

# QUESTIONNAIRE

A remplir par l'enquêteur

*Questions à ne pas poser*

Nom de l'enquêteur : .....

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

## TYPE DE LIEU :

ST : Centre de stabilisation (CHS)

CU : Centre d'hébergement d'urgence simple (CHU)

CR : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

BO : Bois

Identifiant :	_ _	_ _	_ _	_ _
	Dpt	Type lieu	N° enquêteur	N° d'ordre

## DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

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

### 1.a. SEXE (cocher l'apparence)

Féminin

Masculin

Préciser si

Transsexuel

Si NSP, demander : 1.b. Vous êtes un homme ou une femme :

Féminin

Masculin

2.a. Quel âge avez-vous ? |\_\_|\_\_| ans **Ou** 2.b. Année de naissance : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

3.a. Où êtes-vous né(e) ?  France (y compris DOM-TOM)

A l'étranger (préciser pays et région) : \_\_\_\_\_

b. Si né(e) en France, quel est votre département de naissance : |\_\_|\_\_|

c1. Si né(e) à l'étranger, quelle est votre nationalité actuelle ? \_\_\_\_\_

c2. En quelle année êtes-vous arrivé(e) en France ? |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Ou** c3. A quel âge êtes-vous arrivé(e) en France ? |\_\_|\_\_| ans

4. Depuis quand vivez-vous à (cité le nom de la ville) ? \_\_\_\_\_

5.a. Avez-vous déjà voyagé à l'étranger ?

OUI

NON → 6

Si OUI,

b. Si moins d'1 an, préciser le lieu (pays, région) : \_\_\_\_\_

c. Où avez-vous dormi ?  chez des locaux (famille, amis)  à l'hôtel

autre, précisez : \_\_\_\_\_

6.a. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants (biologiques ou adoptés) ?

OUI

NON → 7

NVPR → 7

Si OUI,

b. Parmi eux, combien vivent avec vous ? |\_\_|\_\_|

c. Parmi ceux qui vivent avec vous, combien sont scolarisés (maternelle, primaire) ? |\_\_|\_\_|

7. (Hormis avec vos enfants) 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 (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

8.a. Actuellement avez-vous un animal de compagnie ?

OUI

NON → 9

Si OUI,

b. Précisez :  Chien  Chat  Rat, souris  Autre : \_\_\_\_\_

9. Jusqu'à quel niveau d'études avez-vous été ?	
1 : Jamais été à l'école	<input type="checkbox"/>

2 : Enseignement primaire	<input type="checkbox"/>
3 : Enseignement secondaire 1 <sup>er</sup> cycle (de la 6 <sup>ème</sup> à la 3 <sup>ème</sup> ), CAP, BEP	<input type="checkbox"/>
4 : Enseignement secondaire (deuxième cycle)	<input type="checkbox"/>
5 : Enseignement supérieur	<input type="checkbox"/>
6 : Diplôme étranger : _____	<input type="checkbox"/>

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

- Sans difficultés    Avec quelques difficultés    Avec beaucoup de difficultés    Pas du tout

**11. Dans la vie courante, écrivez-vous en français :**

- Sans difficultés    Avec quelques difficultés    Avec beaucoup de difficultés    Pas du tout

## ITINERANCE

**12. La 1<sup>ère</sup> fois que vous vous êtes retrouvés sans domicile, c.à.d. à la rue ou dans un centre d'hébergement, hors vacances, hors fugue :**

- a. Quel âge aviez-vous ?    |\_\_|\_\_| ans             NSP

**Ou**

- b. C'était en quelle année ?    |\_\_|\_\_|\_\_|             NSP

**13. Depuis avez-vous eu un logement personnel ?     OUI             NON    ➔ 15**

**Si OUI,**

**14. La dernière fois que vous vous êtes retrouvés sans domicile, c.à.d. à la rue ou dans un centre d'hébergement, hors vacances, hors fugue :**

- a. Quel âge aviez-vous ?    |\_\_|\_\_| ans             NSP

**Ou**

- b. C'était en quelle année ?    |\_\_|\_\_|\_\_|             NSP

**Si la personne ne comprend pas CHU, LHSS ou CHR, expliquer :**

**CHU :** centre de court séjour où il faut renouveler régulièrement la demande d'hébergement, fermé en journée et où il n'y a aucune condition d'entrée

**LHSS :** centre d'hébergement d'urgence pour les personnes qui ont besoin de soins sans nécessiter d'hospitalisation

**CHR :** centre avec une durée de séjour de 6 mois renouvelable, ouvert en journée dans le but d'aider la personne à se réinsérer avec la mise en place d'un projet personnalisé.

**15. Où avez-vous dormi les 5 dernières nuits?**

<b>J-1 HIER</b>	<b>Vous avez dormi dans :</b> Nom du lieu : _____
	Adresse : _____ à <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre
	S'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> CHR <input type="checkbox"/> hôtel <input type="checkbox"/> parc ou jardin <input type="checkbox"/> espace public <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> NSP
<b>J-2</b>	<b>Vous avez dormi dans :</b> Nom du lieu : _____

