

D O N N É E S S O C I O - D É M O G R A P H I Q U E S

10. A quel genre vous identifiez-vous ? Homme Femme Autre

10.1. Si **Autre**, précisez

11. Quel est votre statut marital ? Célibataire Veuf (ve)
 Marié/Pacsé(e) NSPP
 Séparé/Divorcé(e)

12. Quelle est votre nationalité?

13. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) à Montpellier ? <12 mois ≥12 mois NSPP

14. Quel est votre lieu de vie actuel ? Durable (autonome/chez des proches/institutions)
 Provisoire (chez des proches/institutions)
 Squat, camions
 Tente
 Rue
 NSPP
 Autre

14.1. Si **Autre**, précisez

15. Vivez-vous? Seul(e) Avec de la famille
 En couple NSPP
 Avec des amis

16. Quelles sont vos sources de revenus Activités professionnelles Activités illégales
 Allocations/Minimum sociaux NSPP
 Manche/mendicité Autre
 Famille

16.1. Si **Autre**, précisez

17. Quelle est votre couverture sociale: Régime général AME
droits de base ? PUMA Sans

18. Quelle est votre couverture Mutuelle CMUc
complémentaire? 100% AME
 100% + Mutuelle Sans

M

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE DE LA VILLE

19. Quelles structures de santé de la ville de Montpellier avez-vous fréquenté(e) au cours des 12 derniers mois ?

M

- Cabinet de médecin généraliste
- Cabinet de médecin spécialiste
- CSAPA
- CAARUD
- Pharmacies
- Urgences
- Services de soins gratuits (PASS, Médecins du Monde, Santé Solidarité)
- Aucun
- Autre

19.1 Si **Autre**, précisez:

.....

LIRE Je vais vous poser des questions sur votre consommation de drogues et autres substances ainsi que sur vos comportements sexuels. Certaines questions pourront vous paraître très personnelles ou gênantes, mais n'oubliez pas que vous êtes tout à fait libre de ne pas y répondre, que nous les posons à tous les participants de l'étude et aussi que vos réponses seront traitées et analysées de façon strictement confidentielle. Soyez aussi précis et honnête que possible. Je vous remercie.

CONSOMMATION D'ALCOOL – AUDIT - C

Considérez un "verre" comme une canette ou une bouteille de bière pas forte, un verre de vin, un cocktail ou un verre d'alcool fort (comme le scotch, le gin ou la vodka).

20. Dans les 12 derniers mois quelle a été la fréquence de votre consommation d'alcool ?
- Jamais → **Aller à Q23** [0]
 - Une fois par mois ou moins [1]
 - 2 à 4 fois par mois [2]
 - 2 à 3 fois par semaine [3]
 - Au moins 4 fois par semaine [4]
21. Dans les 12 derniers mois combien de verres d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
- 3 ou 4 [1]
 - 5 ou 6 [2]
 - 7 ou 8 [3]
 - 10 ou plus [4]
22. Dans les 12 derniers mois à quelle fréquence buvez-vous 6 verres ou d'avantage lors d'une occasion particulière ?
- Jamais [0]
 - Moins d'une fois par mois [1]
 - Une fois par mois [2]
 - Une fois par semaine [3]
 - Tous les jours ou presque [4]

23. Score total (Q20-Q22) |_|_|

C O N S O M M A T I O N D E T A B A C

24. Fumez-vous du tabac ? Oui Non → si Non aller à Q28
25. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? <10
 11 à 20
 21 à 30
 >30
26. A quel âge avez-vous commencé à fumer ? |_|_| ans
27. Combien de temps après le réveil fumez-vous ? Dans les 5 premières minutes
 Dans la première demi-heure
 Dans la première heure
 Après 1 heure

C O N S O M M A T I O N D E C A N N A B I S

28. Au cours du dernier mois, avez-vous consommé(e) du cannabis ? Oui Non NSPP
→ si Non/NSPP aller à Q29
- 28.1. Si **Oui**, combien de joints fumez-vous en moyenne par jour |_|_|.
- 28.2. Si oui, à combien de grammes estimez-vous votre consommation quotidienne de cannabis ? |_|_|.

M E D I C A M E N T D E S U B S T I T U T I O N A U X O P I A C E S (T S O)

29. Prenez-vous actuellement un traitement de substitution aux opiacés ? Oui Non → si Non aller à Q30
- 29.1.1. Si Oui, depuis combien de temps ? < 1mois
 1 à < 3 mois
 3 à < 6 mois
 ≥ 6 mois
 NSPP
- 29.1.2. Si Oui, mode d'obtention ? Médecine libérale
 Antenne Méthadone
 CSAPA
 Rue
 Autre
- 29.1.2.1. Si Autre, précisez
- 29.1.3. Si Oui, lequel ? Méthadone
 Buprénorphine (Subutex® ; Orobupré® ; Suboxone®)

M

29.1.4. Si Oui, vous arrive-t-il de prendre le TSO en dehors de son usage prescrit ou courant ? Oui Non NSPP

29.1.4.1. Si Oui, comment ? Posologie supérieure à la prescription
 Multiplication des prises dans la journée
 Injection
 Sniff

M

LIRE Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'autres substances au cours du dernier mois, indépendamment de la voie de consommation. Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cette étude, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, merci de le dire.

