

Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)

Version 6.1

Mai 2018

L'indice de gravité d'une toxicomanie est l'adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1980).
Traduit et validé par le RISQ (Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L. 1998).
Le «manuel d'utilisation» est essentiel pour l'usage de ce questionnaire et une formation est requise pour la passation de ce questionnaire.

Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec
850, de Vimy, C.P. 32, Québec (Québec) G1S 0B7 | Tél.: 418-659-2170 # 2814 | Téléc.: 418-659-6674
Courriel : risqtoxico@uqtr.ca | <http://www.risqtoxico.ca>

INFORMATION GÉNÉRALE

Date de l'entrevue - -
Année Mois Jour

Heure début
Heures Minutes

Heure fin
Heures Minutes

Code contact
 En personne
 Téléphone
 Visio conférence

Nom Prénom

Numéro dossier clinique

Numéro interviewer

Code postal

Âge Sexe Homme Femme

Ethnie

1. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en institution ? Oui Non  Allez à la section Alcool / Drogues

Si oui, laquelle ou lesquelles?

- Prison, maison de transition
- Traitement alcool ou drogues (ex.: Centre de réadaptation ou désintoxication)
- Traitement médical (ex.: hôpital)
- Traitement psychiatrique (ex.: centre de crise)
- Ressources d'hébergement (ex.: pour femmes victimes de violence, pour jeunes ou sans-abri, résidences d'accueil)
- Autres (spécifiez) _____

2. Combien de jours ?

À L'USAGE DU CENTRE À NOTER

- | | | | |
|-----------------------|--------|--------|----------------------|
| 1. RISQUE DE SUICIDE | 1. Oui | 2. Non | <input type="text"/> |
| 2. RISQUE DE VIOLENCE | 1. Oui | 2. Non | <input type="text"/> |
| 3. AUTRES (SPÉCIFIEZ) | 1. Oui | 2. Non | <input type="text"/> |

 Signature de l'interviewer

CONSIGNES

- Les codes "9" (ou 99, 999, 9999) sont utilisés pour "NSP = ne sait pas" ou "refus de répondre"
- Inscrire "N/A" si "Non applicable"
- Items objectifs critiques 
- Items des scores composés (recherche)
- Aide à la prise de décision d'orientation vers des services internes en raison du JHA 
- Lorsque vous devez inscrire un nombre minimum de chiffres dans un nombre maximum de case, veuillez inscrire le chiffre en partant de la droite.

Exemple: 3 4 ou 0 3 4

Note : Il est important de remplir toutes les cases, sauf si indication "allez à..." ou "N/A". En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question, et donnez le plus de détails possible.



○ Noircir si cette section n'est pas complétée car l'utilisateur ne cote pas au DÉBA-A/D. Inscrive tout de même les médicaments prescrits.

"N" si n'a jamais cons.	Substances	30 derniers jours		Au cours de la vie				
		Date de la dernière consommation	Nbre jours cons.	Cons. usuelle par jour	Age 1re cons.	Age cons. rég.	Années d'utilisation régulière	Mode adm.
<input type="checkbox"/>	1. Alcool (toute utilisation)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	2. Alcool (jusqu'à intoxication)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	3. Héroïne	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	4. Méthadone	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	5. Autres opioïdes	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	6. Barbituriques	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	7a) Autres séd./hypn./tranq.	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	7b) Antipsych./antidép./lithium	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	8. Cocaïne	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	9. Amphétamines	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	10. Cannabis	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	11. Hallucinogènes	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	12. Inhalants	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/>	XIII. GHB	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Année Mois Jour						

Utilisation régulière :
3 fois / semaine pendant au moins un mois (ou session intensive de 2 jours / sem.)

Alcool jusqu'à intoxication :
4 consommations ou plus d'alcool en une seule

Mode d'administration (plus fréquent) :
1- Oral
2- Nasal (sniffé)
3- Fumé
4- Injecté (non intraveineux - non IV)
5- Injecté (IV)
6- Autres (spécifiez en commentaires)

Inscrire:
- N/A si Ne s'applique pas
- 99 si NSP ou refus

13. Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool)

Nbr de jours Nbr d'années
30 derniers jours à vie

14. Quelle(s) substance(s) cause(nt) un problème majeur ?

Veuillez coder comme précédemment, ou
00- Pas de problème
15- Alcool et drogues (double toxicomanie)
16- Polydrogues
En cas d'incertitude, demandez au répondant.

Si code 15 ou 16, cochez le numéro des produits

3 4 5 6 7a 8 9 10 11 12 XIII
O O O O O O O O O O O

15. Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette ou ces substances ?

00- Jamais abstinent
01- Au moins un mois
98- 98 mois et plus
99- NSP ou refus
NA- si 00 à la question 14

mois

16. Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé ?

00- Encore abstinent
98- 98 mois et plus
99- NSP ou refus
NA- jamais été abstinent ou si 00 à la question 14

mois

17. Combien de fois avez-vous eu :

- le delirium tremens (alcool) ?
- une surdose (drogues) ?

