

Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents

Version 3.1

Toute reproduction ou utilisation du questionnaire doit porter la mention des auteurs: RISQ, Michel Germain, Michel Landry et Jacques Bergeron. (1999)

Le Manuel d'utilisation est essentiel pour l'usage de ce questionnaire et une formation est requise pour la passation de ce questionnaire. Créé et validé par le RISQ (Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., Guyon, L.,) (2000). Indice de gravité d'une toxicomanie (igt) pour les adolescents et adolescentes: études des qualités psychométriques.

© RISQ, 1999, 2004, 2018

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>

Juillet 2018

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

No dossier

Date de l'évaluation

 - -
 Année Mois Jour

Heure de début

 Heures Minutes

Heure de fin

 Heures Minutes

Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Date de naissance

 - -
 Année Mois Jour

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Code de l'évaluateur(trice)

Nom de l'évaluateur(trice)

Âge

 Sexe Homme
 Femme


Source de référence

- Répondant lui-même
 Famille Ressources communautaires
 Ami(e) Réseau de la santé (CLSC, Hôpital, etc.)
 École Centre Jeunesse
 Professionnel Tribunal
 Autres, spécifiez: _____

Numéro d'assurance maladie

Expiration

1. Cette demande a-t-elle été suggérée ou ordonnée par quelqu'un du réseau social, judiciaire ou scolaire ?

- Oui  Si oui, par qui ?
 Non Intervenant
 NSP/refus Délégué de la jeunesse
 Avocat
 Juge
 École
 Autres, spécifiez: _____

2. Es-tu présentement en :

- Centre de réadaptation jeunesse (CJ)
 Centre de réadaptation en toxicomanies
 Famille d'accueil
 Centre d'hébergement
 Ressource communautaire
 Sans domicile fixe
 À ton domicile
 Autres, spécifiez: _____

Recommandation

ÉVALUATION DE CONFIANCE POUR L'ENSEMBLE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire, dans son ensemble, est-il sensiblement faussé:

3. parce que le répondant dissimule la vérité?

- Oui
 Non

4. parce que le répondant ne comprend pas les questions?

- Oui
 Non

À NOTER

- 1. RISQUE SUICIDAIRE**
2. RISQUE DE VIOLENCE
3. AUTRES

Consignes

- Les codes "9" (ou "99", "999", "9999") sont utilisés pour "NSP = ne sait pas" ou "refus = refus de répondre".
 - Tout au long du questionnaire, vous devez noircir les petits ronds qui correspondent à la réponse.

 **Items objectifs critiques.**

Items du score composé.

Note : Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indications "allez à"). 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.

PROFIL DE GRAVITÉ

1. Estimation de la gravité par l'adolescent(e).

SYNTHÈSE DE L'INTERVENANT

4	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
3	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
2	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
1	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
0	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Problèmes	Alcool	Drogues	Santé physique	École Occupation Travail Loisirs	État psychologique	Relations interpersonnelles	Relations familiales	Social/judiciaire

2. Estimation du besoin d'aide par l'adolescent(e)

4	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
3	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
2	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
1	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
0	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Problèmes	Alcool	Drogues	Santé physique	École Occupation Travail Loisirs	État psychologique	Relations interpersonnelles	Relations familiales	Social/judiciaire

3. Estimation de la gravité par l'intervenant

4	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
3	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
2	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
1	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
0	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Problèmes	Alcool	Drogues	Santé physique	École Occupation Travail Loisirs	État psychologique	Relations interpersonnelles	Relations familiales	Social/judiciaire

ATTENTES DE L'ADOLESCENT(E)