CONSOMMATIONS DE PRODUITS AUTRES QUE TABAC ET CANNABIS

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous consommées le mois dernier ?

30. **Cocaïne** (coke, poudre, blanche, C, CC, coco, Caroline, Neige)

30.1. Consommation mois dernier

Oui Non

→ si Non aller à Q31

30.2. Si oui mois dernier, voies de consommation

Sniffé Injecté
 Avalé/ingéré/parachute
 Fumé

M

30.3. Si oui mois dernier, quantité moyenne en grammes par semaine

< 1g
 De 1 à < 2g
 De 2 à 5 g
 De 6 à 10 g
 >10 g

31. **Crack-Base** (caillou, galette, cocaïne basée, free base, rocks, Roxanne)

31.1. Consommation mois dernier

Oui Non

→ si Non aller à Q32

31.2. Si oui mois dernier, voies de consommation

Sniffé Injecté Fumé

M

31.3. Si oui mois dernier, quantité moyenne en grammes par semaine

< 1g
 De 1 à < 2g
 De 2 à 5 g
 De 6 à 10 g
 >10 g

32. Opiacés

32.1. Consommation mois dernier

 Oui Non

→ si Non aller à Q33

	Dernier mois	M Voies de consommation
32.2. Héroïne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Fumé
32.3. Opium	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
32.4. Rachacha	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré <input type="checkbox"/> Patch
32.5. Opioides de synthèse <i>(Apache, arrache, China white, China girl, Dance fever, Drop Dead, Flatline, Goodfella, Great Bear, héroïne de synthèse, Jackpot, Lollipops, Murder 8, rach, Perc-o-Pops, Poison, TNT...)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
32.6. Méthadone	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
32.7. Buprénorphine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
32.8. Antalgiques opioïdes <i>(sulfate de morphine, Actiskenan[®], codéine, Codoliprane[®], Contramal[®], Dicodin[®], Dilaudid[®], Durogésic[®], Fentanyl[®], hydromorphone, Kapanol[®], Klipal[®], Monoalgic[®], Moscontin[®], Neocodion[®], Oramorph[®], oxycodone, Oxynorm[®], Oxycontin[®], Padéryl[®], Skenan[®], Sken, Sophidone[®], Topalgic[®], Tramadol[®], Zamudol[®])</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré <input type="checkbox"/> Patch
32.8.1. Si antalgiques opioïdes, le(s)quel(s) ?	

33. AUTRES CONSOMMATIONS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → si Non aller à Q49	
	Dernier mois	M Voies de consommation
STIMULANTS		
34. Amphétamines (<i>amphet, amphé</i>)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
35. Métamphétamine (<i>Yabaa, Speed, Crank, Crystal, Meth, Crystal meth, Glass, Ice, Shabu, Tina...</i>)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
36. MDMA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
37. Ecstasy (<i>Ecsta, E, Ex, X et XTC, Molly, MD</i>)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
38. Ritaline (Quasym® ; Concerta®)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
39. Artane	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
HALLUCINOGENES		
40. LSD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
41. Champignons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
42. Datura	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
CATHINONES		
43. Méphédronne, mcat, meow, 4MEC, PCP, MDPV, NRG-1, etc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
SOLVANTS ET NITRES INHALES		
44. Poppers, colle, essence, diluant, proto, etc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inhalé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
MEDICAMENTS DETOURNES DE LEUR USAGE (HORS PRESCRIPTION)		
45. Kétamine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
46. GHB	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
47. Calmants et somnifères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré
48. Autres – spécifiez,.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Sniffé <input type="checkbox"/> Injecté <input type="checkbox"/> Avalé/Ingéré

P R A T I Q U E S D ' I N J E C T I O N

(SEULEMENT POUR LES PERSONNES AVEC "INJECTEE" » A Q29.1.4, Q30-48)

49. Au cours des 6 derniers mois quelles ont été vos sources d'approvisionnement en matériel d'injection ?

M

- Pharmacie
 CAARUD
 CSAPA
 Usager ou lieu relais
 Scooter (du CAARUD « Réduire les Risques »)
 Autre

49.1. Si Autre, précisez

50. Au cours des 6 derniers mois avez-vous partagé du matériel d'injection ?

- Oui Non NSPP

50.1. Si Oui, qu'avez-vous partagé ?

M

- Aiguille Flacon d'eau
 Seringue NSPP
 Coton/Filtre Garrot
 Cuillère/cup Autre

50.1.1. Si Autre, précisez

51. Au cours des 6 derniers mois avez-vous partagé/divisé(e) des produits à partir d'une cuillère/cup commune (la vôtre ou celle d'une autre personne) ?

