



ETAT MEDICAL

\*1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ?   
(Y compris surdosage et delirium tremens ; excepté désintoxication)

2 - Combien de temps s'est écoulé votre dernière hospitalisation pour un problème physique ?  
ans   
mois

3 - Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie ?   
(sérologie VIH et hépatites)  
0 - Non 1 - Oui

4 - Avez-vous un médicament prescrit pour un problème physique ?   
0 - Non 1 - Oui

5 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ?   
(hors d'une incapacité psychiatrique)  
0 - Non 1 - Oui

\*6 - Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?   
0 - Non 1 - Oui  
Si non, allez à la question 10

\*7 - Lors de vos relations sexuelles, utilisez-vous un préservatif ?   
0 - Jamais  
1 - Occasionnellement  
2 - Toujours

\*8 - Lors de vos relations sexuelles, utilisez-vous (ou votre partenaire) un moyen de contraception (hors préservatif) ?   
0 - Jamais  
1 - Occasionnellement  
2 - Toujours

\*9 - Combien de partenaires sexuels avez-vous eu dans les :  
30 derniers jours   
12 derniers mois

10 - Si vous utilisez des seringues ou des pailles pour votre consommation, quelles sont vos sources d'approvisionnement ?   
1 - Points de distribution  
2 - Autres consommateurs  
3 - Autres (préciser) : .....

11 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ?

*Question 12 et 13 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective*

12 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux ?

13 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ?

*Évaluation de sévérité par l'interviewer*

14 - Comment évaluez-vous son besoin en traitement médical ?

*Évaluation de confiance*

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

15 - volontairement par le patient   
0 - Non 1 - Oui

16 - par son incapacité à comprendre   
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

# OCCUPATION

\*1 - Actuellement quelle est votre occupation?

- 1 - Ecole
- 2 - Travail
- 3 - Ecole et travail
- 4 - Aucune

2 - Etes-vous satisfait de cette situation ?

- 0 - Non
- 1 - Indifférent
- 2 - Oui

## ECOLE

\*3 - Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans)

ans			mois		

\*4 - Formation ou études techniques (en mois)

--	--

5 - Avez-vous actuellement, ou avez-vous déjà eu des difficultés à l'école de type :

- 0 - Non
- 1 - Oui

- 1 - Apprentissage
- 2 - Comportement
- 3 - Avec l'autorité
- 4 - De consommation
- 5 - De motivation
- 6 - Autres (préciser) : .....

\*6 - Combien de fois avez-vous été expulsé(e) provisoirement ou définitivement?

--	--

\*7 - Êtes-vous actuellement inscrit dans une école ?

- 0 - Non
- 1 - Oui

Si NON, pour quelle raison ?

- 1 - Expulsion
- 2 - Abandon volontaire
- 3 - Fin d'un programme scolaire
- 4 - Autre : .....

Si OUI, en quelle année êtes-vous ?

.....

8 - Combien de journées avez-vous été absent de l'école au cours des 30 derniers jours ?

--	--

9 - Combien de ces absences étaient pour des raisons médicales ?

--	--

10 - Combien de ces absences étaient non justifiées ?

--	--

## TRAVAIL

\*11 - Au cours des 12 derniers mois avez-vous travaillé ?

- 0 - Non
- 1 - Oui (préciser) : .....

12a - Actuellement, quelles sont vos conditions de travail ?

- 1 - Temps plein
- 2 - Temps partiel régulier
- 3 - Temps partiel irrégulier
- 4 - Emploi saisonnier (été, hiver)
- 5 - Autre : .....

12b - 1 - Jour

- 2 - Soir
- 3 - Nuit
- 4 - Variable

13 - Quelle a été la plus longue durée de votre emploi à plein temps ?

ans			mois		

14 - Avez-vous un métier, une profession, une compétence ?

- 0 - Non
- 1 - Oui (préciser) : .....

