

SONDAGE DU PROGRAMME DE FOYER**Table des matières**

Parties du sondage
1. Caractéristiques démographiques
2. État de santé physique et mentale
3. Troubles de santé
4. Incapacités
5. Qualité de vie
6. Diagnostics de troubles mentaux
7. Utilisation des soins de santé
8. Accès / qualité des soins
9. Consommation d'alcool ou d'autres drogues
10. Activités communautaires
11. Soutiens sociaux
12. Choix personnel
13. Utilisation des services de soutien
14. Hébergement
15. Qualité de l'hébergement
16. Démêlés avec la justice
17. Emploi
18. Observations de la personne responsable de l'entrevue

SONDAGE DU PROGRAMME DE FOYER

Écrire en lettres majuscules de manière lisible à l'aide d'un stylo à encre bleue ou noire.

Très important Numéro du sondage <input type="text"/>	Date du sondage (jj/mm/aaaa) <input type="text"/>			ID de la personne responsable de l'entrevue <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Site du sondage <input type="text"/>	Code du site <input type="text"/>			ENTREVUE Heure de début : <input type="text"/> : <input type="text"/> Heure de fin : <input type="text"/> : <input type="text"/> Temps total _____ Minutes
Le sondage compte 18 parties et un total de 24 pages .				

Partie 1 : Caractéristiques démographiques
Dans cette partie, j'aimerais vous demander quelques renseignements personnels de base.

1.1 Dans quelle langue **préférez-vous communiquer**?
 1 Anglais 2 Français 3 Autre – préciser _____

1.2 Quel est votre nom? (Écrire en lettres majuscules)

 PRÉNOM SECOND PRÉNOM NOM

1.3 Quelle est votre date de naissance : Mois : ____ Jour : ____ Année : _____

1.4 Quel est votre âge : ____ ans

1.5 Votre sexe est ... : Femme Homme Transgenre

1.6 Avez-vous un numéro d'identification POSPH/OT
 Non
 Oui, mais pas ici
 Oui, en possession → Numéro : _____
 Refuse de répondre

1.7 Possédez-vous une carte Santé de l'Ontario?
 Non
 Oui, mais pas ici
 Oui, en possession → Numéro : _____

1.14 Dans quel genre d'endroit viviez-vous avant de déménager au foyer, l'endroit où vous restez actuellement?

Guides : Maison, appartement, séjour temporaire avec des amis ou proches, refuge pour sans-abri, sans-abri, maison de chambres, foyer, pension, foyer de groupe, famille d'accueil, hôpital médical, hôpital psychiatrique, établissement pour le traitement de la toxicomanie, maison de transition, maison de soins infirmiers, motel ou hôtel, prison.

1.15 Combien de temps êtes-vous demeuré à ____ (réponse de 1.14)?
 ____ semaines ____ mois ____ ans Ne sais pas Refuse de répondre

1.16 Pourquoi avez-vous quitté ____ (réponse de 1.14) pour déménager a ce foyer? (compte rendu mot à mot)

Partie 2 : État de santé physique et mentale (SF-12)

Les questions qui suivent concernent votre état de santé actuel ainsi que vos activités quotidiennes. Tentez de répondre à chaque question de la façon la plus précise possible. (Se référer à l'échelle 2.1)

2.1 En général, considérez-vous votre santé... Excellente Passable
 Très bonne Mauvaise
 Bonne Ne sais pas

Les points suivants concernant les activités que vous pourriez mener au cours d'une journée typique. Votre santé vous limite-t-elle lors de ces activités? Si oui, à quel point? (Se référer à l'échelle 2.2-2.3)

2.2 ...activités modérées, comme déplacer une table. Votre santé vous limite-t-elle beaucoup, un peu ou pas du tout? **(Si le participant affirme ne pas faire d'activités, explorer : Est-ce en raison de votre santé?)**
 Oui, très limitée Oui, limitée un peu Non, pas limitée du tout

