

Prénom
(caractères
d'imprimerie)

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

Nom
(caractères
d'imprimerie)

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

Unité de soins:

.....

INSTRUCTIONS

1. Ne pas laisser de blanc, sinon en cas de non-réponse. Indiquez-le alors aux 'commentaires'.
2. Ne rien noter dans les espaces de cases à cocher ou à coder, ni dans les cases noircies de coin, ni dans le pictogramme (en bas à droite) : un espace est prévu pour les remarques et commentaires à la fin de chaque section.
3. Le code '8' ou '88' = 'ne s'applique pas'. N'utiliser ce code que si le client l'indique explicitement.
4. Notez '1' comme un 'l' majuscule (afin d'éviter des problèmes d'interprétation du scanner).
5. Utilisez seulement un bic noir svp. N'utilisez jamais de formulaire photocopié (ils ont un numéro unique).
6. Le nom de l'interviewé n'apparaît qu'en première page: pour des raisons de respect de l'anonymat, celle-ci peut-être détachée du formulaire et conservée à part. Seul le code sert alors d'identifiant.

EVALUATION DU DEGRE DE GRAVITE

L'évaluation du degré de gravité correspond à l'estimation, par l'interviewer, du besoin de traitement supplémentaire pour le patient, dans chaque domaine de vie. L'échelle est graduée de 0 (aucun traitement nécessaire) à 9 (besoin vital de traitement, patient en danger).

Chaque évaluation est basée sur les antécédents symptomatiques du patient, sa situation actuelle, et l'évaluation subjective de ses besoins en matière de traitement dans chaque domaine abordé.

Pour une description détaillée des procédures et des conventions utilisées pour l'évaluation du degré de gravité, se reporter au manuel.

Remarque : ces évaluations de gravité sont optionnelles.

COTATION DES EVALUATIONS SUBJECTIVES FAITES PAR LE PATIENT

Souci et besoin d'aide

Sévérité

0 pas du tout
1 légèrement
2 modérément
3 considérablement
4 extrêmement

0-1 pas de problème, traitement non nécessaire
2-3 léger problème, traitement probablement non nécessaire
4-5 problème modéré, traitement probablement nécessaire
6-7 problème considérable, traitement nécessaire
8-9 problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire

Nr.

--

1. Version Européenne de "Addiction Severity Index" 5° édition (McLellan, 1992), par A. Kokkevi, C., V., Hendriks, C.W. v.d. Meer & P. Blanken (1994). Adaptation de la version flamande (V. Raes, TRTC-De Sleutel, 1996) par Trempline. Version TDI (2006).

Date de naissance
(j/m/a)

 / /

Sexe

masculin

féminin

ID-Client code (*caractères d'imprimerie svp*)

 - - -

initiale prénom + initiale(s) nom - date de naissance - code sexe - numéro d'ordre

facilité

ne pas remplir svp

Interviewer (**inscrivez votre propre nom svp**):

Unité de soins

C. Date d'admission (jour, mois, année)

 / /

D. Date d'entretien (jour, mois, année)

 / /

G. Type d'entretien

- indication thérapeutique (orientation)
 premier entretien de follow-up
 deuxième entretien de follow-up
 troisième entretien de follow-up

H. Mode de contact

- En personne
 Par téléphone

SYNTHESE

	Souci	Besoin d'aide	Intervalle de sévérité	Indice final
Etat de santé physique (médical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Emploi/Ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Judiciaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Familial/relationnel	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Type de traitement

- Cure de désintoxication externe
 Cure de désintoxication interne
 Traitement de substitution externe
 Cure de sevrage externe
 Cure de sevrage interne
- Centre d'accueil de jour
 Hôpital psychiatrique
 Autre hôpital/clinique
 Autre:
 Aucun traitement

Nr.

2

28612



A. Pourvoyeur (voir manuel version 2007, section 3)

- de sa propre initiative
- à la demande de proches
- centre de revalidation
- médecin traitant
- unité psychiatrique d'un hôpital général
- service de réinsertion sociale, professionnelle ou autre (ex: PTP, CIP)
- justice/police
- autre:

B. Avez-vous déjà suivi un traitement pour des problèmes liés à la drogue, dans notre institution ou dans notre service de soins?

