

15 Qui vous a orienté vers ce centre ?

- Personne, venu de ma propre initiative
- Les proches (famille ou amis)
- Médecin de ville
- Structure spécialisée en toxicomanie
- Structure de réduction des risques
- Structure spécialisée en alcoologie
- Equipe de liaison d'un hôpital
- Autre hôpital ou autre sanitaire
- Institution ou service social
- Obligation de soins
- Injonction thérapeutique
- Classement avec orientation
- Autre mesure judiciaire ou administrative
- Milieu scolaire ou universitaire
- Autre
- Ne sait pas

18a Actuellement, prenez-vous un traitement de substitution aux opiacés prescrit par un médecin ?

- Non
- Oui, méthadone
- Oui, buprénorphine haut dosage (BHD)
- Autre (sulfate de morphine, codéine)
- Ne sait pas

18b Si oui, depuis quelle date

| |
 JJ MM AA

18c Dose prescrite

mg

16 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consulté auparavant un professionnel de santé pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues (y compris traitement de substitution aux opiacés) ?

- Jamais pris en charge
- Déjà pris en charge mais pas actuellement
- Suivi actuellement
- Ne sait pas

17 En quelle année avez-vous rencontré pour la première fois un professionnel pour vos problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?

19a Avez-vous actuellement un autre(s) traitement(s) en cours, prescrit par un médecin, pour un problème de consommation d'alcool, ou pour des problèmes psychologiques, psychiatriques, ou de comportement ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

19b Si oui, le(s)quel(s) ?

(plusieurs réponses possibles)

- Acamprosate
- Naltrexone
- Antabuse
- Substitut(s) nicotinique(s)
- Antidépresseur(s)
- Bupropion
- Anxiolytique(s)
- Hypnotique(s)
- Neuroleptique(s)
- Autre(s)

Quelles sont les substances illicites ou les médicaments que vous avez consommés au cours des 30 derniers jours précédant votre incarcération ?

Pour l'alcool et le tabac, utilisez les questions de la page suivante. Ne mentionnez ici les médicaments que pour les usages détournés. Indiquez en premier le produit qui selon l'équipe pose le plus de problèmes à la personne reçue.

20a Code produit*	20b Mode de consommation habituel	20c Fréquence de consommation (30 derniers jours)	20d Usage/ Dépendance	20e Âge de début de consommation
1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

20f Quand vous avez commencé à venir dans ce centre, quel était le produit qui vous posait le plus de problèmes ?

| |

- * Codes produits**
- 11. Héroïne
 - 12. BHD
 - 13. Méthadone
 - 14. Autres opiacés
 - 20. Cannabis
 - 31. Barbituriques
 - 32. Benzodiazépines
 - 33. Autres hypnotiques et tranquillisants
 - 34. Antidépresseurs
 - 41. Cocaïne
 - 42. Crack
 - 51. Amphétamines
 - 52. MDMA et dérivés
 - 53. Autres stimulants
 - 61. LSD
 - 62. Champignons hallucinogènes
 - 63. Autres hallucinogènes
 - 80. Colles et solvants
 - 90. Autres produits
 - 98. Non renseigné
 - 99. Pas de produit consommé

21 Combien de joints fumez-vous en une seule occasion ?

(en moyenne)

24 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence, avez-vous bu des boissons contenant de l'alcool ?

- 0 jamais
- 1 1 fois / mois ou moins
- 2 2 à 4 fois / mois
- 3 2 à 3 fois / semaine
- 4 4 à 6 fois / semaine
- 5 Tous les jours
- 99 Nsp
- 98 Nvpr

22 Fumez-vous du tabac ?

- Non, n'a jamais fumé
- Non, plus maintenant
- Oui

25 Habituellement, les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

- 0 1 ou 2 verres
- 1 3 ou 4 verres
- 2 5 ou 6 verres
- 3 7 à 9 verres
- 4 10 verres ou plus
- 99 Nsp
- 98 Nvpr

23 Si oui, nombre de cigarettes consommées en moyenne par jour (30 derniers jours)

- moins d'une par jour
- _____ par jour

26 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus au cours d'une même occasion ?

