



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 o, 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 : Jour |__|_| Mois |__|_| Année |__|_|_|_|

Ville de naissance du ou de la bénéficiaire :

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 =L C88 ; Ludwig van Beethoven, né à Bonn =B L69 ; Mstislav Rostropovitch, né à Bakou= BM80 ; Peter Müller, né à Zurich =Z P56)

Numéro de dossier (à compléter par la coordination opérationnelle)





□□□□ . □

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

□□

Date de l'entretien : Jour |__|_| Mois |__|_| Année |__|_|_|_|

A. ECHELLE ALCOOL ET DROGUES

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

*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

➔ 14. Consommation de plus d'une substance par jour 30 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, amphétamine, NPS, etc.), |
| <input type="radio"/> Cannabis (THC, CBD, de synthèse, yc dérivés), | <input type="radio"/> Cannabis médical, | <input type="radio"/> Hallucinogènes, | <input type="radio"/> Kétamine, |
| <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) ? <input type="checkbox"/> | - une overdose (drogues) ? <input type="checkbox"/> |
| - un coma éthylique ? <input type="checkbox"/> | |

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

- | | |
|---|--|
| - pour l'abus d'alcool uniquement ? <input type="checkbox"/> | - pour l'abus de drogues uniquement ? <input type="checkbox"/> |
| - pour l'abus d'alcool et de drogues ? <input type="checkbox"/> | |

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 30 derniers jours 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. Belle-mère	Père biologique Père adopt. Beau-père	Frères		Sœurs		Conjoint		Enfants		Autres parents imp.	Amis	Voisins	Coll. de travail		
			Nbre :	Nbre :	Nbre :	Nbre :	Nbre :	Nbre :								
11. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec...	Au cours de la vie	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
	30 derniers jours	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
12. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivante ?	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
1=oui 2=non 9=NSP ou refus	NA si la personne n'a 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 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

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, purge, 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)?

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

2. Autre formation (perfectionnement / en cours d'emploi / chômage) ? |__|__| mois

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 institutionnel¹¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres¹² (incluant activités illégales) : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sans aucune activité/occupation¹³	<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 ?

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

Tribunal des mesures de contrainte et application des peines₂

Service pénitentiaire / Office d'exécution des peines₃

Justice de Paix₄

Office des curatelles et tutelles professionnelles₅

Fondation vaudoise de probation (FVP)₆

Service de protection de la jeunesse (SPJ)₇

Service automobile et de la navigation (SAN)₈

Centre social régional (CSR)₉

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 ?

Oui

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 | |

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

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

Estimation de l'intervenant = I