Form boxes for question 17

18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité :

- pour l'abus d'alcool uniquement ?
- pour l'abus de drogues uniquement ?
- pour l'abus d'alcool et de drogues ?

Form boxes for question 18

19. Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement :

N/A si "00" à la question 18

- pour l'alcool uniquement?
- pour la drogue uniquement?
- pour l'alcool et la drogue ?

Form boxes for question 19

20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :

9998 = 9998\$ et plus
9999 = NSP ou refus

- pour de l'alcool ?

Form boxes for alcohol spending

- pour de la drogue ?

Form boxes for drug spending

21. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues ? (y compris AA-CA-NA)

Form boxes for external treatment

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :

- des problèmes d'alcool ?

Form boxes for alcohol problems

- des problèmes de drogues ?

Form boxes for drug problems

QUESTIONS 23 ET 24 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

- ces problèmes d'alcool ?

Form box for alcohol disturbance

- ces problèmes de drogues ?

Form box for drug disturbance

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement supplémentaire pour :

- ces problèmes d'alcool ?

Form box for alcohol treatment

- ces problèmes de drogues ?

Form box for drug treatment

Évaluation de gravité par l'intervenant (0 à 9)

25a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager:

- pour abus d'alcool ?

Form box for alcohol severity

- pour abus de drogues ?

Form box for drug severity

25b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de traitement :

- pour abus d'alcool ?

Form box for alcohol treatment need

- pour abus de drogues ?

Form box for drug treatment need

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

- 26. parce que l'usager dissimule la vérité ?** Oui
 Non
- 27. parce qu'il ne comprend pas les questions ?** Oui
 Non

Question facultative

Au cours des 12 derniers mois avez-vous bu de l'alcool à friction, du lave-vitre ou tout autre alcool qui n'est pas de l'alcool éthylique? Si oui questionnez sur la quantité et la fréquence. Oui
 Non

Commentaires :



DÉBA - Jeu-8

Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif

Tremblay, Blanchette-Martin, Ferland, Ménard, et Berthelot, (2016 adapté pour l'IGT provincial)
joel.tremblay@uqtr.ca / nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

1. Au cours de la dernière année, avez-vous joué à des jeux de hasard et d'argent? Oui
 Non

a. Si n'a pas joué au cours de la dernière année → **TERMINEZ ICI ET ALLEZ LA SECTION ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE**

Ou

b. Si a seulement acheté des billets de loterie à tirage ou instantanés (q. 1).
Si oui, demandez: "Avez-vous éprouvé des difficultés avec ces loteries?" Non → **TERMINEZ ICI ET ALLEZ À LA SECTION ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE**

Ou Oui → **PASSEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES (2 à 9)**

c. Si a joué à tout autre jeu de hasard et d'argent au cours de la dernière année → **PASSEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES (2 à 9)**

Les questions suivantes portent sur vos habitudes de jeux de hasard et d'argent.

À quelle fréquence avez-vous vécu ces situations DEPUIS UN AN?

Noircir la case appropriée.

	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Presque toujours
2. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous joué plus longtemps que prévu au départ ?.....	<input type="radio"/>				
3. Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille) ?.....	<input type="radio"/>				
4. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous dépensé plus d'argent que prévu au départ ?.....	<input type="radio"/>				
5. Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu ?.....	<input type="radio"/>				
6. Depuis un an, êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant) ?	<input type="radio"/>				
7. Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu ?.....	<input type="radio"/>				
8. Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu ?.....	<input type="radio"/>				
9. Depuis un an, au moment où vous avez joué, avez-vous eu l'impression d'être quelqu'un d'autre ?..	<input type="radio"/>				

Additionnez les résultats 2 à 9

--	--

Interprétation des scores

- 0 - 5 **Feu Vert** : Aucune intervention
- 6 - 10 **Feu Jaune** : Intervention de 1^{re} ligne } → **Passez à la sphère santé physique**
- 11 - 32 **Feu Rouge** : Intervention spécialisée } → **Poursuivez l'évaluation de la sphère Jeux de hasard et d'argent à la page suivante**



Si jamais joué	Au cours de la vie	30 derniers jours		Au cours des 12 derniers mois		Âge où JHA est devenu problématique	Noircir si JHA causant difficultés ajd	Noircir les lieux de JHA			
	14. Notez la date du dernier épisode de jeu pour chaque type de jeu de hasard et d'argent (JHA). Si vous ne savez pas le jour ou même le mois, notez au minimum l'année (et le mois si connu) et laissez les autres cases de la date libres.	Nombre jours joué	Argent dépensé \$	Freq. habitudes de JHA	Argent dépensé aux JHA \$			I	C	P	A
<input type="radio"/>	a) Acheter des billets de loterie <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	b) Jouer au bingo pour de l'argent <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	c) Jouer aux cartes pour de l'argent <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	d) Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	e) Jouer au marché boursier ou sur des marchés à terme ("day trading") <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	f) Jouer aux machines à sous, aux loteries vidéo ou à d'autres types de machine pour de l'argent <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	g) Jouer aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	h) Jouer aux dés pour de l'argent <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	i) Parier sur les sports <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	j) Jouer à tout autre jeu pour de l'argent <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Année Mois Jour </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fréquence des habitudes de JHA:
 0- Jamais 3- 1 fois/sem.
 1- Quelquefois 4- Plus d'une fois/sem.
 2- Tous les mois 5- Tous les jours ou presque

Lieu de JHA:
 I - Internet
 C - Casino
 P - Lieux publics (bars, salons de jeu, restaurants)
 A - Autres (résidence, amis)



15. Combien d'heures par semaine avez-vous passé au jeu, tous les jeux de hasard et d'argent confondus ?

Au cours des 30 derniers jours

hres / sem.

