

LE POINT RELAIS SANTE

de la Mission Locale

L'assurance maladie, c'est quoi ?

j'ai subi des violences

C'est tendu avec mes parents

Je suis enceinte

je me pose des questions sur la contraception

j'ai un problème de poids

je n'ai pas confiance en moi

je suis stressé(e)

Je dors mal

je me sens seul(e)

j'ai des problèmes de santé

Pour prendre soin de soi...

**UN ESPACE D'ECOUTE, CONFIDENTIEL,
POUR PARLER DE SES DIFFICULTES**



**Anxiété, stress, insomnie, fatigue,
perte de motivation...
découvrez le programme RESPIR' !**

**Un questionnaire pour
mieux vous connaître.**



Respir'

16/25 ANS

POUR VIVRE MIEUX AVEC SOI MEME & AVEC LES AUTRES

**Des ateliers pour apprendre à gérer votre
stress et à trouver en vous des ressources
(calme, confiance, sécurité intérieure, capacité
à faire des choix et à agir).**

PROJET
SOUTENU
PAR

FONDATION
DE
FRANCE

POINT RELAIS SANTE - 2018
16 Rue du Petit Sol - 24100 Bergerac
05.53.58.25.27

QUESTIONNAIRE DE REPERAGE DU MAL-ETRE CHEZ LES JEUNES SUIVIS PAR LA MISSION LOCALE DU BERGERACOIS

1

NOM.....	PRENOM.....	AGE
CONSEILLERE.....	DATE.....	

*En France, un jeune sur 4 est en situation de mal-être : anxiété, stress, insomnie, fatigue, perte de motivation... Le repérage des signes de cette souffrance est essentiel. Dans le cadre du projet RESPIR', La Mission Locale du Bergeracois vous propose de répondre à ce questionnaire afin que votre conseillère vous connaisse mieux et puisse vous accompagner dans votre parcours et vos projets. **Vos réponses resteront confidentielles et vous pouvez refuser de répondre à certaines questions.** Prochainement, des ateliers hebdomadaires RESPIR' seront proposés pour aider ceux qui le souhaitent à mieux gérer leur stress et à reprendre confiance en eux. Le projet RESPIR' est soutenu par la Fondation de France.*

1- Où vivez-vous actuellement ?

- Chez vos parents (ou chez l'un de vos parents)
- Chez des membres de votre famille
- Chez des amis
- Dans un logement personnel
- Sans logement stable
- Autre type de logement – précisez.....

2- Vivez-vous en couple ? OUI NON

3- Avez-vous des enfants ? OUI NON Vivent-ils avec vous ? OUI NON Attendez-vous un enfant ? OUI NON

4- Quel est le montant de vos ressources du mois dernier ?

- Pas de ressources
- Moins de 100€
- Entre 100€ et 300€
- Entre 300€ et 500€
- Plus de 500€

5- Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés à faire face à vos besoins (alimentation, vêtements, factures...) ? OUI NON

6- En cas de difficulté, y a-t-il des personnes de votre entourage sur lesquelles vous puissiez compter (pour vous héberger, vous soutenir financièrement)? OUI NON

7- Au cours du mois dernier, avez-vous rencontré des membres de votre famille ?

- Père ou mère OUI NON
- Frère, sœur, grand parents, oncle, tante... OUI NON

8- Au cours du mois dernier, avez-vous passé du temps avec des amis (sorties, rencontres...) ? OUI NON

9- Etes-vous en lien avec des personnes via les réseaux sociaux ? OUI NON

10- Actuellement, vivez-vous une situation particulièrement difficile concernant :

L'état de santé d'un proche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Votre relation avec votre partenaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vos relations avec des membres de votre famille ou des amis	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Votre situation professionnelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Votre situation matérielle et financière	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Des poursuites judiciaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres situations ? Précisez		

11- Actuellement, vivez-vous une situation particulièrement heureuse ?

Si oui, laquelle ?

12- Dans le passé, avez-vous vécu un ou plusieurs de ces évènements :

La séparation de vos parents	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
La maladie, l'hospitalisation, la dépression, l'alcoolisme,		
Le handicap, un accident grave, de votre père ou de votre mère	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Le suicide d'un membre de votre famille	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Le décès de votre père, de votre mère, d'un frère, d'une sœur	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Le décès d'une personne proche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Une séparation douloureuse dans votre couple	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres évènements ? Précisez		

13- Dans le passé, avez-vous vécu des évènements particulièrement heureux ?

Si oui, lesquels?

