



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 : []

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 ^o lettre de la ville de naissance : []	1 ^o 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	30 derniers jours*	Age de la 1 ^{ère} consommation	Age de la consommation régulière**	Années d'utilisation régulière	Mode d'administration prédominant***	
<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 style="width: 150px;" 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"/>	MEDICAMENTS
<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 style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	12b. Kétamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	13. Solvants (poppers, colle, protoxyde d'azote, etc.)	<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** 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, amphéth thaïe, 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 drogues. | <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 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

Large empty area for comments.

C. ECHELLE DES RELATIONS FAMILIALES ET INTERPERSONNELLES

1. Quelle est votre situation actuelle ?

- Marié.e₁ Partenarié.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 Nbre : <input type="text"/>	Sœurs Nbre : <input type="text"/>	Conjoint	Enfants Nbre : <input type="text"/>	Autres parents imp.	Amis	Voisins	Coll. de travail	
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"/>	
	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"/>	
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"/>	
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 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 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 ?

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

[Empty grey box for synthesis]

ATTENTES DU OU DE LA BENEFICIAIRE

[Empty grey box for beneficiary expectations]

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