Au cours des 12 derniers mois

hres / sem.

16a. Au cours des 12 derniers mois avez-vous connu des périodes d'arrêt de jeu pour les jeux de hasard et d'argent causant problème ?

Important: la période d'arrêt de jeu doit avoir duré au moins deux semaines.

- Oui
- Non → Aller à q.17
- NSP / Refus → Aller à q.17

16b. Si oui, combien de périodes d'arrêt de jeu (deux semaines et +) avez-vous eues pour ces jeux de hasard et d'argent vous causant problème ? (nommez les JHA)

Nbre de périodes d'arrêt de jeu:

16c. Quelle est la durée totale de ces arrêts de jeu ?

semaines

17. Vous arrive-t-il de boire de l'alcool ou de consommer d'autres substances avant/pendant/après être allé jouer ?

Si oui, dans quelle proportion du temps? (ex.: 1/10; rapporté en %)

- | Avant | | Pendant | | Après | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| <input type="radio"/> |

% % %



18. Jusqu'à quel point vos habitudes de jeux de hasard et d'argent:

- a) Nuisent à vos besoins de base et à ceux de votre famille (logement, épicerie, etc.) ?.....
- b) Nuisent à votre capacité d'avoir des loisirs pour vous et votre famille ?.....
- c) Nuisent à votre relation avec vos enfants ?.....
- d) Nuisent à votre vie sur le plan personnel (estime de soi, sentiment de culpabilité, impuissance, etc.) ?.....
- e) Nuisent à votre vie conjugale (séparation, risque de séparation, confiance, violence, communication, contrôle) ?.....
- f) Nuisent à votre santé psychologique (anxiété, stress, fatigue, dépression, etc.) ?.....
- g) Nuisent à votre santé physique ?.....
- h) Nuisent à votre vie professionnelle (absentéisme, perte d'emploi, etc.) ?.....
- i) Vous mettent à risque de poser des gestes illégaux (vol, etc.) ?
- j) Nuisent à votre sécurité financière ?.....

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>	<i>N/A</i>	<i>Risque de conséquences graves (évaluation faite par l'intervenant)</i> ¹
a)	<input type="radio"/>						
b)	<input type="radio"/>						
c)	<input type="radio"/>						
d)	<input type="radio"/>						
e)	<input type="radio"/>						
f)	<input type="radio"/>						
g)	<input type="radio"/>						
h)	<input type="radio"/>						
i)	<input type="radio"/>						
j)	<input type="radio"/>						

¹Cochez les sphères où il y a un risque d'avoir des conséquences très graves si la personne continue à jouer et qui pourrait justifier une orientation à l'interno.



 **19. Au cours de votre vie, avez-vous déjà suivi un traitement en raison d'un problème de jeux de hasard et d'argent ?**

Oui → À combien de reprises ?

--	--

Non → Allez q. 22

NSP/Refus

 **20. Modalités de traitement (lieu, quand, type: externe, interne):**

 **21. Quels sont les résultats du ou des traitements suivis ? (motif de fin, changements apportés)**

Commentaires :



22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de jeux de hasard et d'argent ?
 (effets dérangeants des habitudes de jeux, des arrêts de jeu, échecs dans le désir de cesser de jouer, envie irrésistible de jouer, culpabilité, jours de travail manqués à cause du jeu, jours où les activités courantes ont cessé à cause du jeu ou de ses conséquences)

jours

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de jeux de hasard et d'argent ?
 (Sur l'échelle d'évaluation subjective de 0 à 4)

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour ces problèmes de jeux de hasard et d'argent ?
 (Sur l'échelle d'évaluation subjective de 0 à 4)



**ÉVALUATION DE GRAVITÉ
 PAR L'INTERVENANT (0 À 9)**

25a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de jeux de hasard et d'argent de l'utilisateur ?

25b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement pour ses problèmes de jeux de hasard et d'argent ?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

26. parce que l'utilisateur dissimule la vérité ? Oui Non

27. parce qu'il ne comprend pas les questions ? Oui Non

Commentaires :



1. Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé (24 hrs ou plus) pour des problèmes de santé physique ?

(y compris surdoses et delirium tremens; excluant désintoxication, grossesse sans complication, hospitalisation en psychiatrie)

- 00 - Aucune hospitalisation
- 98 - 98 hospitalisations et plus
- 99 - NSP ou refus

2. Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème de santé physique ?