2.3 ...monter plusieurs escaliers. Votre santé vous limite-t-elle beaucoup, un peu ou pas du tout? **(Si le participant affirme ne pas faire d'activités, explorer : Est-ce en raison de votre santé?)**
 Oui, très limitée Oui, limitée un peu Non, pas limitée du tout

*Les questions suivantes concernent votre santé physique et vos activités quotidiennes au cours des **4 dernières semaines**.*

2.4 Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous accompli moins que vous l'auriez souhaité en raison de votre santé physique?
 Oui Non

- 2.5** Au cours des **4 dernières semaines**, étiez-vous limité lors de votre travail ou autres activités quotidiennes régulières en raison de votre santé physique?
 Oui Non

*Les questions suivantes concernent vos émotions et vos activités quotidiennes au cours des **4 dernières semaines**.*

- 2.6** Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous accompli moins que vous l'auriez souhaité en raison de problèmes émotifs, comme un sentiment de dépression ou d'anxiété?
 Oui Non

- 2.7** Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été dans l'impossibilité d'accomplir votre travail ou autres activités quotidiennes régulières aussi soigneusement qu'à l'habitude en raison de problèmes émotifs, comme un sentiment de dépression ou d'anxiété?
 Oui Non

*Les questions suivantes concernent également votre santé physique et émotionnelle au cours des **4 dernières semaines**. (Se référer à l'échelle 2.8)*

- 2.8** Au cours des **4 dernières semaines**, à quel point la douleur a-t-elle affecté votre travail normal, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la maison? A-t-elle l'affecté..
 Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

*Les questions suivantes concernent ce que vous ressentez et ce que vous avez vécu au cours des **4 dernières semaines**. Pendant que je lis chaque énoncé, veuillez me donner la réponse qui se rapproche le plus de la façon dont vous vous sentiez : est-ce tout le temps, la plupart du temps, une bonne partie du temps, parfois, un peu ou jamais? (Se référer à l'échelle 2.9-2.11)*

- 2.9** Au cours des **4 dernières semaines**... pendant quelle proportion du temps vous êtes-vous senti calme et paisible?
 Tout le temps La plupart du temps Une bonne partie du temps Parfois Un peu Jamais

- 2.10** Au cours des **4 dernières semaines**... pendant quelle proportion du temps avez-vous débordé d'énergie?
 Tout le temps La plupart du temps Une bonne partie du temps Parfois Un peu Jamais

- 2.11** Au cours des **4 dernières semaines**... pendant quelle proportion du temps vous êtes-vous senti à plat ?
 Tout le temps La plupart du temps Une bonne partie du temps Parfois Un peu Jamais

- 2.12** Au cours des **4 dernières semaines**, pendant quelle proportion du temps votre santé physique ou vos problèmes émotifs ont-ils affecté vos activités sociales, comme rendre visite à des amis ou proches? (Se référer à l'échelle 2.12)
 Tout le temps La plupart du temps Parfois Un peu Jamais

Partie 3 : Troubles de santé

Je vais vous poser quelques questions à propos de vos troubles de santé possibles.

Êtes-vous atteint des troubles suivants? **(Lire la liste des états et cocher une case pour chaque ligne).**

	Trouble	Oui	Non	Ne sais pas	Refuse de répondre
1.	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous eu une crise cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Insuffisance cardiaque congestive (ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Maladies du cœur (autre que angine, crise cardiaque ou ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bronchite chronique ou emphysème (BPCO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ulcères d'estomac ou intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hépatite – préciser le type : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Cirrhose (foie endommagé par l'alcool, les drogues, une infection ou d'autres causes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Infection à VIH ou SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Avez-vous contracté une infection transmissible sexuellement (p. ex., chlamydia ou gonorrhée) au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Anémie (diminution de la concentration d'hémoglobine dans le sang, diminution du fer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Cancer – préciser le type : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Avez-vous eu un AVC (accident vasculaire cérébral)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Épilepsie ou attaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Arthrite, rhumatisme, troubles articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Difficulté à marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Affection cutanée (comme eczéma ou psoriasis, lésions cutanées ou ulcères)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Autres troubles de la santé?

Partie 4 : Incapacités

Je vais maintenant vous poser quelques questions à propos de vos incapacités possibles.

