

QUESTIONNAIRE

Bonjour, je me présente : et voici mon(ma) collègue : Nous travaillons dans le cadre d'une recherche sur la santé (physique et psychique) et les usages de produits psycho-actifs (tabac, alcool, cannabis et autres substances) chez les personnes sans domicile de la région Ile de France. Cette enquête permettra de mieux connaître les problèmes rencontrés par les personnes interviewées et ainsi d'adapter l'offre de soins et de services, y compris l'hébergement. Le questionnaire est strictement confidentiel et anonyme et sera analysé par les chercheurs de l'observatoire du Samusocial de Paris. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela ne changera rien à la qualité de votre prise en charge. Votre participation à cette enquête est précieuse. Si certaines questions vous gênent, qu'elles ne vous concernent pas, je vous demande simplement me dire que vous ne voulez pas y répondre.

Vous avez un droit d'accès et de rectification pour les données que nous avons recueillies vous concernant, ce droit peut être exercé auprès de l'observatoire.

Nous vous remettons un ticket service d'un montant de 12 Euros à la fin de l'entretien, lorsque le questionnaire aura été passé dans sa totalité, pour vous dédommager du temps passé.

L'entretien durera environ 1 heure. D'ores et déjà nous vous remercions vivement pour votre participation.

A remplir par l'enquêteur *Questions à ne pas poser*

Nom de l'enquêteur :

Nom du psychologue :

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Heure de début : H

DEPARTEMENTS :

75 – Paris	78 – Yvelines	91 – Essonne	92 – Hauts de Seine
93 – Seine Saint Denis	94 – Val de Marne	95 – Val d'Oise	

SERVICES :

PS : Distribution de repas chaud (point soupe)
CR : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)
CU : Centre d'hébergement d'urgence simple (CHU)
ST : Centre de stabilisation
LS : Lit halte soins santé (LHSS)
HO : Hôtel
CM : Centre maternel
AJ : Accueil de jour

Identifiant :

Département Service N° enquêteur N° d'ordre

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions d'ordre général

1. **SEXE (cocher l'apparence)** Féminin Masculin
Si besoin, demander : Vous êtes un homme ou une femme : Féminin Masculin Transsexuel

2. **Quel âge avez-vous ?** AGE |__|__| ans **ou** Année de naissance : |__|__|__|

3. **Où êtes-vous né(e) ?**

France (y compris DOM-TOM)

→ **département de naissance** : |__|__|

A l'étranger : _____

→ **nationalité actuelle** : _____

âge d'arrivée en France : |__|__| **ou** **année** : |__|__|__|

4. Quel est votre statut matrimonial actuel ?	
1 : Célibataire ou concubinage	<input type="checkbox"/>
2 : Pacsé	<input type="checkbox"/>
3 : Marié pour la 1 ^{ère} fois	<input type="checkbox"/>
4 : Remarié après un divorce	<input type="checkbox"/>
5 : Remarié(e) après un veuvage	<input type="checkbox"/>
6 : Divorcé ou séparé	<input type="checkbox"/>
7 : Veuf	<input type="checkbox"/>

5. Actuellement, vivez-vous ...	
1 : Seul(e)	<input type="checkbox"/>
2 : En couple (relation privilégiée)	<input type="checkbox"/>
3 : Avec vos parents (les 2 ou 1 seul)	<input type="checkbox"/>
4 : Avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>
5 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

6. **Avez-vous ou avez-vous eu des enfants (biologiques ou adoptés)?** OUI NON → 8 NVPR → 8

Si **OUI**, Combien d'enfants avez-vous ou avez-vous eu ? |__|__| NSP

Quel âge a l'aîné ? |__|__|

Parmi eux, combien ont moins de 18 ans ? |__|__|

NE CONCERNE QUE LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

7. Parlons de vos enfants qui ont moins de 18 ans, où vivent-ils ? (<i>Ne pas citer</i>)	
1 : Avec vous	<input type="checkbox"/>
2 : Avec son autre parent	<input type="checkbox"/>
3 : Dans son propre logement	<input type="checkbox"/>
4 : Avec un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>
5 : Placé dans une famille d'accueil	<input type="checkbox"/>
6 : Placé dans une institution, foyer	<input type="checkbox"/>
7 : Interne dans un établissement scolaire	<input type="checkbox"/>
8 : Enfant décédé	<input type="checkbox"/>
9 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>
99 : NSP	<input type="checkbox"/>

8. Jusqu'à quel niveau d'études avez-vous été ? (<i>Ne pas citer</i>)	
1 : Jamais été à l'école	<input type="checkbox"/>
2 : Enseignement primaire	<input type="checkbox"/>
3 : Enseignement secondaire 1 ^{er} cycle (de la 6 ^{ème} à la 3 ^{ème}), CAP, BEP	<input type="checkbox"/>
4 : Enseignement secondaire (deuxième cycle)	<input type="checkbox"/>
5 : Enseignement supérieur	<input type="checkbox"/>
6 : Diplôme étranger (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

9. **Dans la vie courante, lisez-vous le français ...**

Sans difficultés

Avec quelques difficultés

Avec beaucoup de difficultés

Pas du tout

10. **Dans la vie courante, écrivez-vous le français**

Sans difficultés

Avec quelques difficultés

Avec beaucoup de difficultés

Pas du tout

ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

Nous allons maintenant parler de votre enfance

11. Vous diriez que votre ...	Très heureuse	Plutôt heureuse	Plutôt malheureuse	Très malheureuse	NSP
petite enfance a été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
adolescence a été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Avant vos 18 ans, avez-vous été principalement élevé par vos parents ?

OUI → 14 NON → 13 NSP NVPR → 14

13. Si NON, par qui avez-vous été élevé(e) pour une durée d'au moins 6 mois de suite ? <i>(Ne pas citer)</i> (plusieurs réponses possibles)	OUI	Durée totale (en années)	NVPR
1: Par vos grands-parents (ou l'un des 2 seulement)	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>
2: Par un ou plusieurs autres membres de votre famille	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>
3: Par une ou plusieurs autres personnes	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>
4: Par une famille adoptive	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>
5: Par une ou plusieurs familles d'accueil → 15	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>
6: Dans une institution ou un foyer → 15	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>
7: Dans une pension ou un internat → 15	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>
8: Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>

14. Avant vos 18 ans, avez-vous été placé dans un orphelinat, foyer, pensionnat... ou dans une famille d'accueil, même provisoirement ? OUI NON NSP NVPR

15. Avant vos 18 ans, votre famille biologique ou adoptive a-t-elle vécu certains types d'évènements difficiles ?	OUI	Age approximatif de la 1ère fois	N	O	N	S	P
1 : Votre famille a eu de graves problèmes de logement	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : Votre famille a eu de gros problèmes d'argent, d'endettement	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : Vos parents avaient de graves disputes	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 : Un de vos parents avait des problèmes d'alcool, de drogue	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 : Un de vos parents a eu un grave problème de santé	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Lorsque vous aviez 12 ans, quelle était la situation professionnelle de votre père ou de la personne qui vous a élevée ? _____

ne travaillait pas NSP NVPR

Votre père est-il toujours en vie ? OUI → 17 NON NSP → 17 NVPR → 17

Si NON, quel âge aviez-vous quand il est décédé ? |_|_|_| OU Année du décès : |_|_|_|_|_|

17. Lorsque vous aviez 12 ans, quelle était la situation professionnelle de votre mère ou de la personne qui vous a élevée ? _____

ne travaillait pas NSP NVPR

Votre mère est-elle toujours en vie ? OUI → 18 NON NSP → 18 NVPR → 18

Si NON, quel âge aviez-vous quand elle est décédée ? |_|_|_| OU Année du décès : |_|_|_|_|_|

18. Avez-vous des frères et sœurs, y compris des demi-frères et des demi-sœurs ?

OUI NON → 19 NSP → 19 NSP → 19

Si OUI, combien ? |_|_|_| Plus de 10 NSP NVPR

19. A quel âge avez-vous quitté définitivement le domicile de vos parents ou quitté votre famille d'accueil, institution, foyer ? AGE : ans **ou** ANNEE : NSP NVPR
Pour l'âge : Codez 98 si vit encore chez ses parents

20. Au cours de votre vie, avez-vous vécu certains des événements suivants, enfance et adolescence incluses?	OUI	Age approximatif de la 1ère fois	N O N	N S P
1: Vous avez vécu dans une zone de guerre / de conflit	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2: Vous avez eu de graves problèmes de santé (<i>précisez</i>) _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: Vous avez fait une ou plusieurs fugues	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: Vous avez été suivi(e) par un juge des enfants	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5: Vous avez été condamné en justice	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6: Vous avez été en prison	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7: Vous avez été victime de violences sexuelles	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8: Vous avez été victime de violences physiques marquantes, régulières, répétées	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 : Vous avez été victime de violences psychologiques ou morales répétées (humiliations, moqueries répétées...)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10: Vous avez eu des problèmes d'alcool	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 : Vous avez eu des problèmes de drogues	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 : Y'a-t-il eu un autre événement qui n'a pas été listé : _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Avez-vous fait l'armée ? OUI NON → 22 NVPR → 22

a. Comme : Appelé Engagé volontaire Engagé volontaire par devancement d'appel

b. Avez-vous servi dans une zone de conflit ? OUI NON NSP NVPR

ITINERANCE

22. Quel âge aviez-vous la 1ère fois que vous vous êtes retrouvés sans domicile, c.à.d. à la rue ou dans un centre d'hébergement, en dehors de vacances ou de fugue ?

|__|__| ans **ou** c'était en quelle année ? |__|__|__| NSP NVPR

23. Avant cette 1ère fois, quelle était votre situation par rapport au logement ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Chez ses parents	<input type="checkbox"/>
2 : Dans une famille d'accueil, un foyer...	<input type="checkbox"/>
3 : Dans son propre logement → 25	<input type="checkbox"/>
4 : Dans une institution	<input type="checkbox"/>
5 : Dans une caserne	<input type="checkbox"/>
6 : Hébergé(e) ou logé(e) gratuitement ou avec une participation	<input type="checkbox"/>
7 : Dans une chambre d'hôtel payée par une association ou un organisme	<input type="checkbox"/>
8 : Dans une chambre d'hôtel payée par lui(elle)-même	<input type="checkbox"/>
9 : Dans un squat	<input type="checkbox"/>
10 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

24. Au cours de votre vie, avez-vous déjà vécu au moins 3 mois dans un logement dont vous étiez vous-même (ou votre conjoint) locataire ou propriétaire ?

OUI NON → 26 NSP → 26 NVPR → 26

25. A quelle date êtes-vous parti(e) définitivement du dernier logement dont vous (ou votre conjoint) étiez locataire ou propriétaire ?

Il y a |__|__| mois **ou** |__|__| ans **ou** c'était en |__|__|__| (*notez l'année*) NSP

26. Quelles ont été les circonstances qui font que vous vous êtes retrouvés sans domicile la 1^{ère} fois ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Ses parents l'ont mis dehors	<input type="checkbox"/>
2 : Il ne pouvait plus payer le loyer, les charges, les traites	<input type="checkbox"/>
3 : Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>
4 : Séparation ou divorce	<input type="checkbox"/>
5 : Violence du conjoint	<input type="checkbox"/>
6 : Déménagement, fin de bail	<input type="checkbox"/>
7 : Expulsion Si OUI , raison de l'expulsion : _____	<input type="checkbox"/>
8 : Hospitalisation Si OUI , raison de l'hospitalisation : _____	<input type="checkbox"/>
9 : Emprisonnement	<input type="checkbox"/>
10 : Problème de drogue	<input type="checkbox"/>
11 : Problème d'alcool	<input type="checkbox"/>
12 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

27. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous appelé le 115 pour vous-même ?

