

ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI)

Version adaptée au DCISA

Document confidentiel

Les questions assorties d'un pictogramme doivent obligatoirement être complétées

 question qui permet le calcul des scores composés

 question qui permet d'évaluer le profil de gravité

Instructions pour remplir le questionnaire

- Ne pas laisser de blanc
- Pour les questions dont les réponses sont précédées d'un \circ , il n'y a qu'une seule réponse possible
- Pour les questions suivies d'un $|_|_|$, il faut répondre avec un chiffre
 - Pour les nombres de jour, noter le nombre de jours exacts
 - Pour une durée, 2 semaines et plus =1 mois ; 6 mois et plus =1 an
 - Si la personne n'est pas concernée, noter 0
- Le code 9 (99, 999, etc.) correspond à « ne sait pas » ou « refus ».

Nom :

Prénom :

Date de naissance du ou de la bénéficiaire :

Ville de naissance du ou de la bénéficiaire :

Genre du ou de la bénéficiaire :

Homme₁

Femme₂

Autre₃

Code d'identification ASI du ou de la bénéficiaire* (à reporter sur le rapport d'indication)

1^{re} lettre de la

ville de naissance :

1^{re} lettre

du prénom :

Nbre de

lettres du prénom :

Nbre de

lettres du nom de famille :

- Lieu de naissance : 1^{ère} lettre : ex. Lausanne = L
- Prénom : 1^{ère} lettre du prénom. En cas de prénom composé ou multiple, prendre le 1^{er} prénom : ex. Jean-Luc = Jean=J ou Juan Adolfo = Juan=J.
- Nbre de lettres du prénom et du nom :
 - En cas de prénom composé ou multiple, prendre le 1^{er} prénom : ex. Jean-Luc = Jean=4 ou Juan Adolfo = Juan=4
 - En cas de nom composé ou multiple, prendre le 1^{er} nom. On ne compte pas les particules (de, von, van, della, don, da) : ex. van Beethoven = Beethoven=9 ou Lopez Pereira=Lopez=5.
- Si le prénom ou le nom comporte plus de 9 lettres, coder 0 pour le nom ou le prénom concerné.
- Si le nom ou le prénom comporte un tréma, en faire abstraction : ex. Müller = Muller
- Exemples finaux : Clarissa Dalloway, née à Londres =LC88 ; Ludwig van Beethoven, né à Bonn =BL69 ; Mstislav Rostropovitch, né à Bakou= BM80 ; Peter Müller, né à Zurich =ZP56)

Numéro de dossier (à compléter par la coordination opérationnelle)

Numéro de l'événement DCISA (à compléter par la coordination opérationnelle)

Date de l'entretien :

A. ECHELLE ALCOOL ET DROGUES

Cocher si jamais consommé	Substances	→	→	→	Années d'utilisation régulière	Mode d'administration prédominant***	
		30 derniers jours*	Age de la 1 ^{ère} consommation	Age de la consommation régulière**			
<input type="checkbox"/>	1. Alcool toute utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	2. Alcool jusqu'à intoxication (5 conso. ou plus en une seule fois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	3. Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPRESSEURS
<input type="checkbox"/>	3b. Diacétylmorphine (progr. DAM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	4. Méthadone NON PRESCRITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	4b. Méthadone PRESCRITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	5. Autres opiacés, spécifiez : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	6. GHB / GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	7. Sédatifs hypnotiques, tranquillisants NON PRESCRITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTS
<input type="checkbox"/>	8. Sédatifs hypnotiques, tranquillisants PRESCRITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	9. Cocaïne, crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STIMULANTS
<input type="checkbox"/>	10. Psychostimulants (amphétamines, MDMA, ecstasy, amphét thaïe, NPS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	11. Cannabis (THC, CBD, de synthèse, yc dérivés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERTURBATEURS
<input type="checkbox"/>	11b. Cannabis médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	12. Hallucinogènes, spécifiez : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	13. Solvants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*nombre de jours