Signature de l'intervenant

ALCOOL / DROGUES

PORTRAIT DE CONSOMMATION

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	30 derniers jours	Quantité moyenne par occasion durant les 30 derniers jours	Âge de la 1 ^{re} consommation	Fréquence durant les 12 derniers mois	Quantité moyenne par occasion durant les 12 derniers mois	Âge de la consommation régulière ²	Période de la consommation régulière (mois)	Avec qui consommes-tu généralement ces substances?	Mode d'administration
Substances									
1. Alcool	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> nbre cons. / jour ¹	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> nbre cons. / jour ¹	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Cannabis (pot, huile de haschich, hasch) .	<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"/>
3. Hallucinogènes <input type="checkbox"/> Ecstasy (MDMA) <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Champignons	<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"/>
4. Méthamphétamines ou Speed (ex. peach ou pink) et autres amphétamines, Ritalin	<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"/>
5. Cocaïne (Freebase, crack)	<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"/>
6. Inhalants / solvants / volatils	<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"/>
7. Héroïne / opiacés / analgésiques / narcotiques	<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"/>
8. Benzodiazépines ³ et autres anxiolytiques, sédatifs (tranquillisants), hypnotiques <input type="checkbox"/> Rohypnol	<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"/>
9. Barbituriques (fioral, phénobarbital, etc.)	<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"/>
10. GHB (ex. : liquid ecstasy ou liquid X)	<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"/>
11. Tabac	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> nbre cig./jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Une consommation standard d'alcool est l'équivalent d'une "petite bière" à 5% d'alcool, ou 1/2 once d'alcool fort à 40% ou encore, une coupe de 131 ml de vin à 13% d'alcool.
2. Cons. régulière = 1 fois par semaine durant un mois
3. Valium, Ativan, Serax, Xanax, Rivotril, etc.

Fréquence de la consommation	Partenaire(s) de consommation	Mode d'administration
1- Tous les jours 2- 3 fois et + par semaine 3- 1 ou 2 fois par semaine 4- En fin de semaine 5- À l'occasion N/A Si aucune consommation 12 derniers mois ou à vie	1- Seul(e) 2- Avec tes meilleur(e)s ami(e)s 3- Avec des ami(e)s d'occasion-pusher 4- Avec ton chum (blonde) 5- Avec tes frères ou soeurs 6- Avec tes parents 7- Famille élargie 8- Tous N/A Si jamais consommé à vie	1- Oral 2- Nasal 3- Fumé 4- Injecté 5- Injecté (IV) 6- Autres N/A Si aucune consommation à vie

ALCOOL / DROGUES

COMMENTAIRES:

ALCOOL / DROGUES

12. Avec qui as-tu commencé à consommer ces substances? Inscire un seul choix

- Seul(e)
 Avec tes meilleur(e)s ami(e)s
 Avec des ami(e)s d'occasion-pusher
 Avec ton chum (blonde)
 Avec tes frères ou soeurs
 Avec tes parents
 Famille élargie
 Tous
 N/A si jamais consommé (à vie)

13. À quel endroit consommes-tu généralement ces substances? Inscire un seul choix

- Endroits publics
 Travail ou école
 Chez des ami(e)s
 À la maison
 Endroits clandestins
 Partout
 N/A si jamais consommé (à vie)

14. Quelles furent tes dernières consommations?

(Substance - quantité - date)

15. Quelle(s) est (sont) ta (tes) drogue(s) de choix

(incluant l'alcool)? Marquer d'un 'X' le numéro des produits:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☞ 16. Présentement pour quelles raisons consommes-tu?

(Les 3 plus importantes en ordre de priorité)

0 - N/A

- 1er 2e 3e
 1 - Pour l'essayer
 2 - Pour faire comme les autres
 3 - Pour le plaisir
 4 - Pour te calmer ou dormir
 5 - Pour oublier tes problèmes
 6 - Pour te sentir mieux dans ta peau
 7 - Pour te stimuler (école-travail-loisirs)
 8 - Pour l'effet du produit
 9 - Autres, spécifier: _____

17. À la suite d'une consommation, as-tu vécu une ou plusieurs des situations suivantes? Laisser vide si aucune

- Black out
 Bad trip
 Surdose

18. Au cours des 12 derniers mois, quelles ont été tes sources de revenu pour l'achat de tes consommations? Laisser vide, si aucune consommation au cours des 12 derniers mois

- Parents
 Travail
 Emprunts d'argent
 Vente d'objets personnels
 Activités illégales (incluant la vente)
 Autres, spécifier: _____

19. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimes-tu avoir dépensé :

a. Pour l'achat d'alcool?

--	--	--	--

b. Pour l'achat de drogues?

--	--	--	--

20 a. As-tu des dettes? (Légales ou illégales)

- Oui
 Non
 NSP/refus

b. Si oui, combien?

--	--	--	--

 \$

c. Si oui, auprès de qui? _____

21. Quelle(s) substance(s) te cause(nt) le(s) problème(s) principal(aux)?

Veillez coder comme suit:

00 - Pas de problème

1 à 9 - Substances du tableau

15 - Alcool et drogues (double toxicomanie)

16 - Polydrogues

a. Avis de l'adolescent

--	--

Si code 15 ou 16, marquez d'un 'X' le numéro des produits :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. Avis de l'intervenant

--	--

Si code 15 ou 16, marquez d'un 'X' le numéro des produits :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☞ 22. Quelle a été la durée de ta dernière période d'abstinence volontaire de cette ou ces substance(s)?