4.1 Est-ce qu'un médecin ou professionnel de la santé a déjà diagnostiqué un des troubles suivants :

	Oui	Non	Refuse de répondre	Ne sais pas
a. Déficience développementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Infirmi�t� motrice cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trouble déficitaire de l'attention (TDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dyslexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Effet de l'alcool sur le f�etus (EAF) ou embryof�topathie alcoolique (EFA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Traumatisme crânien ou lésion cérébrale acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Autre difficulté d'apprentissage : (préciser)				

4.2  tes-vous atteint des conditions suivantes ?

	Oui	Non	Refuse de répondre	Ne sais pas
a. Déficience visuelle (autre que le besoin de porter des lunettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Déficience auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Amputation (préciser : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Autre incapacité : (préciser)				

4.3.

	Oui	Non	Refuse de répondre	Ne sais pas
a. Quand vous fr�quentiez l'�cole, étiez-vous en classe adaptée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Quand vous fr�quentiez l'�cole, avez-vous redoublé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : c. Quelles années d'études avez-vous redoublées? _____				
d. �tes-vous impliqué au sein de programmes ou de services avec l'Association pour l'intégration communautaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Avez-vous un préposé aux services de soutien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4.

Utilisez-vous les appareils et accessoires fonctionnels suivants?

	Oui	Non
a. Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fauteuil roulant (non motorisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fauteuil roulant ou triporteur motorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Membres artificiels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prothèse auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 5 : Qualité de vie

EQ-5D et VAS

5.1 Indiquez-moi lesquels parmi les énoncés suivants décrivent le mieux votre état de santé **actuel**. Je vais cocher l'énoncé que vous choisirez. (**Se référer à l'échelle 5.1A-5.1E et cocher une seule case pour chaque groupe**)

A. Parlons de mobilité

Je marche sans problème

J'ai un peu de difficulté à marcher

Je suis alité

B. Parlons de l'autonomie

Je n'ai aucun problème d'autonomie

J'ai de la difficulté à me laver ou à m'habiller

Je suis incapable de me laver ou de m'habiller

C. Maintenant, parlons des activités ordinaires (p. ex., faire une promenade)

Je n'ai aucun problème à effectuer mes activités ordinaires

J'ai un peu de difficulté à effectuer mes activités ordinaires

Je suis incapable d'effectuer mes activités ordinaires

D. Parfait, maintenant parlons de vos douleurs/malaises

Je n'éprouve pas de douleur ou de malaise

J'éprouve un peu de douleur ou de malaise

J'éprouve beaucoup de douleur ou de malaise

E. Enfin, parlons d'anxiété et de dépression

Je ne suis pas anxieux ou déprimé

Je suis modérément anxieux ou déprimé

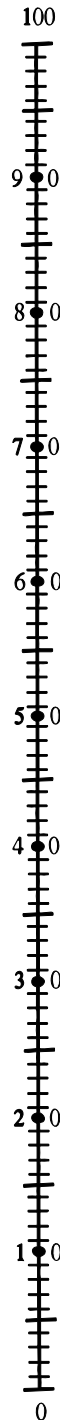
Je suis extrêmement anxieux ou déprimé

5.2 Dans le but d'aider les participants à indiquer à quel point leur état de santé est bon ou mauvais, nous avons dessiné une échelle (semblable à un thermomètre) sur laquelle le meilleur état imaginable est marqué 100 et le pire état imaginable est marqué 0.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle à quel point votre état de santé est bon ou mauvais aujourd'hui, selon vous. Veuillez le faire en traçant une ligne partant de la case ci-dessous au point sur l'échelle représentant dans quelle mesure votre état de santé est bon ou mauvais aujourd'hui.