- non
- oui

Informations générales (manuel, version 2007)

1. Lieu de résidence

- Grande ville (>100.000)
- Ville moyenne (10.000 à 100.000)
- Petite ville (rural) (<10.000)

2. Code postal

--	--	--	--	--

5. Age

--	--

6. Nationalité

--	--	--

(Nationalité: si Belge et/ou né en Belgique, code 402.
Pour les autres codes, consultez le manuel)

7a. Pays de naissance du patient

--	--	--

7b. Pays de naissance de son père

--	--	--

7c. Pays de naissance de sa mère

--	--	--

8. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en environnement contrôlé?

- Non
- Prison
- Traitement pour usage de drogue/alcool
- Traitement
- Traitement psychiatrique
- Désintoxication seulement
- Autre(s)

9. Combien de jours ?

(Inscrivez le code 88, si la réponse à la question précédente (8) est NON)

--	--

Nr.

--



I. ETAT DE SANTE PHYSIQUE (MEDICAL)

(manuel, version 2007)

1. Au cours de votre vie, combien de fois avez-vous été hospitalisé pour des problèmes de santé physique ?
(y compris pour overdose et delirium tremens, cure de désintoxication exclue)
(inscrivez le code '00', si la réponse à la question est JAMAIS)

--	--

2. Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème de santé physique ?
(inscrivez le code '88-88' si vous avez codé '00' à la réponse précédente (1))

		—		
années			mois	

3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie ?

- non
 oui

Si OUI, précisez

4. Avez-vous été infecté par l'hépatite ?

- non
 oui
 ne sait pas
 refuse de répondre

5. Avez-vous fait un test de dépistage du VIH ?

- non
 oui
 ne sait pas
 refuse de répondre

6. Si oui, il y a combien de mois ?
(inscrivez le code 88, si la réponse à la question précédente (5) est NON)
(inscrivez 96 si ce test remonte à plus de 8 ans)

mois	

7. Quel était le dernier résultat du test ?

- VIH-négatif
 VIH-positif
 ne sait pas
 refuse de répondre
 cochez ici si la réponse à la question 5 est NON

8. Prenez-vous sur une base régulière un médicament prescrit pour un problème de santé physique ?

- non
 oui

Si OUI, précisez

9. Recevez-vous une pension pour incapacité médicale ?
(incapacité psychiatrique exclue)

- non
 oui
 si répondant a moins de 18 ans



10. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été soigné par un médecin pour un problème de santé physique ?

- non
- oui

Si OUI, précisez

11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous ressenti des problèmes de santé physique ?
(inscrivez un nombre entre '00' et '30')

--	--

 jours

QUESTIONS 12 ET 13: MONTRER AU PATIENT L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE

12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des problèmes de santé physique ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important à cet instant précis de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

EVALUATION DE L'INDICE DE SEVERITE PAR L'INTERVIEWER

14. Quelle est votre estimation du besoin de traitement médical pour le patient ?

**Notez ici le premier intervalle de sévérité proposé
(voir manuel: echelle d'évaluation de l'interviewer)**

	-	
--	---	--

Indice final pour cette section (Etat de santé physique)

--

INTERVIEWER - EVALUATION DE CONFIANCE

Pensez-vous que les réponses données sont inexactes?

15. Parce que le patient altère la vérité

- non
- oui

16. Parce que le patient n'est pas à même de comprendre les questions posées

- non
- oui

COMMENTAIRES :

--



II. EMPLOI / RESSOURCES

(manuel, version 2007)

Pendant combien d'années avez-vous suivi un enseignement de jour ?