	Adresse : _____ à <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre S'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> hôtel <input type="checkbox"/> parc ou jardin <input type="checkbox"/> espace public <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> NSP
<b>J-3</b>	<b>Vous avez dormi dans</b> : Nom du lieu : _____ Adresse : _____ à <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre S'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> hôtel <input type="checkbox"/> parc ou jardin <input type="checkbox"/> espace public <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> NSP
<b>J-4</b>	<b>Vous avez dormi dans</b> : Nom du lieu : _____ Adresse : _____ à <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre S'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> hôtel <input type="checkbox"/> parc ou jardin <input type="checkbox"/> espace public <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> NSP
<b>J-5</b>	<b>Vous avez dormi dans</b> : Nom du lieu : _____ Adresse : _____ à <input type="checkbox"/> Paris <input type="checkbox"/> IdF <input type="checkbox"/> Autre S'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> hôtel <input type="checkbox"/> parc ou jardin <input type="checkbox"/> espace public <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> NSP

**Nous allons maintenant parler des lieux où vous avez dormi le plus souvent cette dernière année.**

<b>16. Les 12 derniers mois, avez-vous déjà dormi au moins 1 fois dans ... ?</b> <b>Cochez les informations obtenues à 15 sans reposer les questions.</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>	<b>17. Parmi tous les lieux cochés OUI, quels sont les 3 lieux où vous avez dormi le plus souvent ces 12 derniers mois ?</b> <i>(Classer 1, 2, 3 par ordre de fréquence)</i>
<b>a. Espace public</b> : <input type="checkbox"/> rue, <input type="checkbox"/> gare, <input type="checkbox"/> bois, <input type="checkbox"/> cabanes, <input type="checkbox"/> camionnette/voiture, <input type="checkbox"/> talus du périphérique, <input type="checkbox"/> autre : _____  Si <b>NON</b> , au cours de votre vie, avez-vous déjà dormi dans l'espace public ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
	<input type="checkbox"/> NON, jamais <input type="checkbox"/> OUI, quelques jours <input type="checkbox"/> OUI, qq semaines <input type="checkbox"/> OUI, quelques mois <input type="checkbox"/> OUI, quelques années			
<b>b. Squat ou chez des connaissances, de la famille</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>c. Chez des connaissances, de la famille</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>d. Hôtel social</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>e. Hôtel à vos frais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>f. Logement personnel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>g. Centre d'hébergement d'urgence (CHU), centre de court séjour fermé en journée où il</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__

faut régulièrement renouveler sa demande d'hébergement. Si <b>NON</b> , au cours de votre vie, y avez-vous dormi au moins 1 fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>h.</b> Centre de stabilisation, <i>CHU sans limite de durée de séjour avec accompagnement social</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>i.</b> 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>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	__
<b>j.</b> Centre maternel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>k.</b> Prison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__
<b>l.</b> Hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__

## AFFAIRES PERSONNELLES

<b>18. Dans vos affaires personnelles, possédez-vous :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a.</b> un vrai matelas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> un matelas pneumatique ?		
<b>c.</b> un tapis de sol ?		
<b>d.</b> un duvet ? <b>d1.</b> Si oui, depuis quand : _____ <b>d2.</b> L'avez-vous déjà lavé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>e1.</b> un oreiller ? <b>e2.</b> Si oui, depuis quand : _____ <b>e3.</b> L'avez-vous déjà lavé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>f1.</b> une couverture ? <b>f2.</b> Si oui, depuis quand : _____ <b>f3.</b> L'avez-vous déjà lavé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>g.</b> un sac en tissu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h1.</b> une tente ? <b>h2.</b> La partagez-vous avec quelqu'un ? <b>h3.</b> <i>Si la personne a un animal</i> : Votre animal dort-il avec vous dans la tente ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**19. Utilisez-vous des consignes ou bagageries ?**     OUI     NON     NSP

<b>20. Décrire ce que porte la personne (au besoin lui poser la question) :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a.</b> blouson ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> manteau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c1.</b> pull ? <b>c2.</b> Si oui, combien :  __ __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d1.</b> T-shirt ? <b>d2.</b> Si oui, combien :  __ __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e. pantalon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. jupe ?		
g. robe ?		
h. collant pour femme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i1. paires de chaussettes ? i2. Si oui, combien :  __ __		
j. type de chaussures : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. caleçon long (legging) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. culotte/slip ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. soutien-gorge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Possédez-vous des affaires de rechange ?  OUI → 22  NON → 23

22. Si oui, possédez-vous :	OUI	NON
a1. blouson ? a2. Si oui, combien :  __ __  a3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b1. manteau ? b2. Si oui, combien :  __ __  b3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c1. pull ? c2. Si oui, combien :  __ __  c3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d1. T-shirt ? d2. Si oui, combien :  __ __  d3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e1. pantalon ? e2. Si oui, combien :  __ __  e3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f1. jupe ? f2. Si oui, combien :  __ __  f3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g1. robe ? g2. Si oui, combien :  __ __  g3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h1. collant pour femme ? h2. Si oui, combien :  __ __  h3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i1. paires de chaussettes ? i2. Si oui, combien :  __ __  i3. A quelle fréquence en changez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j1. chaussures ? j2. Si oui, combien :  __ __  et m4 quel type : _____ j3. A quelle fréquence alternez-vous ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k1. caleçon long (legging) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>k2. Si oui, combien :</b>  __ __		
<b>k3. A quelle fréquence en changez-vous ? :</b> _____		
<b>l1. culotte/slip ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l2. Si oui, combien :</b>  __ __		
<b>l3. A quelle fréquence en changez-vous ? :</b> _____		
<b>m1. soutien-gorge ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m2. Si oui, combien :</b>  __ __		
<b>m3. A quelle fréquence en changez-vous ? :</b> _____		

**23.a. Vous procurez-vous des vêtements dans des vestiaires ?**  OUI → 24  NON  NSP

**b. Si NON,** pourquoi : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**24. Achetez-vous des vêtements ?**  OUI  NON → 25  NVPR