15 - Avez-vous votre propre moyen de locomotion (mobylette, scooter, voiture, moto) ? (sans permis valide répondez non)

- 0 - Non
- 1 - Oui (préciser) : .....

16 - Au cours des 12 derniers mois combien d'argent avez-vous reçu de votre travail ?

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

COMMENTAIRES

**17** – Combien d'argent avez-vous reçu de sources suivantes au cours des 30 derniers jours (*y compris le travail au noir*) ?

Emploi	<input type="text"/>
Chômage	<input type="text"/>
Aide sociale	<input type="text"/>
Pension	<input type="text"/>
Conjoint, famille	<input type="text"/>
Amis ou gains	<input type="text"/>
Illégal	<input type="text"/>

**18** – Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (*nourriture, logement, etc*) ?

**19** – Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des problèmes de travail du type :  
0 = non, 1 = oui

1 – Absentéisme	<input type="text"/>
2 – Respect des règles	<input type="text"/>
3 – Rendement	<input type="text"/>
4 – Relationnel avec les collègues	<input type="text"/>
5 – De consommation	<input type="text"/>
6 – Autre (préciser) : .....	<input type="text"/>

**LOISIRS**

**20** – Avec qui passez-vous généralement votre temps libre ?

1 – Seul	<input type="text"/>
2 – Ami(e)s ou petit(e)-ami(e) consommateur	<input type="text"/>
3 – Ami(e)s ou petit(e)-ami(e) non consommateur	<input type="text"/>
4 – Famille	<input type="text"/>
5 – Autre (préciser) : .....	<input type="text"/>

**21** – Quelles sont vos activités durant vos périodes de loisirs ?

Activité	Freq.	Conso	Modalité
1 – Sport			
2 – Lecture/ écoute musique			
3 – Télévision			
4 – Pratique musique			
5 – Sortie (cinéma, spectacle, shopping)			
6 – Sortie (bar, discothèque)			
7 – Jeux d'argent et de hasard			
8 – Bénévolat, asso.			
9 – Ordinateur			
10 – Théâtre, dessin, peinture, écriture			
11 – Oisif			
12 – Autres : .....			

Fréquence (Freq)	Consommation (Conso)	Modalités
0- Jamais	0- Jamais	1- seul
1- Occasionnellement	1- Occasionnellement	2- groupe informel
2- Régulièrement	2- Souvent	3- activité structurée
	3- Toujours	
	N si aucune activité	

**22** – Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes dans vos occupations ?

**Question 23 et 28 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective**

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours

**23** – Par des problèmes scolaires ?

**24** – Par des problèmes d'emploi ?

**25** – Par des problèmes de loisirs ?

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir de l'aide pour :

**26** – Vos problèmes scolaires ?

**27** – Vos problèmes d'emploi ?

**28** – Vos problèmes de loisirs ?

**Évaluation de sévérité par l'interviewer**

**29** – Comment évaluez-vous son besoin d'une aide ou consultation par rapport à ses occupation ?

**Évaluation de confiance**

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

**30** – Volontairement par le patient  
0 – Non 1 – Oui

**31** – Par son incapacité à comprendre  
0 – Non 1 – Oui

COMMENTAIRES

## SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de \*.

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Toute la vie années	Voie	Partenaire	Lieu	Mode d'obtention
* <u>1</u> - alcool toute utilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>2</u> - alcool intox	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>3</u> - héroïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4a</u> - méthadone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4b</u> - buprénorphine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>5</u> - autres opiacés/ analgésiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>6</u> - barbituriques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>7</u> - autres sédatifs/ hyp/tranq	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>8</u> - cocaïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>9</u> - amphétamines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>10</u> - cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>11</u> - hallucinogène	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12</u> - inhalant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>13</u> - plus d'une substance par jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12b</u> - tabac	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12d</u> - - tout jeu - dont jeu argent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Voie d'administration:**  
 1 = orale,            4 = inj. non IV  
 2 = nasale,         5 = IV  
 3 = pulmonaire