1. Enseignement de jour
- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Nombre d'années dans l'enseignement supérieur (universitaire / hautes écoles)
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | N |
| | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

(cochez la case 'N' si le répondant n'a jamais suivi d'enseignement supérieur)

3. Quelle est la formation la plus élevée que vous avez suivie, et pour laquelle vous avez obtenu un diplôme?

(voir manuel)

(pour les répondants âgés de <18 ans, le niveau suivi au moment de l'entretien)

- Aucun. N'est jamais allé à l'école ou n'a pas terminé le cycle primaire
- Enseignement Spécial: primaire
- Enseignement primaire fondamental (terminé: CEB)
- Enseignement Spécial: secondaire
- Enseignement profess. secondaire inférieur (ou 2° degré secondaire inférieur général: ancien système)
- Enseignement profess. secondaire supérieur (3° degré, éventuellement 4°, + apprentissage)
- Enseignement 2aire technique ou enseignement artistique
- Enseignement secondaire général
- Enseignement supérieur non-universitaire / Hautes Ecoles
- Enseignement supérieur universitaire

4. Avez-vous un permis de conduire valide ?

- non
- oui
- moins de 18 ans

5. Quelle a été la durée de votre emploi régulier le plus long ?
Travail à 1/2 temps au moins, salarié et/ou bénévole (voir manuel).

(codez 88-88 pour les répondants < 18 ans)

		-		
année			mois	

6. Quelle a été la durée de votre période d'inactivité la plus longue ?

(codez 88-88 pour les répondants < 18 ans)

		-		
année			mois	

7. Profession ou dernier emploi occupé ? (Voir manuel)

- n'a jamais travaillé
- travail non qualifié
- travail qualifié
- employé non universitaire
- petit indépendant
- universitaire, sans poste à responsabilités
- cadre supérieur, poste à responsabilités

8. Type d'emploi habituel ?

- Travail à temps plein
- Travail à temps partiel (horaire régulier)
- Travail à temps partiel (horaire irrégulier ou travail à la journée)
- Etudiant
- Retraité
- Invalité
- Chômage
- Femme/homme au foyer
- Séjour en environnement contrôlé

A. 3 dernières années

-
-
-
-
-
-
-
-
-

B. 30 derniers jours

-
-
-
-
-
-
-
-
-

9. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous travaillé ?

(travail en noir inclus ; revente de stupéfiants, prostitution et autres activités illégales exclues)

(codez 88 si < 18 ans)

		jours
--	--	-------



III. USAGE DE DROGUE / ALCOOL (manuel, version 2007)

	Age 1er usage	Années d'utilisation	30 derniers jours	Mode administration*	Prescription médicale
Si n'a jamais consommé, codez pour ce produit: Si a consommé (selon critères ASI), mais jamais plus de 6 mois, codez:	88	88	00	8	
	âge	00	chaque usage	(codes ci-dessous)	
1. Alcool - toute utilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2. Alcool - au delà du seuil défini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. Héroïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 41) Méthadone/LAAM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42) Buprenorphine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Autres Opiacés / analgésiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Médicaments	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61) Benzodiazepines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62) Autres hypnotiques, anti - douleurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63) Anti-dépresseurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Cocaïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
71) Cocaïne (snow, wit, C, coke)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
72) Crack ou basecoké	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8. Amphétamines (speed,...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9. Cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10. Hallucinogènes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. Inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12. Ecstasy (MDMA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13. Autres (y compris Ecstasy fluide)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14. Plus d'une substance par jour (items 02 à 13)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

*mode d'administration :

- 1 = oral
- 2 = nasal
- 3 = fumé
- 4 = injecté non intraveineux
- 5 = injecté intraveineux
- 8 = si jamais consommé

Nr

8

28587



15. Vous êtes-vous déjà fait une injection?

- non
- oui

15a. Age à la première injection cumul de vie cumul 6 derniers mois cumul 30 derniers jours

ans années mois jours

(si ne s'est jamais fait d'injection au cours de sa vie, codez respectivement 88, 88, 8, 88)

15b. Injections au cours des 6 derniers mois :

- pas de partage
- partage occasionnel avec d'autres personnes
- partage fréquent avec d'autres personnes
- pas d'injection au cours des 6 derniers mois (ou répondu 'non' à la question 15)

16a. Combien de fois avez-vous eu un 'delirium tremens' (pour alcool) ?
(codez 00 si jamais eu)

16b. Combien de fois avez-vous eu une overdose (drogue) ?
(codez 00 si jamais eu)

17. Combien de fois avez-vous été pris en charge pour des problèmes d'alcool et/ou de drogue ?
(n'inscrivez un chiffre que s'il y a eu prise en charge effective, sinon écrivez 00)

