

Passé en russe Passé en anglais

[= Une seule réponse possible / = plusieurs réponses possibles]

Identifiant du CAARUD :

Date de l'entretien : I __ II __ / 06 / 2019

Questionnaire rempli par : 1 Accueil fixe

2 Unité mobile

3 Équipe de rue, squat

4 Prison

Vous et vos conditions de vie

1. Vous êtes ?

- 1 Un homme
 2 Une femme
 3 Autre

2. Quelle est votre année de naissance ?

__ __ / __ __

3. Avec qui vivez-vous (sans tenir compte des enfants) ?

- 1 Seul(e)
 2 En couple
 3 Avec un/des membre(s) de votre famille (ex : parents)
 4 Avec un/des ami(s)
 5 Avec d'autres personnes

4. Vivez-vous avec un/des enfants (les vôtres, de votre partenaire) ?

- 1 Oui 2 Non

5. Où vivez-vous actuellement ?

- 1 Dans votre logement
 2 Chez des proches (famille/amis)
 3 En institution
 4 En camion, caravane
 5 En squat
 6 Dans une chambre d'hôtel
 7 Sans abri (à la rue, logement de fortune)
 8 Autre : _____

a. Combien de temps pensez-vous pouvoir rester dans ce logement ?

- 1 Moins de 1 mois
 2 Entre 1 et 3 mois
 3 Entre 3 et 6 mois
 4 Plus de 6 mois
 5 Je ne sais pas

6. Quelle a été votre principale source de revenu le mois dernier ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Revenus d'emplois (y compris retraites/pensions) | <input type="checkbox"/> 4 Allocation adulte handicapé | <input type="checkbox"/> 7 Autres ressources (régulières, y compris illégales et non officielles) |
| <input type="checkbox"/> 2 Allocations chômage | <input type="checkbox"/> 5 Autres prestations (ex. : CAF) | <input type="checkbox"/> 8 Sans revenu (aléatoires, y compris mendicité) |
| <input type="checkbox"/> 3 RSA | <input type="checkbox"/> 6 Ressources provenant d'un tiers | |

7. Pour vous soigner, vous êtes couvert par :

- | | | |
|--|---------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 La sécurité sociale | a. La PUMA (ancienne CMU) | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| <input type="checkbox"/> 2 L'AME | b. Une ALD | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| <input type="checkbox"/> 3 Non couvert | c. La CMUc | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| <input type="checkbox"/> 4 Je ne sais pas | d. Une autre mutuelle | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |

Vos pratiques d'usage et de réduction des risques

8. Avez-vous déjà utilisé la voie intraveineuse (l'injection) même une seule fois dans votre vie ?

- 1 Oui, au cours des 30 derniers jours
 2 Oui, dans la dernière année mais pas au cours des 30 derniers jours
 3 Oui, dans le passé mais pas au cours de la dernière année
 4 Jamais
 5 Je ne sais pas

- a. Si oui, quel âge aviez-vous lors de la première injection ? I __ II __
b. Quel a été le premier produit que vous avez injecté ? _____

Si vous avez utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours (réponse 1), au cours de cette même période,

9. À quelle fréquence avez-vous injecté un produit ?

- 1 Tous les jours ou presque
 2 De 1 à 5 jours par semaine
 3 Moins d'une fois par semaine

10. Avez-vous partagé du matériel (prêt, emprunt ou usage en commun) ?

- | | |
|---------------------------------|---|
| a. La seringue ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| b. De l'eau de préparation ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| c. Un tampon/une lingette ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| d. Des cuillères (récipients) ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| e. Des cotons/filtres ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |

11. Avez-vous été aidé pour faire une injection (hors professionnel) ?

- 1 Oui 2 Non

12. Avez-vous réutilisé votre propre seringue ?

- 1 Oui 2 Non

13. Le dernier jour où vous avez utilisé l'injection (ne pas prendre aujourd'hui), combien de fois avez-vous injecté ?

I __ II __

14. Au cours des 30 derniers jours avez-vous fumé un produit avec un kit base/doseur ?

- 1 Oui 2 Non

Si oui

- | | |
|--|---|
| a. Avez-vous partagé le doseur ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| b. Avez-vous partagé l'embout ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| c. Quel a été le dernier produit consommé avec ? | _____ |