**Si OUI,** s'agit-il de :

**a1. Vêtements neufs**  OUI  NON  NVPR

**a2. Quel type :** \_\_\_\_\_

**b1. Vêtements d'occasion**  OUI  NON  NVPR

**b2. Quel type :** \_\_\_\_\_

**25. Combien de lessives à la main faites-vous par mois ?** |\_\_|\_\_|  NSP

<b>26. Quel produit utilisez-vous pour vos lessives à la main ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a. Savon/gel douche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Lessive à la main</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Combien de lessives en machine faites-vous par mois ?** |\_\_|\_\_|  NSP

<b>28. A quel endroit faites-vous vos lessives en machine ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a. Accueil de jour (ESI)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Autre lieu d'hébergement (CHRS, Centre de stabilisation, tiers, ...)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Laverie automatique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>29. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans ces différents lieux ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a. horaires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. pas assez de machines, trop de monde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. machines souvent en panne</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. délai de rendez-vous trop long</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Autre :</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HYGIENE

Si OUI à la question 5a,

**30. Vous m'avez dit avoir un animal de compagnie, l'amenez-vous voir un vétérinaire ?**

- Régulièrement       De temps en temps       Quand il en a besoin       Jamais

**31. Que faites-vous lorsqu'il a des puces ?**

- Rien       Vous le traitez vous même       Vous l'amenez chez le vétérinaire

### Concernant l'accès aux toilettes.

**32.a. Au cours de la journée, avez-vous accès à des toilettes ?**

- OUI       NON       NSP

Si OUI, précisez dans quel(s) lieu(x) :

**b1.** Lieu 1 : \_\_\_\_\_

**b2.** Lieu 2 : \_\_\_\_\_

**b3.** Lieu 3 : \_\_\_\_\_

<b>33. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour accéder à ces différents lieux ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a.</b> Horaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Emplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Vous arrivent-ils de devoir vous soulager dans la nature ou dans la rue ?**

- OUI       NON

**35.a. Avez-vous des difficultés à contrôler vos selles et vos urines ?**       OUI       NON       NSP

**b. Si OUI, utilisez-vous des protections absorbantes (couches) ?**       OUI       NON       NSP

### On va parler maintenant de votre hygiène corporelle.

**36. Combien de douches prenez-vous par semaine ?**

- tous les jours        $\geq 3$         $< 3$        NSP

**37. Dans quel type d'endroit vous douchez-vous ?**

**a.1.** Bains-douches :       OUI       NON       NSP

Si OUI, précisez le(s)quel(s) :

**a.2.** Lieu 1 : \_\_\_\_\_

**a.3.** Lieu 2 : \_\_\_\_\_

**a.4.** Lieu 3 : \_\_\_\_\_

**b.1.** Accueil de jour (ESI) :       OUI       NON       NSP

Si OUI, précisez le(s)quel(s) :

**b.2.** Lieu 1 : \_\_\_\_\_

b.3.Lieu 2 : \_\_\_\_\_

b.4.Lieu 3 : \_\_\_\_\_

c.1. Lieu d'hébergement actuel :  OUI  NON  NSP

c.2. Si NON, précisez pourquoi : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d.1. Autre lieu :  OUI  NON  NSP

d.2. Précisez : \_\_\_\_\_

**38.a. Vous est-il arrivé qu'on vous refuse l'accès à un lieu d'hygiène ?**

jamais  parfois  souvent

b. Dans quels types de lieu : \_\_\_\_\_

c. Pour quelles raisons : \_\_\_\_\_

39. Vous êtes-vous lavé au moins 1 fois aux... Cochez les informations obtenues à x sans reposer les questions.	a1. Bain-douches		a2. Centre d'hébergement		a3. Espace hygiène (ESI)	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Quelles sont vos critiques générales vis-à-vis de ces lieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b1. Horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b2. Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b3. Propreté du lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b4. Durée d'utilisation trop courte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b5. Manque d'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b6. Manque d'organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b7. Absence de kit d'hygiène gratuit ou de produits à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b8. Kit d'hygiène gratuit incomplet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b9. Absence de serviette gratuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b10. Serviette jetable (non éponge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b11. Manque d'espace pour les affaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b12. Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Quels sont les produits fournis dans ces différents lieux et ceux dont vous auriez besoin ?		
	Fourni	Besoin
a. Savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Shampoing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Peigne/Brosse à cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dentifrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Brosse à dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mousse à raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Rasoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>h.</b> Déodorant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b> Crème hydratante pour le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>j.</b> Crème hydratante pour le visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>k.</b> Crème hydratante pour les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l.</b> Baume pour les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m.</b> Crème solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>n.</b> Maquillage, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>o.</b> Démaquillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>p.</b> Coton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>q.</b> Coton-tige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>r.</b> Mouchoirs en papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>s.</b> Coupe ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>t.</b> Lime à ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>u.</b> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>41. Quelles sont vos critiques vis-à-vis des produits fournis ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a.</b> Mauvaise qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Quantité insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Manque de certains produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. Achetez-vous des produits d'hygiène ou cosmétiques ?**     OUI     NON → 44

<b>43. Si oui, qu'achetez-vous ? (Citez)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a.</b> Savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Shampoing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Peigne/Brosse à cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b> Dentifrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> Brosse à dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b> Mousse à raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g.</b> Rasoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h.</b> Déodorant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b> Crème hydratante pour le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>j.</b> Crème hydratante pour le visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>k.</b> Crème hydratante pour les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l.</b> Baume pour les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m.</b> Crème solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>n.</b> Maquillage, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>o.</b> Démaquillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>p.</b> Coton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>q.</b> Coton-tige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>r.</b> Mouchoirs en papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>s.</b> Papier toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

t. Miroir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Coupe ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Lime à ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Concernant les femmes.**