--	--

semaines

00 - Jamais

01 à 97 - 1 à 97 semaines

98 - 98 semaines et plus

99 - NSP ou refus

Si 00 à la question 21 a et b, inscrire N/A

ALCOOL / DROGUES

- ☞ 23. Depuis combien de temps cette abstinence a-t-elle cessé? semaines
- 00 - Encore abstinent
01 à 98 - D'une à 98 semaines et plus
99 - NSP ou refus
- Jamais été abstinent ou si N/A à la question 21a ou b, Inscrire N/A

- ☞ 24. As-tu déjà fait une démarche à propos de ta consommation d'alcool ou de drogues?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, laquelle ?

25. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés par rapport à:

● ta consommation d'alcool?

● ta consommation de drogues?

QUESTIONS 26 ET 27 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

26. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été perturbé(e) ou préoccupé(e) par :

● ta consommation d'alcool?

● ta consommation de drogues?

27. Dans quelle mesure te semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide pour :

● ta consommation d'alcool?

● ta consommation de drogues?

☞ **ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 4)**

28. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant :

● pour abus d'alcool?

● pour abus de drogues?

COMMENTAIRES:

SANTÉ PHYSIQUE

1. À quand remonte ton dernier examen médical?

mois

Raison(s) de l'examen: _____

2. Combien de fois as-tu été hospitalisé(e) au cours de ta vie pour des problèmes de santé physique?

Quelles sont les raisons de l'hospitalisation?

3. As-tu une ou des maladies chroniques?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, laquelle _____

4. As-tu, actuellement, des médicaments prescrits par ton médecin pour des problèmes chroniques de santé physique?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, lesquels _____

5. Si tu utilises les seringues pour ta consommation, quelles sont tes sources d'approvisionnement?

- Points de distribution
 Autres consommateurs
 Autres, spécifier: _____
 N/A si aucune utilisation de seringues

6. Es-tu actif(ve) sexuellement? (12 derniers mois)

- Oui
 Non Si non, aller à la Q. 10
 NSP/refus

7. Si tu as des relations sexuelles, emploies-tu le condom?

- Jamais
 Occasionnellement
 Toujours
 N/A si aucune relation sexuelle

8. Si tu as des relations sexuelles, emploies-tu un moyen contraceptif? (Exclure le condom)

- Jamais
 Occasionnellement
 Toujours
 N/A

9. Si tu as des relations sexuelles, combien as-tu eu de partenaires dans les :

a. 30 derniers jours?

b. 12 derniers mois?

10. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des problèmes de santé physique?

QUESTIONS 11 ET 12 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

11. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés de santé physique?

12. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés de santé physique?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 4)

13. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant au niveau de sa santé physique ?

COMMENTAIRES:

OCCUPATION

1. **Quelle est ton occupation actuellement?**
- École
 Travail
 École et travail
 Aucun
- ☞ 2. **Es-tu satisfait(e) de la situation par rapport à ton occupation?**
- Oui
 Non
 NSP/refus
- ÉCOLE**
3. **Quelle est la dernière année de scolarité que tu as complétée?**
-
- ☞ 4. **Combien d'années scolaires as-tu échouées?**
5. **As-tu déjà été: suspendu(e) ou expulsé(e) de l'école?**
- a. Suspendu(e) de l'école?
- Oui **Si oui**, combien de fois?
- Non
- NSP/refus
- b. Expulsé(e) de l'école?
- Oui **Si oui**, combien de fois?
- Non
- NSP/refus
- ☞ 6. **Es-tu présentement inscrit(e) à une école?**
- Oui **Si oui**, aller à la Q. 7.
 Non
 NSP/refus
- Si non**, quelle en est la raison? Aller à la Q. 10.
- Expulsion
 Abandon volontaire
 Fin d'un programme scolaire
 Autres, spécifier: _____
7. **En quelle année es-tu?**
-
8. **Dans quel programme scolaire es-tu?**
- Programmerégulier
 Programme spécial
9. **Au cours des 30 derniers jours de l'année scolaire, quelle était ta fréquentation à l'école?**
- Régulière
 Irrégulière
 Aucune

10. **As-tu présentement ou as-tu déjà eu dans le passé des difficultés à l'école?**

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, de quel(s) type(s)?