14- Dans le passé, avez-vous eu un accident ou une maladie OUI NON

Merci de préciser

15- Dans le passé,

Avez-vous subi des violences physiques ? (maltraitements, coups, agressions...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>
Avez-vous subi des violences verbales ? (cris, injures, silences...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>
Avez-vous subi des violences psychiques ? (Menaces, humiliations, harcèlement...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>
Avez-vous subi des violences sexuelles ? (attouchements, mutilations, viol, inceste...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>

Aujourd'hui, pouvez-vous être en contact avec une ou des personnes qui vous ont fait subir des violences (physiques, verbales, psychologique, sexuelle) OUI NON

16- Habituellement, à quelle heure vous couchez vous ?

avant 21h entre 21h et 23h entre 23h et 1h après 1h

17- Habituellement, combien de temps mettez-vous à vous endormir ?

immédiatement un peu de temps longtemps très longtemps

18- Habituellement, combien de temps dormez-vous ?

moins de 3h de 3h à 6h de 6h à 8h plus de 8h

19- Avez-vous tendance à vous réveiller au cours de la nuit, à faire des cauchemars ?

jamais rarement assez souvent très souvent

20- Comment vous sentez-vous le matin au réveil ?

en bonne forme moyennement en forme fatigué(e) épuisé(e)

21- Récemment, avez-vous pris ou perdu du poids (+ 5kg ou - 5kg) sans le vouloir ?

OUI NON NE SAIT PAS

22- Combien de temps passez-vous, par jour, en position assise ? (travail, loisirs, écrans...)

moins de 3h de 3h à 5h plus de 5h

23- Quel est votre niveau d'activité physique (travail, vie quotidienne, loisirs, sports)?

faible modérée (1h de marche par jour ou équivalent) intensive

24- Au cours des 3 derniers mois, quelle a été votre consommation de :

	jamais	moins de 2 fois/mois	moins de 2 fois/semaine	presque tous les jours	plusieurs fois par jour
Tabac	<input type="checkbox"/>				
Alcool	<input type="checkbox"/>				
Cannabis	<input type="checkbox"/>				
Cocaïne	<input type="checkbox"/>				
Opiacés (héroïne, codéine, morphine)	<input type="checkbox"/>				
Amphétamines, PCP	<input type="checkbox"/>				
Jeux d'argent	<input type="checkbox"/>				
Dépenses d'argent (achats compulsifs)	<input type="checkbox"/>				
Jeux en ligne	<input type="checkbox"/>				
Cybersexe (sexe sur internet)	<input type="checkbox"/>				
Autres	<input type="checkbox"/>				

25- Au cours du dernier mois :

	Jamais	Presque jamais	Assez souvent	Très souvent
1. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes-vous senti(e), triste, découragé(e) ou démoralisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) pour gérer vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ou votre agressivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous réussi à vous concentrer et à prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous êtes-vous mis(e) en danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous êtes-vous senti(e) mal à l'aise dans un groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) de vos émotions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu tendance à vous isoler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous êtes-vous senti(e) très fatigué(e), sans énergie, plus lent(e) que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous êtes-vous senti(e) coupable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous eu le sentiment de ne rien faire, d'être inutile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous perdu la motivation, l'envie, le plaisir pour des activités que vous aimiez (loisirs, amis...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous eu des idées que les autres trouvent bizarres et irréelles comme avoir l'impression d'être observé(e) ou que les autres devinent vos pensées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous pensé à la mort, au suicide, à vous faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26- Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?

OUI NON

27- Avez-vous eu un suivi psychologique (CMP, psychologue, autre...) et/ou avez-vous été hospitalisé(e), même 1 jour, dans un hôpital psychiatrique ?

OUI NON NE SAIT PAS

28- Suivez-vous actuellement un traitement médical pour vous soigner ?

OUI NON

29- Avez-vous une reconnaissance « travailleur handicapé (RQTH)» ?

OUI NON NE SAIT PAS

30- Qu'aimeriez-vous changer dans votre vie ?

.....
.....
.....

31- Comment vous sentez-vous après avoir complété ce questionnaire ?



32- Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire sur ce questionnaire ?

.....
.....
.....
.....

33- Souhaiteriez-vous rencontrer la référente du Point Relais Santé pour aborder des thématiques du questionnaire ?

OUI NON NE SAIT PAS

34- Seriez-vous intéressé(e) pour être aidé(e) à mieux gérer votre stress et vos émotions et à reprendre confiance en vous ?

OUI NON NE SAIT PAS

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

QUESTION 25 du questionnaire RESPIR'

Prénom :

NOM :

Date :

Au cours du dernier mois :

	Jamais	Presque jamais	Assez souvent	Très souvent
1. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes-vous senti(e), triste, découragé(e) ou démoralisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) pour gérer vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ou votre agressivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous réussi à vous concentrer et à prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous êtes-vous mis(e) en danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous êtes-vous senti(e) mal à l'aise dans un groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) de vos émotions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu tendance à vous isoler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous êtes-vous senti(e) très fatigué(e), sans énergie, plus lent(e) que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous êtes-vous senti(e) coupable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous eu le sentiment de ne rien faire, d'être inutile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous perdu la motivation, l'envie, le plaisir pour des activités que vous aimiez (loisirs, amis...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous eu des idées que les autres trouvent bizarres et irréelles comme avoir l'impression d'être observé(e) ou que les autres devinent vos pensées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous pensé à la mort, au suicide, à vous faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>