

# 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 ○, 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 :

Homme<sub>1</sub>

Femme<sub>2</sub>

Autre<sub>3</sub>

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

1 <sup>re</sup> lettre de la ville de naissance : <input type="text"/>	1 <sup>re</sup> lettre du prénom : <input type="text"/>	Nbre de lettres du prénom : <input type="text"/>	Nbre de lettres du nom de famille : <input type="text"/>
--	---	--	--

- Lieu de naissance : 1<sup>ère</sup> lettre : ex. Lausanne = L
- Prénom : 1<sup>ère</sup> lettre du prénom. En cas de prénom composé ou multiple, prendre le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> prénom : ex. Jean-Luc = Jean=4 ou Juan Adolfo = Juan=4
  - En cas de nom composé ou multiple, prendre le 1<sup>er</sup> 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 <sup>ère</sup> 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, amphéthaïe, 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 ?**

- Non<sub>2</sub>  Oui<sub>1</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

Si oui,

**20a.- quel âge aviez-vous lors de la 1<sup>ère</sup> 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 <sub>1</sub>                        | <input type="radio"/> Non, aucune injection au cours des 12 derniers mois <sub>4</sub> |
| <input type="radio"/> Oui, avec quelques échanges de matériel avec d'autres <sub>2</sub>     | <input type="radio"/> NSP ou refus <sub>5</sub>  |
| <input type="radio"/> Oui, avec de fréquents échanges de matériel avec d'autres <sub>3</sub> |  |

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

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

**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) ?

Oui<sub>1</sub>       Non<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

Oui<sub>1</sub>       Non<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

Oui<sub>1</sub>       Non<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

Oui au cours des 12 derniers mois<sub>1</sub>       Oui, mais pas au cours des 12 derniers mois<sub>2</sub>       Non<sub>3</sub>       NSP ou refus<sub>4</sub>

Si oui,

6a.- Quel a été le résultat du dernier test ?       Négatif<sub>1</sub>       Positif<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

Oui au cours des 12 derniers mois<sub>1</sub>       Oui, mais pas au cours des 12 derniers mois<sub>2</sub>       Non<sub>3</sub>       NSP ou refus<sub>4</sub>

Si oui,

7a.- Quel a été le résultat du dernier test ?       Négatif<sub>1</sub>       Positif<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

Oui<sub>1</sub>       Non<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

Oui au cours des 12 derniers mois<sub>1</sub>       Oui, mais pas au cours des 12 derniers mois<sub>2</sub>       Non<sub>3</sub>       NSP ou refus<sub>4</sub>

Si oui,

9a.- Quel a été le résultat du dernier test ?       Négatif<sub>1</sub>       Positif<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

Oui<sub>1</sub>       Non<sub>2</sub>       NSP ou refus<sub>3</sub>

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.e<sub>1</sub>                       Partenaire.e<sub>2</sub>                       Marié.e, séparé.e légalement<sub>3</sub>                       Divorcé.e.<sub>4</sub>  
 Jamais marié.e et ne vivant pas avec quelqu'un<sub>5</sub>                       En union libre<sub>6</sub>                       veuf/veuve<sub>7</sub>                       Autre<sub>8</sub>

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

\_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois

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

- Oui, très<sub>1</sub>                       Plutôt oui<sub>2</sub>                       Indifférent.e<sub>3</sub>                       Plutôt non<sub>4</sub>                       Non, pas du tout<sub>5</sub>                       NSP ou refus<sub>6</sub>

### 4. Quelles sont vos conditions de vie habituelles ?

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

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

- Oui<sub>1</sub>                       Non<sub>2</sub>                       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

- Oui<sub>1</sub>                       Non<sub>2</sub>                       NSP ou refus<sub>3</sub>

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

- Seul.e<sub>1</sub>                       La famille<sub>2</sub>                       Les amis<sub>3</sub>                       Autre<sub>4</sub>                       NSP ou refus<sub>5</sub>

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

- Oui, très<sub>1</sub>                       Plutôt oui<sub>2</sub>                       Indifférent.e<sub>3</sub>                       Plutôt non<sub>4</sub>                       Non, pas du tout<sub>5</sub>                       NSP ou refus<sub>6</sub>

Personnes		Mère biologique	Mère adopt.	Père biologique	Père adopt.	Beau-père	Frères	Sœurs	Conjoint	Enfants	Autres parents imp.	Amis	Voisins	Coll. de travail
<b>11. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec...</b>	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"/>
<b>12. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivante ?</b>		<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) :					

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

- au cours de la vie  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- dans les 30 derniers jours  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

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

- au cours de la vie  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- dans les 30 derniers jours  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