- 00- A été hospitalisé au cours des 30 derniers jours
- 99- NSP ou refus
- N/A- n'a jamais été hospitalisé

année

mois

3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie ?

- 1- Oui
- 2- Non

4. Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème de santé physique ?

- 1- Oui
- 2- Non

5a. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin pour un problème de santé physique ?

- 1- Oui
- 2- Non

5b. Êtes-vous à risque d'avoir contracté une infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS)?

- 1- Oui
- 2- Non

Si oui, précisez le mode de transmission:

- Relations sexuelles
- Matériel de consommation non stérile

5c. Avez-vous déjà eu un dépistage pour:

Si vous ne savez pas le jour, notez uniquement l'année et le mois

	Date			Résultat	
				encercler	
Hép. B	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NSP/ Refus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Année	<input type="text"/> <input type="text"/> - Mois	<input type="text"/> <input type="text"/> - Jour	<input type="text"/> - +
Hép. C	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NSP/ Refus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Année	<input type="text"/> <input type="text"/> - Mois	<input type="text"/> <input type="text"/> - Jour	<input type="text"/> - +
VII	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NSP/ Refus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Année	<input type="text"/> <input type="text"/> - Mois	<input type="text"/> <input type="text"/> - Jour	<input type="text"/> - +

6. Souffrez-vous d'une incapacité permanente ?

- 1- Oui
- 2- Non → allez à la question 8

7. Cette incapacité est-elle le résultat d'un accident ?

- 1- Oui
- 2- Non → allez à la question 8

Si oui, était-ce :

- 1- Un accident de la route ?
- 2- Un accident de travail ?
- 3- Un accident survenu à domicile ?
- 4- Un autre type d'accident (spécifiez :)

_____ spécifiez

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

jours

QUESTIONS 9 ET 10 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de santé physique ?

10. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique ?



**ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT
(0 À 9)**

- 11a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur ?
- 11b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement médical ?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

12. parce que l'utilisateur dissimule la vérité ? Oui
 Non
13. parce qu'il ne comprend pas les questions ? Oui
 Non

Commentaires :



1. Êtes-vous présentement :

- 1- Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e) ?
- 2- Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e) ?
- 3- Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- 4- Veuf (veuve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e) ?
- 5- Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre ?
- 6- Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) ?

2a. Depuis combien de temps êtes-vous dans votre situation présente ? (depuis l'âge de 18 ans, si code 6 à la question 1)

année		mois	

2b. Êtes-vous satisfait(e) de cette situation ?

- 1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

3. Actuellement, êtes-vous :

- 1- Propriétaire de votre résidence ?
- 2- Locataire ?
- 3- Chambreur ?
- 4- Chez des parents ?
- 5- En milieu institutionnel ?
- 6- Sans-abri ?
- 7- Autres (spécifiez) _____

4. Conditions de vie habituelles :

Actuellement		3 dernières années	

- 01- Avec le (la) conjoint(e) et les enfants
- 02- Avec le (la) conjoint(e) seulement
- 03- Avec les enfants seulement
- 04- Avec les parents
- 05- Avec la famille
- 06- Avec des amis
- 07- Seul(e) ou en chambre
- 08- En milieu institutionnel
- 09- Avec un (des) colocataire(s)
- 10- Sans-abri
- 11- Pas de conditions de vie stables (s'applique seulement aux 3 dernières années)

5a. Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles ? (depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

01- 15 jours à 1 mois

années		mois	

5b. Êtes-vous satisfait(e) de ces conditions de vie ?

- 1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

6a. Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes avec l'alcool ?

- 1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

6b. Vivez-vous avec quelqu'un qui fait un usage non médical de drogues ?

- 1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

6c. Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes avec les jeux de hasard et d'argent?

- 1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

7a. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres ?

- 1- Famille 2- Amis 3- Seul(e)

7b. Êtes-vous satisfait(e) de cette façon de passer vos temps libres ?

- 1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

8. Combien d'amis intimes avez-vous ?

--	--

Commentaires :

RELATIONS FAMILIALES / INTERPERSONNELLES

Personnes		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
		Mère bio.	Mère adopt.	Père bio.	Père adopt.	Frères (Nbre) : <input type="text"/>	Soeurs (Nbre) : <input type="text"/>	Con-joint	Enfants (Nbre) : <input type="text"/>	Autres parents import.	Amis	Voisins	Coll. de travail
9. 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"/>				
	À vie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
À votre avis, certains de vos proches ont-ils eu :						(1) (2)	(1) (2)		(1) (2)				
10. des problèmes avec l'alcool?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	*	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
11. des problèmes avec des drogues ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	*	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
I. des problèmes avec les jeux de hasard et d'argent?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	*	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
12. des problèmes psychiatriques?		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
13. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivantes ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>						

1- Oui 2- Non 9 - NSP ou refus
N/A - ne s'applique pas, car l'usager n'a aucune personne du type mentionné. Exemple : pas de mère adoptive ou n'a eu aucun contact ou personne décédée (sauf à la question 13)
*Facultatif

Âge des enfants

Implication de la DPJ

0- Jamais 1- Actuellement 2- Dans le passé

Auriez-vous besoin d'aide pour faciliter votre rôle de parent ?
 Oui Non

14. Avez-vous déjà été abusé émotionnellement

(par des propos injurieux)

1 - Oui 2- Non

- dans les 30 derniers jours ?