15. Est-il facile pour vous de vous procurer :

- | | |
|--|---|
| a. La quantité de seringues dont vous avez besoin ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Non concerné |
| b. Le type de seringues/aiguilles dont vous avez besoin ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Non concerné |
| c. La quantité de matériel pour fumer (kit base/doseur, embout...) dont vous avez besoin ? | <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Non concerné |

16. Avez-vous déjà fait un test de dépistage (TROD compris) pour le virus du sida ?

- 1 Oui 2 Non

a. Si oui, quel était le résultat du dernier test ?

- 1 Positif
 2 Négatif
 3 Je ne sais pas

- Si positif b. Avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection ? 1 Oui 2 Non

- c. Prenez-vous un traitement pour cette affection actuellement ? 1 Oui 2 Non

- Si négatif d. De quand date le dernier test ? 1 Moins de 6 mois 2 6 mois à 1 an 3 Plus d'1 an

17. Avez-vous déjà fait un test de dépistage (TROD compris) pour l'hépatite C ?

- 1 Oui 2 Non

a. Si oui, de quand date le dernier test ?

- 1 Moins de 6 mois 2 6 mois à 1 an 3 Plus d'1 an

18. D'après ce test/diagnostic :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Vous êtes porteur du virus | a. <input type="checkbox"/> 1 vous êtes actuellement traité pour une hépatite C
<input type="checkbox"/> 2 vous avez pris un (des) traitement(s) n'ayant pas fonctionné
<input type="checkbox"/> 3 vous ne souhaitez pas être traité | c. Avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection ? <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non |
| <input type="checkbox"/> 2 Vous avez guéri de l'hépatite C | b. <input type="checkbox"/> 1 spontanément
<input type="checkbox"/> 2 grâce à un traitement contre l'hépatite C | d. Avez-vous reçu (dernière fois si plusieurs traitements) ? <input type="checkbox"/> 1 De l'Interferon®
<input type="checkbox"/> 2 Un nouveau traitement (ex. : Eplclusa®)
<input type="checkbox"/> 3 Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> 3 Vous n'avez jamais été contaminé par le VHC | | |
| <input type="checkbox"/> 4 Vous ne connaissez pas le résultat du test | | |

19. Avez-vous déjà été infecté par le virus de l'hépatite B ? 1 Oui 2 Non 3 Je ne sais pas

20. Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ?

1 Vaccination complète } a. Si vaccination, nombre d'injections : 1 1 injection 3 3 injections
 2 Vaccination débutée } 2 2 injections 4 Je ne sais pas

3 Non } b. Si non, vous a-t-on déjà proposé la vaccination ? 1 Oui 2 Non 3 Je ne sais pas
 4 Je ne sais pas

Vos consommations

21. Actuellement, suivez-vous un traitement de substitution aux opioïdes dans le cadre d'un suivi médical ?

1 Non
 2 Oui, méthadone (flacon ou gélule)
 3 Oui, BHD (ex. : Subutex®, Orobuprè® ou buprénorphine générique)
 4 Oui, Suboxone® (ou BHD/naloxone générique)
 5 Oui, sulfate de morphine (ex. : Skenan®)
 6 Autre, précisez : _____

a. Si oui, par qui la dernière prescription a-t-elle été réalisée ?
 1 Par un généraliste (de ville)
 2 En CSAPA
 3 A l'hôpital
 4 Par un spécialiste (de ville)
 5 Je ne sais pas

22. Fumez-vous actuellement du tabac ?
 1 Oui 2 Non

23. Si oui, combien de cigarettes (y compris roulées) ?
 |_|_|_| 1 par jour
 2 par semaine

24. Vapotez-vous (e-cigarette) ?
 1 Oui 2 Non

25. Au cours du dernier mois, avez-vous bu des boissons alcoolisées ?
 1 Tous les jours, dès le réveil
 2 Tous les jours, à distance du réveil
 3 Plusieurs fois par semaine
 4 Plus rarement ou jamais

26. Cochez d'abord oui ou non pour les produits consommés au cours des 30 derniers jours, puis, en cas de « oui », remplissez les autres items

	Cannabis	Cocaïne poudre	Cocaïne basée (crack/base)	Héroïne	MDMA / Ecstasy	Amphétamine (speed)	Kétamine	LSD, acide	Plantes hallucinogènes ⁽¹⁾
30 derniers jours	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui
	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non

a. À quelle fréquence en avez-vous pris ?