**consommation régulière = au moins 3 fois/semaine pendant au moins 1 mois

***Catégories du mode d'administration 1-oral 2-nasal (sniffé) 3-fumé 4-injecté non-iv 5-injecté iv 6-autre

En considérant LES SUBSTANCES du tableau, REpondre AUX QUESTIONS 14 à 17

➔ **14. Consommation de plus d'une substance par jour** jours jours **au cours de la vie** années

15. Quelle(s) substance(s) cause(nt) un problème majeur ?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Alcool toute utilisation. | <input type="radio"/> Alcool jusqu'à intoxication. | <input type="radio"/> Héroïne. | <input type="radio"/> Diacétylmorphine (DAM). |
| <input type="radio"/> Méthadone NON PRESCRITE. | <input type="radio"/> Méthadone PRESCRITE. | <input type="radio"/> Autres opiacés. | <input type="radio"/> GHB / GBL. |
| <input type="radio"/> Sédatifs hypnotiques, tranquillisants NON PRESCRITS. | <input type="radio"/> Sédatifs hypnotiques, tranquillisants PRESCRITS. | <input type="radio"/> Cocaïne, crack. | <input type="radio"/> Psychostimulants (amphétamines, MDMA, ecstasy, amphéthaïne, NPS, etc.) |
| <input type="radio"/> Cannabis (THC, CBD, de synthèse, yc dérivés). | <input type="radio"/> Cannabis médical. | <input type="radio"/> Hallucinogènes. | <input type="radio"/> Solvants. |
| <input type="radio"/> Alcool et drogue. | <input type="radio"/> Multiples drogues. | <input type="radio"/> Pas de problème. | |

➔ **16. Quelle a été la durée de votre DERNIERE période d'abstinence volontaire de cette ou ces substances ?** mois

00=jamais abstinent.e 98=98 mois et plus 99=NSP ou refus

17. Depuis quand cette abstinence a-t-elle cessé ? mois

00=encore abstinent.e 01=au moins 1 mois 98=98 mois et plus 99=NSP ou refus NA si jamais abstinent.e ou 00 à la question 16

18. Combien de fois dans votre vie, avez-vous eu, avec une intervention médicale ou de secours extérieurs,

- un delirium tremens (alcool) ? - une overdose (drogues) ?
- un coma éthylique ?

19. Combien de fois avez-vous été traité.e dans votre vie

- pour l'abus d'alcool uniquement ? - pour l'abus de drogues uniquement ?
- pour l'abus d'alcool et de drogues ?

20. Vous êtes-vous déjà injecté.e ?

- Non₂ Oui₁ NSP ou refus₃

Si oui,

20a.- quel âge aviez-vous lors de la 1^{ère} injection ? ans

20b.- pendant combien d'années vous êtes-vous injecté.e ? années

20c.- vous êtes-vous injecté.e au cours des 12 derniers mois ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Oui, mais sans échange de matériel ₁ | <input type="radio"/> Non, aucune injection au cours des 12 derniers mois ₄ |
| <input type="radio"/> Oui, avec quelques échanges de matériel avec d'autres ₂ | <input type="radio"/> NSP ou refus ₅ |
| <input type="radio"/> Oui, avec de fréquents échanges de matériel avec d'autres ₃ | |

20d.- vous êtes-vous injecté(e) au cours des 30 derniers jours ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Oui, mais sans échange de matériel ₁ | <input type="radio"/> Non, aucune injection au cours des 12 derniers mois ₄ |
| <input type="radio"/> Oui, avec quelques échanges de matériel avec d'autres ₂ | <input type="radio"/> NSP ou refus ₅ |
| <input type="radio"/> Oui, avec de fréquents échanges de matériel avec d'autres ₃ | |

21. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé ? 9998 = Fr. 9998.- et plus 9999 = NSP ou refus

- pour de l'alcool ? - pour des drogues ?