Votre état de santé aujourd'hui

Meilleur état de santé imaginable



Pire état de santé imaginable

Partie 6 : Diagnostics de troubles mentaux

6.1. Avez-vous eu un diagnostic des troubles mentaux suivants par un professionnel de la santé?

	Oui	Non	Ne sais pas	Refuse de répondre
A. Trouble bipolaire ou maniaco-dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Dépression ou dépression majeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Trouble d'anxiété généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Trouble maniaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Trouble obsessionnel-compulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Trouble panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Phobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Psychose, autre que la schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Abus d'alcool et de drogues ou dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 7 : Utilisation des soins de santé

Je vais maintenant vous poser quelques questions à propos de vos soins de santé.		
<p>7.1 Existe-t-il une personne ou un endroit en particulier vers laquelle/lequel vous tourner quand vous êtes malade ou avez besoin de conseils en termes de santé?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Oui → Passer à 7.3 0 <input type="checkbox"/> Non 97 <input type="checkbox"/> Ne sais pas 98 <input type="checkbox"/> Refuse de répondre</p>	
<p>7.2 Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez aucune personne ou aucun endroit vers laquelle/lequel vous tourner quand vous êtes malade? (Selon la réponse du participant, cochez une seule case)</p>	<p><input type="checkbox"/> Je suis rarement ou jamais malade <input type="checkbox"/> Je ne consulte pas de médecin / je me traite moi-même <input type="checkbox"/> Je suis nouveau dans le coin <input type="checkbox"/> Je ne sais pas où aller pour recevoir des soins <input type="checkbox"/> J'ai eu de mauvaises expériences avec les médecins / soins de santé <input type="checkbox"/> Aucun médecin dans le coin n'accepte de nouveaux patients <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de moyen de transport <input type="checkbox"/> L'attente pour un rendez-vous est trop longue <input type="checkbox"/> Les heures d'ouverture des cliniques ne me conviennent pas <input type="checkbox"/> La source habituelle de soins de santé dans le coin n'est plus disponible <input type="checkbox"/> Autre – préciser : _____ _____</p>	
<p>7.3 Avez-vous un médecin de famille?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>
(Si non, passer à 7.6)		
<p>7.4 D'habitude votre médecin de famille vient-il vous voir où vous êtes (ici au foyer)?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>7.5 D'habitude voyez-vous votre médecin de famille à son bureau?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>7.6 Voyez-vous un psychiatre régulièrement?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

7.7a. Quand vous allez vous procurer des soins de santé, êtes-vous accompagné?

b. **D'habitude** qui vous accompagne?

c. Cette personne travaille-t-elle ici au foyer? Oui Non

7.8a. Prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin?

b. Est-ce qu'une personne vous aide à prendre vos médicaments prescrits?

c. **D'habitude** qui vous aide?

d. Cette personne travaille-t-elle ici au foyer? Oui Non

Numéro de l'enquete _ _ _ _

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Passer à 7.8

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Passer à 7.9

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Passer à 7.9

Au cours des 12 derniers mois , avez-vous reçu des soins...			b. Si « Oui » — Combien de fois au cours des 12 derniers mois?
	Oui	Non	
7.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dans la salle d'urgence d'un hôpital?
7.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dans un hôpital où vous avez été admis? (sans compter passer la nuit dans une salle d'urgence)
7.11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dans un cabinet de médecin, un service de consultations externes, une clinique sans rendez-vous ou un centre de santé communautaire?
7.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lors de la visite à domicile d'un médecin?
7.13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lors de la visite à domicile d'une infirmière?