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

- au cours de la vie  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- dans les 30 derniers jours  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

**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  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- ➡ **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  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- ➡ **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  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- ➡ **5. éprouvé des troubles graves de concentration, mémorisation et/ou de compréhension ?**  
- dans la vie, au moins 2 semaines  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- 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  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- 5c. éprouvé des difficultés importantes pour contrôler votre alimentation (alimentation excessive, purgation, incapacité à manger) ?**  
- dans la vie, au moins 2 semaines  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- 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  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- ➡ **7. tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide) ?**  
- au cours de la vie  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- ➡ **8. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario) ?**  
- au cours de la vie  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- ➡ **9. tenté de vous suicider ?**  
- au cours de la vie  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>
- ➡ **10. eu un médicament PRESCRIT pour un problème psychologique ou émotionnel ?**  
- au cours de la vie  Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>  
- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

 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 primaire<sub>1</sub>
 École obligatoire<sub>2</sub>
 Formation de transition (ex : SeMo, école de la transition, etc.)<sub>3</sub>
 Apprentissage ou école professionnelle à plein temps, école supérieure de commerce, école des métiers<sub>4</sub>
 Maturité, maturité professionnelle<sub>5</sub>
 Formation professionnelle supérieure (avec l'obtention d'une maîtrise, d'un diplôme professionnel supérieur fédéral)<sub>6</sub>
 HES ou école professionnelle supérieure<sub>7</sub>
 Université, EPFL (bachelor, master)<sub>8</sub>
 Doctorat<sub>9</sub>
 NSP ou refus<sub>10</sub>

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

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

- Oui<sub>1</sub> : \_\_\_\_\_
  Non<sub>2</sub>
 NSP ou refus<sub>3</sub>

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

- Oui<sub>1</sub>
 Non, retrait de permis à titre préventif<sub>2</sub>
 Non, retrait de permis<sub>3</sub>
 Non, n'en a jamais eu<sub>4</sub>

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

- Oui<sub>1</sub>
 Non<sub>2</sub>

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

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

- Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

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

- Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

**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 ?

Oui<sub>1</sub>                                       Non<sub>2</sub>                                       NSP ou refus<sub>3</sub>

**Si oui, laquelle ?**

- Tribunal / Juge<sub>1</sub>                                       Fondation vaudoise de probation (FVP)<sub>6</sub>  
 Tribunal des mesures de contrainte et application des peines<sub>2</sub>                                       Service de protection de la jeunesse (SPJ)<sub>7</sub>  
 Service pénitentiaire / Office d'exécution des peines<sub>3</sub>                                       Service automobile et de la navigation (SAN)<sub>8</sub>  
 Justice de Paix<sub>4</sub>                                       Centre social régional (CSR)<sub>9</sub>  
 Office des curatelles et tutelles professionnelles<sub>5</sub>                                       Avocats<sub>10</sub>  
 Autre<sub>11</sub> :

### 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 ?

Oui<sub>1</sub>                                       Non<sub>2</sub>                                       NSP ou refus<sub>3</sub>

### 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 ?

- Oui<sub>1</sub>                       Non<sub>2</sub>                       INSP ou refus<sub>3</sub>

21a. Si oui, êtes-vous ?

- en instance d'inculpation<sub>1</sub> ?       en attente de procès<sub>2</sub> ?       NSP ou refus<sub>3</sub>

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 ?

- Oui<sub>1</sub>                       Non<sub>2</sub>

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

- Oui<sub>1</sub>                       Non<sub>2</sub>

COMMENTAIRES

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

		B		I		B		I		B		I		B		I			
		<input type="radio"/>																	
Degré de préoccupation / perturbation (bénéficiaire = B)	extrêmement	<b>4</b>	<input type="radio"/>	<b>8-9</b>	extrême														
	beaucoup	<b>3</b>	<input type="radio"/>	<b>6-7</b>	considérable														
	moyennement	<b>2</b>	<input type="radio"/>	<b>4-5</b>	moyen														
	peu	<b>1</b>	<input type="radio"/>	<b>2-3</b>	léger														
	pas du tout	<b>0</b>	<input type="radio"/>	<b>0-1</b>	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**

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

Estimation de l'intervenant = I

**SYNTHESE**

[Empty grey box for synthesis]

**ATTENTES DU OU DE LA BENEFICIAIRE**

[Empty grey box for beneficiary expectations]

<b><u>Centre d'indication et date</u></b>	<b><u>Nom de l'évaluateur.trice</u></b>	<b><u>Signature</u></b>
<p>[Grey box for center and date]</p>	<p>[Grey box for evaluator name]</p>	<p>[Grey box for signature]</p>