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé

Par problème, il faut entendre intoxication, manque, culpabilité, obsession, perte de maîtrise

- des problèmes d'alcool ? jours - des problèmes de drogues ? jours

Questions 23 et 24 : DEMANDEZ AU OU A LA BENEFICIAIRE D'UTILISER L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE (ECHELLE 0 1 2 3 4)

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

- ces problèmes d'alcool ? - ces problèmes de drogues ?

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'avoir une prise en charge/aide supplémentaire pour

- ces problèmes d'alcool ? - ces problèmes de drogues ?

EVALUATION DE GRAVITE PAR L'INTERVENANT.E (ECHELLE 0 A 9)

25. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du ou de la bénéficiaire



- pour abus d'alcool ?

- pour abus de drogues ?

26. Dans quelle mesure estimez-vous que le ou la bénéficiaire a besoin d'une prise en charge/aide supplémentaire



- pour abus d'alcool ?

- pour abus de drogues ?

COMMENTAIRES

Médication prescrite actuellement :

B. ECHELLE DE SANTE PHYSIQUE

1. Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé.e (24 heures et plus) pour un problème de santé physique ?

00= aucune hospitalisation 98=plus de 98 hospitalisations 99=NSP ou refus
[] fois

2. Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème de santé physique ?

00= a été hospitalisé.e au cours des 30 derniers jours 99=NSP ou refus NA=n'a jamais été hospitalisé.e
[] années [] mois

3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie (avec limitation, soins réguliers) ?

Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

4. Avez-vous à prendre régulièrement un médicament PRESCRIT pour un problème de santé physique ?

Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin pour un problème de santé physique ?

Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

6. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage du VIH ?

Oui au cours des 12 derniers mois₁ Oui, mais pas au cours des 12 derniers mois₂ Non₃ NSP ou refus₄

Si oui,

6a.- Quel a été le résultat du dernier test ? Négatif₁ Positif₂ NSP ou refus₃

7. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite B ?

Oui au cours des 12 derniers mois₁ Oui, mais pas au cours des 12 derniers mois₂ Non₃ NSP ou refus₄

Si oui,

7a.- Quel a été le résultat du dernier test ? Négatif₁ Positif₂ NSP ou refus₃

8. Avez-vous déjà été vacciné.e pour l'hépatite B ?

Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

9. Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite C ?

Oui au cours des 12 derniers mois₁ Oui, mais pas au cours des 12 derniers mois₂ Non₃ NSP ou refus₄


Si oui,

9a.- Quel a été le résultat du dernier test ? Négatif₁ Positif₂ NSP ou refus₃


10. Avez-vous déjà eu ou suivez-vous un traitement pour l'hépatite C chronique ?


Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de santé physique ?


 pendant jours


DEMANDEZ AU OU A LA BENEFICIAIRE D'UTILISER L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE (ECHELLE 0 1 2 3 4)

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

 13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'avoir un traitement supplémentaire pour ces problèmes de santé physique ?

EVALUATION DE LA GRAVITE PAR L'INTERVENANT.E (ECHELLE 0 A 9)

 14. Quelle est votre estimation de la gravité des problèmes de santé physique du ou de la bénéficiaire?

 15. Dans quelle mesure estimez-vous que le ou la bénéficiaire a besoin de traitement médical supplémentaire ?

COMMENTAIRES

C. ECHELLE DES RELATIONS FAMILIALES ET INTERPERSONNELLES

1. Quelle est votre situation actuelle ?

- Marié.e₁ Partenaire.e₂ Marié.e, séparé.e légalement₃ Divorcé.e₄
 Jamais marié.e et ne vivant pas avec quelqu'un₅ En union libre₆ veuf/veuve₇ Autre₈

2. Depuis combien de temps êtes-vous dans votre situation actuelle ?

_____ années _____ mois

3. Etes-vous satisfait.e de cette situation ?

- Oui, très₁ Plutôt oui₂ Indifférent.e₃ Plutôt non₄ Non, pas du tout₅ NSP ou refus₆

4. Quelles sont vos conditions de vie habituelles ?

	30 derniers jours	3 dernières années
Avec le ou la conjoint.e et les enfants ₁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec le ou la conjoint.e seulement ₂	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec les enfants seulement ₃	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec le père seulement ₄	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec la mère seulement ₅	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec les deux parents ₆	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec la famille ₇	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des ami.e.s ₈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seul.e ou en chambre ₉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En milieu institutionnel ₁₀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec un (ou des) colocataire(s) ₁₁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sans domicile fixe ₁₂	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas de conditions de vie stables ₁₃	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles ?

