

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

CASIG-rev © (Lecomte, Raffard, Heyden & Corbière, 2020)

Version mise à jour du *Client Assessment of Strengths Interests and Goals* (Wallace et al.)

Cet outil vise à déterminer les buts, objectifs et besoins des personnes recevant des services et qui ont un trouble mental ou trouble psychique. L'outil mesure aussi les obstacles ainsi que les défis pour atteindre les buts ciblés. Ainsi, l'équipe d'intervention pourra ajuster l'offre de services pour mieux répondre aux buts, et aider la personne à rencontrer ses objectifs. Selon les milieux de pratique, l'outil peut être offert au complet, ou seulement certaines des six composantes. Nous recommandons toutefois qu'il soit utilisé en entier car il facilitera l'accompagnement lors du rétablissement. L'outil a été développé pour être utilisé à travers la francophonie et peut inclure des termes qui sont moins utilisés dans certains milieux.

Les échelles proposées s'inscrivent dans le contexte de services offerts selon le modèle du rétablissement et incluent les six composantes du bien-être de Ryff¹. L'outil est divisé selon ces 6 composantes, soit :

- 1) l'autonomie;
- 2) les relations sociales positives;
- 3) l'acceptation de soi;
- 4) la croissance personnelle/professionnelle (les finances, le travail, les études, les activités et la citoyenneté);
- 5) la santé physique et mentale (la maîtrise de soi/de son environnement); et
- 6) le sens à sa vie/spiritualité

N.B. Certains items sont suivis d'un astérisque (*) - il indique que la réponse à ces items doit être inversée lors du calcul des scores pour chaque échelle (oui= non, et un non=oui).

¹ Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Table des matières

1 - AUTONOMIE	3
BUTS - LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE.....	3
NUTRITION	3
HYGIÈNE PERSONNELLE	4
EFFETS PERSONNELS.....	5
GESTION DE L'ARGENT	5
2 - RELATIONS SOCIALES POSITIVES	7
BUTS - RELATIONS INTERPERSONNELLES	7
AMITIÉS.....	8
RELATION AMOUREUSES.....	9
FAMILLE.....	9
DÉSIR D'ENFANT / RÔLE PARENTAL	10
VOISINAGE.....	11
INTERACTIONS SOCIALES.....	11
3 - ACCEPTATION DE SOI	13
BUTS – PERCEPTION DE SOI.....	13
ESTIME DE SOI ET AUTOSTIGMATISATION	13
AUTOCOMPASSION.....	14
4 - CROISSANCE PERSONNELLE/ PROFESSIONNELLE	15
BUTS - SITUATION FINANCIÈRE.....	15
BUTS - SITUATION PROFESSIONNELLE (TRAVAIL)/SCOLAIRE (ÉTUDES).....	15
PROFESSIONNEL (EMPLOI)	16
SCOLAIRE (ÉTUDES).....	17
TRANSPORT	18
ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES.....	18
CITOYENNETÉ	19
5 - SANTÉ PHYSIQUE et MENTALE	20
BUTS - SANTÉ.....	20
ACTIVITÉS PHYSIQUES	20
SOMMEIL.....	21
BUTS – SANTÉ MENTALE	21
SANTÉ MENTALE	22
MOTIVATION ET ÉMOTION.....	23
ASPECTS COGNITIFS	24
6 - SENS À LA VIE/ SPIRITUALITÉ	25
BUTS SPIRITUELS / RELIGIEUX.....	25
RAISON D'ÊTRE	26
SPIRITUALITÉ / RELIGION.....	26
PROJET DE VIE.....	27

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

1 - AUTONOMIE

BUTS - LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Aimeriez-vous modifier votre lieu de résidence d'ici un an? (oui ou non) ____ Si oui:

Où souhaiteriez-vous demeurer et dans quel environnement aimeriez-vous vivre dans la prochaine année ?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place ?