OUI → 28 NON NSP → 28

Si NON, et au cours de votre vie, avez-vous appelé le 115 pour vous-même ?

OUI NON NSP

28. Au cours de l'année écoulée, vous est-il déjà arrivé de refuser une place qu'on vous proposait dans un centre d'hébergement d'urgence ?

Jamais Quelquefois Souvent
 Toujours On ne m'en a jamais proposé NSP

35. Avez-vous fréquenté un centre d'accueil de jour les 5 derniers jours ?

J-1 (HIER)	<input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> NON
J-2	<input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> NON
J-3	<input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> NON
J-4	<input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> NON
J-5	<input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> NON

On va parler maintenant des lieux où vous avez dormi cette dernière année.

<p>36. Les 12 derniers mois, avez-vous déjà dormi au moins 1 fois dans ... ? <i>Pour chaque item, cochez OUI, NON ou NSP</i> Cochez les informations obtenues à 31 ou 34 sans reposer les questions.</p>		<p>37. Parmi tous les lieux cochés OUI, quels sont les <u>3 lieux</u> où vous avez dormi le plus souvent ces 12 derniers mois ? <i>(Classer 1, 2, 3 par ordre de fréquence)</i></p>
<p>1 : Espace public : rue, gare, bois, cabanes, camionnettes... Si NON, au cours de votre vie, avez-vous déjà dormi dans l'espace public ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p> <p><input type="checkbox"/> NON, jamais <input type="checkbox"/> OUI, quelques jours <input type="checkbox"/> OUI, quelques semaines <input type="checkbox"/> OUI, quelques mois <input type="checkbox"/> OUI, quelques années</p>	<p>___</p>
<p>2 : Squat ou chez des connaissances, de la famille</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>3 : Hôtel social</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>4. Hôtel à vos frais</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>5. Logement personnel</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>6 : Centre d'hébergement d'urgence (CHU), <i>centre de court séjour fermé en journée où il faut régulièrement renouveler sa demande d'hébergement.</i> Si NON, au cours de votre vie, y avez-vous dormi au moins 1fois ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>7 : Centre de stabilisation, <i>CHU sans limite de durée de séjour avec accompagnement social</i></p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>8 : CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale, <i>centre ouvert en journée avec une durée de séjour de 6 mois renouvelable et avec un projet de réinsertion</i></p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>9 : Centre maternel</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>10 : Prison</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>
<p>11 : Hôpital</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>___</p>

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI ONT FREQUENTE UN CHU DANS LES 12 DERNIERS MOIS (Q36-6 =OUI)

38. Y'a-t-il un au moins un CHU dans lequel vous préférez aller ?

OUI NON → 40 OU 41 NSP Non concerné, n'en connaît qu'un → 40 OU 41

<p>39. Pour quelles raisons ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</p>	
<p>1 : Qualité de l'hébergement (hygiène, nourriture, literie, horaires, sécurité ...)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>2 : Qualité de l'accueil par les travailleurs sociaux</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>3 : C'est un lieu où vous retrouvez des connaissances et/ou des amis</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>4 : C'est un lieu à proximité du quartier où vous vivez</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>5 : Vous trouvez que fréquenter ce centre vous aide à suivre vos démarches de réinsertion</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>6 : Autre (<i>précisez</i>): _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>99 : Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI SONT ALLEES A L'HOPITAL DANS LES 12 DERNIERS MOIS (Q36-11 =OUI)

40. Lors de votre dernier séjour à l'hôpital, à votre sortie, l'hôpital vous a-t-il proposé une solution d'hébergement pour la première nuit ? OUI NON → 41 NSP → 41

Si OUI, où avez-vous passé cette première nuit ? _____

SANTE

Parlons de votre santé.

41. Comment est votre état de santé ...	Général	Psychologique et émotionnel
1 : Très bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 : Mauvais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 : Très mauvais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Etes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (se laver, manger, marcher...)?

OUI fortement limité OUI limité NON → 45 NSP NVPR → 45

43. Si OUI, ces difficultés sont-elles dues aux conséquences d'un accident :

OUI NON → 45 NSP NVPR → 45

44. Quelles ont été les circonstances de l'accident ? (<i>Ne pas citer</i>)	
1 : Agression	<input type="checkbox"/>
2 : Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>
3 : Accident sur la voie publique	<input type="checkbox"/>
4 : Accident type domestique	<input type="checkbox"/>
5 : Autre (<i>précisez</i>): _____	<input type="checkbox"/>

45. Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure depuis longtemps (au moins 6 mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers ? OUI NON → 47 NSP NVPR → 47

46. Si OUI, laquelle : (<i>Ne pas citer</i>)	OUI	Si OUI, diagnostiquée par un médecin	NON
1 : Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
2 : Hypertension	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
3 : Maladie articulaire et osseuse	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
4 : Maladie respiratoire ou ORL	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
5 : Maladie du système digestif	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
6 : Maladie du foie (hépatites)	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
7 : Maladie de la peau	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
8 : Maladie du système nerveux	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
9 : Epilepsie	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
10 : Maladies psychiques	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
11 : Cancer, leucémie, tumeur	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
12 : Diabète	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
13 : VIH	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
14 : Autre maladie : _____	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>

47. Avez-vous un traitement ou un suivi régulier pour raison médicale ?

OUI, un traitement régulier → Le prenez-vous ? OUI NON NSP

OUI, un suivi régulier → Pour quel motif ? _____

NON

NSP

48. A quand remonte votre dernière visite chez un médecin ?			
1 : Moins de 1 mois	→ 51		<input type="checkbox"/>
2 : Entre 1 et moins de 3 mois	→ 51		<input type="checkbox"/>
3 : Entre 3 et moins de 6 mois	→ 51		<input type="checkbox"/>
4 : Entre 6 mois et moins de 1 an	→ 51		<input type="checkbox"/>
5 : Entre 1 et moins de 2 ans	→ 49		<input type="checkbox"/>
6 : Il y a plus de 2 ans	→ 49		<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	→ 49		<input type="checkbox"/>

49. Toutefois, avez-vous eu des problèmes de santé ces 12 derniers mois ?

OUI NON → 51 NSP NVPR → 51

50. Si OUI, pourquoi n'avez-vous pas vu de médecin ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>			
1 : Cela n'était pas suffisamment grave			<input type="checkbox"/>
2 : Vous n'aviez pas le temps, vous aviez d'autres soucis			<input type="checkbox"/>
3 : Vous vous êtes soigné(e) seul(e)			<input type="checkbox"/>
4 : Cela vous aurait coûté trop cher			<input type="checkbox"/>
5 : C'était trop loin			<input type="checkbox"/>
6 : Vous ne saviez pas à qui vous adresser			<input type="checkbox"/>
7 : Les médecins n'y peuvent rien (ne peuvent soulager ou guérir)			<input type="checkbox"/>
8 : Vous n'aimez pas aller chez le médecin			<input type="checkbox"/>
9 : Autre (<i>précisez</i>) : _____			<input type="checkbox"/>

51. La dernière fois que vous avez vu un médecin, où était-ce (en dehors d'un séjour à l'hôpital) ? <i>(Ne pas citer) - (si pas de réponse, citer les modalités)</i>			
1 : A la consultation d'un hôpital			<input type="checkbox"/>
2 : Aux urgences d'un hôpital			<input type="checkbox"/>
3 : Dans un dispensaire			<input type="checkbox"/>
4 : Dans un accueil de jour			<input type="checkbox"/>
5 : A la consultation d'une association (<i>Médecins du monde, Médecins sans frontières, etc.</i>)			<input type="checkbox"/>
6 : Dans un centre d'hébergement, un foyer (LHSS...)			<input type="checkbox"/>
7 : Dans un cabinet de médecine privée			<input type="checkbox"/>
8 : Dans un centre de soins dentaires (bus dentaire)			<input type="checkbox"/>
9 : Autre (<i>précisez</i>) : _____			<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas			<input type="checkbox"/>

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES DE 50 ANS OU PLUS

MMSE

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Certaines sont simples, d'autres moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Test	Question ou instruction	Cotation (max de pts)	Points
Orientation dans le temps	Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? <i>Si réponse incorrecte ou incomplète, demander :</i> - En quelle année sommes-nous ? - En quelle saison ? - Et en quel mois ? - Quel jour du mois ? - Quel jour de la semaine ?	5 pts si date complète ou 1 pt par bonne réponse à chaque question (5)	
Orientation dans l'espace	Je vais vous poser des questions sur le lieu où nous sommes: - Nom du lieu ? - Dans quelle ville se trouve-t-il ? - Nom du département dans lequel est située cette ville ? - Province ou région où est située cette ville ? - Etage/Rue/Trottoir où le patient se trouve ?	1 pt par bonne réponse (5)	
Apprentissage	Je vais vous dire 3 mots : je voudrais que vous les répétiez et que vous les reteniez car je vous les redemanderai après. <p style="text-align: center;">Citron Blé Ballon</p>	1 pt par mot répété correctement au 1 ^{er} essai (3)	
Attention et calcul	Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? 93 / 86 / 79 / 72 / 65 <hr/> Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?	1 pt / soustraction exacte (5) <hr/> 1 pt / lettre correctement inversée (5)	Retenir uniquement le meilleur des deux scores
Rappel	Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?	1 pt / mot (3)	
Langage	<p><i>Montrer un crayon</i> Quel est le nom de cet objet ?</p> <p><i>Montrer une montre</i> Quel est le nom de cet objet ?</p> <hr/> Ecoutez bien et répétez après moi : <p style="text-align: center;">« Pas de MAIS, de SI, ni de ET »</p> <hr/> <p><i>Poser une feuille de papier sur le bureau et dire :</i> Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : Prenez cette feuille dans la main droite, pliez-la en deux, jetez-la par terre</p> <hr/> <p><i>Tendre à la personne une feuille de papier sur laquelle est écrit :</i> " FERMEZ LES YEUX " et lui demander de faire ce qui est marqué.</p> <hr/> <p><i>Tendre à la personne une feuille de papier et un stylo en lui disant :</i> " Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière "</p>	1 pt par bonne réponse (2) <hr/> 1 pt si réponse entièrement correcte <hr/> 1 pt / item correctement exécuté (3) <hr/> 1 pt si l'ordre est exécuté <hr/> 1 pt si sujet et verbe dans la phrase	
Praxies constructives	<p><i>Tendre à la personne une feuille de papier et lui demander de recopier le dessin</i></p>	1 pt si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents	

Observations : _____

SCORE TOTAL = _____

MINI

**Nous allons à présent parler de
votre santé psychologique.**

**Je vais vous poser des questions précises
auxquelles vous devez me répondre par
OUI ou NON.**

A. Episode dépressif majeur

→ : PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A1 a	Vous est-il <u>déjà</u> arrivé de vous sentir particulièrement triste ou déprimé(e), la plupart du temps dans la journée, pratiquement tous les jours, pendant 2 semaines ?	NON → A2a	OUI
b	<u>Au cours des deux dernières semaines</u> , vous êtes-vous senti particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps dans la journée et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI
A2 a	Avez-vous déjà eu le sentiment, pendant une période de 2 semaines, de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?	NON → A2c	OUI
b	<u>Au cours des deux dernières semaines</u> , avez-vous eu presque tout le temps ce sentiment de perte d'intérêt ou de plaisir ?	NON	OUI
c	A1a <u>OU</u> A2a EST-ELLE COTEE OUI ?	NON →	OUI

A3 REPRENDRE L'ÉPISODE ACTUEL OU PASSE LE PLUS GRAVE

Au cours de cette période de deux semaines pendant laquelle vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :

a	Votre appétit a-t-il considérablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? <i>Coter OUI, si OUI à l'un ou l'autre</i>	NON	OUI
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI
d	Vous sentiez-vous fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable presque tous les jours ?	NON	OUI
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
g	Avez-vous, à plusieurs reprises, pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), pensé au suicide ou à vous faire du mal ? Avez-vous tenté un suicide ?	NON	OUI
A4	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils entraîné des difficultés importantes sur votre lieu de vie ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI
A5	Entre 2 épisodes de dépression ou de perte d'intérêt pour la plupart des choses, vous êtes vous déjà senti(e) bien pendant au moins 2 mois ?	NON	OUI
A6	Combien d'épisodes de dépression avez-vous eu dans votre vie ? _____ <input type="checkbox"/> NSP (Les épisodes doivent être entrecoupés de périodes d'au moins 2 mois sans dépression significative)		

A4 EST-ELLE COTEE OUI ET Y'A-T-IL AU MOINS 5 OUI ENTRE A1 ET A3
POUR CETTE PERIODE ?