1 Moins d'1 fois par semaine	<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"/>
2 Une à plusieurs fois par semaine	<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"/>
3 Chaque jour	<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. Quel(s) mode(s) de prise avez-vous utilisé(s) ?

Plusieurs réponses possibles

1 Oral (avalé, bu)	<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 Injection	<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"/>
3 Snif	<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 Inhalé, fumé	<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"/>

30 derniers jours
 (Remplissez même pour les médicaments pris en traitement)

	BHD (Subutex®)	Méthadone	Moscontin/Skenan®	Tramadol	Fentanyl (médicament)	Oxycodone	« Benzo » ⁽²⁾	Ritaline®
1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui
2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non

a. À quelle fréquence en avez-vous pris ?

1 Moins d'1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Une à plusieurs fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Chaque jour	<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. Quel(s) mode(s) de prise avez-vous utilisé(s) ?

Plusieurs réponses possibles

1 Oral (avalé, bu)	<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 Injection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Snif	<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 Inhalé, fumé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Champignons, Datura, Salvia Divinorum, DMT/ayahuasca, etc.
 (2) Seresta®, Valium®, Imovane®, Tranxène®, Rivotril®, Témesta®, Lexomil®, Stilnox®, Xanax®...

27. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé des NPS (nouveaux produits de synthèse) ou des RC (research chemicals) ?
 Exemples : cathinones, cannabinoïdes de synthèse, fentanylloïdes

1 Oui } a. Si oui, citez le dernier consommé : _____
 2 Non } b. Si oui, en avez-vous injecté un au cours des 30 derniers jours : 1 Oui 2 Non
 3 NSP

28. Avez-vous consommé au cours des 30 derniers jours un/des produit(s) dont nous n'avons pas parlé (Artane®, codéine, GHB...) ?

1 Oui } a. Si oui, le/lesquel(s) ? _____
 2 Non

29. Connaissez-vous le kit de naloxone en spray nasal (ex. : Nalscue®) ou injectable (ex. : Prénoxad®) à utiliser en cas de surdose opioïde ?

1 Oui } Si oui } a. Vous en a-t-on déjà remis un ? 1 Oui 2 Non 3 Je ne sais pas
 2 Non } b. Un tel kit a-t-il déjà été utilisé pour vous ? 1 Oui 2 Non 3 Je ne sais pas
 3 Je ne sais pas } c. Avez-vous déjà utilisé un tel kit pour un tiers ? 1 Oui 2 Non 3 Je ne sais pas

30. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous rendu ?

a. Dans un CSAPA ? 1 Oui 2 Non
 b. Dans un service d'addictologie hospitalier non CSAPA ? 1 Oui 2 Non
 c. Chez un médecin de ville ? 1 Oui 2 Non

31. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois êtes-vous venu dans un CAARUD ou avez-vous rencontré une personne de l'équipe (incluant cette rencontre) ?

1 1 fois
 2 2 ou 3 fois
 3 Au moins 1 fois par semaine
 4 Chaque jour ou presque

A. Sexe 1 Homme 2 Femme 3 Autre

B. Âge approximatif |_____|

C - Raison de la non-administration du questionnaire

Refus de l'utilisateur L'utilisateur déclare spontanément avoir déjà rempli un questionnaire dans 1 autre CAARUD Pas maintenant, mais peut revenir Manque de temps des intervenants L'utilisateur ne parle pas bien français L'utilisateur n'est pas en état de répondre Autre

Encadré non-répondants