pour votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pensez-vous qu'il est important de changer votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Croyez-vous qu'il sera difficile de changer votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Est-ce que vous avez déjà changé votre consommation de drogues et êtes à la recherche de méthodes pour vous aider à éviter les rechutes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>