PRECISEZ SI L'ÉPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE.
SI **A1b** OU **A2b** = **OUI** : EPISODE ACTUEL
SI **A1b** ET **A2b** = **NON** : EPISODE PASSE
SI **A5** = **OUI** : RECURRENT

NON	OUI
EDM	
ACTUEL	<input type="checkbox"/>
PASSE	<input type="checkbox"/>
RECURRENT	<input type="checkbox"/>

Si EDM, corner la page ou mettre une croix :

B. Risque suicidaire

Au cours du mois écoulé, avez-vous :		
B1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON OUI
B2	Voulu vous faire du mal ?	NON OUI
B3	Pensé à vous suicider ?	NON OUI
B4	Pensé à la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON OUI
B5	Fait une tentative de suicide ?	NON OUI
B6	Et au cours de votre vie, Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON OUI
Y A-T-IL <u>AU MOINS 1 OUI</u> CI-DESSUS		NON OUI
SI OUI , SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE :		RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL
B1 OU B2 OU B6 = OUI : LEGER		LEGER <input type="checkbox"/>
B3 OU (B2 + B6) = OUI : MOYEN		MOYEN <input type="checkbox"/>
B4 OU B5 OU (B3 + B6) = OUI : ELEVE		ELEVE <input type="checkbox"/>

<p>C1 a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement plein d'énergie, plein d'enthousiasme, hyperactif que cela vous a posé des problèmes ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?</p> <p>Etiez-vous sous l'emprise de drogues ou d'alcool ?</p> <p>b Vous sentez-vous, actuellement plein(e) d'énergie ou hyperactif ?</p> <p>C2 a Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?</p> <p>Etiez-vous sous l'emprise de drogues ou d'alcool ?</p> <p>b Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?</p> <p>c C1a OU C2a EST-ELLE COTEE OUI ?</p>	<p>NON OUI →C2a</p> <p>NON OUI →</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI →C2c</p> <p>NON OUI →</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI →</p>
<p>C3 REPRENDRE L'EPISODE ACTUEL OU PASSE LE PLUS GRAVE</p> <p>Lorsque vous vous sentiez plein(e) d'énergie / irritable :</p> <p>a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?</p> <p>b Aviez-vous besoin de moins de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé après seulement quelques heures de sommeil) ?</p> <p>c Parliez-vous sans arrêt ou si vite qu'on avait du mal à vous comprendre ?</p> <p>d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas les suivre ?</p> <p>e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?</p> <p>f Etiez-vous nettement plus actif(ve) et entreprenant(e), ou vous sentiez-vous incapable de tenir en place ou particulièrement nerveux(se) en permanence ?</p> <p>g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables que vous aviez tendance à oublier les risques qu'elles auraient pu entraîner ?</p>	<p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p>
<p>Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN C3 ou 4 OUI EN C3 SI C1a = NON (EPISODE PASSE) OU C1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?</p>	<p>NON OUI →</p>
<p>C4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés sur votre lieu de vie ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e)? <i>Coter OUI, si OUI à l'un ou l'autre.</i></p>	<p>NON OUI</p>
<p>C4 EST-ELLE COTEE NON ?</p> <p>SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE</p> <p>SI C1b <u>ou</u> C2b = OUI : EPISODE ACTUEL</p> <p>SI C1b <u>et</u> C2b = NON : EPISODE PASSE</p>	<p>NON OUI</p> <p>EPISODE HYPOMANIAQUE</p> <p>ACTUEL <input type="checkbox"/></p> <p>PASSE <input type="checkbox"/></p>
<p>C4 EST-ELLE COTEE OUI ?</p> <p>SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE</p>	<p>NON OUI</p> <p>EPISODE MANIAQUE</p> <p>ACTUEL <input type="checkbox"/> PASSE <input type="checkbox"/></p>

Si Episode (Hypo-)maniaque, corner la page ou mettre une croix :

<p>D1a Avez-vous eu, plusieurs fois, des périodes ou crises durant lesquelles vous vous êtes senti subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e), même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ?</p> <p>Etiez-vous sous l'emprise de drogues ou d'alcool ?</p> <p>b Ces crises atteignaient-elles leur intensité maximale en moins de 10 minutes ?</p>	<p>NON OUI ➔</p> <p>NON OUI ➔</p> <p>NON OUI ➔</p>
<p>D2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?</p>	<p>NON OUI ➔</p>
<p>D3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences éventuelles (par exemple : vous ne faites plus vos courses sans être accompagné, vous refusez de vous promenez seul, vous vous rendez fréquemment aux urgences en raison de vos symptômes) ?</p>	<p>NON OUI</p>
<p>D4 Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :</p>	
<p>a Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ou de façon irrégulière ?</p> <p>b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?</p> <p>c Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?</p> <p>d Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?</p> <p>e Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?</p> <p>f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?</p> <p>g Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?</p> <p>h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?</p> <p>i Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges, irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?</p> <p>j Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou(folle) ?</p> <p>k Aviez-vous peur de mourir ?</p> <p>l Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?</p> <p>m Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?</p>	<p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p>
<p>D5 D3 EST-ELLE COTEE OUI ET Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN D4 ?</p>	<p>NON OUI</p>
<p style="text-align: right;">TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE</p>	
<p>D6 D5 EST-ELLE COTEE NON ET Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN D4</p>	<p>NON OUI ➔</p>
<p style="text-align: right;">SYMPTOMES ANXIEUX PAROXYSTIQUES VIE ENTIERE</p>	
<p>D7 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?</p>	<p>NON OUI</p>
<p style="text-align: right;">TROUBLE PANIQUE ACTUEL</p>	

E1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin d'un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou grièvement blessées ?	NON ➔ OUI				
<i>Exemples de contextes traumatiques : accident grave, agression, viol, attentat, prise d'otages, kidnapping, incendie, découverte de cadavre, mort subite dans l'entourage, guerre, catastrophe naturelle, maladie compromettant le pronostic vital...</i>					
E2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ?	NON ➔ OUI				
E3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé <u>de façon pénible</u> à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques) ou <u>avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre</u> ou étiez-vous pris d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ?	NON ➔ OUI				
E4 Au cours du mois écoulé :					
a Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ?	NON OUI				
b Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ?	NON OUI				
c Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON OUI				
d Aviez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ?	NON OUI				
e Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu un(e) étranger(ère) vis-à-vis des autres ?	NON OUI				
f Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ?	NON OUI				
g Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que les autres ?	NON OUI				
Y A-T-IL <u>AU MOINS 3 OUI</u> EN E4 ?	NON ➔ OUI				
E5 Au cours du mois écoulé :					
a Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON OUI				
b Etiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?	NON OUI				
c Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON OUI				
d Etiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ?	NON OUI				
e Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON OUI				
Y A-T-IL <u>AU MOINS 2 OUI</u> EN E5 ?	NON ➔ OUI				
E6 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gêné dans votre quotidien ou dans vos relations avec les autres ?	NON OUI				
E6 EST-ELLE COTEE OUI ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL</td> </tr> </tbody> </table>	NON	OUI	ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL	
NON	OUI				
ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL					

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

<p>F1 a Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ _____</p> <p>b Actuellement, avez-vous cette impression ?</p> <p>PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>NON OUI →F2a</p> <p>NON OUI</p>
<p>F2 a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ _____</p> <p>b Actuellement, avez-vous cette impression ?</p> <p>PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>NON OUI →F3a</p> <p>NON OUI</p>
<p>F3 a Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé(e)? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ _____</p> <p>b Actuellement, avez-vous cette impression ?</p> <p>PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>NON OUI →F4a</p> <p>NON OUI</p>
<p>F4 a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ _____</p> <p>b Actuellement, avez-vous cette impression ?</p> <p>PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>NON OUI →F5a</p> <p>NON OUI</p>
<p>F5 a Vos proches ont-ils déjà jugé certaines de vos idées comme étranges ou hors réalité? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ _____</p> <p>b Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?</p> <p>PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>NON OUI →F6a</p> <p>NON OUI</p>
<p>F6 a Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ _____</p> <p>Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?</p> <p>PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p> <p>b Avez-vous entendu ces voix / autres choses au cours du mois écoulé ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____ _____</p> <p>Ce dernier mois, ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?</p> <p>PSY : L'EXEMPLE A-T-IL UN CARACTERE 'BIZARRE' ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP</p>	<p>NON OUI →F7a</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI →F7a</p> <p>NON OUI →F8b</p>

<p>F7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé, d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES ET NOTEZ-LES : _____</p> <p>b Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?</p> <p>PSY : POUR ETRE COTE OUI, L'EXEMPLE DEVRA ETRE CULTURELLEMENT INAPPROPRIE</p>	<p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p>
<p>F11 a DE F1a A F7a, Y A-T-IL <u>AU MOINS</u> UNE QUESTION "a" COTEE OUI ET Y'A-T-IL UNE CROIX EN BAS DE LA PAGE 13 (OU LA PAGE EST-ELLE CORNEE) ET/OU UNE CROIX EN BAS DE LA PAGE 15 (OU LA PAGE EST-ELLE CORNEE)?</p> <p>b Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) (CROIX P13) / hyperactif / particulièrement irritable (CROIX P15). Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE F1a A F7a) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / hyperactif / irritable ?</p>	<p>NON OUI →</p> <p>NON OUI</p>
<p>F8 b ACTUELLEMENT, LA PERSONNE PRESENTE-T-ELLE UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?</p> <p>F9 b ACTUELLEMENT, LA PERSONNE PRESENTE-T-ELLE UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?</p> <p>F10 b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU 1ER PLAN DURANT L'ENTRETIEN?</p>	<p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p>
<p>SI NON A F11a ET/OU A F11b, ENTOUREZ NON A 'TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES VIE ENTIERE ET ACTUEL' ET ALLEZ A F13. SI OUI, ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE ET ALLEZ A F12</p>	<p>NON OUI TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES VIE ENTIERE</p>
<p>F12 a DE F1b A F7b, Y A-T-IL <u>AU MOINS</u> UNE QUESTION "b" COTEE OUI ET Y'A-T-IL UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL) OU UN EPISODE MANIAQUE OU HYPOMANIQUE (ACTUEL) ?</p>	<p>NON OUI</p>
<p>SI NON, ALLEZ A F13. SI OUI, ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE ET ENTOUREZ NON A F13 ET F14 ET ALLEZ AU MODULE SUIVANT.</p>	<p>NON OUI TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL</p>
<p>F13 DE F1b A F6b, Y'A-T-IL <u>AU MOINS</u> UNE QUESTION "b" JUGEE OUI 'BIZARRE' OU DE F1b A F10b, Y'A-T-IL <u>AU MOINS</u> DEUX QUESTIONS "b" COTEES OUI</p>	<p>NON OUI</p>
<p>SI NON, ALLEZ A F14. SI OUI, ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE ET ALLEZ A F14.</p>	<p>NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</p>
<p>F14 F13 EST-ELLE COTEE OUI OU DE F1a A F6a, Y A-T-IL <u>AU MOINS</u> UNE QUESTION "a" JUGEE OUI 'BIZARRE' OU DE F1a A F7a, Y A-T-IL <u>AU MOINS</u> DEUX QUESTIONS "a" COTEES OUI.</p>	<p>NON OUI</p>
<p>SI NON, PASSEZ AU MODULE SUIVANT SI OUI, ENTOUREZ OUI POUR CE TROUBLE</p>	<p>NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</p>

