

# ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI)

## REEVALUATION

Version adaptée au DCISA

# Document confidentiel

### Instructions pour remplir le questionnaire

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance du bénéficiaire Jour

Mois

Année

Ville de naissance du bénéficiaire :

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

1<sup>re</sup> lettre de la ville de naissance :

1<sup>re</sup> lettre du prénom :

Nbre de lettres du prénom :

Nbre de lettres du nom de famille :

- 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 =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)

**EVALUATION ASI**

Date de l'entretien

## A. ECHELLE ALCOOL ET DROGUES

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

DEPRESSEURS

MÉDICAMENTS

STIMULANTS

PERTURBATEURS

**En considérant LES SUBSTANCES du tableau, REpondre A LA QUESTION 14**

14. Consommation de plus d'une substance par jour 30 jours

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 25 et 26 : DEMANDEZ AU (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 ?

**COMMENTAIRES**

**Médication prescrite actuellement :**

## B. ECHELLE DE SANTE PHYSIQUE

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



pendant  jours

DEMANDEZ AU (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 ?

### COMMENTAIRES

### C. ECHELLE DES RELATIONS FAMILIALES ET INTERPERSONNELLES

**1. Quelle est votre situation actuelle ?**

- Marié (e)<sub>1</sub>                                       Partenaire(i) (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>

**3. Etes-vous satisfait(e) de cette situation ?**

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

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 : <input type="text"/>	Nbre : <input type="text"/>	Nbre : <input type="text"/>					
11. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec...	30 derniers jours											
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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) : <input type="text"/>					

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

- avec votre famille ?

**Questions 22 à 25 DEMANDEZ AU (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 ?

**COMMENTAIRES**

## D. ECHELLE DE L'ETAT PSYCHOLOGIQUE

**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 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 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 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 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 ?

- 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) ?

- dans les 30 derniers jours   Oui<sub>1</sub>  Non<sub>2</sub>  NSP ou refus<sub>3</sub>

9. tenté de vous suicider ?

- 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 ?

- 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 (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 ?

COMMENTAIRES

## E. ECHELLE DE L'EMPLOI ET DES RESSOURCES



### 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>

### 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

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

28. 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 ?

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

### COMMENTAIRES

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

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



Oui<sub>1</sub>

Non<sub>2</sub>

NSP 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>

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



pendant  jours

Questions 30 à 32. DEMANDEZ AU (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 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

**SYNTHESE**

--

**ATTENTES DU BENEFICIAIRE**

--

<u>Centre d'indication</u>	<u>Nom de l'évaluateur</u>	<u>Signature</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	