Partie 8 : Accès / qualité des soins

<p>8.1.a.</p>	<p>Êtes-vous censé suivre un régime alimentaire spécial pour des raisons de santé?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui – préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Refuse de répondre</p>
		<p>Passer à 8.2</p>
<p>b.</p>	<p>À quelle fréquence êtes-vous en mesure de vous procurer les aliments que vous êtes censé manger? (Se référer à l'échelle 8.1b)</p>	<p><input type="checkbox"/> Toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>
<p>8.2</p>	<p>Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon avec laquelle les services de santé ont été prodigués au cours des 12 derniers mois? Êtes-vous : (Se référer à l'échelle 8.2)</p>	<p><input type="checkbox"/> Très satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Relativement satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Pas satisfait ni insatisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Relativement insatisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très insatisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Pas eu recours à des services de santé au cours des 12 derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Refuse de répondre</p>
<p>8.3a.</p>	<p>Parlons de l'avenir. Dans quelle mesure avez-vous confiance que vous pourrez facilement obtenir de bons soins de santé quand vous en aurez besoin? Êtes-vous très confiant, relativement confiant, pas très confiant ou pas confiant du tout? (Se référer à l'échelle 8.3)</p>	<p><input type="checkbox"/> Très confiant</p> <p><input type="checkbox"/> Relativement confiant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas très confiant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas confiant du tout</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Refuse de répondre</p>
		<p>Passer à 9.1</p>
		<p>Allez à 8.3.b</p>
<p>b.</p>	<p>Pour quelle raison n'avez-vous pas confiance de pouvoir facilement obtenir de bons soins de santé quand vous en avez besoin? (compte rendu mot à mot)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Partie 9 : Consommation d'alcool ou d'autres drogues

9.1 Avez-vous consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 3 dernières années?

- Oui — **Continuer avec « Maintenant, je vais vous... »**
- Non — **Passer à la partie 10**
- Ne sais pas — **Continuer avec « Maintenant, je vais vous... »**
- Non — **Passer à la partie 10**

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur la façon avec laquelle l'alcool et les drogues ont peut-être eu des conséquences sur votre vie. Si la question décrit une situation qui ne vous est jamais arrivée, répondez tout simplement Jamais.

GAIN (Se référer à l'échelle 9.2A-Q)	Le mois passé	Les 2 à 6 derniers mois	Les 7 à 12 derniers mois	Il y a plus d'un an	Jamais
9.2 Quelle a été la <u>DERNIÈRE</u> fois que.....					
A. vous avez tenté de cacher que vous consommiez de l'alcool ou des drogues?	3	2	2	1	0
B. votre famille, votre partenaire, vos amis, vos collègues de travail ou les personnes qui vivent avec vous se sont plaints de votre consommation d'alcool ou de drogues?	3	2	2	1	0
C. vous avez consommé de l'alcool ou de drogues sur une base hebdomadaire?	3	2	2	1	0
D. votre consommation d'alcool ou de drogues vous a rendu déprimé, nerveux ou méfiant, vous a désintéressé de certaines choses ou a réduit votre libido?	3	2	2	1	0
E. votre consommation d'alcool ou de drogues a entraîné des engourdissements, des picotements, des tremblements, des éclipses, une hépatite, la TB, une infection transmissible sexuellement ou tout autre problème de santé?	3	2	2	1	0
F. vous avez continué de consommer de l'alcool et des drogues même si vous saviez que cela vous empêchait d'assumer vos responsabilités au travail, à l'école ou à la maison?	3	2	2	1	0
G. vous avez consommé de l'alcool et des drogues lorsque cela était dangereux pour vous, comme en conduisant une voiture, en utilisant une machine ou lors d'une situation où vous avez été blessé ou forcé à avoir une relation sexuelle?	3	2	2	1	0
H. votre consommation d'alcool ou de drogues a entraîné plusieurs problèmes avec la loi?	3	2	2	1	0
I. vous avez continué de consommer de l'alcool ou des drogues même après avoir su que cela vous menait à vous bagarrer ou à avoir d'autres sortes de démêlés avec la justice?	3	2	2	1	0