**NE CONCERNE PAS LES PERSONNES QUI ONT UNE CROIX EN BAS DE LA PAGE 13.
Passez directement au module H.**

<p>G1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti, excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours ?</p> <p>Si la personne ne voit pas bien ce que vous voulez dire, approfondissez en demandant : Est-ce que les autres pensent que vous vous inquiétez pour des « broutilles » ou que vous êtes une « boule d'anxiété » ? Et obtenez des exemples.</p> <p>b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?</p>	<p>NON OUI ➔</p> <p>NON OUI ➔</p>
<p>G2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ?</p>	<p>NON OUI ➔</p>
<p>G3 DE G3a A G3f, COTEZ NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT</p> <p>Au cours des six derniers mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:</p>	
<p>a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?</p> <p>b D'avoir les muscles tendus ?</p> <p>c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?</p> <p>d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?</p> <p>e D'être particulièrement irritable ?</p> <p>f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?</p> <p>Y A-T-IL <u>AU MOINS 3 OUI</u> EN G3 ?</p>	<p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI</p> <p>NON OUI ➔</p>
<p>G4 Cette anxiété et ces inquiétudes entraînent-elles chez vous une souffrance importante ou vous perturbent-elles dans votre lieu de vie ou dans vos relations avec les autres ?</p>	<p>NON OUI ANXIETE GENERALISEE ACTUELLE</p>

H1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :		
a Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ?	NON	OUI
b Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ?	NON	OUI
c Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ?	NON	OUI
d Volontairement détruit ou mis le feu ?	NON	OUI
e Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ?	NON	OUI
f Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ?	NON	OUI
Y A-T-IL <u>AU MOINS 2 OUI</u> EN H1 ?	NON	OUI ➔
H2 NE PAS coter OUI les réponses ci-dessous, si les comportements sont uniquement présentés dans des contextes politiques ou religieux.		
Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :		
a Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou éviter de travailler pour subvenir à vos besoins ?	NON	OUI
b Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ?	NON	OUI
c Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ?	NON	OUI
d Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou par plaisir, ou menti juste pour vous amuser ?	NON	OUI
e Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ?	NON	OUI
f Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ?	NON	OUI
Y A-T-IL <u>AU MOINS 3 OUI</u> EN H2 ?	NON	OUI
		TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE VIE ENTIERE

J. Recours aux soins

J1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consulté quelqu'un pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques, psychiatriques ou de comportement ?

OUI

NON → J5

NSP

NVPR → J5

J2. Si OUI, qui avez-vous consulté ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : un médecin	<input type="checkbox"/>
2 : un psychiatre	<input type="checkbox"/>
3 : un psychologue	<input type="checkbox"/>
4 : un thérapeute	<input type="checkbox"/>
5 : une infirmière	<input type="checkbox"/>
6 : une assistante sociale	<input type="checkbox"/>
7 : un religieux	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J3. La 1^{ère} fois, c'était en quelle année : |_|_|_|_| ou vous aviez quel âge : |_|_|ans NSP

J4. Pour quel type de problème était-ce ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Dépression	<input type="checkbox"/>
2 : Suicide	<input type="checkbox"/>
3 : Anxiété	<input type="checkbox"/>
4 : Délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>
5 : Excitation, irritabilité	<input type="checkbox"/>
6 : Alcool	<input type="checkbox"/>
7 : Drogues	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J5. Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères, des antidépresseurs ou des neuroleptiques ?

OUI

NON → J8

NSP

NVPR → J8

J6. Vous ont-ils été prescrits par un médecin ? OUI NON NSP NVPR

J7. De quel genre de médicaments s'agissait-il ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i> Si la personne donne un nom de médicament : NOTEZ LE NOM SANS COCHER LE TYPE	
1 : Somnifères	<input type="checkbox"/>
2 : Médicaments contre l'anxiété	<input type="checkbox"/>
3 : Neuroleptiques	<input type="checkbox"/>
4 : Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>
5 : Tranquillisants	<input type="checkbox"/>
6 : Médicaments pour les nerfs	<input type="checkbox"/>
7 : Nom du(des) médicament(s) : _____	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J8. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé(e) dans un service de psychiatrie, à l'exception de l'hospitalisation dans le cadre d'un sevrage ?

OUI **NON** → J12 NSP NVPR → J12

J9. La 1^{ère} fois, c'était en quelle année : |_|_|_|_| **OU** vous aviez quel âge : |_|_|ans NSP

J10. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |_|_| NSP

OU Dans quel hôpital était-ce ? _____ NSP

J11. Pour quel type de problème était-ce ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Dépression	<input type="checkbox"/>
2 : Suicide	<input type="checkbox"/>
3 : Anxiété	<input type="checkbox"/>
4 : Délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>
5 : Excitation, irritabilité	<input type="checkbox"/>
6 : Alcool	<input type="checkbox"/>
7 : Drogues	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J12. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé(e) en psychiatrie contre votre volonté ? OUI **NON** → J15 NSP NVPR → J15

J13. Combien de fois approximativement ? |_|_| fois NSP

J14. La dernière fois ...

a. C'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |_|_| jours **OU** |_|_| mois **OU** |_|_| années NSP

b. Etait-ce ...	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : Une hospitalisation à la demande d'un tiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : Une hospitalisation d'office (préfet, police) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |_|_| NSP

OU Dans quel hôpital était-ce ? _____ NSP

d. Combien de temps a duré l'hospitalisation ?

Moins d'un mois Entre 1 et 6 mois Plus de 6 mois NSP

J15. Et actuellement, êtes-vous suivi(e) pour ce type de problèmes (émotifs, nerveux, psychologiques, psychiatriques ou de comportement) ?

OUI → J16 NON NSP NVPR

Si J1 ET J5 ET J8 ET J12 ET J15 = NON ou NVPR → Module ALCOOL, page 29

Si au moins un OUI entre J1 et J12 → J33 ou J34, PAGE 26

J16. Si OUI, où êtes-vous suivi ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Dans un centre Médico-Psychologique (CMP)	<input type="checkbox"/>
2 : Dans un centre médico-social	<input type="checkbox"/>
3 : A l'hôpital	<input type="checkbox"/>
4 : Dans une association	<input type="checkbox"/>
5 : Dans un cabinet de ville généraliste ou spécialiste	<input type="checkbox"/>
6 : Dans un centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST, CSAPA)	<input type="checkbox"/>
7 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J17. Pour quel type de problème êtes-vous suivi actuellement ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Dépression	<input type="checkbox"/>
2 : Suicide	<input type="checkbox"/>
3 : Anxiété	<input type="checkbox"/>
4 : Délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>
5 : Excitation, irritabilité	<input type="checkbox"/>
6 : Alcool	<input type="checkbox"/>
7 : Drogues	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

J18. Au cours des 30 derniers jours avez-vous pris des médicaments pour ce problème ?

OUI NON → J20 NSP NVPR → J20

J19. De quel genre de médicaments s'agit-il ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles) Si la personne donne un nom de médicament : NOTEZ LE NOM SANS COCHER LE TYPE	
1 : Somnifères	<input type="checkbox"/>
2 : Médicaments contre l'anxiété	<input type="checkbox"/>
3 : Neuroleptiques	<input type="checkbox"/>
4 : Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>
5 : Tranquillisants	<input type="checkbox"/>
6 : Médicaments pour les nerfs	<input type="checkbox"/>
7 : Nom du (des) médicament(s) : _____	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J20. Au total, au cours de votre vie, combien de fois approximativement avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ? |__|__| fois Jamais → J23 NSP NVPR

J21. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'hospitalisation la plus longue ?	
1 : Moins d'un mois	<input type="checkbox"/>
2 : Entre 1 et 6 mois	<input type="checkbox"/>
3 : Entre 6 mois et 1 an	<input type="checkbox"/>
4 : Entre 1 an et 2 ans	<input type="checkbox"/>
5 : Plus de 2 ans	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J22. La dernière fois que vous avez été hospitalisé(e) ...

a. C'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |__|__| jours OU |__|__| mois OU |__|__| années NSP

b. Etait-ce ...	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : Une hospitalisation à la demande d'un tiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : Une hospitalisation d'office (préfet, police) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |__|__| NSP

OU Dans quel hôpital était-ce ? _____ NSP

d. Etait-ce dans un service de psychiatrie ? OUI NON NSP NVPR

J23. Au cours de votre vie, avez-vous déjà interrompu votre traitement avant la fin de la prescription pour traiter ce problème? OUI NON → J30 NSP NVPR → J30

J24. Combien de fois approximativement ? |__|__| fois NSP

J25. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'arrêt le plus long ?	
1 : Moins d'un mois	<input type="checkbox"/>
2 : Entre 1 et 6 mois	<input type="checkbox"/>
3 : Entre 6 mois et 1 an	<input type="checkbox"/>
4 : Entre 1 an et 2 ans	<input type="checkbox"/>
5 : Plus de 2 ans	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J26. La dernière fois, c'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |__|__| jours **OU** |__|__| mois **OU** |__|__| années NSP

J27. La dernière fois, pour quelles raisons avez-vous arrêté votre traitement ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Vous oubliiez de prendre votre traitement	<input type="checkbox"/>
2 : Vous vous sentiez bien, vous n'en aviez pas besoin	<input type="checkbox"/>
3 : Vous l'avez perdu, on vous a volé vos affaires	<input type="checkbox"/>
4 : Le traitement était trop contraignant (nombreuses prises, trop de comprimés, horaires précis)	<input type="checkbox"/>
5 : Vous vouliez éviter les effets secondaires	<input type="checkbox"/>
6 : L'association avec l'alcool était fortement déconseillée	<input type="checkbox"/>
7 : Vous ne trouviez pas le traitement efficace	<input type="checkbox"/>
8 : Vous aviez l'impression que le traitement était dangereux/toxique	<input type="checkbox"/>
9 : Vous ne vouliez pas vous sentir dépendant de votre traitement	<input type="checkbox"/>
10 : Pour des raisons financières	<input type="checkbox"/>
11 : Vous ne vouliez pas que les autres vous voient prendre un traitement	<input type="checkbox"/>
12 : Vous n'aviez pas de bonnes relations avec votre médecin	<input type="checkbox"/>
13 : Vous utilisiez vos médicaments comme un moyen d'échange	<input type="checkbox"/>
14 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J28. Avez-vous à un moment décidé de reprendre votre traitement ? OUI NON → J30

J29. Si OUI, pour quelles raisons ? <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Vous vous sentiez trop mal sans votre traitement	<input type="checkbox"/>
2 : Un traitement mieux adapté à votre quotidien a été trouvé (moins de prises, pas d'horaires précis)	<input type="checkbox"/>
3 : Vous avez établi une relation de confiance avec votre médecin	<input type="checkbox"/>
4 : Vous avez été mieux informé sur votre maladie et sur l'intérêt de suivre votre traitement	<input type="checkbox"/>
5 : Vous avez trouvé un lieu de soins	<input type="checkbox"/>
6 : Vous avez été soutenu par des proches	<input type="checkbox"/>
7 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J30. Vous est-il déjà arrivé de vous traiter seul pour vous sentir mieux par rapport à ce problème?