**Partenaire de consommation:**  
 1 = seul            4 = frère/soeur  
 2 = ami,            5 = parent  
 3 = petit(e)-ami(e) 6 = famille  
 7 = Tous            élargie

**Lieu de consommation:**  
 1 = lieu public     5 = lieux  
 2 = travail/école    clandestin s  
 3 = chez des amis    6 = partout  
 4 = maison

**Mode d'obtention:**  
 1 = parent         4 = lui-même  
 2 = frère/soeur    5 = prescription  
 3 = amis            6 = autre

\* 12e- Etes-vous préoccupé(e) par votre poids et avez-vous fait des tentatives de maîtrise de votre poids

30 derniers jours	vie entière	moyen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Moyen:** 1 = restriction, 2 = boulimie + vomissements, 3 = laxatif-diurétique-autres substances, 4 = hyperactivité physique, 5 = boulimie + perte contrôle, 6 = combinaison

\* 12c- Autre addiction sans substance posant problème : \_\_\_\_\_ (précisez)

0= non ; 1= oui

Si oui, 30 derniers jours   

Toute la vie (en années)   

12f- Pour quelles raisons consommez-vous ?    0= non, 1= oui

1 – Pour essayer	<input type="text"/>
2 – Pour faire comme les autres	<input type="text"/>
3 – Pour le plaisir	<input type="text"/>
4 – Pour vous calmer ou dormir	<input type="text"/>
5 – Pour oublier vos problèmes	<input type="text"/>
6 – Pour vous sentir mieux dans votre peau	<input type="text"/>
7 – Pour vous stimuler (école, travail, loisir)	<input type="text"/>
8 – Autre	<input type="text"/>

**14-** Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal ?

(Veuillez coder comme précédemment ou : 15-polysubstances;  
 17-tabac ; 19 :autre addiction sans substance)

--	--

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

--

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c	12d	2e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----	-----	----

**15a** – Combien de fois avez-vous arrêté de consommer  
 cette(ces) substance(s) au moins une semaine ?

--	--

**15b-** Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence  
 volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s)  
 ou d'une autre addiction sans substance  
 - en semaine - (00-jamais abstinent)

--	--

**16-** Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé ?  
 (00- encore abstinent)

--	--

**\*17-** Combien de fois avez-vous eu :

- un delirium tremens (alcool)
- une overdose (drogue)


**\*18-** Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)


**\*19-** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)


**20a-** Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- alcool
- substances (hors alcool et tabac)
- tabac
- jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)


**20b** - Au cours des 30 derniers jours quelles ont été vos sources de revenu pour l'achat de vos consommations ?

0 – Non 1 – Oui

- parents
- travail
- emprunts d'argent
- vente d'objets personnels
- activités illégales (vente objets volés)
- autres (précisez) : .....


**21** - Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours ? (y compris AA, NA)

--	--

**22** - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- problèmes de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance


**Question 23 et 24 : demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective :**

**23** - Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- problèmes de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)


**24** - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces :

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- problèmes de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance (hors jeu et TCA)


**Evaluation de sévérité par l'interviewer**

**25b-** Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----	-----	-----

**25-** Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour :

- problème d'alcool
- problème de substances (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème de jeu
- TCA
- autre addiction sans substance

**Evaluation de confiance**

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

**26-** Volontairement par le patient

- 0- Non
- 1- Oui

**27-** Par son incapacité à comprendre

- 0- Non
- 1- Oui



SYSTEME SOCIAL / LEGAL

1 - Cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire ou social ?

0 - Non 1 - Oui

2 - Quelle est votre situation actuelle en regard du réseau social ?

- 1 - Placement ordonné
- 2 - Placement volontaire
- 3 - Suivi social(travailleur social, éducateur)
- 4 - Autre (préciser) :

\*3a - Avez-vous déjà fait l'objet d'un signalement ou d'une demande d'aide auprès du système social ?