GAIN (Se référer à l'échelle 9.2A-Q) 9.2 Quelle a été la <u>DERNIÈRE</u> fois que.....	Le mois passé	Les 2 à 6 derniers mois	Les 7 à 12 derniers mois	Il y a plus d'un an	Jamais
J. vous avez eu besoin d'une plus grande quantité d'alcool ou de drogues pour obtenir la même sensation ou vous avez constaté que la même quantité ne vous enivrait pas autant qu'avant?	3	2	2	1	0
K. vous avez eu des problèmes de sevrage de l'alcool ou des drogues comme des mains qui tremblent, des vomissements, de la difficulté à rester assis ou à dormir ou vous avez utilisé de l'alcool ou des drogues pour cesser d'être malade ou pour éviter les problèmes de sevrage?	3	2	2	1	0
L. vous avez consommé de l'alcool ou des drogues en plus grandes quantités, plus souvent ou pour de plus longues périodes que vous ne le souhaitiez?	3	2	2	1	0
M. vous avez été incapable de réduire ou de cesser votre consommation d'alcool ou de drogues?	3	2	2	1	0
N. vous avez passé beaucoup de temps soit à obtenir de l'alcool et des drogues, à consommer de l'alcool ou des drogues ou à ressentir les effets de l'alcool ou des drogues (enivré, malade)?	3	2	2	1	0
O. votre consommation d'alcool et de drogues a fait en sorte que vous avez abandonné ou réduit d'importantes activités au travail, à l'école, à la maison ou lors d'événements de la vie mondaine, ou que vous avez eu des problèmes à vous y adonner?	3	2	2	1	0
P. vous avez continué de consommer de l'alcool ou des drogues même après avoir su que cela causait ou intensifiait des problèmes d'ordre médical, psychologique ou émotif?	3	2	2	1	0
Q. Quel âge aviez-vous la première fois que vous vous êtes soûlé ou que vous avez consommé de la drogue?	_____ ans				

Partie 10 : Activités communautaires

10.1 Je vais vous demander à quelle fréquence vous vous êtes adonné à diverses activités communautaires au cours des **12 derniers mois** (si la réponse pour 1.13 est < 12 mois, alors chercher à obtenir des réponses uniquement pour le nombre de mois que le participant a résidé à ce foyer). Veuillez me fournir le mot qui décrit le mieux à quelle fréquence vous avez participé aux activités communautaires suivantes. (Se référer à l'échelle 10.1A-M)

	JAMAIS	RARE MENT	PAR FOIS	SOUVENT	TRÈS SOUVENT	Si la réponse est « PARFOIS », « SOUVENT » ou « TRÈS SOUVENT » : Pratiquez-vous cette activité...		
						avec l'aide du personne l du foyer	avec l'aide d'une autre personne	sans aide
A. Allé à un centre commercial ou une grande zone commerciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Allé voir un film, un concert ou une pièce de théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Allé à un événement sportif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Participé à des activités sportives intérieures ou extérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Visité un parc ou musée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Allé à un restaurant, bar ou bistro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Allé à un centre communautaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Allé à une église ou un lieu de culte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Allé faire une promenade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Participé à un travail (rémunéré ou à titre bénévole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Allé à une bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Allé à un salon de coiffure ou de beauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Allé à un groupe de soutien ou centre avec les services de porte ouvert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 11 : Soutiens sociaux

Échelle de soutien social de la CMHEI

Je vais vous lire des énoncés concernant vos relations avec les autres. Pour chacun d'entre eux, veuillez me dire si vous être entièrement en accord, en accord, en désaccord ou entièrement en désaccord.

(Se référer à l'échelle 11.1-11.8)

	Entièrement en accord	En accord	En désaccord	Entièrement en désaccord
11.1 Il n'y aurait personne pour m'aider si quelque chose se passait mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 J'ai des proches et amis qui m'aident à me sentir heureux et en sécurité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 Il y a quelqu'un en qui j'ai confiance à qui je peux demander des conseils quand j'ai des problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 Il n'y a personne avec qui je me sens suffisamment à l'aise pour parler de mes problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5 Je ne me sens pas intime avec personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6 Je peux compter sur d'autres personnes en cas d'urgence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7 J'offre mon soutien à mes amis ou ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8 Je suis souvent en désaccord ou en querelle avec ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je vais maintenant vous poser quelques questions à propos de vos proches.