OUI NON → J31 NSP NVPR → J31

Si OUI, en prenant des médicaments sans ordonnance

autre, (*précisez*) : _____

J31. Ce problème vous a-t-il gêné dans votre vie quotidienne ? OUI NON NSP

J32. A-t-il été sévère au point de vous empêcher d'agir (chercher du travail, faire des démarches administratives...) ou de voir vos proches ? OUI NON NSP

→ Module ALCOOL, PAGE 29

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI AU MINI ...

1/ N'ONT PAS DECLARE DE TROUBLE DANS LES 15 DERNIERS JOURS

Vous m'avez donc dit avoir été confronté au cours de votre vie à un problème émotif, nerveux, psychologique ou psychiatrique...

J33. En souffrez-vous encore ? OUI NON → J43 NSP NVPR → J43

J34. De quel type de problème souffrez-vous ? (<i>Ne pas citer</i>) (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	
1 : Dépression	<input type="checkbox"/>
2 : Suicide	<input type="checkbox"/>
3 : Anxiété	<input type="checkbox"/>
4 : Délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>
5 : Excitation, irritabilité	<input type="checkbox"/>
6 : Alcool	<input type="checkbox"/>
7 : Drogues	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

→ 35

2/ ONT DECLARE UN TROUBLE DANS LES 15 DERNIERS JOURS

Vous m'avez parlé d'un problème récent et vous m'avez dit ne pas être suivi...

J35. En avez-vous parlé à un médecin ou à quelqu'un s'occupant de santé ?

OUI NON → J42 NSP NVPR → J43

J36. Qui était cette personne ? (<i>Ne pas citer</i>) (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	
1 : Un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>
2 : Un médecin psychiatre	<input type="checkbox"/>
3 : Un médecin à l'hôpital	<input type="checkbox"/>
4 : Un psychologue (non médecin)	<input type="checkbox"/>
5 : Une infirmière	<input type="checkbox"/>
6 : Une assistante sociale	<input type="checkbox"/>
7 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J37. Vous a-t-on prescrit un traitement ? OUI NON → J40 NSP NVPR → J40

J38. De quel genre de médicaments s'agit-il ? (<i>Ne pas citer</i>) (<i>plusieurs réponses possibles</i>) Si la personne donne un nom de médicament : NOTEZ LE NOM SANS COCHER LE TYPE	
1 : Somnifères	<input type="checkbox"/>
2 : Médicaments contre l'anxiété	<input type="checkbox"/>
3 : Neuroleptiques	<input type="checkbox"/>
4 : Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>
5 : Tranquillisants	<input type="checkbox"/>
6 : Médicaments pour les nerfs	<input type="checkbox"/>
7 : Nom du (des) médicament(s) : _____	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J39. L'avez-vous pris ? OUI NON NSP NVPR

J40. Un suivi vous a-t-il été proposé ? OUI NON → J43 NSP NVPR → J43

J41. Si OUI, dans quel type de structure ? (<i>Ne pas citer</i>) (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	
1 : Centres Médicaux Psychologiques (CMP)	<input type="checkbox"/>
2 : Centres médicaux sociaux (dispensaires)	<input type="checkbox"/>
3 : Cabinet de ville	<input type="checkbox"/>
4 : Associations	<input type="checkbox"/>
5 : Aucune structure car n'y est pas allé	<input type="checkbox"/>
6 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

→ 43

J42. Si NON à J35, pour quelles raisons n'en avez-vous pas parlé à un médecin ou quelqu'un s'occupant de santé? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous n'osez pas en parler	<input type="checkbox"/>
2 : Vous estimez que ce n'est pas un problème	<input type="checkbox"/>
3 : Vous pensez que cela ne sert à rien d'en parler	<input type="checkbox"/>
4 : Vous pensez que ce problème va se régler de lui-même	<input type="checkbox"/>
5 : Vous ne savez pas à qui vous adresser	<input type="checkbox"/>
6 : Pour des raisons financières	<input type="checkbox"/>
7 : Vous avez d'autres soucis	<input type="checkbox"/>
8 : Déplacement limité	<input type="checkbox"/>
9 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

J43. Au cours de votre vie, avez-vous déjà interrompu un traitement pour traiter ce problème avant la fin de la prescription ?

- OUI → J45
 NON, car on ne m'en a jamais prescrit → J51
 NON, car je n'ai jamais pris le traitement → J44
 NSP
 NVPR → J51

J44. Pour quelles raisons n'avez-vous pas pris le traitement prescrit? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous les oubliez	<input type="checkbox"/>
2 : Vous vous sentiez bien, vous n'en aviez pas besoin	<input type="checkbox"/>
3 : Vous l'avez perdu, on vous a volé vos affaires	<input type="checkbox"/>
4 : Le traitement était trop contraignant (nombreuses prises, trop de comprimés, horaires précis)	<input type="checkbox"/>
5 : Vous vouliez éviter les effets secondaires	<input type="checkbox"/>
6 : L'association avec l'alcool était fortement déconseillée	<input type="checkbox"/>
7 : Vous ne trouviez pas le traitement efficace	<input type="checkbox"/>
8 : Vous aviez l'impression que le traitement était dangereux/toxique	<input type="checkbox"/>
9 : Vous ne vouliez pas vous sentir dépendant de votre traitement	<input type="checkbox"/>
10 : Pour des raisons financières	<input type="checkbox"/>
11 : Vous ne vouliez pas que les autres vous voient prendre un traitement	<input type="checkbox"/>
12 : Vous n'aviez pas de bonnes relations avec votre médecin	<input type="checkbox"/>
13 : Vous utilisiez vos médicaments comme un moyen d'échange	<input type="checkbox"/>
14 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

→51

J45. Combien de fois approximativement ? |__|__| fois NSP NVPR → J47

J46. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'arrêt le plus long ?	
1 : Moins d'un mois	<input type="checkbox"/>
2 : Entre 1 et 6 mois	<input type="checkbox"/>
3 : Entre 6 mois et 1 an	<input type="checkbox"/>
4 : Entre 1 an et 2 ans	<input type="checkbox"/>
5 : Plus de 2 ans	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J47. La dernière fois, c'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |__|__| jours **OU** |__|__| mois **OU** |__|__| années NSP

J48. La dernière fois, pour quelles raisons avez-vous arrêté votre traitement ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous oubliez de prendre votre traitement	<input type="checkbox"/>
2 : Vous vous sentiez bien, vous n'en aviez pas besoin	<input type="checkbox"/>
3 : Vous l'avez perdu, on vous a volé vos affaires	<input type="checkbox"/>
4 : Le traitement était trop contraignant (nombreuses prises, trop de comprimés, horaires précis)	<input type="checkbox"/>
5 : Vous vouliez éviter les effets secondaires	<input type="checkbox"/>
6 : L'association avec l'alcool était fortement déconseillée	<input type="checkbox"/>
7 : Vous ne trouviez pas le traitement efficace	<input type="checkbox"/>
8 : Vous aviez l'impression que le traitement était dangereux/toxique	<input type="checkbox"/>
9 : Vous ne vouliez pas vous sentir dépendant de votre traitement	<input type="checkbox"/>
10 : Pour des raisons financières	<input type="checkbox"/>
11 : Vous ne vouliez pas que les autres vous voient prendre un traitement	<input type="checkbox"/>
12 : Vous n'aviez pas de bonnes relations avec votre médecin	<input type="checkbox"/>
13 : Vous utilisiez vos médicaments comme un moyen d'échange	<input type="checkbox"/>
14 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J49. Avez-vous à un moment décidé de reprendre votre traitement ? OUI NON → **J51**

J50. Pour quelles raisons ? (Ne pas citer)	
1 : Vous vous sentiez trop mal sans votre traitement	<input type="checkbox"/>
2 : Un traitement mieux adapté à votre quotidien a été trouvé (moins de prises, pas d'horaires précis)	<input type="checkbox"/>
3 : Vous avez établi une relation de confiance avec votre médecin	<input type="checkbox"/>
4 : Vous avez été mieux informé sur votre maladie et sur l'intérêt de suivre votre traitement	<input type="checkbox"/>
5 : Vous avez trouvé un lieu de soins	<input type="checkbox"/>
6 : Vous avez été soutenu par des proches	<input type="checkbox"/>
7 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

J51. Vous est-il déjà arrivé de vous traiter seul pour vous sentir mieux par rapport à ce problème ?

OUI NON → **J52** NSP NVPR → **J52**

Si OUI, en prenant des médicaments sans ordonnance autre : _____

J52. Au total, au cours de votre vie, combien de fois approximativement avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ? |__|__| fois Jamais → **J55** NSP NVPR → **J55**

J53. Si plusieurs fois, combien de temps a duré l'hospitalisation la plus longue ?	
1 : Moins d'un mois	<input type="checkbox"/>
2 : Entre 1 et 6 mois	<input type="checkbox"/>
3 : Entre 6 mois et 1 an	<input type="checkbox"/>
4 : Entre 1 an et 2 ans	<input type="checkbox"/>
5 : Plus de 2 ans	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

J54. La dernière fois que vous avez été hospitalisé(e) ...

a. C'était il y a combien de temps ? Il y a |__|__|jours **OU** |__|__|mois **OU** |__|__|années NSP

b. Etait-ce ...	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : Une hospitalisation à la demande d'un tiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : Une hospitalisation d'office (préfet, police) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Dans quel département se trouvait l'hôpital ? |__|__| NSP

OU Dans quel hôpital était-ce ? _____ NSP

d. Etait-ce dans un service de psychiatrie ? OUI NON NSP NVPR

J55. Ce problème vous a-t-il gêné dans votre vie quotidienne ? OUI NON NSP

J56. A-t-il été sévère au point de vous empêcher d'agir (chercher du travail, faire des démarches administratives...) ou de voir vos proches ? OUI NON NSP

ALCOOL

Je vais maintenant vous poser des questions sur votre consommation d'alcool et de drogues.

On parlera d'abord de votre consommation des 12 derniers mois et ensuite de votre consommation depuis que vous êtes sans domicile fixe.

Je tiens à vous rappeler que cet entretien est entièrement anonyme et confidentiel.

(SAUF POINT SOUPE !)

Les personnes qui s'occupent de votre prise en charge n'auront pas accès à ces informations.

Vous pouvez donc nous répondre en toute sincérité.

K. ALCOOL

K1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées : bière, cidre, vin, apéritifs, alcool fort ... ? OUI → K2 NON → *Module DROGUES, PAGE 34* NVPR

Si OUI, la dernière fois que vous avez bu de l'alcool, c'était quand ?

