

## **CRAFFT+N: Le modèle SBIRT dans les écoles**

### **Introduction au script du dépistage**

#### **Présenter le dépistage**

J'aimerais vous poser quelques questions de dépistage sur l'alcool, d'autres drogues, la nicotine et le tabac que nous posons à tous les élèves de votre classe.

#### **Aborder la confidentialité**

Il n'existe aucune trace écrite de ce dépistage comprenant des informations qui vous identifient spécifiquement. Tout ce que vous me direz sera tenu le plus confidentiel possible. L'une des raisons pour lesquelles ces informations ne seraient pas maintenues confidentielles serait de dire quelque chose qui implique un risque immédiat pour votre sécurité ou celle de quelqu'un d'autre. Par ailleurs, vous, votre parent ou votre tuteur pouvez demander une copie des informations dont nous avons discuté aujourd'hui. Dans tous les cas, nous déterminerions ensemble les prochaines étapes d'un accompagnement. Vous comprenez ?

#### **Demander la permission pour poser des questions**

Est-il possible de vous poser ces questions ?

# Entretien de dépistage CRAFFT 2.1+N

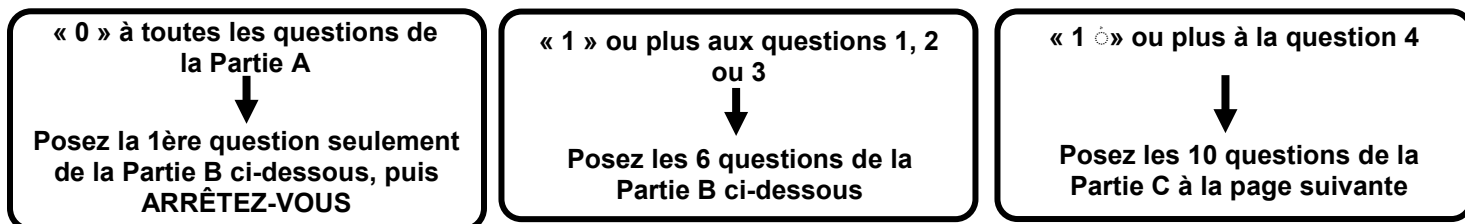
l'initiative SBIRT dans les écoles

## Partie A

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avec quelle fréquence (en jours) avez-vous :

- |   |  |
|---|--|
| <b>1.</b> Bu plus que quelques gorgées de bière, de vin ou de boisson <b>alcoolisée</b> ? Dites « 0 » si c'est le cas.  | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>Nb de jours |
| <b>2.</b> Consommez-vous 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 »)? Dites « 0 » si c'est le cas.  | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>Nb de jours |
| <b>3.</b> Utilisez-vous <b>d'autres substances pour planer</b> (par exemple, d'autres drogues illégales, des pilules, des médicaments en vente libre et des produits à « sniffer » ou à vapoter ou inhaler ou injecter)? Dites « 0 » si c'est le cas.   | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>Nb de jours |
| <b>4.</b> Utilisez-vous un <b>dispositif de vapotage*</b> contenant de la <b>nicotine ou des arômes</b> , ou utilisez-vous des <b>produits de tabac</b> <sup>†</sup> ? *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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>Nb de jours |

### Si l'élève a répondu...



## Partie B

Encerclez une réponse

- |          |  |            |            |
|----------|--|------------|------------|
| <b>C</b> | 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? | <b>Non</b> | <b>Oui</b> |
| <b>R</b> | 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)?   | <b>Non</b> | <b>Oui</b> |
| <b>A</b> | Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes SEUL(E)?   | <b>Non</b> | <b>Oui</b> |
| <b>F</b> | Vous arrive-t-il d'OUBLIER des choses que vous avez faites sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?                                 | <b>Non</b> | <b>Oui</b> |
| <b>F</b> | Est-ce que votre FAMILLE ou vos AMIS vous disent que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue?                  | <b>Non</b> | <b>Oui</b> |
| <b>T</b> | Avez-vous déjà eu des ENNUIS lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?  | <b>Non</b> | <b>Oui</b> |



« 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\*. »

## Partie C

Encerclez une réponse

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

---

### \*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.

---

**Source et coordonnées:** © John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020

Reproduit avec permission du Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), au Children's Hospital à Boston  
craftt@childrens.harvard.edu

Pour plus de détails et des versions dans d'autres langues, allez à [www.masbirt.org/schools](http://www.masbirt.org/schools)