_____ années _____ mois 01 = 15 jours à 1 mois

6. Etes-vous satisfait.e de ces conditions de vie ?

- Oui, très₁ Plutôt oui₂ Indifférent.e₃ Plutôt non₄ Non, pas du tout₅ NSP ou refus₆

7. Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes d'alcool ?

- Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

8. Vivez-vous avec quelqu'un qui fait un usage NON MEDICAL de drogues et/ou de médicaments ?


- Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

9. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres ?

- Seul.e₁ La famille₂ Les amis₃ Autre₄ NSP ou refus₅

10. Etes-vous satisfait.e de cette façon de passer vos temps libres ?

- Oui, très₁ Plutôt oui₂ Indifférent.e₃ Plutôt non₄ Non, pas du tout₅ NSP ou refus₆

Personnes		Mère biologique	Mère adopt.	Père biologique	Père adopt.	Beau-père	Frères	Sœurs	Conjoint	Enfants	Autres parents imp.	Amis	Voisins	Coll. de travail
							Nbre : <input type="text"/>	Nbre : <input type="text"/>		Nbre : <input type="text"/>				
 11. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec...	Au cours de la vie	<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"/>
	30 derniers jours	<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"/>
12. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivante ?		<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"/>
1=oui 2=non 9=NSP ou refus		NA si la personne n'aucune personne du type mentionné (ex : pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact possible (ex : personne décédée)							Age du ou des enfant (s) : <input type="text"/>					

13. Avez-vous déjà été abusé.e émotionnellement (par des propos injurieux) ?

- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃


14. Avez-vous déjà été abusé.e physiquement (en ayant eu des dommages corporels) ?

- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

15. Avez-vous déjà été abusé.e sexuellement (en vous faisant imposer des avances ou des relations sexuelles) ?

- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

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

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

Questions 17 à 20 DEMANDEZ AU OU A LA BENEFICIAIRE D'UTILISER L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE (ECHELLE 0 1 2 3 4)

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

Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'avoir une prise en charge/aide supplémentaire pour

 17. vos problèmes familiaux ?


 19. vos problèmes familiaux ?


18. vos problèmes de relations avec les autres (y.c. les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude)

20. vos problèmes de relations avec les autres (y.c. les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude)

EVALUATION DE LA GRAVITE PAR L'INTERVENANT.E (ECHELLE 0 A 9)

ATTENTION : tenir compte de la cotation la plus élevée fournie par le client aux questions 17-18 et 19-20

 21. Quelle est votre estimation de la gravité des problèmes de relations familiales / interpersonnelles du ou de la bénéficiaire?

 22. Dans quelle mesure estimez-vous que le ou la bénéficiaire a besoin d'une assistance supplémentaire sur le plan familial / interpersonnel ?

