

## ANNEXES 2 : Exemples de test de dépistage

# TABAC

## TEST DE FAGERSTRÖM

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 5 minutes | 3 |
| <input type="checkbox"/> 6 à 30 minutes     | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 à 60 minutes    | 1 |
| <input type="checkbox"/> Après 60 minutes   | 0 |

6. Trouver-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> Non | 0 |

5. Quelle cigarette trouvez-vous la plus

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 10 au moins | 0 |
| <input type="checkbox"/> 11 à 20     | 1 |
| <input type="checkbox"/> 21 à 30     | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 ou plus  | 3 |

4. Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> Non | 0 |

3. Fumez-vous-même si une maladie vous oblige à

### INTERPRETATION DES RESULTATS DU TEST

*Les chiffres placés en colonne à droite (de couleur brique) permettent d'établir le score*

- Score entre 0-2 : pas de dépendance
- Score entre 3-4 : dépendance faible
- Score entre 5-6 : dépendance moyenne
- Score entre 7-8 : dépendance forte
- Score entre 9-10 : dépendance très forte

## ALCOOL : QUESTIONNAIRE DETA-CAGE

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | – |
| <input type="checkbox"/> Non |   |

2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui |  |
| <input type="checkbox"/> Non |  |

3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui |  |
| <input type="checkbox"/> Non |  |

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui |  |
| <input type="checkbox"/> Non |  |

### INTERPRETATION DES RESULTATS DU TEST

*Compter 1 : pour toute réponse positive, 0 si non*

- Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolodépendance à partir de 2 items positifs.

## TEST D'ÉVALUATION D'ABUS OU DE DEPENDANCE

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, incidents, mauvais résultats à l'école... ?) Lesquels	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### INTERPRETATION DES RESULTATS DU TEST

*Le CAST n'es pas un outil diagnostique mais un test de repérage. Il a été développé pour un public d'adolescents ou de jeunes adultes. En pratique, le score se calcule de la façon suivante : les deux premières*

*questions cotent 1 à partir de la réponse « de temps en temps », 0 sinon. Les quatre suivantes cotent 1 dès la réponse « rarement ». Le score varie de 0 à 6. Un score  $\geq 4$  suggère un usage problématique.*

# TRAVAIL

## TEST DE ROBINSON

1. je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander l'aide
2. je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps
3. j'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre
4. je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité
5. j'ai plusieurs fers au feu, je suis tout le temps occupé
6. je fais plusieurs choses en même temps (manger, lire, répondre au téléphone...)
7. je m'implique trop dans mon travail, je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail
8. je me sens coupable lorsque je ne travaille pas
9. il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais
10. je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver
11. les choses ne vont jamais assez vite pour moi
12. je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient
13. je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà une réponse
14. je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler
15. je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau
16. je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elle
17. je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler
18. j'ai tendance à me mettre la pression en m'imposant des délais quand je travaille
19. il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas
20. je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis ou aux activités de loisirs
21. j'aime préparer mon travail pour prendre de l'avance
22. je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines
23. je consacre plus d'énergie à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille
24. j'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales
25. je prends des décisions importantes avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion

### INTERPRETATION DES RESULTATS DU TEST

*Ce test comprenant 25 items permet de détecter et quantifier le workaholisme : chaque réponse est cotée de 1 à 4 (1=jamais, 2=parfois, 3=souvent, 4=toujours).*

Trois niveaux de risques ont été établis par l'auteur : faible entre 25 et 56 ; moyen entre 57 et 66 ; élevé entre 67 et 100