11.9 Y a-t-il des personnes avec qui vous êtes à l'aise de parler de problèmes personnels?

- Oui
- Non
- Pas de réponse
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Passer à 12.1

11.10 Parmi ces personnes, combien sont des :

(Cocher toutes les cases pertinentes et inscrire le nombre à côté de chaque réponse)

- membres de la famille, __ __
- amis, __ __
- chefs spirituels, __ __
- fournisseurs de soins, __ __
- petit ami, petite amie ou partenaire, __ __
- travailleurs du foyer, __ __
- autre __ __

11.11 Au cours du dernier mois, quelle a été la fréquence de vos contacts avec des amis proches?
(Se référer à l'échelle 11.11 et 11.13)

- Aucun → **Passer à 11.13**
 - Une fois ou deux
 - Une fois par semaine
 - Plusieurs fois par semaine
 - Pas de réponse
 - Ne sais pas
 - Refuse de répondre
- } **Passer à 11.13**

11.12 Parmi les amis proches avec lesquels vous avez été en contact au cours du dernier mois...

- Ils habitent tous ici dans le même immeuble que vous
- Ils habitent tous ailleurs
- Certains d'entre eux habitent ici et d'autres vivent ailleurs

11.13 Au cours du dernier mois, quelle a été la fréquence de vos contacts avec votre famille (y compris conjoint/partenaire)? **(Se référer à l'échelle 11.11 et 11.13)**

- Aucun
- Une fois ou deux
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Pas de réponse
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Partie 12 : Choix personnel

Les prochaines questions concernent votre vie ici.

	Oui	Non	Refuse de répondre	Ne sais pas
12.1 Avez-vous votre mot à dire concernant l'heure à laquelle vous vous couchez et vous vous levez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 Avez-vous votre mot à dire concernant l'heure à laquelle vous prenez vos repas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 Avez-vous votre mot à dire concernant la manière dont vous dépensez votre argent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 Vos prestations ou chèques d'assistance sociale vont-ils directement aux personnes qui dirigent ce foyer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5 Cet endroit organise-t-il des rencontres régulières au cours desquelles vous pouvez partager vos préoccupations, sentiments et opinions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6 Êtes-vous en mesure d'être en désaccord avec le personnel de l'endroit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7 Si vous avez une plainte ou un problème à propos du foyer, est-ce qu'il y a une personne ici pour consigner votre plainte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8 Si vous avez une plainte ou un problème à propos du foyer, est-ce qu'il y a une personne à l'extérieur pour consigner votre plainte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 14 : Hébergement

14.1 Avez-vous **DÉJÀ** été sans-abri?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Passer à 14.3

14.2 Quelle a été la dernière fois que vous avez été sans-abri?

Il a y _ _ mois OU il y a _ _ ans Ne sais pas Refuse de répondre

Conditions de vie actuelles

14.3 Pour quelle raison vivez-vous ici? (compte rendu mot à mot)

14.4 Qui vous a recommandé à cet endroit? _____

- Ne sais pas Refuse de répondre

14.5a. Considérez-vous que vivre ici a eu une incidence sur votre santé?

- Oui → **b.** L'effet sur votre santé a-t-il été positif, négatif ou les deux?
 - Positif Négatif À la fois positif et négatif
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

14.6 Y a-t-il des choses que vous aimez du fait de vivre ici?

- Non
- Oui → Préciser : _____
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

14.7 Y a-t-il des choses que vous n'aimez pas du fait de vivre ici?

- Non
- Oui → Préciser : _____
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

14.8 Préférez-vous rester ici ou déménager ailleurs?

- Rester → Passer à 14.11
- Déménager ailleurs
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Passer à 14.9a

14.9a. Planifiez-vous déménager au cours des **6 prochains mois**?

- Non → **b.** Pour quelle raison ne déménagez-vous pas? _____
- Oui → **c.** Dans quel type d'hébergement aimeriez-vous déménager? _____

14.10a. Avez-vous de la difficulté à trouver un autre endroit où vivre?