Type de prise en charge	Alcool	Drogue
1. Sevrage ambulatoire	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2. Sevrage méthadone (désintoxication)	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3. Traitement de substitution externe	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4. Réinsertion sociale (professionnelle et/ou autre)	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5. Maison d'accueil socio-sanitaire (MASS) si intention de sevrage	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
6. Maison d'accueil socio-sanitaire (MASS) si intention de substitution	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
7. Hôpital psychiatrique	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
8. Service psychiatrique d'un hôpital général	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
9. Communauté thérapeutique	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
10. Centre de crise	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
11. Suivi par éducateurs de rue	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
12. Médecin de famille	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
13. Centre de traitement en milieu carcéral	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
14. Autre:	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>



18. Combien de mois a duré votre plus longue période d'abstinence, résultat de ces traitements?

(si n'a jamais été en traitement, codez 88)

alcool

mois

drogue

mois

19. Quel produit vous cause le plus de problèmes ?

Utilisez les codes (substances) du tableau de la p.9 ; codez 00 pour aucun problème; 15 pour alcool et drogue (toxicomanie duale) ; 16 pour poly toxicomanie. En cas d'incertitude, demander au patient

19a. Si problèmes liés à la consommation simultanée d'alcool, de médicaments ou d'autres substances: Parmi ces substances, quel est le produit illégal qui génère le plus de problèmes? (si pas de consommation de substances illégales, codez 88)

19b. A quel âge avez-vous consommé pour la toute première fois cette substance (psycho active) principale? (si pas de consommation de substances illégales, codez 88)

20. Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de ce produit, sans aucun traitement? 'Volontaire' signifie 'sans prise en charge préalable' (sevrage-bloc) (00 = aucune abstinence; 88 = si pas de substance psycho active principale)

mois

21. Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé ? (00 = toujours abstinent ; 88 = n'a jamais été abstinent ou n'a pas de substance principale problématique ; 96 = si la période d'abstinence remonte à > 8 ans)

mois

22. Au cours de 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé (en euros) pour acheter :

- de l'alcool ?

,

- de la drogue ?

,

23. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogue ? (y compris NA, AA)

jours

24. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes :

A - d'alcool ?

jours

B - de drogue ?

jours

QUESTIONS 25 et 26: MONTRER AU PATIENT L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE

25. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des problèmes :

A - d' alcool ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

B - de drogue ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

Nr



26. Dans quelle mesure vous semble-t-il important à cet instant précis de recevoir un traitement:

A - abus d'alcool ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

B - abus de drogue?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

EVALUATION DE L'INDICE DE SEVERITE PAR L'INTERVIEWER

27. Dans quelle mesure estimez-vous que le patient a besoin de traitement pour:

A - Abus d'alcool?

Notez ici le premier intervalle de sévérité proposé (voir manuel: Echelle d'évaluation de l'interviewer)

 -

Indice final pour les problèmes liés à l'alcool

B - Abus de drogue?

Notez ici le premier intervalle de sévérité proposé (voir manuel: Echelle d'évaluation de l'interviewer)

 -

Indice final pour les problèmes liés à la drogue

INTERVIEWER - EVALUATION DE CONFIANCE

Pensez-vous que les réponses données ci-dessus sont inexactes

28. Parce que le patient altère la vérité?

- non
- oui

29. Parce que le patient n'est pas à même de comprendre les questions posées?

- non
- oui

COMMENTAIRES:

IV. SITUATION JUDICIAIRE (manuel, version 2007)

1. Votre présence ici a-t-elle été imposée ou suggérée par le système judiciaire ?

- non
 oui

2. Situation Judiciaire ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Libre, sans passé judiciaire
<input type="checkbox"/> Libre, avec passé judiciaire
<input type="checkbox"/> Libre, affaire en cours
<input type="checkbox"/> Libre, en attente du prononcé de peine
<input type="checkbox"/> Libre, sous conditions
<input type="checkbox"/> Probation prétorienne
<input type="checkbox"/> Probation: remise à plus tard du prononcé de la peine
<input type="checkbox"/> Probation: remise à plus tard de l'exécution de la peine
<input type="checkbox"/> Mise en liberté conditionnelle
<input type="checkbox"/> Autre situation de pression juridique | <input type="checkbox"/> Mise en liberté: procédure en cours
<input type="checkbox"/> Privation de liberté: collocation (défense sociale)
<input type="checkbox"/> Privation de liberté: emprisonnement
<input type="checkbox"/> SAJ ou SPJ <small>Service d'aide à la jeunesse (SAJ) ou Service de protection de la jeunesse (SPJ)</small>
<input type="checkbox"/> Tribunal de la jeunesse
<input type="checkbox"/> Service des médiations (via magistrat médiateur)
<input type="checkbox"/> A la disposition de la justice
<input type="checkbox"/> Peine alternative
<input type="checkbox"/> Bracelet électronique |
|--|--|

Combien de fois au cours de votre vie avez-vous été inculpé pour les motifs suivants :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 3. Détention et revente de produits stupéfiants? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 4. Crime contre les biens? (vol qualifié, vol simple, vol à l'étalage, fraude, faux, extorsion, recel, etc.) | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 5. Crime avec violence? (voie de fait, incendie volontaire, viol, meurtre, homicide involontaire, etc.) | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 6. Autre crime ? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 7. Combien de ces inculpations ont abouti à une condamnation? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |

Précisez les délits, les étapes de la procédure pénale, la nature des prononcés :

- 3.....
 4.....
 5.....
 6.....

Combien de fois au cours de votre vie avez-vous été inculpé pour les motifs suivants :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 8. Désordre, vagabondage, ivresse publique ? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 9. Prostitution? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 10. Conduite en état d'ivresse? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 11. Infraction majeure au code de la route
(conduite dangereuse, excès de vitesse, conduite sans permis, etc) ? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> | | |
| | | | |
| 12. Combien de mois avez-vous passés en prison au cours de votre vie? | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> mois | | |
| | | | |
| 13. Combien de temps a duré votre dernière détention ?
(Codez 88 si 00 à la question 12) | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table> mois | | |
| | | | |



14. Quel en était le motif ? (si plusieurs charges, cochez la plus lourde)

- Détention et revente de produits stupéfiants
- Crime contre les biens (vol qualifié, vol simple, vol à l'étalage, fraude, faux, extorsion, recel, etc.)
- Crime avec violence (voie de fait, incendie volontaire, viol, meurtre, homicide involontaire, etc.)
- Autre crime
- Désordre, vagabondage, ivresse publique
- Prostitution
- Conduite en état d'ivresse
- Infraction majeure au code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, conduite sans permis, etc.)
- Ne s'applique pas (si 88 à la question 13)

15. Etes-vous actuellement en instance d'inculpation, de procès ou de sentence ?

- non
- oui

16. Pour quel motif ? (si plusieurs charges sont retenues cochez la plus lourde)

- Détention et revente de produits stupéfiants
- Crime contre les biens (vol qualifié, vol simple, vol à l'étalage, fraude, faux, extorsion, recel, etc.)
- Crime avec violence (voie des fait, incendie volontaire, viol, meurtre, homicide involontaire, etc.)
- Autre crime
- Désordre, vagabondage, ivresse publique
- Prostitution
- Conduite en état d'ivresse
- Infraction majeure au code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, conduite sans permis, etc.)
- Ne s'applique pas (si la réponse à la question 15 est NON)

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été détenu?

--	--

jours

18. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours vous êtes-vous adonné à des activités illégales en vue d'en tirer profit ?

--	--

jours

QUESTIONS 19 & 20 : MONTRER AU PATIENT L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE

19. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves? (à l'exclusion des problèmes civils)

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

20. Dans quelle mesure vous semble t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide ou d'être pris en charge pour ces problèmes ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

EVALUATION DE L'INDICE DE SEVERITE PAR L'INTERVIEWER

21. Dans quelle mesure estimez-vous que le patient a besoin de services juridiques ou de conseil ?

**Noter ici le premier intervalle de sévérité proposé
(voir manuel: Echelle d'évaluation de l'interviewer)**

	—	

Indice final pour cette section (Problèmes juridiques)

INTERVIEWER - EVALUATION DE CONFIANCE

Pensez-vous que les réponses données ci-dessus sont inexactes?