COMMENTAIRES


D. ECHELLE DE L'ETAT PSYCHOLOGIQUE


- ➡ **1. Combien de fois avez-vous été traité.e pour des problèmes psychologiques ou émotionnels**
- dans un hôpital ? - en ambulatoire ou en pratique privée ?
- Avez-vous connu une période, NE RESULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :**
- ➡ **2. eu une dépression grave (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes) ?**
- dans la vie, au moins 2 semaines Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- ➡ **3. souffert d'anxiété ou de tensions graves (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable) ?**
- dans la vie, au moins 2 semaines Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- ➡ **4. souffert d'hallucinations (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève) ?**
- dans la vie, au moins 2 semaines Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- ➡ **5. éprouvé des troubles graves de concentration, mémorisation et/ou de compréhension ?**
- dans la vie, au moins 2 semaines Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- 5b. éprouvé des problèmes importants concernant le sommeil (difficulté à s'endormir ou à demeurer endormi, trop dormir) ?**
- dans la vie, au moins 2 semaines Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- 5c. éprouvé des difficultés importantes pour contrôler votre alimentation (alimentation excessive, purgation, incapacité à manger) ?**
- dans la vie, au moins 2 semaines Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- Avez-vous connu une période, RESULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :**
- ➡ **6. éprouvé des difficultés à maîtriser un comportement violent ?**
- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- ➡ **7. tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide) ?**
- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- ➡ **8. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario) ?**
- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- ➡ **9. tenté de vous suicider ?**
- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- ➡ **10. eu un médicament PRESCRIT pour un problème psychologique ou émotionnel ?**
- au cours de la vie Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃
- dans les 30 derniers jours Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

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


pendant jours


DEMANDEZ AU OU A LA BENEFICIAIRE D'UTILISER L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE (ECHELLE 0 1 2 3 4)

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

 13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'avoir une prise en charge/aide supplémentaire pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

EVALUATION DE LA GRAVITE PAR L'INTERVENANT.E (ECHELLE 0 A 9)

 14. Quelle est votre estimation de la gravité des problèmes psychologiques ou émotionnels du ou de la bénéficiaire ?

 15. Dans quelle mesure estimez-vous que le ou la bénéficiaire a besoin d'une prise en charge/aide psychologique supplémentaire ?

COMMENTAIRES

E. ECHELLE DE L'EMPLOI ET DES RESSOURCES

➔ 1. Quel est le plus haut niveau de formation que vous ayez accompli (formation achevée)?

- Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle ou primaire₁
 École obligatoire₂
 Formation de transition (ex : SeMo, école de la transition, etc.)₃
 Apprentissage ou école professionnelle à plein temps, école supérieure de commerce, école des métiers₄
 Maturité, maturité professionnelle₅
 Formation professionnelle supérieure (avec l'obtention d'une maîtrise, d'un diplôme professionnel supérieur fédéral)₆
 HES ou école professionnelle supérieure₇
 Université, EPFL (bachelor, master)₈
 Doctorat₉
 NSP ou refus₁₀

➔ 2. Autre formation (perfectionnement / en cours d'emploi / chômage) ?

➔ 3. Avez-vous une profession ou un métier ?

- Oui₁ : _____
 Non₂
 NSP ou refus₃

🗉 4. Avez-vous un permis de conduire valide ?

- Oui₁
 Non, retrait de permis à titre préventif₂
 Non, retrait de permis₃
 Non, n'en a jamais eu₄

🗉 5. Pouvez-vous disposer d'une voiture ?

- Oui₁
 Non₂

➔ 6. Quelle est votre occupation/type d'activité habituelle ? Si plusieurs réponses, prendre la plus représentative actuellement

	30 derniers jours	3 dernières années
Emploi :		
Travail à plein temps (70% ou plus) ₁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail à temps partiel (heures régulières) ₂	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail à temps partiel (heures irrégulières ou travail à la journée) ₃	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail temporaire sporadique ₄	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation :		
Ecole, études, apprentissage ₅	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au bénéfice d'une mesure d'insertion :		
Invalidité (AI) ₆	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesure RI ₇	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestation assurance chômage ₈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme de réinsertion professionnelle ₉	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au foyer :		
Femme/homme au foyer ₁₀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En milieu institutionnel ₁₁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres ₁₂ (incluant activités illégales) : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sans aucune activité/occupation ₁₃	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➔ 7. Quelle a été la durée de votre plus long emploi régulier (pour le même employeur) ?

_____ années _____ mois

8. Quelle a été la durée de votre plus longue période de chômage ?

➔ _____ années _____ mois

9. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours de travail vous a-t-on payés (y compris le travail au noir) ?

