OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
www.ofdt.fr

COHORTE USAGERS EN TRAITEMENT ET BAS SEUIL (CSAPA/CAARUD)

2 critères d'inclusion = 1. Personne née en France (ou personne née à l'étranger et bénéficiant des prestations des organismes de sécurité sociale) ET 2. ayant consommé une substance illicite autre que le cannabis au cours des 30 derniers jours, ou des benzodiazépines (et assimilés) hors usage thérapeutique ; ou ayant consommé des médicaments utilisés pour les traitements de substitution aux opiacés, qu'ils soient prescrits ou non par un médecin ainsi que d'autres médicaments opiacés parfois utilisés par les usagers de drogues (sulfates de morphine, Dicodin®, Temgesic®, etc.)

1 Type structure CSST/CSAPA ☐ CAARUD ☐

2 Code postal de la structure |___|___|___|___|___|

3 Type de fiche
☐ Premier accueil dans la structure
☐ Retour après interruption des contacts pendant au moins six mois
☐ Personne déjà vue au moins une fois au cours des six derniers mois

4 Date de l'entretien (JJ MM AA)
|___|___| |___|___| |___|___|

5 - Informations indispensables. Le questionnaire ne sera pas validé si cette partie n'est pas remplie.

5a Nom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

5b Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

5c Quelle est votre date de naissance ?
|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Jour Mois Année

5d Quelle est votre commune de naissance ?
_____

5e Code postal |__|__| |__|__|__| ou **pays** : _____

Questionnaire RECAP ■

6 Sexe ☐ Homme ☐ Femme

7 Nombre d'enfants |___|___|
(pas d'enfants = 0)

8 Département de domicile |___|___|___|

9 Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?
☐ Agriculteur
☐ Artisan, Commerçant
☐ Cadre, profession libérale
☐ Profession intermédiaire
☐ Employé
☐ Ouvrier
☐ Retraité
☐ Sans profession
☐ Ne sait pas

10 Actuellement, quelles sont vos conditions de logement… ?
☐ Durable[1] indépendant
☐ Durable[1] chez des proches
☐ Durable[1] en institution
☐ Provisoire chez des proches
☐ Provisoire en institution
☐ Autre provisoire
☐ Établissement pénitentiaire
☐ SDF
☐ Ne sait pas

11 Actuellement, vivez-vous… ?
☐ Seul
☐ Avec ses parents
☐ Seul avec enfant(s)
☐ Avec un conjoint seulement
☐ Avec un conjoint et enfant(s)
☐ Avec des amis
☐ Autre
☐ Ne sait pas

12 Quelle a été l'origine principale de vos ressources au cours des six derniers mois ?
☐ Revenus d'emplois : en activité
☐ Revenus d'emplois : retraite/invalidité
☐ ASSEDIC
☐ RMI
☐ Allocation adulte handicapé
☐ Autre(s) prestation(s) sociale(s)
☐ Ressources provenant d'un tiers
☐ Autre ressources (y compris sans revenus)
☐ Ne sait pas

13 Quelle a été votre situation professionnelle au cours des 6 derniers mois ?
☐ Activité rémunérée continue
☐ Activité rémunérée intermittente[2]
☐ Chômage
☐ Étudiant, élève, stage non-rémunéré
☐ Retraité
☐ Autre inactif
☐ Ne sait pas

14 Quel niveau d'étude avez-vous atteint ?
☐ N'a pas terminé le primaire
☐ Primaire (ou niveau primaire)
☐ Diplôme national du brevet[3] (ou niveau)
☐ BEP, CAP (ou niveau BEP, CAP)
☐ Bac (ou niveau Bac)
☐ Bac +2 (ou niveau Bac+2)
☐ Bac +2 ou au-delà
☐ Ne sait pas

1. Possibilité de passer au moins les 6 prochains mois dans le même logement. 2. Au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois. 3. Brevet des collèges, ancien BEPC.

15 Qui vous a orienté vers ce centre ?

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

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

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

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

|___|___|___|___|

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

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

18b Si oui, depuis quelle date

|___|___| |___|___| |___|___|
J J M M A A

18c Dose prescrite

|___|___|___| mg

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

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

19b Si oui, le(s)quel(s) ?
(plusieurs réponses possibles)

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

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

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

20a Code produit*	**20b Mode de consommation habituel**	**20c Fréquence de consommation** (30 derniers jours)	**20d Usage/ Dépendance**	**20e Âge de début de consommation**
1.|___|___|	|__|	|__|	|__|	|___|___|
2.|___|___|	|__|	|__|	|__|	|___|___|
3.|___|___|	|__|	|__|	|__|	|___|___|
4.|___|___|	|__|	|__|	|__|	|___|___|
5.|___|___|	|__|	|__|	|__|	|___|___|

1. Injecté
2. Fumé / inhalé
3. Mangé / bu
4. Sniffé
5. Autre
6. NSP

1. Pas plus d'une fois
2. 1 fois par semaine
3. 2 à 6 fois par semaine
4. Chaque jour
5. NSP

1. Usage à risques
2. Usage nocif
3. Dépendance

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

|___|___| |__| |__| |__| |___|___|

**** Codes produits***

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

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

|___|___|

22 Fumez-vous du tabac ?

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

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

☐ moins d'une par jour

|___|___| par jour

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

0 ☐ jamais
1 ☐ 1 fois / mois ou moins
2 ☐ 2 à 4 fois / mois
3 ☐ 2 à3 fois / semaine
4 ☐ 4 à 6 fois / semaine
5 ☐ Tous les jours
99 ☐ Nsp
98 ☐ Nvpr

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

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

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

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

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

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

28 Si oui : âge lors de la première injection

|___|___|

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

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

30 Connaissez vous votre sérologie pour le VIH ?

☐ Non, sérologie inconnue
☐ Oui, sérologie positive
☐ Oui, sérologie négative

Date du dernier test VIH

|___|___| |___|___| |___|___|
J J M M A A

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

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

32 Connaissez vous votre sérologie pour le VHC?

☐ Non, sérologie inconnue
☐ Oui, sérologie positive
☐ Oui, sérologie négative

Date du dernier test VHC

|___|___| |___|___| |___|___|
J J M M A A

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

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

34 Vaccination VHB complète

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

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

☐ Oui
☐ Non, jamais
☐ Ne sait pas

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

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

37 Avez-vous déjà été incarcéré dans un établissement pénitentiaire ?

☐ Oui
☐ Non, jamais
☐ Ne sait pas

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

38 Si oui, combien de fois ?

|___|___|

39 Date de la dernière sortie

|___|___| |___|___|
M M A A

Questions supplémentaires sur la santé ■

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

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

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

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

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

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

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

1._____

2._____

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

1 ☐ Oui
2 ☐ Non
3 ☐ Nsp

43 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

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

44 Sur les 12 derniers mois comment a évolué votre situation :

	Ma situation est :		
	Moins bonne	Pareille	Meilleure
sur le plan de votre santé, globalement ?	☐	☐	☐
sur le plan de vos conditions de logement ?	☐	☐	☐
sur le plan de votre insertion professionnelle	☐	☐	☐
sur le plan de vos revenus ? (ce que vous avez pour vivre)	☐	☐	☐

45 Avez-vous une maladie chronique diagnostiquée par un médecin, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps, au moins 6 mois, et qui peut nécessiter des soins réguliers ?
Indiquez les pathologies qui selon l'équipe posent problème à la personne reçue.

1☐ Oui 2☐ Non 99☐ Nsp 98☐ Nvpr

➔ 46 Si oui, lister les maladies suivantes et cocher

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

Merci de votre collaboration.