22. Parce que le patient altère la vérité ?

- non
- oui

23. Parce que le patient n'est pas à même de comprendre les questions qui lui sont posées?

- non
- oui

COMMENTAIRES :

Nr

--



ANTECEDENTS FAMILIAUX (manuel, version 2007)

A votre avis, certains de vos proches ont-ils connu des problèmes importants d'alcoolisme, de drogue ou des problèmes psychiatriques nécessitant un traitement?.

Instructions: écrivez "0" si la réponse est clairement "NON" pour tous les membres de la catégorie familiale visée ; écrivez "1" lorsque la réponse est explicitement "OUI" pour un membre au moins de cette catégorie de parents ; "9" si la réponse est incertaine ou si le répondant ne la connaît pas; "8" s'il n'y a aucun membre de la famille qui corresponde à cette catégorie. Au cas où le répondant a plus de deux frères ou soeurs, codez les plus problématiques. Les membres de la famille avec lesquels le répondant n'a pas de lien de sang (par ex.: beau-père, belle-mère, frère adopté,...) sont repris dans la catégorie "autre parent".

Côté Maternel			Côté Paternel			Fratric					
	A	D	P		A	D	P		A	D	P
Grand-mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Grand-mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Frère # 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grand-père	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Grand-père	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Frère # 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Père	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Soeur # 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Soeur # 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oncle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oncle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Autre parent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. RELATIONS FAMILIALES/SOCIALES (manuel, version 2007)

1. Etat civil :

- marié
- remarié
- veuf
- séparé
- divorcé
- célibataire
- moins de 18 ans

2. Depuis quand êtes vous dans cette situation d'état civil?
(si jamais marié, depuis vos 18 ans)
(88-88 si moins de 18 ans)

		-		
années			mois	

3. Etes-vous satisfait de cette situation ?

- non
- indifférent
- oui
- moins de 18 ans

Nr



4. Situation de vie habituelle ?

	A. 3 dernières années	B. 30 derniers jours
Avec le (la) conjoint(e) et les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le (la) conjoint(e) seulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les enfants seulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En environnement contrôlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de conditions de vie stables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ? -
 Si avec les parents ou la famille, depuis vos 18 ans
 Années mois

6. Etes-vous satisfait de cet environnement de vie ?

- non
- indifférent
- oui

Vivez-vous avec quelqu'un :

6a. Qui a actuellement des problèmes d'alcool ?

- non
- oui

6b. Qui utilise des substances psycho-actives ?

- non
- oui

7. Avec qui passez-vous l'essentiel de votre temps libre ?

- de la famille, actuellement sans problème d'alcool ou de drogue
- de la famille, actuellement avec des problèmes d'alcool ou de drogue
- des amis, actuellement sans problème d'alcool ou de drogue
- des amis, actuellement avec des problèmes d'alcool et de drogue
- seul

8. Etes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre ?

- non
- indifférent
- oui

9. Combien d'amis proches avez-vous?

Instructions pour 9a à 18 : Cochez "NON" si la réponse est clairement "NON" pour tous les membres de la catégorie ; cochez "OUI" lorsque la réponse est explicitement "OUI" pour un membre au moins de cette catégorie ; cochez "ne sait pas" (NSP) lorsque la réponse est incertaine ; cochez "ne s'applique pas" (NAP) lorsque le répondant ne compte aucune relation de ce type.

9a. Avec qui (parmi les personnes suivantes) estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable au cours de votre vie ?

	oui	non	NAP	NSP
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frères/soeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr



Avec qui (parmi les personnes suivantes) avez-vous connu de graves problèmes relationnels, ceci pendant des périodes de temps significatives?

	A. 30 derniers jours				B. dans votre vie			
	oui	non	NAP	NSP	oui	non	NAP	NSP
10. Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Frères/soeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Autres parents proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Amis intimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été abusé par certaines de ces personnes (10-18) ?