Il y a : Moins d'1 heure Entre 1 et 4 heures Entre 5 et 10 heures Plus d'1 jour
 Plus d'1 semaine Plus d'1 mois Plus de 6 mois NSP NVPR

un 'demi' de bière ou de cidre = 1 verre une cannette de bière standard = 2 verres une cannette de bière forte = 4 verres
 un flash = 6 verres une bouteille de vin = 7 verres

Au cours des 12 derniers mois	0	1	2	3	4	4	NSP	NVPR
K2. A quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ?	Jamais → K19 K20	1 fois/ mois ou moins	2 à 4 fois/ mois	2 à 3 fois/ semaine	4 à 6 fois/ semaine	Tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K3. Habituellement, les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?	1 ou 2 Verres	3 ou 4 verres	5 ou 6 verres	7 à 9 Verres	10 verres ou +		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4. Combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus d'alcool au cours d'une même occasion ?	Jamais	Moins d'1 fois/ Mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si les réponses aux 3 premières questions sont dans les zones grisées : PASSER A K10								
K5. Combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K6. Combien de fois votre consommation d'alcool vous a-telle empêché de faire ce que vous aviez prévu d'accomplir dans la journée (<i>démarches administratives ...</i>) ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K7. Combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K8. Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de remord après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K9. Combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois/ mois	1 fois/ mois	1 fois/ semaine	Chaque jour ou presque		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours de votre vie								
K10. Vous êtes vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas cette année		Oui, au cours de l'année		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K11. Un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas durant l'année écoulée		Oui, au cours de l'année		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL SCORES								
K12. Au cours de l'année écoulée avez-vous été arrêté au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool ?	Jamais	1 fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois	Toutes les semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Homme : Score ≥ 7 **OU** Femme : Score ≥ 6 :
 Score ≥ 13 :

**Alcoolisation présentant des risques
 Alcoololo dépendance**

Si pas d'alcoolisation à risque → K17

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI PRESENTENT UNE ALCOOLISATION A RISQUE, c.à.d. pour les hommes : Score ≥ 7 et pour les femmes : Score ≥ 6

K13. Jusqu'à quel point ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer de l'alcool ou de vivre sans ?	
1 : Facile	<input type="checkbox"/>
2 : Assez difficile	<input type="checkbox"/>
3 : Très difficile	<input type="checkbox"/>
4 : Impossible	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
98 : Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/>

K14. Ces 12 derniers mois, votre consommation d'alcool a-t-elle eu des effets néfastes sur :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : vos relations avec vos amis ou vos connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : votre vie amoureuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 : votre santé physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 : votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 : votre situation financière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 : Avez-vous eu des problèmes avec la justice à cause de cette consommation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K15. Votre consommation d'alcool est-elle à l'origine de :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : la perte d'un travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : la perte d'un logement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : la séparation d'avec vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K16. Pensez-vous que la vie sans domicile a modifié votre consommation d'alcool ? <i>(Ne pas citer) - (si pas de réponse, citer les modalités)</i>	
1 : NON, ça n'a rien changé	<input type="checkbox"/>
2 : OUI, vous avez commencé à consommer	<input type="checkbox"/>
3 : OUI, vous avez arrêté de consommer	<input type="checkbox"/>
4 : OUI, vous avez augmenté votre consommation Si OUI , quelle était la fréquence de votre consommation : <input type="checkbox"/> 1 fois/mois <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/mois <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaines <input type="checkbox"/> tous les jours	<input type="checkbox"/>
5 : OUI, vous avez diminué votre consommation Si OUI , quelle était la fréquence de votre consommation : <input type="checkbox"/> 1 fois/mois <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/mois <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaines <input type="checkbox"/> tous les jours	<input type="checkbox"/>
6 : OUI, vous vous êtes mis à consommer de l'alcool pour remplacer un autre produit Si OUI , quel(s) produit(s) avez-vous remplacé par l'alcool : _____	<input type="checkbox"/>
7 : OUI, vous l'avez associé à d'autres produits Si OUI , avec quel(s) produit(s) avez-vous associé l'alcool : _____	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
98 : Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/>

K17. Aujourd'hui, pensez-vous qu'il y a eu une période de votre vie où vous buviez trop ?

- OUI → A quel âge la 1^{ère} fois ? |__|__| ans **ou** il y a |__|__| ans NSP
 NON NSP NVPR

K18. Depuis que vous êtes sans domicile, vous est-il arrivé d'arrêter totalement toute consommation d'alcool pendant au moins 7 jours dans un but de sevrage alcoolique ?

- OUI → K22 NON **ou** NSP **ou** NVPR → Module DROGUES, PAGE 34

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI N'ONT JAMAIS BU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

K19. Si vous n'avez pas bu d'alcool au cours des 12 derniers mois, pour quelle(s) raison(s) ? <i>(Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : N'a jamais consommé régulièrement d'alcool → <i>Module DROGUES, PAGE 34</i>	<input type="checkbox"/>
2 : Parce que c'est dangereux pour la santé	<input type="checkbox"/>
3 : Parce que je n'en vois pas l'intérêt	<input type="checkbox"/>
4 : Parce que je n'aime pas les effets	<input type="checkbox"/>
5 : Parce que j'ai eu des problèmes de santé	<input type="checkbox"/>
6 : Parce que j'ai eu des problèmes relationnels (familiaux, amicaux...)	<input type="checkbox"/>
7 : Parce que j'ai eu des problèmes dans mon travail	<input type="checkbox"/>
8 : Parce que j'ai eu des problèmes judiciaires	<input type="checkbox"/>
9 : Pour des raisons culturelles ou religieuses	<input type="checkbox"/>
10 : Pour des raisons financières	<input type="checkbox"/>
11 : Parce que je réagis mal	<input type="checkbox"/>
12 : Parce que je ne veux pas devenir dépendant(e)	<input type="checkbox"/>
13 : Parce que c'est interdit dans les centres d'hébergement	<input type="checkbox"/>
14 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
98 : Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/>

K20. Au cours de votre vie	OUI	NON	NSP	NVPR
1: Vous êtes vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : Un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de la réduire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : Pensez-vous qu'il y a eu une période où vous buviez trop ? Si OUI, à quel âge la 1 ^{ère} fois ? __ __ ans ou il y a __ __ ans <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K21. Depuis que vous êtes sans domicile et avant ces 12 derniers mois, aviez-vous déjà arrêté totalement de consommer de l'alcool au moins pendant 7 jours dans un but de sevrage alcoolique ?

OUI → K22 NON **ou** NSP **ou** NVPR → *Module DROGUES, PAGE 34*

K22. Combien de fois environ avez-vous arrêté depuis que vous êtes sans domicile ?

|__|__| NSP NVPR

K23. La dernière fois que vous avez arrêté, c'était il y a combien de temps ?

C'était il y a : |__|__| mois **ou** |__|__| années NSP NVPR

K24. La dernière fois, aviez-vous entrepris cette démarche :

Seul → K26 Avec l'aide d'un tiers NSP NVPR → K26

K25. Qui vous a aidé pour arrêter votre consommation? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Famille	<input type="checkbox"/>
2 : Psychologue	<input type="checkbox"/>
3 : Association d'anciens buveurs	<input type="checkbox"/>
4 : Amis	<input type="checkbox"/>
5 : Assistante sociale /éducateur	<input type="checkbox"/>
6 : Médecins	<input type="checkbox"/>
7 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

K26. La dernière fois, dans quel cadre a eu lieu ce sevrage ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : A l'hôpital	<input type="checkbox"/>
2 : Dans un CCAA (centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie)	<input type="checkbox"/>
3 : Dans un centre de cure	<input type="checkbox"/>
4 : Dans un cabinet de médecine générale	<input type="checkbox"/>
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	<input type="checkbox"/>
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	<input type="checkbox"/>
7 : Aucun, car sevrage seul	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

K27. Après ce sevrage, avez-vous été suivi, cad avez-vous régulièrement rencontré un professionnel ?

OUI

NON → K32

NSP

NVPR → K32

K28. Dans quel type de structure ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : A l'hôpital	<input type="checkbox"/>
2 : Dans un CCAA (centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie)	<input type="checkbox"/>
3 : Dans un centre de post-cure	<input type="checkbox"/>
4 : Dans un cabinet de médecine générale	<input type="checkbox"/>
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	<input type="checkbox"/>
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	<input type="checkbox"/>
7 : Aucun, car sevrage seul	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

K29. Etes-vous encore suivi? OUI NON NSP NVPR

K30. Avez-vous eu un traitement ? OUI NON NSP NVPR

K31. Avez-vous fréquenté une association d'anciens buveurs ?
 OUI NON NSP NVPR

K32. Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous décidé d'arrêter de consommer de l'alcool ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous ou un de vos proches a été blessé parce que vous étiez sous l'emprise d'un produit	<input type="checkbox"/>
2 : Vous subissiez des pressions de la part de votre famille, de vos amis	<input type="checkbox"/>
3 : Cela a nui à une de vos amitiés, à une relation amoureuse, à votre relation avec votre famille	<input type="checkbox"/>
4 : Vous avez perdu votre travail	<input type="checkbox"/>
5 : Cela vous revenait trop cher	<input type="checkbox"/>
6 : Vous avez eu des problèmes de santé	<input type="checkbox"/>
7 : Vous ne supportiez plus de perdre le contrôle de votre consommation, d'être dépendant	<input type="checkbox"/>
8 : Vous avez été arrêté par la police	<input type="checkbox"/>
9 : Vous avez été exclu d'un centre d'hébergement	<input type="checkbox"/>
10 : Vous ne supportez plus le regard des autres, de la société	<input type="checkbox"/>
11 : Vous ne supportiez plus votre image	<input type="checkbox"/>
12 : Cela devenait difficile de s'en procurer	<input type="checkbox"/>
13 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>
98 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
99 : Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/>

K33. Selon vous, que faut-il pour qu'une tentative d'arrêt soit un succès ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Etre prêt à arrêter	<input type="checkbox"/>
2 : Une prise en charge adaptée	<input type="checkbox"/>
3 : Le maintien du soin	<input type="checkbox"/>
4 : Un logement	<input type="checkbox"/>
5 : Un travail	<input type="checkbox"/>
6 : Un projet de vie	<input type="checkbox"/>
7 : Une relation affective	<input type="checkbox"/>
8 : Ne pas retourner dans la rue	<input type="checkbox"/>
9 : Ne pas s'ennuyer	<input type="checkbox"/>
10 : Ne pas retrouver des copains qui peuvent vous entraîner	<input type="checkbox"/>
11 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>
98 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
99 : Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/>