- dans la vie ?

15. Avez-vous déjà été abusé physiquement

(en ayant eu des dommages corporels)

1 - Oui 2- Non

- dans les 30 derniers jours ?

- dans la vie ?

16. Avez-vous déjà été abusé sexuellement

(en vous faisant imposer des avances ou des relations sexuelles)

1 - Oui 2- Non

- dans les 30 derniers jours ?

- dans la vie ?

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

a) avec votre famille ?

b) avec d'autres personnes (à l'exception de la famille) ?

QUESTIONS 18 à 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

18. vos problèmes familiaux ?

19. vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude) ?

Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour :

20. vos problèmes familiaux ?

21. vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude) ?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager ?

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de counselling familial et/ou interpersonnel ?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

23. parce que l'usager dissimule la vérité ? Oui Non

24. parce qu'il ne comprend pas les questions ? Oui Non



☞ **1. Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :**

dans un hôpital ?

--	--

en clinique externe ou en pratique privée ?

--	--

Avez-vous connu une période prolongée, NE RÉSULTANT 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) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie pendant au moins 2 semaines Oui Non NSP ou refus

☞ **3a. souffert d'anxiété ou de tensions graves** (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie pendant au moins 2 semaines Oui Non NSP ou refus

☞ **3b. souffert d'attaque de panique** (peur brusque et intense ou terreur non causée par un danger réel) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie Oui Non NSP ou refus

☞ **4. souffert d'hallucinations** (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie Oui Non NSP ou refus

☞ **5a. éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension ?**

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie pendant au moins 2 semaines Oui Non NSP ou refus

☞ **5b. éprouvé des problèmes importants concernant votre sommeil** (difficulté à s'endormir ou à demeurer endormi, trop dormir) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie pendant au moins 2 semaines Oui Non NSP ou refus

☞ **5c. éprouvé des difficultés importantes pour contrôler votre alimentation** (alimentation excessive, purgation, incapacité de manger) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie pendant au moins 2 semaines Oui Non NSP ou refus

Avez-vous connu une période RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES, au cours de laquelle vous avez :

☞ **6. éprouvé des difficultés à maîtriser un comportement violent ?**

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie Oui Non NSP ou refus

☞ **7a. tenté de vous blesser intentionnellement** (autre que tentative de suicide) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie Oui Non NSP ou refus

☞ **7b. vécu un traumatisme pour lequel vous avez des "flash-back" ou d'autres réactions intenses liées à cet événement ?**

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie pendant au moins 2 semaines Oui Non NSP ou refus

☞ **8. eu de fortes pensées suicidaires** (avec scénario) ?

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie Oui Non NSP ou refus

☞ **9. tenté de vous suicider ?**

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie Oui Non NSP ou refus

☞ **10. eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?**

30 derniers jours Oui Non NSP ou refus

dans votre vie Oui Non NSP ou refus

☞ **11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?**

--	--

QUESTIONS 12 et 13 - DEMANDEZ À L'USAGER

D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE
(0 À 4)

12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'être traité pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

QUESTIONS À L'USAGE DE L'INTERVENANT

(Aux questions 14, 16 et 19, en cas de doute, demandez à l'utilisateur)

AU MOMENT DE L'ENTREVUE, L'USAGER EST-IL :

14. visiblement déprimé ou en retrait ?

Oui Non

15. visiblement hostile ?

Oui Non

16. visiblement anxieux ou nerveux ?

Oui Non

17. A-t-il des difficultés à évaluer objectivement la situation, des troubles de la pensée, une pensée paranoïde ?

Oui Non

18. A-t-il des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir ?

Oui Non

19. A-t-il des pensées suicidaires ?

Oui Non

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT
(0 À 9)

20a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur ?

20b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement psychiatrique / psychologique ?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

21. parce que l'utilisateur dissimule la vérité ?

Oui Non

22. parce qu'il ne comprend pas les questions ?

Oui Non

Commentaires :



1. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous

avez complété (correspondant à la scolarité complétée) ?

- 0- Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
- 1- Première année
- 2- Deuxième année
- 3- Troisième année
- 4- Quatrième année
- 5- Cinquième année
- 6- Sixième année
- 7- Septième année
- 8- Huitième année ou secondaire I
- 9- Neuvième année ou secondaire II
- 10- Dixième année ou secondaire III
- 11- Onzième année ou secondaire IV
- 12- Douzième année ou secondaire V
- 13- Études partielles dans un CÉGEP *
- 14- Diplôme ou certificat d'études d'un CÉGEP *
- 15- Études partielles à l'université, certificat(s)
- 16- Baccalaurat, maîtrise ou doctorat complété

* ou une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale.