- Oui Non NSPP

52. Au cours des 6 derniers mois quelle eau avez-vous mis dans la cuillère ?

M

- Eau du robinet
 Eau minérale
 Eau des kits d'injection
 Autre

52.1. Si Autre, précisez

53. Au cours des 6 derniers mois vous êtes-vous lavé les mains avant de vous injecter ?

- Jamais → si Jamais aller à Q54
 Occasionnellement
 Presque toujours
 Toujours
 NSPP

53.1. Comment vous êtes-vous lavé les mains ?

M

- Eau du robinet + savon
 Eau du robinet
 Eau minérale + savon
 Eau minérale
 Gel hydro-alcoolique
 Autre

53.2. Si Autre, précisez

54. Comment pratiquez-vous l'injection en général ?

- Vous le faites vous-même
 Vous le faites faire par quelqu'un d'autre

 NSPP

55. Que faites-vous du matériel d'injection usagé en général ?

- Vous le jetez dans un container spécial
 Vous le jetez à la poubelle
 Vous le conservez pour plus tard
 Vous le jeter par terre
 NSPP
-

56. Lors du dernier mois avez-vous eu un ou des abcès aux points d'injection ?

- Oui Non NSPP
-

P A R T A G E

57. Au cours des 6 derniers mois avez-vous partagé une paille?

- Oui Non NSPP
-

58. Au cours des 6 derniers mois avez-vous partagé une pipe à crack ou un des éléments de la pipe?

- Oui Non NSPP

V I E S E X U E L L E

59. Au cours des 12 derniers mois vos partenaires sexuels étaient en général

M

- Des hommes
 Des femmes
 Autre
 NA → **Jamais eu de rapports sexuels aller à Q67**
 NSPP

60. Au cours des 12 derniers mois à quelle fréquence avez-vous utilisé des préservatifs lors de vos rapports sexuels ?

- Jamais
 Occasionnellement
 Presque toujours
 Toujours
 NSPP

61. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels après avoir utilisé des produits psycho-actifs ? (chemsex)

- Oui Non NSPP

61.1 Si OUI, au cours du dernier mois ?

- Oui Non NSPP

62. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels après vous avoir injecté des produits psychoactifs ? (slam)

- Oui Non NSPP

62.1 Si OUI, au cours du dernier mois ?

- Oui Non NSPP

63. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires en une même occasion ?

- Oui Non NSPP

64. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels en échange d'argent ?

- Oui Non NSPP

65. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels en échange de substance psycho-actives ?

- Oui Non NSPP

66. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels en échange de protection ?

- Oui Non NSPP

AUTRES PRATIQUES À RISQUES

67. Avez-vous un ou plusieurs tatouages/piercing ?

 Oui Non NSPP

→ Si Non ou NSPP aller à Q68

67.1. Si Oui, par qui a-t-il ou ont-ils été faits?

M

 Un(e) tatoueur professionnel Un(e) tatoueur amateur Moi-même NSPP Autre

67.1.1. Si Autre, précisez

68. Avez-vous déjà été **incarcéré** ? Oui Non NSPP

→ Si Non ou NSPP aller à Q69

68.1. Si Oui, était-ce ?

M

 France Etranger NSPP

68.2. Si Oui, avez-vous partagé du matériel d'injection, d'inhalation ou de sniff durant la détention ?

 Oui Non NSPP

68.3. Si Oui, avez-vous fait un ou plusieurs tatouages / piercing durant la détention ?

 Oui Non NSPP

68.4. Si Oui, avez-vous eu des rapports sexuels non protégés durant la détention ?

 Oui Non NSPP69. Avez-vous déjà été hospitalisé en **psychiatrie** ? Oui Non NSPP

→ Si Non ou NSPP fin du questionnaire

69.1. Si Oui, était-ce ?

M

 France Etranger NSPP

69.2. Si Oui, avez-vous partagé du matériel d'injection, d'inhalation ou de sniff durant le séjour ?

 Oui Non NSPP

69.3. Si Oui, avez-vous fait un ou plusieurs tatouages / piercing durant le séjour ?

 Oui Non NSPP

69.4. Si Oui, avez-vous eu des rapports sexuels non protégés durant le séjour ?

 Oui Non NSPP