- Apprentissage
 Comportement
 Avec l'autorité
 Deconsommation
 De motivation
 Autres, spécifier: _____

- ☞ 11. **Quel niveau académique envisages-tu obtenir?**

TRAVAIL

- ☞ 12. **Au cours des 12 derniers mois, as-tu travaillé?**

- Oui
 Non **Si non**, aller à la Q.17.
 NSP/refus

13. **Type d'occupation?**

14. **Quelles sont les conditions de travail?**

- Temps plein Jour
 Temps partiel Soir
 Été seulement Nuit
 Autres, spécifier: Variable

15. **Au cours des 12 derniers mois, combien d'argent as-tu reçu de ton travail?**

 \$

16. **Au cours des 12 derniers mois, as-tu eu des problèmes de travail?**

- Oui
 Non **Si non**, aller à la Q.17.
 NSP/refus

Si oui, de quel(s) type(s)?

- Absentéisme
 Respect des règles
 Rendement
 Relation avec les collègues
 Relation avec le patron
 Deconsommation
 Autres, spécifier: _____

OCCUPATION

LOISIRS

17. Avec qui passes-tu généralement tes temps libres?

- Seul(e)
 Chum ou blonde
 Ami(e)s consommateur(trice)s
 Ami(e)s non consommateur(trice)s
 Famille
 Autres, spécifier: _____

18. Quelles sont tes activités durant tes périodes de loisirs? (12 derniers mois)

ACTIVITÉS	Fréquence	Consommation	MODALITÉS (à l'usage du Centre)
1. Sports	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Lecture	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Télévision	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Musique (écoute)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Musique (pratique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Sorties (cinéma, spectacles, magasinage)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Sorties (bar, brasserie, rave, party)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Arcade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Jeux d'argent et de hasard	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Travail bénévole	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Ordinateur (jeux vidéo, Internet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Théâtre, danse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Dessin, peinture, écriture	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Oisif(ve)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Autres, spécifier:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FRÉQUENCE

- 0- Jamais
 1- Occasionnellement
 2- Régulièrement

CONSOMMATION

- 0- Jamais
 1- Occasionnellement
 2- Souvent
 3- Toujours

MODALITÉS

- 1- Seul
 2- Groupe informel
 3- Activité structurée

Laisser les sections *Consommation* et *Modalités* vides si 0 à la section *Fréquence*

19. Es-tu satisfait(e) de la façon de passer tes temps libres?

- Oui
 Non
 NSP/refus

20. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés:

à l'école? au travail? dans tes loisirs?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

QUESTIONS 21 ET 22 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

21. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés:

à l'école? au travail? dans tes loisirs?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

22. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés:

à l'école? au travail? dans tes loisirs?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 4)

23. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant au niveau de son occupation ?

à l'école? au travail? dans tes loisirs?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

COMMENTAIRES:

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

1. Combien de fois as-tu consulté pour des problèmes psychologiques ou émotionnels:

a. dans un hôpital?

--	--

b. dans un CLSC, un centre, une clinique, à l'école ou en privé?

--	--

c. Pour quelle(s) raison(s): _____

2. Quel âge avais-tu lors de ta première consultation?

(Si 0 à la Q. 1, laisser les cases vides)

--	--

3. As-tu connu une période prolongée au cours de laquelle tu as :

a) perdu de l'intérêt pour des choses qui ont déjà été importantes pour toi, été extrêmement fatigué(e), eu peu d'énergie, été triste, sans espoir (pleuré fréquemment)?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie (2 semaines) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

b) souffert d'anxiété ou de tensions graves (sensation de tension, d'incapacité de se détendre ou de dormir)?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie (2 semaines) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

c) éprouvé des difficultés à comprendre, à te concentrer ou à te souvenir, ne résultant pas de la consommation de drogues ou d'alcool?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie (2 semaines) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

d) eu des pensées d'échec, eu une confiance diminuée, été extrêmement timide (gêné(e))?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie (2 semaines) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

e) été agité(e), surexcité(e) (incapable de rester en place, extrêmement distrait(e))?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie (2 semaines) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

f) eu des pertes de contrôle de soi (colère, impulsif(ve)), été extrêmement hostile ou physiquement violent(e)?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

g) intentionnellement violé des règles (avoir refusé d'obéir, été rebelle, dérangé ou provoqué intentionnellement les autres)?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

h) été constamment et exagérément préoccupé(e) par la nourriture, ton poids et ta taille?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie (2 semaines) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

i) souffert d'hallucinations (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée est brève), ne résultant pas de la consommation de drogues ou d'alcool?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

j) été exagérément méfiant(e) envers les autres (se sentir surveillé(e), attaqué(e) ou trompé(e) sans raison suffisante, ne résultant pas de la consommation de drogues ou d'alcool)?