- 0 jamais
- 1 moins d'1 fois par mois
- 2 1 fois par mois
- 3 1 fois par semaine
- 4 chaque jour ou presque
- 99 Nsp
- 98 Nvpr

27 Utilisez vous la voie intraveineuse pour vous injecter un produit ?

- Oui, au cours des 30 derniers jours
- Oui, avant (pas au cours des 30 derniers jours)
- Jamais
- Ne sait pas

28 Si oui : âge lors de la première injection

29 Si oui, Au cours de votre vie, avez-vous prêté ou emprunté une seringue ou du petit matériel lié à l'injection (cuillère, filtre, coton,...) ?

- Jamais
- Presque jamais (y compris une seule fois)
- Occasionnellement
- Régulièrement
- Ne sait pas

30 Connaissez vous votre sérologie pour le VIH ?

- Non, sérologie inconnue
- Oui, sérologie positive
- Oui, sérologie négative

Date du dernier test VIH

_____|_____|_____|
JJ MM AA

31 Si vous êtes VIH positif, avez-vous suivi un traitement médical pour cette maladie ?

- Non, jamais
- Oui mais plus maintenant
- Oui actuellement

32 Connaissez vous votre sérologie pour le VHC ?

- Non, sérologie inconnue
- Oui, sérologie positive
- Oui, sérologie négative

Date du dernier test VHC

_____|_____|_____|
JJ MM AA

33 Si vous êtes VHC positif, avez-vous suivi un traitement médical pour cette maladie ?

- Non, jamais
- Oui mais plus maintenant
- Oui actuellement

34 Vaccination VHB complète

- Oui
- Non
- Ne sait pas

35 Avez-vous déjà été hospitalisé pour un problème psychiatrique (hors hospitalisation pour sevrage) ?

- Oui
- Non, jamais
- Ne sait pas

36 Êtes-vous actuellement suivi pour un problème psychiatrique ? (en dehors du centre)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

37 Est-ce votre premier séjour dans un établissement pénitentiaire ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

NB : la question porte sur les incarcérations et non pas sur les interpellations suivies d'une garde à vue

38 Si non, combien de fois avez-vous été incarcéré ?

39 Date sortie prévue

_____|_____|
MM AA

Questions supplémentaires sur la santé ■

40 Actuellement, comment considérez-vous votre état de santé physique... ?

- 1 Très mauvais
- 2 Mauvais
- 3 Moyen
- 4 Bon
- 5 Très bon
- 99 Nsp
- 98 Nvpr

41 Actuellement, comment considérez-vous votre état de santé psychologique ?

- 1 Très mauvais
- 2 Mauvais
- 3 Moyen
- 4 Bon
- 5 Très bon
- 99 Nsp
- 98 Nvpr

42a Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une surdose, c'est-à-dire une perte de connaissance, après l'absorption d'un ou plusieurs produits ?

- 1 Non, jamais
- 2 Oui, une seule fois
- 3 Oui, plus d'une fois
- 99 Nsp
- 98 Nvpr

→ 42b Si oui, Quel(s) étai(en)t le(s) produit(s) présumé(s) en cause la dernière fois ?

- 1. _____
- 2. _____

→ 42c Si oui, avez-vous reçu des soins (médecin, urgences) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

43 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

- 1 Non, jamais
- 2 Oui, une seule fois
- 3 Oui, plus d'une fois
- 99 Nsp
- 98 Nvpr

45 Avez-vous une maladie chronique diagnostiquée par un médecin, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps, au moins 6 mois, et qui peut nécessiter des soins réguliers ?

Indiquez les pathologies qui selon l'équipe posent problème à la personne reçue.

1 Oui 2 Non 99 Nsp 98 Nvpr

→ 46 Si oui, lister les maladies suivantes et cocher

	OUI	NON	Nsp	Nvpr
01. Maladie cardio-vasculaire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
02. Hypertension (tension artérielle élevée ; hors tension artérielle élevée ponctuellement)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
03. Maladie articulaire et osseuse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
04. Maladie respiratoire ou ORL	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
05. Maladie du système digestif	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
06. Maladie du foie (hors hépatites)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
08. Maladie de la peau	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
09. Maladie du système nerveux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
10. Épilepsie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
11. Troubles mentaux : hors états dépressifs, hors anxiété chronique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
12. Cancer, leucémie, tumeur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
13. Diabète	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
15. États dépressifs fréquents, dépression	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
16. Anxiété chronique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>
17. Autres maladies chroniques ou graves précisez :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	98 <input type="checkbox"/>