**Parlons de votre hygiène intime.**

44. Comment vous procurez-vous vos protections (tampons, serviettes) ?	OUI	NON
a. Achat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Au près d'association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Au près de la gynécologue d'un centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Au près des animateurs d'un centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Au près d'un tiers (ami, famille,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Où changez-vous dans la journée de protection pendant la période de règles?	OUI	NON
a. Toilettes publiques (sanisette, gare,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cafés/bars/restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Accueil de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tiers (ami, famille,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lieu d'hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ne se change pas dans la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**46. Sur l'hygiène intime, quels problèmes rencontrez-vous pendant les règles ?**

---



---



---

Si **OUI**, aux questions 29a/b/c, 37a1, 37b1

47. Comment avez-vous connus les différents lieux d'hygiène que vous fréquentez ?	OUI	NON
a. Guides, brochures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Personnel des centres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Autres utilisateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SANTÉ

### Parlons de votre santé.

**48. 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 →50     NSP →50     NVPR →50

**49. Si OUI,** précisez de quelle activité il s'agit (et pourquoi) :

	OUI	NON	NVPR
<b>a.</b> Vous laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Vous habiller / déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Couper la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b> Vous servir à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b> Vous servir des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g.</b> Contrôler vos selles et vos urines, si non arrivez-vous à vous changer/nettoyer seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h.</b> Vous lever et vous coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b> Vous asseoir et vous lever de votre siège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>j.</b> Vous déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>k.</b> Monter et descendre un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l.</b> Vous couper les ongles des orteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m.</b> Vous servir de vos mains et de vos doigts sans difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>n.</b> Vous baisser, lorsque vous êtes debout pour ramasser un objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50. Utilisez-vous des aides techniques pour marcher ou vous déplacer (cannes, fauteuil roulant,...) ?**     OUI     NON

**51.a. Utilisez-vous un appareillage de remplacement d'1 partie du corps ?**  OUI     NON →52

**b. Si OUI,** précisez :  Prothèse membre supérieur     prothèse membre inférieur     autre

<b>52. A quand remonte votre dernière visite chez un médecin ?</b>		
1 : Moins de 1 mois	→ 55	<input type="checkbox"/>
2 : Entre 1 et moins de 3 mois	→ 55	<input type="checkbox"/>
3 : Entre 3 et moins de 6 mois	→ 55	<input type="checkbox"/>
4 : Entre 6 mois et moins de 1 an	→ 55	<input type="checkbox"/>
5 : Entre 1 et moins de 2 ans	→ 53	<input type="checkbox"/>
6 : Il y a plus de 2 ans	→ 53	<input type="checkbox"/>
99 : Ne sait pas	→ 53	<input type="checkbox"/>

**53 Toutefois, avez-vous eu des problèmes de santé ces 12 derniers mois ?**

OUI     NON     NSP     NVPR

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

**55.a. Avez-vous déjà vu dans votre vie un dermatologue ?**

OUI     NON     NSP     NVPR

**Si OUI,**

b. Quand était-ce la dernière fois ? |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| (mm/aa)

c. Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

**Pour les questions 52 à 72 : si la personne est sans domicile depuis moins d'1 an, commencer les questions par : 'Depuis que vous êtes sans domicile', sinon commencer par : 'Au cours des 12 derniers mois '...**

**56.a. Consigne enquêteur : Au cours des 12 derniers mois / Depuis que vous êtes sans domicile, avez-vous eu un ou des épisodes de gale ?**

OUI     NON → 72     NSP     NVPR

**Si OUI,**

b. Combien ? |\_\_|\_\_|

c1. La dernière fois, c'était quand ? |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| (mm/aa)

c2. Est-ce que cela a été diagnostiqué par un médecin ?  OUI → 58     NON

**Si NON,**

57. Qui vous a dit que vous aviez la gale ?	OUI	NON
a. travailleur social → 59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. animateur → 59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. infirmière → 58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. autre (e) : _____ → 59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. personne → 70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
<b>58. Avez-vous eu un traitement prescrit ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si OUI, l'avez-vous pris ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De quoi s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> un traitement local contre la gale (ex : T120)* <input type="checkbox"/> des comprimés <input type="checkbox"/> Autre : (c) _____		