🗉 _____ jours

AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS RECU DES SOURCES SUIVANTES ?

9998 = Fr. 9998.- et plus

9999 = NSP ou refus

10. emploi (revenu net)

11. sources illégales

12. Quelle est votre PRINCIPALE source de revenu au cours des 6 derniers mois ?

- Salaire, Assurance chômage,
- Economies, épargne. Soutien du ou de la partenaire. Soutien des parents / proches.
- Aide sociale (RI), Rente (AVS/AI, ou autre type de prévoyance), Assurances, indemnités journalières,
- Deal, combines, Autres revenus illégaux, Prostitution,,
- Autre source,, Aucune source,.

13. Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc.) ?

personnes

14. Avez-vous des dettes (si oui, indiquer le montant ; si non, noter 0) ?

frs 99998 = 99'998.- et plus 99999 = NSP ou refus

15. Votre demande d'aide a-t-elle été exigée ou provoquée par votre employeur ?

- Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

16. Avez-vous déjà perdu ou quitté un ou plusieurs emplois à cause de la consommation de drogues ou d'alcool ?

- Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi (si votre emploi est menacé, exclure les problèmes relationnels) ou effectué des recherches d'emploi ?

pendant jours

18. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait des démarches (ex : suivre un cours) pour vous réinsérer sur le marché de l'emploi ?


pendant jours


DEMANDEZ AU OU A LA BENEFICIAIRE D'UTILISER L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE (ECHELLE 0 1 2 3 4)

19. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé.e ou préoccupé.e par ces problèmes d'emploi ou de ressources ?

20. Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'avoir une prise en charge/aide supplémentaire pour ces problèmes d'emploi ou de ressources ?

EVALUATION DE LA GRAVITE PAR L'INTERVENANT.E (ECHELLE 0 A 9)

 21. Quelle est votre estimation de la gravité des problèmes d'emploi ou de ressources du ou de la bénéficiaire?

 22. Dans quelle mesure estimez-vous que le ou la bénéficiaire a besoin d'une assistance supplémentaire sur le plan professionnel ?

COMMENTAIRES

F. ECHELLE DE LA SITUATION AU NIVEAU DE LA JUSTICE ET DE L'ADMINISTRATION

1. Cette demande d'aide a-t-elle été imposée ou suggérée par une instance judiciaire ou administrative ?

Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

Si oui,
laquelle ?

- Tribunal / Juge₁ Fondation vaudoise de probation (FVP)₆
 Tribunal des mesures de contrainte et application des peines₂ Service de protection de la jeunesse (SPJ)₇
 Service pénitentiaire / Office d'exécution des peines₃ Service automobile et de la navigation (SAN)₈
 Justice de Paix₄ Centre social régional (CSR)₉
 Office des curatelles et tutelles professionnelles₅ Avocats₁₀
 Autre₁₁ :

2. Si la demande est consécutive à une mesure judiciaire, de quelle mesure s'agit-il ?

3. Avez-vous déjà fait l'objet d'une condamnation pénale EN LIEN avec l'alcool et/ou les drogues ?

Oui₁ Non₂ NSP ou refus₃

COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ INCULPÉ.E (ACCUSÉ.E) DES INFRACTIONS SUIVANTES

4. violation d'une obligation d'entretien ?
5. violence et menace contre les fonctionnaires, insoumission à une décision de l'autorité, etc.?
6. infractions à la Loi fédérale sur les armes et munitions ?
- ➔ 7. calomnie, diffamation, etc. ?
- ➔ 8. consommation, trafic de stupéfiants, etc. ?
9. menace, contrainte, violation de domicile ?
- ➔ 10. violence physique, psychologique, verbale contre un(e) conjoint(e) ?
- ➔ 11. conduite en état d'ébriété, soustraction à la prise de sang ?
12. vol, brigandage, recel, abus de confiance, dommage à la propriété, escroquerie, etc. ?
- ➔ 13. abus de détresse, exhibitionnisme, encouragement à la prostitution, etc. ?
- ➔ 14. lésion corporelle, rixe, agression, voies de fait, etc. ?
- ➔ 15. contrainte sexuelle, viol, actes d'ordre sexuel avec des enfants, etc. ?
16. inceste ?
17. meurtre, assassinat, mis en danger de la vie ou la santé d'autrui ?

