



A PROPOS DE VOUS

si vous êtes accompagnant, et que vous consultez en tant qu'entourage d'une personne souffrant d'addiction, merci de ne pas répondre à ce questionnaire.

1. Votre âge :

2. Venez-vous pour la première fois dans cette structure de soins en addictologie ?

- ☐ oui ☐ non

3. Avez-vous déjà été suivi(e) dans une autre structure de soins en addictologie ?

- ☐ oui ☐ non

4. Le ou les motifs pour le(s)quel(s) vous avez décidé de débiter vos soins dans cette structure de soins en addictologie :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Substances sédatives / Hypnotiques / anxiolytiques (*benzodiazépines, xanax, rivotril, Téresta, Valium, stilnox etc.; gabapentinoïde : Lyrica, Neurontin ; GHB, GBL*)
- ☐ Substances opioïdes (*héroïne, codéine, morphine, oxycodone, tramadol, méthadone, burpénorphine etc.*)
- ☐ Cannabis
- ☐ Cannabinoïdes de synthèse
- ☐ Cocaïne
- ☐ Substances psychostimulantes (*amphétamines, méthamphétamine, cathinone, etc*)
- ☐ MDMA (ecstasy)
- ☐ Cathinones de synthèse (*sels de bain, 3-MMC, 4-MEC, 3-CMC, etc.*)
- ☐ Substances hallucinogènes (*LSD, psilocybine, mescaline, etc.*)
- ☐ Substances volatiles (*protoxyde d'azote, poppers, colle, etc.*)
- ☐ Autre substance
- ☐ Jeu de hasard et d'argent
- ☐ Jeu vidéo
- ☐ Sexe
- ☐ Autre comportements, précisez :

Merci de répondre aux questions suivantes en considérant **la période des 12 derniers mois**, pour les encadrés qui vous concernent :

5. Avez-vous joué au moins une fois à un jeu de hasard et d'argent ? (*Jeux de grattage, machine à sous, loterie, pari sportif, pari hippique, poker...*)

- ☐ oui → merci de remplir la grille de questions ci-après, et de poursuivre avec les questions suivantes
- ☐ non → Ne remplissez pas la grille de la question 6 ci-après et passez directement à la question 8



CONCERNANT LES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT



6-1. Avez-vous misé plus d'argent que **vous pouviez vous permettre de perdre ?**

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-2. Avez-vous eu besoin **de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?**

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-3. Êtes-vous **retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?**

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-4. Avez-vous **vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?**

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-5. Avez-vous **déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?**

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-6. Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-7. Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-8. Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ?

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

6-9. Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ La plupart du temps ☐ Toujours

7. Avez-vous déjà été questionné sur votre pratique de jeu par un professionnel de santé ?

- ☐ Oui, par un professionnel de santé en addictologie
☐ Oui, par avec un autre professionnel de santé
☐ Autre



EN SAVOIR UN PEU PLUS SUR D'AUTRES COMPORTEMENTS :

Comportements sexuels

8-1. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées sexuelles ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

8-2. Avez-vous tenté d'arrêter certains aspects de votre activité sexuelle ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

8-3. Avez-vous négligé des parties importantes de votre vie (comme le travail, la famille, les amis, les activités de loisirs) parce que vous passiez trop de temps à avoir des activités sexuelles ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

9. Avez-vous déjà été questionné sur votre comportement sexuel par un professionnel de santé ?

- ☐ Oui (par professionnel de santé en addictologie) ☐ Oui (par autre professionnel de santé) ☐ Non

Utilisation de jeux vidéo

10-1. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées en lien avec les jeux vidéos ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

10-2. Avez-vous tenté d'arrêter de jouer aux jeux vidéo ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

10-3. Avez-vous négligé des parties importantes de votre vie (comme le travail, la famille, les amis, les activités de loisirs) parce que vous passiez trop de temps à jouer au jeux vidéo ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

11. Avez-vous déjà été questionné sur votre pratique des jeux vidéos par un professionnel de santé ?

- ☐ Oui (par professionnel de santé en addictologie) ☐ Oui (par autre professionnel de santé) ☐ Non

Achats

12-1. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées en lien avec des achats ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

12-2. Avez-vous tenté d'arrêter des achats dont vous n'aviez ni le besoin, ni l'envie ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

12-3. Avez-vous négligé des parties importantes de votre vie (comme le travail, la famille, les amis, les activités de loisirs) parce que vous passiez trop de temps à réaliser des achats ?

- ☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

13. Avez-vous déjà été questionné sur vos achats par un professionnel de santé ?

- ☐ Oui (par professionnel de santé en addictologie) ☐ Oui (par autre professionnel de santé) ☐ Non



EN SAVOIR UN PEU PLUS SUR D'AUTRES COMPORTEMENTS :

Sport / exercice physique

14-1. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées en lien avec vos activités sportives ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

14-2. Avez-vous tenté d'arrêter vos activités sportives ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

14-3. Avez-vous négligé des parties importantes de votre vie (comme le travail, la famille, les amis, les activités de loisirs) parce que vous passiez trop de temps à réaliser vos activités sportives ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

15. Avez-vous déjà été questionné sur vos activités sportives par un professionnel de santé ?

☐ Oui (par professionnel de santé en addictologie) ☐ Oui (par autre professionnel de santé) ☐ Non

Concernant votre rapport à votre corps et à l'alimentation

16-1. Vous êtes-vous **déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien** « l'estomac plein » ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

16-2. Craignez-vous d'avoir **perdu le contrôle des quantités** que vous mangez ?

☐ oui ☐ non

16-3. Avez-vous récemment **perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois** ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

16-4. Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

16-5. Diriez-vous que **la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie** ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

17. Si vous avez répondu oui à au moins 2 questions, avez-vous déjà été questionné sur ce sujet par un professionnel de santé ?

☐ oui ☐ non ☐ Je ne souhaite pas répondre

Merçi

Le CHU de Nantes, la SRAE Addictologie des Pays de la Loire et la structure qui vous accueille (CSAPA/SSRA/CS Hospitalière) vous remercient de votre participation.

Si besoin de plus de renseignements vous pouvez contacter la SRAE Addictologie :
contact@srae-addicto-pdl.fr