<b>59. Vous a-t-on donné des conseils ou pris en charge ce problème ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 61
<b>60.a. Vous a-t-on conseillé de laver <u>tous</u> vos vêtements (sous-vêtements inclus) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Si OUI, l'avez-vous fait ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Si OUI, les avez-vous lavés :</b> <input type="checkbox"/> à la main <input type="checkbox"/> en machine (T°= ____ °C)		
<b>e. Si lavage en machine, où les avez-vous lavés ?</b>		
<input type="checkbox"/> dans un centre <input type="checkbox"/> dans un accueil de jour <input type="checkbox"/> dans une laverie		
<b>f. Si vous ne les avez pas lavés, précisez pourquoi :</b> _____ _____		
<b>g. Avez-vous utilisez un sèche-linge ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>61. A-t-on désinfecté vos vêtements avec un insecticide spécial contre la gale ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>62. Vous a-t-on donné des vêtements propres ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>63.a. Vous a-t-on conseillé de laver tous vos sacs en tissu ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Si OUI, l'avez-vous fait ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Si OUI, les avez-vous lavés :</b> <input type="checkbox"/> à la main <input type="checkbox"/> en machine (T°= ____ °C)		
<b>e. Si lavage en machine, où les avez-vous lavés ?</b>		
<input type="checkbox"/> dans un centre <input type="checkbox"/> dans un accueil de jour <input type="checkbox"/> dans une laverie		
<b>f. Si vous ne les avez pas lavés, précisez pourquoi :</b> _____ _____		
<b>64. A-t-on désinfecté tous vos sacs avec un insecticide spécial contre la gale ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>65. A-t-on renouvelé** tous vos sacs en tissu ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>66.a. Vous a-t-on conseillé de laver votre sac de couchage?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Si OUI, l'avez-vous fait ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Si OUI, l'avez-vous lavé :</b> <input type="checkbox"/> à la main <input type="checkbox"/> en machine (T°= ____ °C)		
<b>e. Si lavage en machine, où l'avez-vous lavé ?</b>		
<input type="checkbox"/> dans un centre <input type="checkbox"/> dans un accueil de jour <input type="checkbox"/> dans une laverie		
<b>f. Si vous ne l'avez pas lavé, précisez pourquoi :</b> _____ _____		
<b>67. Si NON, a-t-on désinfecté votre sac de couchage avec un insecticide spécial contre la gale ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>68. Si NON, vous a-on donné un nouveau sac de couchage ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>69. A-t-on désinfecté vos affaires personnelles (cf 18) avec un insecticide spécial contre la gale ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 72

\* **Attention !** La bétadine n'est pas un traitement contre la gale.

\*\* renouvelé = jeter et remplacer par du neuf.

*Si personne ne lui a dit qu'elle avait la gale ou si aucun conseil ne lui a été prodigué :*

<b>70. Avez-vous, de vous-même,</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a. pris une douche ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b1. lavé vos vêtements</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b2. à la main</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b3. en machine (T°= ____ °C)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. changé tous vos vêtements ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. lavé ou changé votre sac de couchage et autre linge personnel ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Précisez pourquoi vous n'avez pas demandé de conseils :	OUI	NON
a. Vous aviez déjà eu le même problème et saviez comment y remédier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vous n'aviez jamais eu ce problème mais vous pouviez vous débrouiller seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vous aviez honte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vous n'y avez pas pensé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. NSP/ NVPR (entourer la réponse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**72.a. Consigne enquêteur :** Au cours des 12 derniers mois / Depuis que vous êtes sans domicile, avez-vous eu des poux de corps ?

OUI     NON → 88     NSP     NVPR

Si OUI,

b. Combien de fois ?    |\_\_|\_\_|

c1. La dernière fois, c'était quand ? |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|    (mm/aa)

c2. Est-ce que cela a été diagnostiqué par un médecin ?     OUI → 74     NON

Si NON,

73. Qui vous a dit que vous aviez des poux de corps ?	OUI	NON
a. travailleur social → 75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. animateur → 75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. infirmière → 74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. autre (e) : _____ → 75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. personne → 87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
<b>74. Avez-vous eu un traitement prescrit ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si OUI, l'avez-vous pris ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De quoi s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> des comprimés <input type="checkbox"/> Autre* : (c) _____		
<b>75. Vous a-t-on donné des conseils ou pris en charge ce problème ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 77
<b>76.a. Vous a-t-on conseillé de laver tous vos vêtements (sous-vêtements inclus) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si OUI, l'avez-vous fait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Si OUI, les avez-vous lavés : <input type="checkbox"/> à la main <input type="checkbox"/> en machine (T°= __°C)		
e. Si lavage en machine, où les avez-vous lavés ? <input type="checkbox"/> dans un centre <input type="checkbox"/> dans un accueil de jour <input type="checkbox"/> dans une laverie		
f. Si vous ne les avez pas lavés, précisez pourquoi : _____ _____		
g. Avez-vous utilisé un sèche-linge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>77. A-t-on désinfecté vos vêtements avec un insecticide spécial contre les poux ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>78. Vous a-t-on donné des vêtements propres ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>79. a. Vous a-t-on conseillé de laver tous vos sacs en tissu ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si OUI, l'avez-vous fait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>c. Si <b>OUI</b>, les avez-vous lavés : <input type="checkbox"/> à la main <input type="checkbox"/> en machine (T°= ____ °C)</p> <p>e. Si <b>lavage en machine</b>, où les avez-vous lavés ?  <input type="checkbox"/> dans un centre <input type="checkbox"/> dans un accueil de jour <input type="checkbox"/> dans une laverie</p> <p>f. Si vous ne les avez pas lavés, précisez pourquoi : _____</p>		
<b>80. A-t-on désinfecté tous vos sacs avec un insecticide spécial contre les poux ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>81. A-t-on renouvelé** tous vos sacs en tissu ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>82. a. Vous a-t-on conseillé de laver votre sac de couchage?</b></p> <p>b. Si <b>OUI</b>, l'avez-vous fait ?</p> <p>c. Si <b>OUI</b>, l'avez-vous lavé : <input type="checkbox"/> à la main <input type="checkbox"/> en machine (T°= ____ °C)</p> <p>e. Si <b>lavage en machine</b>, où l'avez-vous lavé ?  <input type="checkbox"/> dans un centre <input type="checkbox"/> dans un accueil de jour <input type="checkbox"/> dans une laverie</p> <p>f. Si vous ne l'avez pas lavé, précisez pourquoi : _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>83. Si NON, a-t-on désinfecté votre sac de couchage avec un insecticide spécial contre les poux ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>84. Si NON, vous a-on donné un nouveau sac de couchage ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>85. A-t-on désinfecté vos affaires personnelles (cf 18) avec un insecticide spécial contre les poux ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 88

\* **Attention !** La bétadine n'est pas un traitement contre les poux de corps.