18a. De combien de ces chefs d'accusation (4 à 17) avez-vous été reconnu.e coupable ?

NA=jamais inculpé.e

18b. Combien de jugements (peines) avez-vous reçu pour ces condamnations ?

NA=jamais condamné.e

➔ 19. Combien de mois avez-vous été détenu.e ?

00=moins de 15 jours ou jamais inculpé.e 98=98 mois ou plus 99=NSP ou refus

20. Pour quelle infraction étiez-vous détenu.e ?

parmi les infractions commises, donner le code (4-17) de la plus grave

➡ 21. Actuellement, faites-vous l'objet d'une procédure judiciaire ?

- Oui₁ Non₂ INSP ou refus₃

21a. Si oui, êtes-vous ?

- en instance d'inculpation₁ ? en attente de procès₂ ? NSP ou refus₃

21b. pour quelle infraction ?

4 à 17, code le plus élevé parmi les infractions concernées

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

pendant _____ jours

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

pendant _____ jours

Questions 24 à 27. DEMANDEZ AU OU A LA BENEFICIAIRE D'UTILISER L'ECHELLE D'EVALUATION SUBJECTIVE (ECHELLE 0 1 2 3 4)

24. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves (exclure les problèmes civils) ?

25. Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'avoir de l'aide ou une consultation supplémentaire pour ces problèmes judiciaires ?

EVALUATION DE LA GRAVITE PAR L'INTERVENANT.E (ECHELLE 1 A 9)



26. Quelle est votre estimation de la gravité des problèmes judiciaires du ou de la bénéficiaire ?



27. Dans quelle mesure estimez-vous que le ou la bénéficiaire a besoin de services juridiques ou d'une assistance supplémentaire ?

EVALUATION DE FIABILITE POUR L'ENSEMBLE DU QUESTIONNAIRE

Les renseignements récoltés dans le cadre de cet entretien sont-ils sensiblement faussés...

28. parce que le ou la bénéficiaire dissimule la vérité ?

- Oui₁ Non₂

29. parce que le ou la bénéficiaire ne comprend pas les questions ?

- Oui₁ Non₂

COMMENTAIRES

Estimation subjective du ou de la bénéficiaire et cotation de la gravité des problèmes par l'intervenant.e

Degré de préoccupation / perturbation (bénéficiaire = B)		B	I	B	I	B	I	B	I	B	I	B	I		
	extrêmement	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8-9	extrême
	beaucoup	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6-7	considérable
	moyennement	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4-5	moyen
	peu	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2-3	léger
	pas du tout	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-1	aucun
		Alcool	Drogue	Santé physique	Famille Interpers.	Etat psychique	Emploi Ressources	Judiciaire							

Niveau de gravité estimé (intervenant = I)

Estimation du besoin additionnel de traitement par le ou la bénéficiaire et par l'intervenant.e

Estimation du bénéficiaire = B		B	I	B	I	B	I	B	I	B	I	B	I		
	extrêmement	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8-9	traitement indispensable
	beaucoup	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6-7	nécessaire
	moyennement	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4-5	indiqué
	peu	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2-3	probablement pas nécessaire
	pas du tout	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-1	traitement non indiqué
		Alcool	Drogue	Santé physique	Famille Interpers.	Etat psychique	Emploi Ressources	Judiciaire							

Estimation de l'intervenant = I

SYNTHESE

ATTENTES DU OU DE LA BENEFICIAIRE

<u>Centre d'indication et date</u>	<u>Nom de l'évaluateur.trice</u>	<u>Signature</u>