Voici quelques questions liées aux habiletés nécessaires pour vivre de manière autonome

NUTRITION

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Planifié des repas équilibrés ?			
2. Préparé des repas simples comme des sandwichs ou des plats congelés ?			
3. Utilisé un micro-ondes pour la préparation de vos repas ?			
4. Préparé des repas nécessitant l'usage d'une cuisinière (plaque de cuisson, four) ?			
5. Nettoyé et rangé la vaisselle et ustensiles au moins une fois tous les trois jours ?			
6. Fait vous-même vos courses (épicerie/supermarché) ?			
7. Fait assez de provisions pour ne pas manquer de nourriture ?			
8. Grignoté souvent entre les repas des aliments non-nutritifs (chips, chocolat) ? *			
9. Mangé souvent dans des restos-rapide (Fastfood, McDo, pizza, etc.) ? *			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas?
(Oui ou non)____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

HYGIÈNE PERSONNELLE

<i>Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Pris une douche ou bain au moins 3 fois au cours de la dernière semaine ?			
2. Brossé vos dents au moins une fois par jour au cours de la dernière semaine ?			
3. Mis des vêtements propres au moins 3 fois au cours de la dernière semaine ?			
4. Pris le temps de vous raser (ou entretenir votre barbe) au moins une fois au cours des 2 derniers jours (cochez « oui » si de sexe féminin) ?			
5. Brossé ou peigné vos cheveux tous les jours au cours de la dernière semaine (cochez « oui » si chauve) ?			
6. Mis du déodorant tous les jours au cours de la dernière semaine ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre hygiène personnelle?
(Oui ou non)____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre hygiène personnelle?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

EFFETS PERSONNELS

<i>Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Lavé vos vêtements au moins une fois au cours des 2 dernières semaines ?			
2. Fait le ménage de votre logement au cours de la dernière semaine ?			
3. Fait votre lit au moins une fois au cours des 3 derniers jours ?			
4. Rangé vos vêtements au moins une fois au cours des 3 derniers jours ?			
5. Jeté les objets inutiles et vidé la poubelle au moins une fois au cours de la dernière semaine ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels? (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

GESTION DE L'ARGENT

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Reçu une somme importante sans personne interposée pour la gérer pour vous (paie, prestation d'aide sociale) ?			
2. Payé vous-même votre loyer et votre nourriture ?			
3. Gardé votre argent dans un endroit sûr ?			
4. Économisé votre argent pour ne manquer de rien pendant tout le mois ?			
5. Fait un budget et évité de faire des dépenses non-essentiels afin de ne pas manquer d'argent ?			
6. Possédé une carte bancaire (ou de retrait/interac) ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer la gestion de votre argent?

(Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la gestion de votre argent?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Date: __/__/__

Nom ou n° du client _____

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

2 - RELATIONS SOCIALES POSITIVES

BUTS - RELATIONS INTERPERSONNELLES

Aimeriez-vous améliorer vos relations interpersonnelles (en général), avec vos amis, votre famille, vos enfants à ou vos relations amoureuses (de couple) au cours de l'année? (oui ou non) _____

Si oui : Comment pourriez-vous améliorer cette (ou ces) relation(s)?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Avez-vous comme projet d'avoir un enfant dans l'année qui vient (oui ou non) ?

Si oui : Qu'est-ce qui pourrait vous aider en prévision de ce but ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Voici quelques questions liées aux habiletés sociales et comportements associés aux relations interpersonnelles

AMITIÉS

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Entretenu des amitiés ? Si oui, avec qui et combien? _____			
2. Passé du temps à parler avec vos ami(e)s ?			
3. Fait des activités avec vos ami(e)s ?			
4a. Eu des contacts quotidiens avec vos ami(e)s (en personne, par textos, médias sociaux, téléphone ou email) ?			
4b. (Si 4a est <<non>>, répondez à la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts hebdomadaires avec vos ami(e)s (en personne, par textos, médias sociaux, téléphone ou email) ?			
4c. (Si 4b est <<non>>, répondez à la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts mensuels avec vos ami(e)s (en personne, par textos, médias sociaux, téléphone ou email) ?			
5. Réussi à vous faire un (ou plus) nouvel(le) ami(e) ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos relations amicales ou de vous faire de nouveaux amis? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos amitiés ou vous en faire de nouvelles?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

RELATION AMOUREUSES

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Entretenu une relation amoureuse ?			
2. Passé du temps avec votre partenaire ou une personne qui vous intéresse (au niveau romantique ou intime) ?			
3. Fait des rencontres amoureuses (avec ou sans succès) ?			
4. Eu des relations sexuelles ?			
5. Partagé vos sentiments, vos pensées intimes à une personne qui vous plait (avec qui vous êtes en relation ou non) ?			
6. Été capable d'être proche et d'écouter votre partenaire (ou une personne qui vous intéresse) vous parler de choses personnelles ou intimes ?			
7. Été capable de résoudre un conflit interpersonnel avec une personne importante pour vous ?			