\*\* renouvelé = jeter et remplacer par du neuf.

*Si personne ne lui a dit qu'elle avait la gale ou si aucun conseil ne lui a été prodigué :*

	OUI	NON
<b>86. Avez-vous, de vous-même,</b>		
<b>a.</b> pris une douche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b1.</b> lavé vos vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b2.</b> à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b3.</b> en machine (T°= ____ °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> changé tous vos vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d1.</b> lavé vos sacs en tissus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d2.</b> à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d3.</b> en machine (T°= ____ °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> changé tous vos sacs en tissus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b> lavé ou changé votre sac de couchage et autre linge personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>87. Précisez pourquoi vous n'avez pas demandé de conseils :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>a.</b> Vous aviez déjà eu le même problème et saviez comment y remédier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Vous n'aviez jamais eu ce problème mais vous pouviez vous débrouiller seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Vous aviez honte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b> Vous n'y avez pas pensé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> NSP/ NVPR (entourer la réponse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**88.a. Consigne enquêteur :** Au cours des 12 derniers mois / Depuis que vous êtes sans domicile, avez-vous eu des morpions ?

OUI     NON     NSP     NVPR

Si OUI,

b. Combien de fois ?    |\_\_|\_\_|

c. La dernière fois, c'était quand ?    |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|    (mm/aa)

d. La dernière fois, en avez-vous parlé à un travailleur social ou un animateur ou une infirmière ou un médecin ?

OUI → 91     NON → 89     NSP     NVPR

Si NON,

89. Précisez pourquoi :	OUI	NON
a. Vous aviez déjà eu le même problème et saviez comment y remédier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vous n'aviez jamais eu ce problème mais vous pouviez vous débrouiller seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vous aviez honte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vous n'y avez pas pensé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. NSP/ NVPR (entourer la réponse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90 Avez-vous, de vous-même,	OUI	NON
a. pris une douche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b1. lavé vos sous-vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b2. à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b3. en machine (T°= ____ °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. changé tous vos sous-vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. vous êtes vous rasé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si OUI,

91. Précisez à qui :	OUI	NON
a. travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92.	OUI	NON
a. Avez-vous eu un traitement local contre les morpions* ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous pris une douche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c1. A-t-on lavé vos sous-vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2. Si NON, a-t-on renouvelé vos sous-vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* **Attention !** La bétadine n'est pas un traitement contre les morpions.

**93.a. Consigne enquêteur :** Au cours des 12 derniers mois / Depuis que vous êtes sans domicile, avez-vous eu des poux de tête ?

OUI     NON → 92     NSP     NVPR

Si OUI,

**b.** Combien de fois ?    |\_\_|\_\_|

**c.** La dernière fois, c'était quand ?    |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|    (mm/aa)

94. La dernière fois :	OUI	NON
<b>a1.</b> Avez-vous eu en un traitement local contre les poux* ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>a2.</b> Si OUI, de quoi s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> un insecticide ( <input type="checkbox"/> mousse, <input type="checkbox"/> gel, <input type="checkbox"/> lotion, <input type="checkbox"/> aérosol) <input type="checkbox"/> du dimeticone		
<b>a3.</b> Ce traitement a-t-il été renouvelé 7 jours après ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b1.</b> Avez-vous passé le peigne fin sur cheveux mouillés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b2.</b> Avez-vous répété l'opération tous les 4 jours pendant 2 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Vous êtes vous rasé la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d1.</b> A-t-on ou avez-vous lavé vos vêtements (haut, bonnet...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d2.</b> Si NON, a-t-on ou avez-vous renouvelé vos vêtements (haut, bonnet...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d3.</b> Si NON, a-t-on traité vos vêtements avec un insecticide en poudre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> A-t-on traité vos accessoires de coiffure avec un insecticide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* **Attention !** Un simple shampoing n'est pas un traitement contre les poux.

## ADDICTIONS

**95.a.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées : bière, cidre, vin, apéritifs, alcool fort ... ?     OUI     NON → 98     NVPR

**b.**  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							NSP	NVPR
<b>96.</b> A quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ?	Jamais → 98	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"/>
<b>97.</b> 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"/>

**98. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé de la drogue ou des médicaments détournés de leur usage ?**

OUI

NON → 100

NVPR → 100

**99. Si OUI, pourriez-vous m'indiquer les produits consommés et la fréquence de votre consommation pour chacun d'eux, depuis 1 an ?**

*Questionner sur les trois principaux produits*

	Jamais	<1fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	3 fois et + / semaine
a. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>100. Concernant le tabac, est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?</b>	
1 : OUI, vous fumez quotidiennement (au moins 1 cigarette par jour) → 101	<input type="checkbox"/>
2 : OUI, vous fumez occasionnellement → 102	<input type="checkbox"/>
3 : NON, vous ne fumez plus → 102	<input type="checkbox"/>
4 : NON, vous n'avez jamais fumé → 102	<input type="checkbox"/>

