

## Questionnaire DAST-20

	<b>1</b>	<b>0</b>	Score de la ligne
1 - Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés ?	Oui	Non	
2 - Avez-vous fait un usage abusif de médicament sur ordonnance ?	Oui	Non	
3 - Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois ?	Oui	Non	
4 - Pouvez-vous vous passez de drogues pendant une semaine complète ?	Non	Oui	
5 - Êtes-vous toujours capable d'arrêter d'utiliser des drogues ou des médicaments quand vous le voulez ?	Non	Oui	
6 - Avez-vous eu de brèves pertes de mémoire (blackouts) ou des irrptions de souvenirs (flashbacks) après avoir pris une drogue ou un médicament ?	Oui	Non	
7 - Votre consommation de drogues ou de médicament suscite-t-elle un sentiment de culpabilité ou de malaise de votre part ?	Oui	Non	
8 - Vos parents ou votre conjoint se plaignent-ils de votre comportement vis-à-vis des drogues ou des médicaments ?	Oui	Non	
9 - Est-ce que l'abus de drogues ou de médicaments vous a causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents ?	Oui	Non	
10 - Avez-vous perdu des amis à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
11 - Avez-vous négligé votre famille à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
12 - Avez-vous eu des ennuis au travail causés par l'abus de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
13 - Avez-vous perdu un emploi à cause de l'usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	

14 - Vous êtes vous battu(e) en étant sous l'influence de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
15 - Vous êtes vous engagé(e) dans des activités illégales dans le but d'obtenir des drogues ou des médicaments ?	Oui	Non	
16 - Avez-vous été arrêté(e) pour possession de drogues illégales	Oui	Non	
17 - Avez-vous éprouvé des symptômes de sevrages après avoir interrompu votre consommation de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
18 - Avez-vous eu des problèmes médicaux suite à votre usage de drogues ou de médicaments (pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignement, etc) ?	Oui	Non	
19 - Avez-vous cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
20 - Avez-vous suivi un programme de traitement spécifiquement lié à l'usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	

### **Interprétation :**

0	Aucun risque
1 à 5	Risque faible
6 à 10	Risque possible (suivi ambulatoire)
11 à 15	Risque substantiel (suivi intensif)
16 à 20	Risque sévère (suivi intensif)