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie (2 semaines) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

4. As-tu connu une période prolongée au cours de laquelle tu as :
- a) eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?
- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- b) tenté de te suicider?
- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- c) tenté de te blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?
- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- d) eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?
- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
5. As-tu déjà été abusé(e) verbalement?
- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
6. As-tu déjà été abusé(e) physiquement (en ayant eu des dommages corporels)?
- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
7. As-tu déjà été abusé(e) sexuellement (en te faisant imposer des avances ou des relations sexuelles)?
- | | Oui | Non | NSP/refus |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ● 30 derniers jours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ● dans ta vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
8. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés psychologiques ou émotionnelles?

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

9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés psychologiques ou émotionnelles?

10. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés psychologiques ou émotionnelles?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 4)

11. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant au niveau de son état psychologique?

COMMENTAIRES:

RELATIONS INTERPERSONNELLES

☞ 1a. Combien de meilleur(es) amis(es) as-tu?

Si aucun (e), aller à la Q. 2

b. Es-tu satisfait(e) de ta relation avec tes meilleurs(es) amis(es)?

- Oui
 Non
 NSP/refus

☞ c. Dans l'ensemble, tes meilleurs(es) amis(es) consomment-ils (elles) de l'alcool ou des drogues de façon régulière?

- Oui
 Non
 NSP/refus

2. Est-ce que tu fréquentes des amis(es) :

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) plus âgés(es) que toi? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) moins âgés(es) que toi? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. As-tu de la facilité :

- | | Oui | Non | NSP/refus |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) à te faire des amis(es)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) à garder tes amis(es)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Est-ce qu'il t'arrive de te sentir seul(e) ou isolé(e)?

- Jamais
 Occasionnellement
 Souvent
 Toujours

☞ 5. Fais-tu partie d'un "gang organisé"?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, leur nom: _____

☞ 6a. As-tu un chum ou une blonde?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si pas de chum ou de blonde, aller à la Q. 6c

b. Depuis combien de temps?

semaines

c. Es-tu satisfait(e) de cette situation?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si pas de chum ou de blonde, aller à la Q. 9

7. Ton chum ou ta blonde consomme-t-il (elle) de l'alcool ou des drogues de façon régulière?

- Oui
 Non
 NSP/refus

8. Ton chum ou ta blonde est-il(elle) d'accord avec ta consommation?

- Oui
 Non
 NSP/refus

9. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés dans tes relations avec des personnes autres que ta famille (y compris l'isolement et la solitude)?

QUESTIONS 10 ET 11 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

10. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés dans tes relations interpersonnelles (y compris l'isolement et la solitude)?

11. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés dans tes relations interpersonnelles?

☞ ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 4)

12. Quelle est votre estimation de la gravité des problème du répondant au niveau de ses relations interpersonnelles?

COMMENTAIRES:

RELATIONS FAMILIALES

1. Avec qui vis-tu actuellement?

- Mère et père (biologiques ou adoptifs)
 Mère
 Père
 Mère et conjoint
 Père et conjointe
 Mère et père (garde partagée)
 Autre membre de la famille, spécifier: _____
 Seul(e)
 Famille d'accueil
 Centre de réadaptation
 Ressources d'hébergement - autres
 Autres, spécifier: _____

2. Es-tu satisfait(e) de cette situation?

- Oui
 Non
 NSP/refus

3. Quelle est la situation actuelle de tes parents? (biologiques ou adoptifs)

- | Père | Mère |
|--|---|
| <input type="radio"/> Demeurent ensemble | <input type="radio"/> Demeurent ensemble |
| <input type="radio"/> Vit avec une autre conjoint(e) | <input type="radio"/> Vit avec un autre conjoint(e) |
| <input type="radio"/> Vit seul | <input type="radio"/> Vit seule |
| <input type="radio"/> Décédé | <input type="radio"/> Décédée |
| <input type="radio"/> Indéterminé ou inconnu | <input type="radio"/> Indéterminée ou inconnue |