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

- Oui Non

Si oui, inscrire le nombre de mois

98- 98 mois ou plus

99- NSP ou refus

--	--

3. Avez-vous une profession ou un métier ?

- Oui (spécifiez) _____
 Non

4. Avez-vous un permis de conduire valide ?

- Oui
- Non, permis non renouvelé
- Non, permis suspendu
- Non, n'en a jamais eu

5. Pouvez-vous disposer d'un véhicule automobile ?

- Oui
 Non

6. Quelle a été la durée de votre plus long emploi régulier ?

années

 mois

7. Occupation habituelle (ou dernière occupation) ?

Spécifiez : _____

8. Quelqu'un d'autre contribue-t-il à votre soutien financier d'une manière ou d'une autre ?

- Oui Non ➔ allez à la question 10a

9. Si oui, cela représente-t-il l'essentiel de vos ressources financières ?

- Oui Non

10a. Type d'activité habituelle :

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Actuellement | 3 dernières années | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1- travail à plein temps (35 heures et plus / semaine) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2- travail à temps partiel (heures régulières) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3- travail à temps partiel (hres irrégulières ou à la journée) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4- travail saisonnier (combinaison travail chômage) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5- études |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6- retraite |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7- invalidité |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8- assurance-emploi (chômage) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9- séjour en milieu institutionnel |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10- sécurité du revenu (BES) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11- au foyer |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12- autres (incluant activités illégales) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13- conditions instables (plusieurs situations de durées variables) |

10b. Êtes-vous satisfait(e) de votre situation actuelle ?

- Oui Non Indifférent(e)

11. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours de travail vous a-t-on payés (y compris un travail au noir) ?

--	--

jours

AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS REÇU DES SOURCES SUIVANTES :

9998 = 9998\$ et plus 9999 = NSP ou refus

12. emploi (revenu net) ?

--	--	--	--

13. prestations de chômage ?

--	--	--	--

14. aide sociale ?

--	--	--	--

15. pension, prestation CSST (sans lien d'emploi), RRQ, IVAC, SAAQ, allocations familiales, pension alimentaire ?

--	--	--	--

16. conjoint, famille ou amis, prêts et bourses, revenus imprévus tels TPS, retour d'impôts, loterie ?

17. sources illégales ?

18. Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc.) ?

19a. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi ?

00 - aucun jour (inclut aucune recherche d'emploi) jours

19b. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait des démarches pour vous réinsérer sur le marché du travail ?

QUESTIONS 20 ET 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

20. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi ?

21. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi ?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 à 9)

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur ?

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de counselling d'emploi ?

23. Cette demande a-t-elle été provoquée ou exigée par votre employeur ?

Oui Non

24. Avez-vous perdu ou quitté un ou plusieurs emplois à cause de la consommation de drogues ou d'alcool ?

Oui Non

25. Quel est le montant de vos dettes ?

(détaillez en commentaires)

99998 = 99998\$ et plus

99999 = NSP ou refus

26. Quel est votre revenu personnel annuel ?

- 0\$ - 999\$ 30 000\$ - 39 999\$
 1 000\$ - 5 999\$ 40 000\$ - 49 999\$
 6 000\$ - 11 999\$ 50 000\$ et plus
 12 000\$ - 19 999\$ NSP ou refus
 20 000\$ - 29 999\$

27. Quel est le revenu annuel de votre famille ?

- 0\$ - 999\$ 30 000\$ - 39 999\$
 1 000\$ - 5 999\$ 40 000\$ - 49 999\$
 6 000\$ - 11 999\$ 50 000\$ et plus
 12 000\$ - 19 999\$ NSP ou refus
 20 000\$ - 29 999\$

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

28. parce que l'utilisateur dissimule la vérité ? Oui Non

29. parce qu'il ne comprend pas les questions ? Oui Non

Commentaires :



1. Cette admission a-t-elle été imposée ou suggérée par le système judiciaire et/ou par le système social ?

Oui Non ➡ allez à la question 2

Si oui, lequel ?

(1 à 5 : Système judiciaire; 6 à 8 : Système social)

- 1 - agent de probation
 - 2 - agent de libération conditionnelle
 - 3 - avocat
 - 4 - juge (libération sous caution)
 - 5 - autres (spécifiez) : _____
 - 6 - intervenants des Centres Jeunesse
 - 7 - autres intervenants du réseau
 - 8 - avocat ou juge (Tribunal de la Jeunesse)
- } Judiciaire
} Social

2. Présentement, êtes-vous :

- 1- en libération conditionnelle ?
- 2- en probation ?
- 3- en maison de transition ?
- 4- autres (ex.: prison, pénitencier) ? _____
- 5- aucune mesure légale ? _____ spécifiez :

COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ INCULPÉ (ACCUSÉ) DES INFRACTIONS OU DÉLITS SUIVANTS :

3. désordre, vagabondage, ivresse publique ?