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre situation amoureuse (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre situation amoureuse ?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

FAMILLE

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Passé du temps agréable avec un ou plusieurs membre(s) de votre famille ? Si oui, avec qui ? _____			
2. Parlé de choses importantes pour vous à un membre de votre famille ?			
3. Écouté et été présent pour un membre de votre famille ?			
4. Eu un conflit familial ? *			
5. Offert de l'aide ou fait une tâche pour un ou des membres de votre famille ? Si oui, quoi? _____			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos relations familiales? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos relations familiales ?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Commentaires ou observations:

DÉSIR D'ENFANT / RÔLE PARENTAL

Si vous prévoyez avoir un enfant bientôt :

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Maintenu une situation relationnelle/amoureuse stable ?			
2. Bénéficié d'une situation financière stable ?			
3. Vécu dans un milieu de vie propice à la venue d'un nouveau-né ?			
4. Un réseau social et/ou familial aidant ?			
5. Une entente ou un projet commun d'enfant avec votre partenaire ?			
6. Maintenu une santé physique et mentale stable ?			
7. Le soutien de votre médecin traitant et/ou une équipe traitante ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de bien planifier la venue d'un enfant ? (oui ou non)

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien dans votre projet de devenir parent ?

1----- 2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations :

Avez-vous des enfants mineurs ou sous votre charge ? (oui ou non)___ Si oui :

Voici quelques questions liées à votre rôle de parent :

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. eu des contacts avec votre / vos enfant (s) ?			
2. hébergé votre / vos enfant (s) à votre domicile ?			
3. répondu aux besoins de vos enfants ?			
4. passé du temps de qualité avec vos enfants?			
5. eu confiance dans vos capacités à vous occuper de vos enfants ?			
6. eu un réseau social et/ou familial aidant ?			
7. eu du soutien d'une équipe traitante, services sociaux ou soutien à la parentalité (par ex, aide à la garde d'enfants, associations de parents, etc.) ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre perception de vous en tant que parent ou la qualité de la relation avec votre enfant ? (oui ou non) _____

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien dans votre rôle de parent ?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

VOISINAGE

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Discuté avec un de vos voisins ?			
2. Rendu service à un voisin ?			
3. Demandé un service ou une information à un voisin ?			
4. Eu un conflit avec un voisin ? *			
5. Interagi aimablement avec des commerçants du quartier ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos relations avec vos voisins ?
(oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos relations avec vos voisins ?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

INTERACTIONS SOCIALES

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu de la facilité à interagir avec les autres ?			
2. Facilement compris les intentions des autres, ainsi que les raisons de leur humeur ?			
3. Avez-vous eu de la facilité à reconnaître les émotions des autres ?			
4. Avez-vous manqué de tact (p. ex., blessé quelqu'un sans le vouloir ou fait une blague déplacée) ?			
5. Eu de la difficulté à vous ajuster à la personne à laquelle vous parliez (p. ex., ne pas être trop personnel avec un inconnu, ou utiliser un langage simple avec un enfant) ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos interactions sociales? (oui ou non)_____

Date: __/__/__

Nom ou n° du client _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos interactions sociales?

1-----	-2-----	-3-----	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

3 - ACCEPTATION DE SOI

BUTS – PERCEPTION DE SOI

Aimeriez-vous améliorer votre perception de vous-même d’ici un an? (oui ou non) ____ Si oui:
Qu’est-ce que vous aimeriez changer ?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Voici quelques questions liées à votre perception de vous-même :

ESTIME DE SOI ET AUTOSTIGMATISATION

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu l’impression de faire les choses aussi bien que les autres ?			
2. Pensé que les gens ont du plaisir en votre compagnie ?			
3. Eu la sensation d’être bien dans votre peau ?			
4. Pensé qu’on pouvait vous trouver beau (belle), drôle ou intéressant(e) ?			
5. Senti de la honte parce que vous avez un trouble mental/psychique ? *			
6. Eu l’impression qu’on vous jugerait si on connaissait votre trouble mental/psychique ? *			
7. Pensé que vous étiez limité(e) dans la vie à cause de votre trouble mental/psychique ? *			
8. Eu l’impression que vous pourriez agir de manière bizarre ou que votre trouble mental/psychique était visible * ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d’améliorer votre perception de vous-même ?
(oui ou non) ____