4. Si tes parents sont divorcés ou séparés, quel âge avais-tu au moment de l'événement? (si pas divorcés ou séparés, laisser les cases vides)

Âge	

5. Si un ou tes parents sont décédés, quel âge avais-tu au moment de l'événement? (si pas décédé(e), laisser les cases vides)

Père	

Mère	

6. Quel type de contact as-tu avec tes parents biologiques ou adoptifs? (N/A si décédé(s), si aucun contact 30 derniers jours ou 12 derniers mois ou si aucune personne du type mentionné)

- | Père - 30 derniers jours | Père - 12 derniers mois |
|--|--|
| <input type="radio"/> Pas de contact | <input type="radio"/> Pas de contact |
| <input type="radio"/> Contact indifférent/neutre | <input type="radio"/> Contact indifférent/neutre |
| <input type="radio"/> Contact négatif | <input type="radio"/> Contact négatif |
| <input type="radio"/> Contact positif | <input type="radio"/> Contact positif |
| <input type="radio"/> NSP/refus | <input type="radio"/> NSP/refus |
| <input type="radio"/> N/A | <input type="radio"/> N/A |

Beau-père - 30 derniers jrs

- Pas de contact
 Contact indifférent/neutre
 Contact négatif
 Contact positif
 NSP/refus
 N/A

Beau-Père - 12 derniers ms

- Pas de contact
 Contact indifférent/neutre
 Contact négatif
 Contact positif
 NSP/refus
 N/A

Mère - 30 derniers jrs

- Pas de contact
 Contact indifférent/neutre
 Contact négatif
 Contact positif
 NSP/refus
 N/A

Mère - 12 derniers ms

- Pas de contact
 Contact indifférent/neutre
 Contact négatif
 Contact positif
 NSP/refus
 N/A

Belle-mère - 30 derniers jrs

- Pas de contact
 Contact indifférent/neutre
 Contact négatif
 Contact positif
 NSP/refus
 N/A

Belle-mère - 12 derniers ms

- Pas de contact
 Contact indifférent/neutre
 Contact négatif
 Contact positif
 NSP/refus
 N/A

7. Combien as-tu :

de frère(s)?

--	--

de soeur(s)?

--	--

de demi-frère(s)?

--	--

de demi-soeur(s)?

--	--

8. Quel est ton rang dans la famille?

--	--

9a. Combien as-tu d'enfants biologiques?

(Si aucun, aller à la Q. 10)

--	--

9b. Combien de ces enfants vivent avec toi?

--	--

10. Ton père travaille-t-il?

- Oui
 Non
 NSP/refus
 N/A (si décédé)

Profession ou métier : _____

11. Ta mère travaille-t-elle?

- Oui
 Non
 NSP/refus
 N/A (si décédée)

Profession ou métier : _____

12. Ta consommation a-t-elle modifié tes relations avec ta famille?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, comment ? _____

RELATIONS FAMILIALES

13. Y a-t-il les difficultés suivantes dans ta famille?

(12 derniers mois)

DIFFICULTÉS

Pouvant inclure le répondant

	Oui	Non	NSP refus	QUI? (utilisez les codes) Vous pouvez indiquer deux groupes de pairs			
1- Règles de vie à la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- Communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- Conflits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- Rejet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- Négligence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- Violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- Inceste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- Autres, spécifier:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N'incluant pas le répondant

	Oui	Non	NSP refus	Indiquez qui a les difficultés			
9- Monétaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- Santé physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- Santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- Problèmes judiciaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13- Consommation (alcool ou drogues)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14- Autres, spécifier:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1- Répondant	6- Demi-frère/Soeur
2- Mère	7- Famille élargie
3- Père	8- Enfants
4- Fratrie	9- Conjoint(e) du répondant
5- Conjoint(e) du père ou de la mère	

14. As-tu déjà fugué de la maison? (plus de 24 heures)

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, nombre de fois?

15. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés avec ta famille?

QUESTIONS 16 ET 17 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

16. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés avec ta famille?

17. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés avec ta famille?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 4)

18. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant au niveau de ses relations familiales?

COMMENTAIRES:

SYSTÈME SOCIAL ET JUDICIAIRE

Système social

☞ 1. As-tu déjà été l'objet d'un signalement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ou as-tu déjà fait une demande d'aide au réseau social (en vertu de la LPJ ou LSSSS)?