4. infractions majeures au Code de la route (ex. : conduite dangereuse, conduite sans permis) ?

5a. De combien de ces inculpations avez-vous été reconnu coupable ?
N/A si jamais inculpé

5b. Combien de sentences avez-vous reçues pour ces condamnations ?
N/A si jamais condamné

COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ INCULPÉ (ACCUSÉ) DES DÉLITS OU CRIMES SUIVANTS :
(c.f. Code criminel)

6. infractions contre l'application de la loi (ex. : désobéissance à une ordonnance de la Cour, bris de probation, entraves à la justice telles les évasions ou les omissions de comparaître) ?

7. fraude (ex. : vol de cartes de crédit, escroquerie telle que fabrication ou usage de faux) ?

8. port d'arme illégal (ex. : posséder ou utiliser une arme à feu sans permis) ?

9. infractions hors classe (ex. : libelle diffamatoire, fabrication de fausse monnaie) ?

10. drogues (possession ou trafic) ?

11. méfait (ex. : introduction par effraction, vandalisme, crime d'incendie, troubler la paix, braconnage.) ?

12. conduite avec facultés affaiblies (et/ou défaut ou refus de fournir un échantillon d'haleine ou de sang) ?

13. vol (recel, vol sans arme et sans menace de violence sur la personne) ?

14. infractions d'ordre sexuel (prostitution, proxénétisme) ?

15. voies de fait (menace de mort, agression physique) ?

16. négligence criminelle (délit de fuite) ?

17. vol qualifié (avec une arme ou menace de violence sur la personne) ?

18. viol, inceste, agression sexuelle ?

19. homicide, meurtre (tentative de meurtre) ?

20a. De combien de ces inculpations (6 à 19) avez-vous été reconnu coupable ?
N/A si jamais inculpé

20b Combien de sentences avez-vous reçues pour ces condamnations ?
N/A si jamais condamné

21a. Combien de mois avez-vous été détenu ?

- 00 moins de 15 jours, jamais inculpé ou autres types de sentences ➡ allez à la question 24
- 98 98 mois et plus
- 99 NSP ou refus

21b Cela représente combien d'épisodes de détention au total ?

mois

22. Combien de temps a duré votre dernière détention?

- 01- 15 jours ou plus
98- 98 mois et plus
99- NSP ou refus

23. Pour quel délit étiez-vous détenu?

3-4, 6-19, code correspondant à l'item ou au délit.

Si plusieurs délits, codez le plus grave, les délits étant ordonnés selon l'ordre croissant de gravité

24. Présentement, êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou de sentence ?

- Oui → Si oui, êtes-vous :
 en instance d'inculpation ?
 en attente de procès ?
 en attente de sentence ?
- Non → Si non, passez 26a

25. Pour quel délit ?

3-4, 6-19, code correspondant à l'item ou au délit.

Si plusieurs délits, codez le plus grave, les délits étant ordonnés selon l'ordre croissant de gravité

26a. À quel âge avez-vous fait votre premier geste délinquant (acte ou infraction passible d'être traduit en justice au criminel) ?

00 si aucun geste délinquant

26b. Quel âge aviez-vous lors de votre dernière inculpation pour un délit (code criminel) ?

00 si aucune inculpation

27. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été détenu ?

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

QUESTIONS 29a À 29c : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

29a. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves ? (exclure les problèmes civils)

29b. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes judiciaires ?

29c. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir des services psychosociaux pour vos problèmes judiciaires ?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 à 9)

30a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur ?

30b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de services juridiques ou de counselling ?

30c. Comment évaluez-vous son besoin de services psychosociaux en regard de son profil de délinquance ?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

31. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?

- Oui
 Non

32. parce qu'il ne comprend pas les questions ?

- Oui
 Non

Commentaires :