On va maintenant parler de votre consommation de substances

PRODUITS	Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris ..., même pour goûter ?		A quel âge la 1 ^{ère} fois ?	Et au cours des 12 derniers mois, en avez-vous pris ?	Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence ? <i>Citer</i>				UNIQUEMENT pour les produits de la zone grisée		Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter d'en consommer ou de vivre sans ? <i>Citer</i>	Pensez vous que la vie sans domicile a modifié votre consommation ? <i>Si OUI, citer</i>	Pensez vous que la vie sans domicile a modifié votre rapport à l'injection ? <i>Si OUI, citer</i>
	OUI déjà pris	NON			<1 fois / mois	1 à 3 fois/ mois	1 à 2 fois / sem	3 fois et +/ sem	Comment l'avez vous consommé le +svt ces 12 derniers mois ? <i>Citer</i>	Ces 12 derniers mois, vous est-il arrivé de l'injecter ?			
A. Cannabis <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → B	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___		___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	___
B. Ecstasy, MDMA <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → C	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	___
C. Cocaïne <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → D	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	___
D. Médicaments pour obtenir des effets <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → E	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → E	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	___
E. Si la personne a répondu OUI pour CANNABIS + OUI pour au moins 1 autre produit → F, G ... P Si la personne a répondu OUI uniquement pour CANNABIS, demandez : 'Au cours de votre vie, avez-vous pris d'autres drogues, comme des amphétamines, du poppers, de l'héroïne, du crack du subutex, même pour goûter ?' <input type="checkbox"/> OUI → F <input type="checkbox"/> NON → module TABAC, PAGE 39													
SI LA PERSONNE NE VEUT PAS REpondre AUX QUESTIONS SUR LA DROGUE → PASSER DIRECTEMENT AU TABAC, PAGE 39													
F. Amphétamines, speed <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → G	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → G	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	___
G. Poppers <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → H	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → H	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___		___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	
H. Héroïne <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → I	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	___
I. Crack, free base <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → J	___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → J	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___	___ ___ ___ Si 6 : quels produits: _____	___

PRODUITS	Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris ..., même pour goûter ?		A quel âge la 1 ^{ère} fois ?	Et au cours des <u>12 derniers mois</u> , en avez-vous pris ?	Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence ? <i>Citer</i>				UNIQUEMENT pour les produits de la zone grisée		Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter d'en consommer ou de vivre sans ? <i>Citer</i>	Pensez vous que la vie sans domicile a modifié votre consommation ? <i>Si OUI, citer</i>	Pensez vous que la vie sans domicile a modifié votre rapport à l'injection ? <i>Si OUI, citer</i>
	OUI déjà pris	NON			<1 fois / mois	1 à 3 fois/ mois	1 à 2 fois / sem	3 fois et +/ sem	Comment l'avez vous consommé le +svt ces 12 derniers mois ? <i>Citer</i>	Ces 12 derniers mois, vous est-il arrivé de l'injecter ?			
J. Subutex <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → K	_____	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON → K	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	_____ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____ Si 6 : quels produits: _____	_____
* S'agit-il un traitement de substitution ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit Si <u>OUI</u> , Votre traitement vous est prescrit par : <input type="checkbox"/> un médecin généraliste <input type="checkbox"/> un centre méthadone Vous arrive-t-il de temps en temps d'en acheter dans la rue ? <input type="checkbox"/> OUI → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit <input type="checkbox"/> NON → K <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR													
K. Méthadone <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → L	_____	<input type="checkbox"/> OUI ** <input type="checkbox"/> NON → L	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	_____ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____ Si 6 : quels produits: _____	_____
** S'agit-il un traitement de substitution ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit Si <u>OUI</u> , Votre traitement vous est prescrit par : <input type="checkbox"/> un médecin généraliste <input type="checkbox"/> un centre méthadone Vous arrive-t-il de temps en temps d'en acheter dans la rue ? <input type="checkbox"/> OUI → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit <input type="checkbox"/> NON → L <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR													
L. Sulfate de morphine <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → M	_____	<input type="checkbox"/> OUI *** <input type="checkbox"/> NON → M	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	_____ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____ Si 6 : quels produits: _____	_____
*** S'agit-il un traitement de substitution ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit Si <u>OUI</u> , Votre traitement vous est prescrit par : <input type="checkbox"/> un médecin généraliste <input type="checkbox"/> un centre méthadone Vous arrive-t-il de temps en temps d'en acheter dans la rue ? <input type="checkbox"/> OUI → retour au tableau pour poursuivre sur le même produit <input type="checkbox"/> NON → N <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR													
M. Colle, solvants <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → N	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → N	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	_____		_____	_____ Si 6 : quels produits: _____	
N. LSD <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → O	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → O	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	_____		_____	_____ Si 6 : quels produits: _____	
O. Champignons, hallucinogènes <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → P	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → P	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	_____		_____	_____ Si 6 : quels produits: _____	
P. Kétamine <input type="checkbox"/> NVPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	_____ Si 1/2/3 →	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____ Si 6 : quels produits: _____	_____

Si la personne a consommé un des produits précédents dans les 12 derniers mois, demander :

La dernière fois que vous avez consommé des produits ou des médicaments détournés de leur usage, c'était quand ?

- Il y a : Moins d'1 heure Entre 1 et 4 heures Entre 5 et 10 heures Plus d'1 journée Plus d'1 semaine
 Plus d'1 mois Plus de 6 mois NSP NVPR

Pour les personnes qui se sont injectées des produits au cours des 12 derniers mois :

L1. Avez-vous prêté ou emprunté une seringue dans les 12 derniers mois ? OUI NON → L2 NSP NVPR → L2

Si OUI, A quelle fréquence le plus généralement ? **Citer**

- Systématiquement Souvent Rarement 1 ou 2 fois NSP NVPR

L2. Avez-vous prêté ou emprunté du petit matériel lié à l'injection (cuillère, filtre...) dans l'année qui vient de s'écouler ?

- OUI NON → L3 NSP NVPR → L3

Si OUI, A quelle fréquence le plus généralement ? **Citer**

- Systématiquement Souvent Rarement 1 ou 2 fois NSP NVPR

L3. Ces 12 derniers mois, votre consommation de drogues a-t-elle eu des effets néfastes sur :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : vos relations avec vos amis ou vos connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : votre vie amoureuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 : votre santé physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 : votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 : votre situation financière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 : Avez-vous eu des problèmes avec la justice à cause de cette consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L4. Ces 12 derniers mois, y'a-t-il des produits que vous avez pris ensemble, en même temps ? OUI NON → L5 NSP NVPR → L5

Si OUI, De quel(s) produit(s) s'agit-il ? _____

L5. Votre consommation de drogues a-t-elle été à l'origine de :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : la perte d'un travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : la perte d'un logement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : la séparation d'avec vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L6. Aujourd'hui, pensez-vous qu'il y a eu une période de votre vie où vous consommiez trop de drogues ?

- OUI → Quel(s) produit(s) : _____ A quel âge la 1^{ère} fois ? |_|_| ans **ou** il y a |_|_| ans NSP
 NON NSP NVPR

L7. Depuis que vous êtes sans domicile, avez-vous déjà arrêté de consommer des produits, hormis l'alcool au moins pendant 7 jours ?

OUI → L8

NON ou

NSP ou

NVPR → module TABAC, PAGE 39

Noter le(s) produit(s) cité(s) : _____

L8. Combien de fois environ avez-vous arrêté depuis que vous êtes sans domicile ? |__| |

NSP

NVPR

L9. La dernière fois que vous avez arrêté, de quel produit s'agissait-il ? _____

L10. Et c'était il y a combien de temps ? C'était il y a : |__| | mois

ou

|__| | années

NSP

NVPR

L11. Avez-vous entrepris cette démarche: Seul(e) → L13

Avec l'aide d'un tiers

NSP

NVPR → L13

L12. Qui vous a aidé pour arrêter ou diminuer votre consommation ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Famille	<input type="checkbox"/>
2 : Psychologue	<input type="checkbox"/>
3 : Association d'anciens toxicomanes	<input type="checkbox"/>
4 : Amis	<input type="checkbox"/>
5 : Assistante sociale /éducateur	<input type="checkbox"/>
6 : Médecins	<input type="checkbox"/>
7 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

L13. La dernière fois, dans quel cadre a eu lieu ce sevrage ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : A l'hôpital	<input type="checkbox"/>
2 : Dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST, CSAPA)	<input type="checkbox"/>
3 : Dans un centre de cure	<input type="checkbox"/>
4 : Dans un cabinet de médecine générale	<input type="checkbox"/>
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	<input type="checkbox"/>
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	<input type="checkbox"/>
7 : Aucun, car sevrage seul	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

L14. Après ce sevrage, avez-vous été suivi, cad avez-vous régulièrement rencontré un professionnel ? OUI NON → L19 NSP NVPR

L15. Dans quel type de structure ? (Ne pas citer) (Plusieurs réponses possibles)	
1 : A l'hôpital	<input type="checkbox"/>
2 : Dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST, CSAPA)	<input type="checkbox"/>
3 : Dans un centre de post-cure	<input type="checkbox"/>
4 : Dans un cabinet de médecine générale	<input type="checkbox"/>
5 : Dans un centre résidentiel (LHSS...)	<input type="checkbox"/>
6 : Dans un CMP (centre Médico-Psychologique)	<input type="checkbox"/>
7 : Aucun, car sevrage seul	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

- L16. Etes-vous encore suivi? OUI NON NSP NVPR
- L17. Avez-vous eu un traitement ? OUI NON NSP NVPR
- L18. Avez-vous fréquenté une association d'anciens toxicomanes ? OUI NON NSP NVPR

L19. Etes-vous déjà allé dans un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD ou un service de bas seuil) ? OUI NON

L20. Avez-vous déjà été en contact avec des équipes de rue ? OUI NON NSP NVPR

L21. Pour quelle(s) raison(s) aviez-vous décidé d'arrêter de consommer de ... (Nommer le produit cité) ? <i>(Ne pas citer)</i> (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Vous ou un de vos proches a été blessé parce que vous étiez sous l'emprise d'un produit	<input type="checkbox"/>
2 : Vous subissiez des pressions de la part de votre famille, de vos amis	<input type="checkbox"/>
3 : Cela a nui à une de vos amitiés, à une relation amoureuse, à votre relation avec votre famille	<input type="checkbox"/>
4 : Vous avez perdu votre travail	<input type="checkbox"/>
5 : Cela vous revenait trop cher	<input type="checkbox"/>
6 : Vous avez eu des problèmes de santé	<input type="checkbox"/>
7 : Vous ne supportiez plus de perdre le contrôle de votre consommation, d'être dépendant	<input type="checkbox"/>
8 : Vous avez été arrêté par la police	<input type="checkbox"/>
9 : Vous avez été exclu d'un centre d'hébergement	<input type="checkbox"/>
10 : Vous ne supportiez plus le regard des autres, de la société	<input type="checkbox"/>
11 : Vous ne supportiez plus votre image	<input type="checkbox"/>
12 : Cela devenait difficile de s'en procurer	<input type="checkbox"/>
13 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

L22. Selon vous, que faut-il pour qu'une tentative d'arrêt soit un succès ? <i>(Ne pas citer)</i> (Plusieurs réponses possibles)	
1 : Etre prêt à arrêter	<input type="checkbox"/>
2 : Une prise en charge adaptée	<input type="checkbox"/>
3 : Le maintien du soin	<input type="checkbox"/>
4 : Un logement	<input type="checkbox"/>
5 : Un travail	<input type="checkbox"/>
6 : Un projet de vie	<input type="checkbox"/>
7 : Une relation affective	<input type="checkbox"/>
8 : Ne pas retourner dans la rue	<input type="checkbox"/>
9 : Ne pas s'ennuyer	<input type="checkbox"/>
10 : Ne pas retrouver des copains qui peuvent vous entraîner	<input type="checkbox"/>
11 : Autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>

TABAC

52. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?		
1 : OUI, vous fumez quotidiennement (au moins 1 cigarette par jour)	→ 53, 54	<input type="checkbox"/>
2 : OUI, vous fumez occasionnellement	→ 56	<input type="checkbox"/>
3 : NON, vous ne fumez plus	→ 55	<input type="checkbox"/>
4 : NON, vous n'avez jamais fumé	→ 56	<input type="checkbox"/>