0 - Non 1 - Oui

3b - Si oui, quelle en a été la raison ?

0 - Non 1 - Oui

1 - Trouble de comportement

2 - Fugues

3 - Absentéisme scolaire

4 - Négligence

5 - Abus physiques

6 - Abus sexuels

7 - Autre (préciser) : .....

\*4 - Avez-vous déjà été placé en protection suite à une demande d'aide ou un signalement :

- 1 - Famille d'accueil
- 2 - Foyer de groupe
- 3 - Centre de réadaptation
- 4 - Autre (préciser) : .....

\*5 - Combien de fois avez-vous été arrêté (e) par les forces de l'ordre ?

\*6 - Etes-vous en période de probation, de liberté conditionnelle ou dans un établissement pénal ?

0 - Non 1 - Oui

Combien de fois dans votre vie avez-vous été inculpé des délits et crimes suivants :

\*7 - Vol à l'étalage, vandalisme

\*8 - Résistance à l'autorité (violation de probation)

\*9 - Usage et trafic de stupéfiant

\*10 - Escroquerie, faux et usage de faux

\*11 - Arme et explosif

\*12 - Vol avec effraction (cambriolage)

\*13 - Vol à main armée

\*14 - Agression

\*15 - Incendiaire

\*16 - Viol

\*17 - Homicide, meurtre

\*18 - Prostitution

\*19 - Outrage à magistrat

\*20 - Autre (préciser) :

\*21 - Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation ?

Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes ?

\*22 - Désordre, vagabondage, ivresse publique.

\*23 - Conduite en état d'ivresse ou sous l'effet d'une substance

\*24 - Autre infraction majeure au code de la route

\*25 - Combien de mois avez-vous été détenu dans votre vie ?

26 - Combien de temps a duré votre dernière détention ? (en mois)

27 - Pour quelle raison étiez-vous détenu ? (7-20 et 22-24, en cas d'inculpations multiples, codez la plus grave)

\*28 - Etes-vous en période d'inculpation de procès ou d'une sentence ?

0 - Non 1 - Oui

\*29 - Pour quel motif ? (Si plusieurs motifs, codez le plus grave)

30 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu ?

31 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales ?

Question 32 et 33 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

32 - Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ? (exclure les problèmes civils)

33 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ?

Évaluation de sévérité par l'interviewer

34 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil juridique ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

35 - Volontairement par le patient

0 - Non 1 - Oui

36 - Par son incapacité à comprendre

0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

## HISTOIRE DE LA FAMILLE

	Côté maternel			Côté paternel			Fratric				
	Alc	Subst	Psych	Alc	Subst	Psych	Alc	Subst	Psych		
Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soeur 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soeur 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

COMMENTAIRES

## RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

**\*1** - Etat civil :

- 1 - Célibataire
- 2 - Marié ou remarié ou PACS
- 3 - Séparé
- 4 - Divorcé
- 5 - Veuf

**\*2** - Actuellement, quelles sont vos conditions de vie ?

- 1 - Mère et père (biologiques ou adoptifs)
- 2 - Mère
- 3 - Père
- 4 - Mère et conjoint(e)
- 5 - Père et conjoint(e)
- 6 - Mère et père (garde partagée)
- 7 - Autre membre de la famille
- 8 - Seul
- 9 - Petit(e)-ami(e)
- 10 - Famille d'accueil
- 11 - Centre de réadaptation
- 12 - Autres

3 - Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ?  ans  mois

**\*4** - Etes-vous satisfait de ces conditions de vie ?   
 0 - Non      1 - Oui

5 - Vos parents travaillent-ils ?

- 0 - Non      1 - Oui
- Mère
- Père

6 - Votre consommation a-t-elle modifié vos relations avec votre famille ?   
 0 - Non      1 - Oui

7 - Combien d'amis intimes avez-vous ?