Le cycle du changement, v.2.0

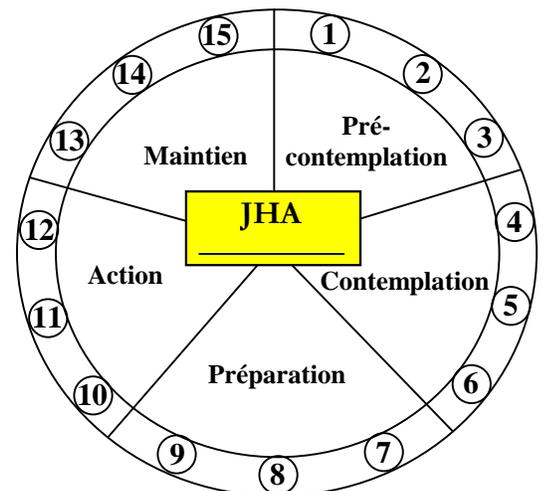
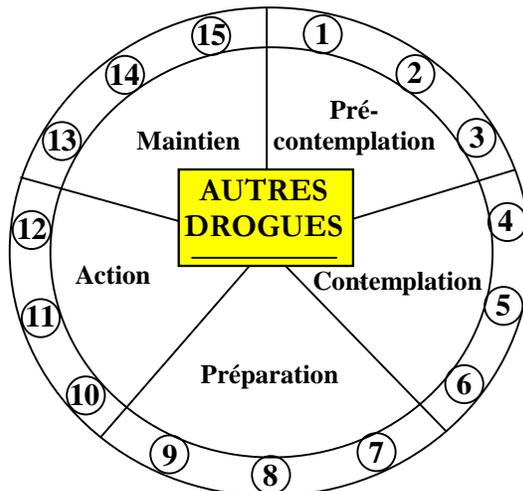
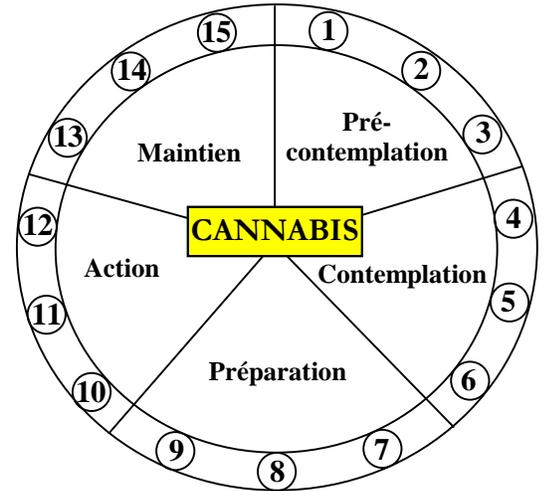
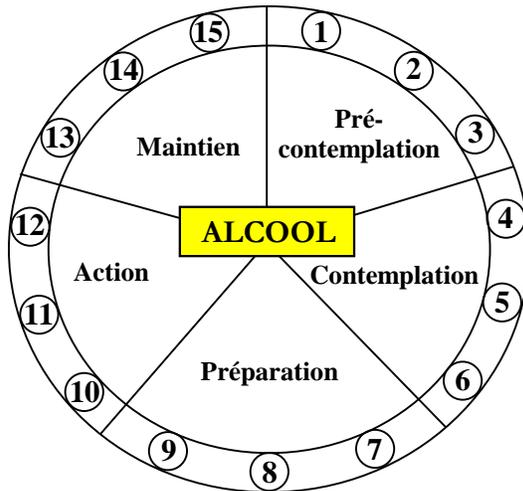
Tremblay, Bergeron, Landry, Cournoyer, & Brochu (2003)
Modèle transthéorique (Prochaska et DiClemente; 1992)

Évaluez la motivation au changement que vous avez observée lors de votre entretien avec l'usager (portez attention au contenu de la fin de votre entrevue).

LES SUBSTANCES JUGÉES PROBLÉMATIQUES (par l'intervenant)

- Alcool
- Cannabis
- Autres drogues, spéc.: _____
- JHA, spécifiez: _____

Évaluez la motivation uniquement pour les substances cochées.



Alcool ou drogues :

1. Jusqu'à quel point est-ce important pour vous de réduire ou d'arrêter votre consommation d'alcool ou de drogues ? (sur une échelle de 0 à 10 où "0" signifie pas important du tout et "10" très important)

Pas important du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très important

2. Si vous décidiez de réduire ou d'arrêter votre consommation d'alcool ou de drogues, jusqu'à quel point seriez-vous capable de le faire ? (sur une échelle de 0 à 10 où "0" signifie pas capable du tout et "10" complètement capable)

Pas capable du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complètement capable

Jeux de hasard et d'argent :

3. Jusqu'à quel point est-ce important pour vous de réduire ou d'arrêter vos habitudes de jeu ? (sur échelle de 0 à 10 où "0" signifie pas important du tout et "10" très important)

Pas important du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très important

4. Si vous décidiez de réduire ou d'arrêter vos habitudes de jeu, jusqu'à quel point seriez-vous capable de le faire ? (sur une échelle de 0 à 10 où "0" signifie pas capable du tout et "10" complètement capable)

Pas capable du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complètement capable

RÉSO - Évaluation sommaire

v.1.4, décembre 2005 rev. juin 2015

Évaluation des besoins en Réinsertion Sociale

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Sirois, M., Dorval, J., Drouin, M., & Leblanc, L.
 nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

Liste des besoins

Indiquer dans quelle(s) sphère(s) la personne a besoin d'aide et le degré de priorité d'intervention associé à ce besoin. Si la personne n'éprouve aucun besoin, cocher au bas de la page.

La personne a-t-elle un besoin de service dans chacune des sphères suivantes ?			Degré de priorité de l'intervention			La personne veut-elle recevoir de l'aide ?		Ne s'applique pas à la situation de la personne	Commentaires
	Oui	Non	Modéré	Important	Urgent	Oui	Non		
1. Alimentation.....	<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. Habillement.....	<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. Logement.....	<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. Hygiène.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Condition économique..	<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. Études / travail.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Loisirs.....	<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. Réseau de soutien.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Autres situations préoccupantes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Aucun besoin de service en réinsertion sociale pour l'instant

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Page, question	Commentaires