- Non
- Oui → **b.** Quel type de difficulté affrontez-vous? _____

14.11 Considérez-vous que vous vivez actuellement dans un environnement sain?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Partie 15 : Qualité de l'hébergement

15.1 Veuillez lire l'énoncé suivant au participant (J'aimerais maintenant vous poser quelques questions à propos de l'endroit où vous habitez EN CE MOMENT.) Veuillez vous servir de l'échelle suivante pour répondre aux questions. (**Se référer à l'échelle 15.1a-f**)

	TRÈS MAUVAIS	MAUVAIS	RELATIVEMENT MAUVAIS	NI BIEN NI MAUVAIS	RELATIVEMENT BON	BON	TRÈS BON
a. Comment évalueriez-vous cet endroit en termes de confort?	1	2	3	4	5	6	7
b. Comment évalueriez-vous cet endroit en termes de sécurité?	1	2	3	4	5	6	7
c. Comment évalueriez-vous cet endroit en termes de grandeur*?	1	2	3	4	5	6	7
d. Comment évalueriez-vous cet endroit en termes de vie privée**?	1	2	3	4	5	6	7
e. Comment évalueriez-vous cet endroit en termes d'obligeance***?	1	2	3	4	5	6	7

f. Comment évalueriez-vous cet endroit en termes de qualité générale?	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

***Grandeur** : Vous considérez que vous avez suffisamment d'espace pour vivre confortablement.

****Vie privée** : Vous considérez que vous avez votre propre espace au sein duquel vous n'êtes pas dérangé par les autres.

*****Obligeance** : Vous considérez que vous êtes dans une ambiance agréable et accueillante et vous y êtes à l'aise.

Partie 16 : Démêlés avec la justice

16.1 Au cours des **12 dernières mois**, avez-vous été arrêté?

- Oui → Si oui, combien de fois avez-vous été arrêté? _____
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

16.2 Au cours des **12 dernières mois**, avez-vous passé des nuits en prison?

- Oui → Si oui, combien de nuits avez-vous passé en prison? _____
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

16.3a Au cours des **12 dernières mois**, avez-vous été en liberté conditionnelle ou en période de probation?

- Oui → Si oui, aller à 16.3.b
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Passer à 17.1a

16.3b Vivre dans un foyer constitue-t-il une condition de votre liberté conditionnelle ou période de probation?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refuse de répondre

Partie 17: Emploi

17.1a. Possédez-vous actuellement un emploi rémunéré?

- Oui
- Non

Si OUI,

b. Combien d'heures par semaine? _____ heures

c. Quel type de travail faites-vous? _____

SI NON,

d. À quand date votre dernier emploi rémunéré? I y a ____ jours il y a ____ semaines il y a ____ ans

e. Quel type de travail avez-vous effectué la dernière fois que vous avez occupé un emploi rémunéré?

17.2a. Occupez-vous actuellement un poste bénévole?

- Oui Non

Si OUI,

b. Combien d'heures par semaine? _____ heures

c. Quel type de travail bénévole faites-vous? _____

Partie 18 : Conclusion et observations de la personne responsable de l'entrevue

Je vous remercie beaucoup pour votre participation à cette étude.

PLEASE REMEMBER TO:

- OBTAIN PARTICIPANT'S SIGNATURE AND PROVIDE REIMBURSEMENT
- START, FINISH, AND TOTAL TIME ON PAGE 2.

INTERVIEWER'S OBSERVATIONS

18.1 Did you observe any of the following?

	Not at all	Slight extent	Modest extent	Moderately	Large extent
A) responding to voices, noises, others can't hear, or to other private experiences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) responding to or seeing things other can't see	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) suspicion/persecution or other delusions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) having pressured speech/euphoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) seriously agitated or aggressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) extremely slowed down/stuporous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) extremely depressed/sad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) so withdrawn, in own world, or frightened that He/she answered questions only with difficulty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) unusually bizarre in behavior or appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) extremely unusual thinking about past/current experiences (NOT situational or cultural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) extremely apathetic/flat in affect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) extremely inappropriate in affect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) with incoherent, confused speech (NOT situational or cultural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.2 Was the participant interested and co-operative?

- Not at all interested or cooperative Not very interested or cooperative Reasonably interested and cooperative Very interested and cooperative Extremely interested and cooperative

18.3 How much difficulty did the participant have answering the questions?

- Extreme difficulty More than average difficulty Average difficulty Less than average difficulty No difficulty at all

18.4 INTERVIEWER'S COMMENTS, NOTES, AND REMARKS ABOUT THE PARTICIPANT'S BEHAVIOUR