**101. Que fumez-vous ?**

Cigarettes (achetées ou tabac à rouler) → nombre en moyenne par jour ? |\_|\_|

Cigares  Pipe → 102

## SITUATION ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

**Parlons à présent de votre situation actuelle.**

<b>102. Quelle est votre situation professionnelle actuelle?</b>	
1 : Vous travaillez, y compris sans contrat de travail ou sans être déclaré → 103	<input type="checkbox"/>
2 : Chômeur, (inscrit(e) ou non à l'ANPE) → 106	<input type="checkbox"/>
3 : Etudiant(e), élève, en formation, en stage hors entreprise → 106	<input type="checkbox"/>
4 : Retraité(e), préretraité(e), retiré(e) des affaires → 106	<input type="checkbox"/>
5 : Au foyer (à la maison) → 106	<input type="checkbox"/>
6 : En invalidité → 106	<input type="checkbox"/>
7 : Vous n'êtes pas autorisé(e) à travailler → 106	<input type="checkbox"/>
8 : Autres inactifs (y compris congés maladie de plus de 3 mois) → 106	<input type="checkbox"/>
9 : Congé parental → 106	<input type="checkbox"/>
10 : Vous n'avez jamais travaillé → 106	<input type="checkbox"/>

**103. Quelle est votre activité principale actuelle ? (Noter en clair) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>104 Quel type de contrat avez-vous ? (Une seule réponse possible)</b>	
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"/>

**105. Vous travaillez à :**  Temps complet  Temps partiel  NSP  NVPR

**106. Avez-vous, néanmoins, d'autres sources de revenus ?**  OUI  NON  NSP  NVPR  
 Si **OUI**, lesquelles ? \_\_\_\_\_

**NE CONCERNE QUE LES PERSONNES QUI NE TRAVAILLENT PAS OU PLUS**

**107. Avez-vous déjà travaillé au moins 6 mois de suite ?**  OUI → 108  NON → 109  NSP

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

**109. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?**

Depuis : |\_\_|\_\_| Mois **ou** |\_\_|\_\_| Années (*Si recherche depuis moins d'1 mois, codez 00*)

## COUVERTURE PRESTATIONS SOCIALES

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

<b>110. Actuellement avez-vous une couverture maladie ?</b>	
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"/>

<b>111. Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire ?</b>	
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"/>

<b>112. Quelles ont été vos ressources le mois dernier ?</b> <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	
1 : Salaire / rémunération	<input type="checkbox"/>
2 : Prestations sociales	<input type="checkbox"/>
3 : Aucune	<input type="checkbox"/>
4 : Autre ( <i>précisez</i> ) : _____	<input type="checkbox"/>

<b>113. Le mois dernier avez-vous perçu une ou des prestations sociales ?</b> <i>(Ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)</i>	
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 ( <i>précisez</i> ) : _____	<input type="checkbox"/>

<b>114. Le mois dernier, avez-vous reçu de l'argent</b> <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NVPR</b>
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"/>

## EXAMEN MEDICAL

Cette partie doit être remplie par l'infirmière après examen clinique de la personne.

115. Avez-vous de la fièvre, des frissons, des sueurs ?     OUI             NON             NSP  
 116. Avez-vous des maux de tête ?                             OUI             NON             NSP  
 117. Avez-vous des douleurs musculaires, articulaires ou thoraciques ?  
     OUI             NON             NSP

Prenez la température de la personne

118. Température = |\_\_|\_\_| , |\_\_| °C

119. Est-ce que la personne a déclaré un épisode actuel de gale ?     OUI →122             NON

Si NON,

120. La personne se gratte-t-elle en votre présence ?                             OUI             NON

- 121.a. Demandez à la personne, Est-ce que vous vous grattez ?     OUI             NON             NSP

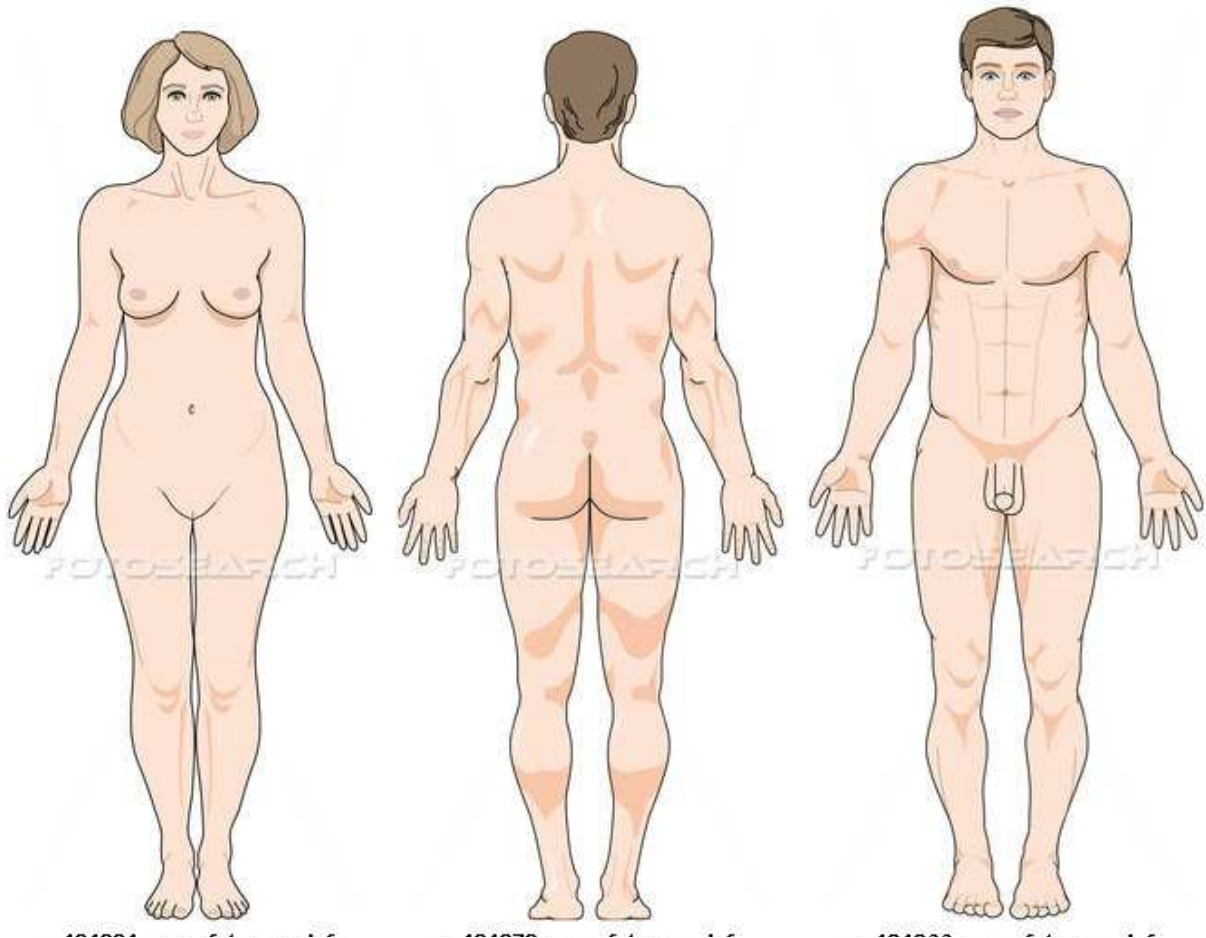
- b. Si OUI, Est-ce que vous vous grattez la nuit au niveau de la ceinture du pantalon (au niveau des fesses ou du ventre) ou au niveau des organes génitaux externes ?  
     OUI             NON             NSP