53. Depuis combien de temps fumez-vous régulièrement ?

Depuis |__| |__| ans (Si moins de 1an, codez 00) / Depuis l'âge de |__| |__| ans

54. Que fumez-vous ? Cigarettes (achetées ou tabac à rouler) → nombre en moyenne par jour ? |__| |__|

Cigares Pipe

→ 56

55. Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

|__| |__| semaines ou |__| |__| mois ou |__| |__| années

SITUATION ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Parlons à présent de votre situation actuelle

56. Quelle est votre situation professionnelle actuelle?		
1 : Vous travaillez, y compris sans contrat de travail ou sans être déclaré	→ 57, 58, 59, 60, 61	<input type="checkbox"/>
2 : Chômeur, (inscrit(e) ou non à l'ANPE)	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
3 : Etudiant(e), élève, en formation, en stage hors entreprise	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
4 : Retraité(e), préretraité(e), retiré(e) des affaires	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
5 : Au foyer (à la maison)	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
6 : En invalidité	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
7 : Vous n'êtes pas autorisé(e) à travailler	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
8 : Autres inactifs (y compris congés maladie de plus de 3 mois)	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
9 : Congé parental	→ 62, 63	<input type="checkbox"/>
10 : Vous n'avez jamais travaillé	→ 62, 67	<input type="checkbox"/>

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI ONT UN EMPLOI

57. Quelle est votre activité principale actuelle ? (Noter en clair) :

58. Quel type de contrat avez-vous ? (Une seule réponse possible)		
1 : Apprentissage sous contrat		<input type="checkbox"/>
2 : Stage rémunéré en entreprise		<input type="checkbox"/>
3 : Emploi jeune, CPE, CNE		<input type="checkbox"/>
4 : CDD		<input type="checkbox"/>
5 : CDI		<input type="checkbox"/>
6 : Contrat de travail intérimaire		<input type="checkbox"/>
7 : Contrat Emploi Solidarité (CES)		<input type="checkbox"/>
8 : Sans contrat car non déclaré		<input type="checkbox"/>
9 : Sans contrat car non autorisé		<input type="checkbox"/>
10 : Sans contrat car aidant un membre de la famille		<input type="checkbox"/>
11 : Autre (<i>précisez</i>) : _____		<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas		<input type="checkbox"/>

59. Vous travaillez à : Temps complet Temps partiel NSP NVPR

60. Combien d'heures avez-vous travaillé la semaine dernière ?

Moins de 5 heures Entre 5 et moins de 15 heures
 Entre 15 et moins de 35 heures Plus de 35 heures

61. Avez-vous, néanmoins, d'autres sources de revenus ? OUI NON NSP NVPR

Si OUI, lesquelles ? _____

→ 71

NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI NE TRAVAILLENT PAS OU PLUS62. Avez-vous, néanmoins, d'autres sources de revenus ? OUI NON NSP NVPR

Si OUI, lesquelles ? _____

63. Avez-vous déjà travaillé au moins 6 mois de suite ? OUI → 64, 65, 66 NON → 67 NSP

64. Si OUI, quelle était votre dernière profession ou activité professionnelle d'au moins 6 mois de suite? (Noter en clair) :

65. Comment avez-vous perdu ou quitté votre emploi ? (Ne pas citer)	
1 : A démissionné	<input type="checkbox"/>
2 : Fin de mission d'intérim	<input type="checkbox"/>
3 : Fin de contrat à durée déterminée ou en fin d'emploi occasionnel	<input type="checkbox"/>
4 : Licenciement collectif ou individuel, une suppression d'emploi, la faillite de son entreprise	<input type="checkbox"/>
5 : Perte du travail pour raisons de santé	<input type="checkbox"/>
6 : Perte du travail pour d'autres raisons	<input type="checkbox"/>
7 : Problème d'alcool	<input type="checkbox"/>
8 : Problème de drogues	<input type="checkbox"/>
9 : Départ à la retraite ou en préretraite	<input type="checkbox"/>
10 : Il en avait assez de ce travail donc il a arrêté	<input type="checkbox"/>
11 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

66. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ? Depuis : |__|__| Mois **ou** |__|__| Années
Si recherche depuis moins d'1 mois, codez 00**NE CONCERNE PAS LES RETRAITES NI LES PERSONNES EN INVALIDITE**67. Etes-vous inscrit comme demandeur d'emploi : ANPE, ASSEDIC, mairie,... ? OUI NON NSP68. Actuellement, recherchez-vous un emploi ? OUI → 70 NON → 69 NSP NVPR

69. Si NON, pour quelle raison principale ne recherchez-vous pas d'emploi ? (Ne pas citer)	
1: Se juge trop jeune ou trop âgée pour les employeurs	<input type="checkbox"/>
2: Pense ne pas avoir la formation, les qualifications, l'expérience requise	<input type="checkbox"/>
3: A des problèmes de santé	<input type="checkbox"/>
4: A des difficultés personnelles (discrimination raciale, sexiste, problèmes linguistiques, casier judiciaire)	<input type="checkbox"/>
5: Ne sait pas comment chercher	<input type="checkbox"/>
6: Pense qu'il n'y a pas d'emploi à proximité ou pas d'emploi dans son domaine de compétence	<input type="checkbox"/>
7: N'a pas le droit de travailler (réfugié)	<input type="checkbox"/>
8: N'est pas disponible actuellement (enfants à charge, raisons familiales)	<input type="checkbox"/>
9: Attend le résultat de démarches antérieures	<input type="checkbox"/>
10: Ne souhaite pas entreprendre de démarches immédiatement	<input type="checkbox"/>
11 : Ne souhaite pas reprendre un emploi	<input type="checkbox"/>
12 : Est actuellement en stage	<input type="checkbox"/>
13 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

70. Si OUI, depuis 1 mois, avez-vous ? (plusieurs réponses possibles)	
1 : Fait une (des) démarche(s) directe(s) auprès d'un employeur	<input type="checkbox"/>
2 : Répondu à une offre d'emploi	<input type="checkbox"/>
3 : Pris contact avec une agence de travail temporaire (intérim)	<input type="checkbox"/>
4 : Fait passer une annonce de demande d'emploi (dans un journal, tableau d'affichage)	<input type="checkbox"/>
5 : Pris des dispositions pour vous établir à votre compte	<input type="checkbox"/>
6 : Passé (fait des démarches pour passer) un concours de recrutement	<input type="checkbox"/>
7 : Cherché par relations personnelles	<input type="checkbox"/>
8 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

COUVERTURE SOCIALE ET RESSOURCES FINANCIERES

Nous allons maintenant parler de l'assurance maladie et de vos ressources financières

71. Actuellement avez-vous une couverture maladie ?	
1 : Oui, la Sécurité sociale (bénéficiaire ou ayant droit)	<input type="checkbox"/>
2 : Oui, la Sécurité sociale de base par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle)	<input type="checkbox"/>
3 : Oui, l'Aide médicale d'Etat (AME)	<input type="checkbox"/>
4 : Oui, mais ne sait pas laquelle	<input type="checkbox"/>
5 : Aucune couverture maladie	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

72. Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire ?	
1 : Oui, par la CMU	<input type="checkbox"/>
2 : Oui, par une mutuelle ou une assurance privée	<input type="checkbox"/>
3 : Oui, une aide complémentaire mais ne sait pas laquelle	<input type="checkbox"/>
4 : Aucune couverture maladie complémentaire	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

73. Quelles ont été vos ressources le mois dernier ? (plusieurs réponses possibles)	
1 : Salaire / rémunération	<input type="checkbox"/>
2 : Prestations sociales	<input type="checkbox"/>
3 : Aucune → 75	<input type="checkbox"/>
4 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

74. Le mois dernier avez-vous perçu une ou des prestations sociales ? (Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)	
1 : RMI / RSA	<input type="checkbox"/>
2 : RMA (revenu minimum d'activité)	<input type="checkbox"/>
3 : Allocations chômage	<input type="checkbox"/>
4 : Allocations familiales	<input type="checkbox"/>
5 : Allocation parent isolé (API)	<input type="checkbox"/>
6 : Allocation adulte handicapé (AAH) ou COTOREP Si AAH, à quel taux ? __ __ __ % ET pour quel handicap : _____	<input type="checkbox"/>
7 : Retraite, Minimum vieillesse	<input type="checkbox"/>
8 : Aide au logement	<input type="checkbox"/>
9 : Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>
10 : Allocation d'insertion	<input type="checkbox"/>
11 : Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

75. Le mois dernier, avez-vous reçu de l'argent...(plusieurs réponses possibles)	OUI	NON	NVPR
1 : d'une association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : d'un organisme public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : père / mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 : autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 : ami, collègue, connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 : conjoint (pension alimentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 : en faisant la manche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 : autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 : rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIOLENCE

76. Ces 12 derniers mois, avez-vous été victime :	OUI	NON	NSP	NVPR
1 : de vol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 : de menaces verbales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 : de regards ou de paroles irrespectueux ou humiliants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 : d'agressions sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 : d'agressions physiques, hors agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 : de coups reçus lors de bagarres entre plusieurs personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 : autre (<i>précisez</i>) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESEAU SOCIAL

Nous allons maintenant parler de votre famille et de votre réseau social

77. Avez-vous des contacts (téléphone, courrier) avec des membres de votre famille ne résidant pas avec vous ? OUI, régulièrement OUI, occasionnellement NON

78. Combien avez-vous de copains ou de relations amicales (parenté exclue)	
1 : Un	<input type="checkbox"/>
2 : De 2 à 4	<input type="checkbox"/>
3 : De 5 à 9	<input type="checkbox"/>
4 : 10 ou plus	<input type="checkbox"/>
5 : Aucun	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
98 : Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/>

79. D'une façon générale, diriez-vous que vous vous sentez :	
1 : Très seul	<input type="checkbox"/>
2 : Plutôt seul	<input type="checkbox"/>
3 : Plutôt entouré	<input type="checkbox"/>
4 : Très entouré	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
98 : Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/>

80. En cas de coups durs, pourriez-vous compter sur ...	Pour un coup de main	Pour un soutien moral	Pour vous informer sur vos droits sociaux
1 : votre famille	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 : vos amis	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 : les membres des associations	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 : les assistantes sociales des mairies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je vous remercie beaucoup d'avoir répondu à toutes ces questions, ma (mon) collègue va conclure avec vous cet entretien.

A REMPLIR PAR LES 2 ENQUETEURS APRES L'ENTRETIEN

Heure de fin : H

Y'a-t-il eu des dérangements au cours de l'entrevue ? OUI NON

Le questionnaire a pu être administré dans des conditions de confidentialité suffisante pour que la personne ne soit pas gênée de répondre librement aux questions ? OUI NON

Si NON, expliquez : _____

Comment évaluez-vous le degré de coopération du répondant ?

Bon ou très bon Moyen Mauvais ou très mauvais

Comment évaluez-vous le degré de compréhension du répondant ?

Bon ou très bon Moyen Mauvais ou très mauvais

Croyez-vous que les réponses du répondant étaient fausses d'une certaine façon ?

OUI NON NSP

Le répondant a-t-il manifesté de la rancune, de la colère ou de l'hostilité ?

Pas du tout Modérément Un peu Beaucoup

Globalement, l'enquête s'est-elle bien déroulée ? OUI NON

Selon vous, la personne nécessiterait-elle des soins psychiatriques ? OUI NON NSP

N'hésitez pas à noter ci-dessous tout événement susceptible d'être signalé :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nécessité d'un débriefing avec le psychiatre : OUI NON