- Oui
 Non **Si non**, aller à la Q. 5a.
 NSP/refus

2. Quelle a été la raison (motif) du dernier signalement ou de la demande d'aide et l'âge que tu avais?

--	--

Âge

- Troubles de comportement (incluant consommation)
 Fugues
 Absentéismescolaire
 Négligence
 Abusphysiques
 Abussexuels
 Autres, spécifier: _____

 NSP/Refus

☞ 3. As-tu déjà été placé(e) en protection suite à une demande d'aide ou à un signalement?

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, dans quel type de ressource et combien de mois?

- | | Nombre de mois | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Familled'accueil | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | |
| <input type="radio"/> Foyer de groupe | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | |
| <input type="radio"/> Centre de réadaptation | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | |
| <input type="radio"/> Appartementsupervisé | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | |
| <input type="radio"/> Autres, spécifier: _____ | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | |
| _____ | | | |

4. Quelle est ta situation actuelle en regard du réseau social?

- Placement ordonné
 Placement volontaire
 Suivi social (travailleur social)
 Suivi par un éducateur de milieu
 Aucun suivi

Système judiciaire

5a. As-tu déjà commis un geste délinquant?

- Oui
 Non
 NSP/refus

b. Si oui, lesquels? (arrêté ou non)

- | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

c. Si oui, quel âge avais-tu?

• La première fois

--	--

• La dernière fois

--	--

6. As-tu déjà été arrêté(e) ou as-tu reçu une sommation à comparaître?

- Oui
 Non **Si non**, aller à la Q. 27.
 NSP/refus

Si oui, combien de fois pour les délits suivants?

☞ 7. 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)

--	--

☞ 8. Fraude (ex: vol de carte de crédit, escroquerie tels fabrication ou usage de faux)

--	--

☞ 9. Port d'arme illégal (ex: posséder ou utiliser une arme à feu sans permis)

--	--

☞ 10. Infractions hors classes (libelle diffamatoire, fabrication de fausse monnaie)

--	--

☞ 11. Drogues (possession ou trafic)

--	--

☞ 12. Méfait (ex: introduction par effraction, vandalisme, troubler la paix, crime d'incendie)

--	--

☞ 13. Conduite avec facultés affaiblies (et/ou défaut ou refus de fournir un échantillon d'haleine ou de sang)

--	--

☞ 14. Vol (recel, vol sans arme et sans menace de violence sur la personne)

--	--

☞ 15. Infractions d'ordre sexuel (prostitution, proxénétisme)

--	--

☞ 16. Voies de fait (menace de mort, agression physique)

--	--

☞ 17. Négligence criminelle (délit de fuite)

--	--

SYSTÈME SOCIAL ET JUDICIAIRE

☞ 18. **Vol qualifié** (avec une arme ou menace de violence sur la personne, taxage)

☞ 19. **Viol, inceste, agression sexuelle**

☞ 20. **Homicide, meurtre** (tentative de meurtre)

21. **De combien de ces arrestations as-tu été accusé?**

22. **De combien de ces accusations as-tu été reconnu(e) coupable?**

☞ 23. **Es-tu présentement en instance d'accusation, en attente de procès ou d'ordonnance (décision)?**

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, pour quels délits? (Se référer aux questions 7 à 20).

24. **As-tu déjà été l'objet d'une ordonnance d'une mesure extrajudiciaire en vertu de la LSJPA?**

- Oui
 Non
 NSP/refus

☞ 25. **T'es-tu déjà vu ordonner une mesure de placement suite à des délits?**

- Oui
 Non
 NSP/refus

Si oui, de quel type de mesure s'agissait-il et combien de mois?

Garde fermée Nbre de mois

Garde ouverte

Garde discontinuée

26. **Quelle est actuellement ta situation en regard de la LSJPA?**

- Détention provisoire
 Placement en garde ouverte
 Placement en garde fermée
 Liberté sous condition
 Probation
 Programme de mesures extrajudiciaires
 Deux mesures et plus _____
 Autres, spécifier: _____
 Aucune mesure

27. **Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés avec le système social ou judiciaire?**

QUESTIONS 28 ET 29 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

28. **Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés au niveau du système social ou judiciaire?**

29. **Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés au niveau du système social ou judiciaire?**

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 4)

30. **Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant au niveau du système social ou judiciaire?**

COMMENTAIRES:

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Page question	Commentaires