8 - Vos amis intimes consomment-ils ?   
 0 - Non      1 - Oui

9 - Vos amis intimes sont-ils d'accord avec votre consommation ?   
 0 - Non      1 - Oui

10 - Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche ?

0 - Non      1 - Oui

- Mère
- Père
- Frère/sœur
- Epouse/partenaire sexuel(le)
- Enfants
- Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :

0 - Non      1 - Oui

- \*11** - Mère
- \*12** - Père
- \*13** - Frère/sœur
- \*14** - Epouse/partenaire sexuel(le)
- \*15** - Enfants
- \*16** - Autre parent important à vos yeux .....
- \*17** - Amis intimes
- \*18** - Voisins
- \*19** - Au travail
- \*20** - A l'école

30 dans  
der toute  
jours la vie


Est-ce que certaines de ces personnes (11-20) ont abusé de vous :  
 0 - Non      1 - Oui

21 - Émotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)

22 - Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)

23 - Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

**24** - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?

Avec votre famille

Avec d'autres personnes (famille exclue)

*Question 25 et 28 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective*

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces :

**25** - Problèmes familiaux

**26** - Problèmes sociaux

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces :

**27** - Problèmes familiaux

**28** - Problèmes sociaux

*Évaluation de sévérité par l'interviewer*

**29** - Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale ?

*Évaluation de confiance*

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

**30** - Volontairement par le patient  
 0 - Non      1 - Oui

**31** - Par son incapacité à comprendre  
 0 - Non      1 - Oui

COMMENTAIRES

ETAT PSYCHOLOGIQUE

**\*1** – Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :

Dans un hôpital

En externe ou dans le privé

**\*2** – Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ?  
 0 – Non      1 – Oui

**3** – Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous eu les sentiments et les réactions suivantes ?  
 0 – Jamais      1 – Rarement  
 2 – Quelquefois      3 – Souvent  
 4 – Tout le temps

- Manque de confiance en vous
- Etre trop timide
- Ne pas être à votre place
- Sentiment d'être seul
- Facilement découragé
- Pas aussi intelligent que les autres
- Rêveur, tête en l'air
- Déprimé, pas le moral
- Très anxieux, inquiet
- Désintéressé
- Ennuyé
- Se disputer facilement
- Ne peut dormir sans consommer
- Faire des cauchemars
- Avoir du mal à faire confiance
- Impression d'être observé ou critiqué
- Difficulté à exprimer ses sentiments
- Se mettre facilement en colère
- Peur de blesser qqn physiquement
- Raconter beaucoup de mensonge
- Préférer être mort
- Avoir des idées bizarres

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez :  
 0 – Non      1 – Oui

**\*4** – Eu une dépression grave

**\*5** – Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave

**\*6** – Connus des hallucinations

**\*7** – Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer, à vous souvenir

**\*8** – Epruvé des difficultés à réprimer un comportement violent

**\*9** – Eu des sérieuses idées de suicide

**\*10** – Tenté de vous suicider

**\*11** – Epruvé des pensées d'échec de confiance diminuée,

**\*12** – Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?

**13** – Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes psychologiques ou émotionnels ?

*Question 14 et 15 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective*

**14** – Au cours des 30 derniers jours dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

30 der  
jours

dans toute  
la vie

**15** – Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

*Les items suivants sont à compléter par l'interviewer*

Au moment de l'entretien, le patient est :  
 0 – Non      1 – Oui

**16** – Manifestement déprimé/renfermé

**17** – Manifestement hostile

**18** – Manifestement anxieux/nerveux

**19** – Le patient a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, déni

**20** – Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir

**21** – Il a des pensées suicidaires

*Évaluation de sévérité par l'interviewer*

**22** – Comment évaluez-vous son besoin en traitement psychiatrique / psychologique ?

*Évaluation de confiance*

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

**23** – Volontairement par le patient  
 0 – Non      1 – Oui

**24** – Par son incapacité à comprendre  
 0 – Non      1 – Oui

COMMENTAIRES