- c. Depuis combien de temps ?    |\_\_|\_\_| jours ou    |\_\_|\_\_| mois

*Faites déshabillez peu à peu la personne afin de pouvoir examiner son corps.*

122. Examen général du corps	OUI	NON	NSP
a. Peau sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Eczématisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Exanthème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Eruption type piqures d'insectes généralisées (prurigo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Lésions de grattage, au niveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. de la nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. du haut du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i1. autres, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Impétiginisation/surinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k1. Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l1. Observations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l2. Précisez :			

Localisez les lésions sur les planches anatomiques suivantes à l'aide de flèches et des lettres correspondantes :



123. Présence de	OUI	NON	NSP
<b>a.</b> poux de corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> dans les vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> dans le duvet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d1.</b> poux de corps sur la peau, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> poux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b> lentes dans les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g.</b> morpions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h.</b> au niveau des poils du pubis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b> au niveau des cils / sourcils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>j1.</b> ailleurs, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>k.</b> lentes au niveau des poils du pubis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

124. Recherche de signes cliniques spécifiques de la gale	OUI	NON	NSP
a. Sillons scabieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nodules scabieux au niveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. des aisselles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. des organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. des fesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hyperkératose palmaire (Gale profuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

125. Recherche de signes cliniques spécifiques de tiques	OUI	NON	NSP
a. Présence de tiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Morsure de tiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Erythème migrant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

126. Examen des pieds ( <i>N'oubliez pas de faire les photos</i> )	OUI	NON	NSP
<i>Décrivez l'aspect des ongles :</i>			
a. ongles normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ongles en griffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ongles hyperkératosiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. onycholyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Décrivez l'aspect de la plante des pieds :</i>			
e. hyperkératose plantaire totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. hyperkératose plantaire localisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g1. kératolyse ponctuée plantaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2. fluorescence à la lampe de Wood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. présence d'atteinte pustuleuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. mal perforant plantaire / ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Décrivez l'aspect des espaces interdigitaux :</i>			
j. fissuration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. vésicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. décollement cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m1. kératolyse ponctuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m2. fluorescence à la lampe de Wood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. surinfection bactérienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

127. Diagnostic probable : \_\_\_\_\_

128.a. 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       NSP       NVPR

b. Si **OUI**, précisez : \_\_\_\_\_

c. Un médecin vous a-t'il diagnostiqué :	OUI	NON	NSP
1. un diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. un cancer, précisez (3) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. une insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. une insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous un traitement immunosuppresseur (corticothérapie...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous une immunodéficience connue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si oui, précisez _____			

## RECUEIL DE PRELEVEMENTS

129. a. Prélèvements cutanés pratiqués :  OUI  NON  Refusés  
 b. Squames pour la recherche de gale  OUI  NON  Refusé  
 c. Ecouvillon inter-orteil pour bactériologie  OUI  NON  Refusé  
 d. Ecouvillon inter-orteil pour mycologie  OUI  NON  Refusé
130. Microponction de sang :  OUI  NON  Refusée
131. Buvard « utilisable » :  OUI  NON
132. Prélèvement de poux de tête :  OUI  NON  Refusé
133. Prélèvement de poux de corps :  OUI  NON  Refusé
134. Prélèvement de morpions :  OUI  NON  Refusé
135. a. Photos :  OUI  NON  Refusées  
 b. Dessus du pied  OUI  NON  Refusée  
 c. Plante du pied  OUI  NON  Refusée  
 d. Lésions suspectes  OUI  NON  Refusée  
 e. Haut du dos  OUI  NON  Refusée

Heure de fin: |\_\_|\_\_| H |\_\_|\_\_|

## COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR

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

OUI  NON  NSP

b. Si **OUI**, précisez pourquoi ? \_\_\_\_\_

---



---



---