	A. 30 derniers jours		B. Dans votre vie	
	oui	non	oui	non
18c. Emotionnellement (violences verbales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18d. Physiquement (violences corporelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18e. Sexuellement (harcèlement, attouchements, viol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave:

- A. avec votre famille ?
jours
- B. avec d'autres personnes ?
(à l'exception de la famille)
jours

QUESTIONS 20 & 21: MONTRER AU PATIENT L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE

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

20. Des problèmes familiaux?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

21. Des problèmes relationnels en dehors de votre famille?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement



Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour :

22. Ces problèmes familiaux ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

23. Ces problèmes sociaux ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

EVALUATION DE L'INDICE DE SEVERITE PAR L'INTERVIEWER

24. Dans quelle mesure estimez-vous que le patient a besoin de conseil familial et/ou social ?

**Notez ici le premier intervalle de sévérité proposé
(voir manuel: Echelle d'évaluation de l'interviewer)**

-

Indice final pour cette section (Relations familiales et sociales)

INTERVIEWER - EVALUATION DE CONFIANCE

Pensez-vous que les réponses données ci-dessus sont inexactes?

25. Parce que le patient altère la vérité ?

- non
- oui

26. Parce que le patient ne comprend pas les questions?

- non
- oui

COMMENTAIRES :



VI. ETAT PSYCHOLOGIQUE (manuel, version 2007)

1. Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels ?

(si 'jamais': codez 00)

A. En résidentiel

--	--

B. En ambulatoire

--	--

2. Touchez-vous une pension pour incapacité psychiatrique?

non

oui

si moins de 18 ans

Avez-vous, pendant une période prolongée :

(Ne tenir compte des questions 3 à 6 que si elles n'ont pas de lien direct avec la consommation d'alcool ou de substances. Toujours tenir compte des questions 7, 9 et 10).

	A.		B.	
	30 derniers jours		dans votre vie	
	oui	non	oui	non
3. eu une dépression grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. souffert de tensions graves ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. éprouvé des troubles graves de compréhension, de concentration ou de mémorisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. souffert d'hallucinations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. pris un médicament qui vous a été prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. eu de fortes pensées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tenté de vous suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10a. Combien de fois avez-vous tenté de vous suicider ?

(Ne posez pas cette question si le répondant vient de vous dire qu'il n'a jamais tenté de se suicider, mais codez directement '00')

--	--

11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

--	--

jours

QUESTIONS 12 ET 13, MONTRER AU REpondANT L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE

12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important à cet instant précis de suivre un traitement pour ces problèmes psychologiques ?

- pas du tout
- légèrement
- modérément
- considérablement
- extrêmement

Nr

--



LES ITEMS SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS PAR L'INTERVIEWER

Au moment de l'entretien, le patient :

oui non

14. Est-il visiblement déprimé ou en retrait?
15. Hostile?
16. Est-il visiblement nerveux ou anxieux?

Au moment de l'entretien, le patient :

oui non

17. A-t-il des difficultés à percevoir la réalité, des troubles de pensée, des pensées paranoïdes?
18. A-t-il des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir?
19. A-t-il des pensées suicidaires?

EVALUATION DE L'INDICE DE SEVERITE PAR L'INTERVIEWER

20. Dans quelle mesure estimez-vous que le patient a besoin de traitement psychiatrique/psychologique ?

Notez ici le premier intervalle de sévérité proposé (voir manuel: Echelle d'évaluation de l'interviewer)

-

Indice final pour cette section (Etat psychologique)

INTERVIEWER - EVALUATION DE CONFIANCE

Pensez-vous que les réponses données ci-dessus sont inexactes

21. Parce que le patient altère la vérité ?

- non
 oui

22. Parce que le patient n'est pas à même de les comprendre les questions qui lui sont posées?

- non
 oui

COMMENTAIRES:

K. Caractère (in)complet de l'interview (à ne remplir qu'après l'entretien)

- incomplet: le répondant a interrompu l'entretien avant son terme
- incomplet: le répondant a refusé de répondre à certaines parties de l'entretien
- incomplet: le répondant n'était pas en état de répondre à certaines des questions
- complet: le questionnaire a été administré complètement

Au terme de l'entretien: contrôlez si toutes les questions ont été abordées (et répondues) et déterminez les indices de sévérité finaux.

Nr