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre perception de vous-même?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

AUTOCOMPASSION

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Été tolérant(e) envers vos défauts et limites ?			
2. Été bienveillant(e) envers vous-même en période de souffrance ?			
3. Été critique envers vous-même, suite à une maladresse, un accident ou une mauvaise décision ? *			
4. Pris soin de vous, ou tenté de vous faire plaisir, quand ça allait moins bien ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'avoir plus d'autocompassion ? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour développer votre autocompassion?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

4- CROISSANCE PERSONNELLE/ PROFESSIONNELLE

BUTS - SITUATION FINANCIÈRE

Désirez-vous améliorer votre situation financière dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau de votre situation financière ?

BUTS - SITUATION PROFESSIONNELLE (TRAVAIL)/SCOLAIRE (ÉTUDES)

Désirez-vous (re)travailler dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau du travail ?

Désirez-vous étudier ou suivre un programme de formation dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____,

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau de la formation ou des études ?

Désirez-vous exercer une activité en tant que volontaire ou bénévole dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau du volontariat/bénévolat ?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Exemple d'atouts: **cochez ceux qui s'appliquent à vous**

- Une ou plusieurs expérience(s) professionnelle(s) au cours des 5 dernières années (volontariat et stages exclus)
- Une ou plusieurs expérience(s) de stage ou volontariat au cours des 5 dernières années
- Complété un programme de formation au cours des 5 dernières années
- Des compétences professionnelles
- Un ou plusieurs diplômes
- Du soutien de la part de professionnels ou services de santé et/ou de l'insertion professionnelle ou soutien aux études

Quels obstacles pensez-vous rencontrer pour atteindre ce but?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Exemple d'obstacles: **cochez ceux qui s'appliquent à vous :**

- Une absence prolongée du marché du travail
- L'absence de permis de conduire et/ou de moyens de transport
- Un manque de confiance en soi
- Un manque d'expérience de travail
- Une indécision quant au domaine d'activité professionnelle ou d'étude
- Des difficultés cognitives (p. ex., mémoire, attention)
- Une mauvaise condition physique
- Une santé mentale instable ou fragile
- La peur de faire une rechute
- Consommation importante d'alcool et/ou de drogues
- Des problèmes de santé physique (ex: maux de dos, fatigue)
- Une difficulté à maintenir le rythme au travail et à respecter les horaires
- La peur d'être jugé par des collègues de travail
- La pression perçue dans l'emploi/aux études

Parmi les obstacles identifiés, quels sont ceux que vous souhaiteriez prioritairement surmonter ou améliorer ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Voici quelques questions liées à l'emploi, aux études, aux activités récréatives et à l'implication citoyenne :

PROFESSIONNEL (EMPLOI)

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu un emploi rémunéré dans la communauté (temps plein) ?			
2. (Si 1 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Eu un emploi rémunéré dans la communauté (temps partiel) ?			
3. Participé à une activité ou à un atelier de travail ?			
4. Eu recours à un service pour trouver un emploi ou une formation ?			
5. Suivi ou réussi un programme de formation professionnelle (p.ex., formation en coiffure, en entretien ménager, en informatique) ? Si oui, quel programme? _____			
6. Passé une entrevue (un entretien) pour un emploi, une activité reliée à un emploi, un programme de formation ou un programme d'intégration à l'emploi ?			
7. Fait du volontariat/bénévolat (temps partiel ou temps plein) ?			
8a. Êtes-vous à l'aise à l'idée de travailler à mi-temps (2,5 jours/semaine ou plus) ?			
8b. (Si 8a est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Êtes-vous à l'aise à l'idée de travailler 1 jour/semaine (ou 7h/semaine) ?			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

9. Si vous avez eu une activité de travail, avez-vous été capable de : 9-a) respecter l'horaire? 9-b) faire les tâches demandées? 9-c) fournir un travail de qualité?			
10. Est-ce que vous vous êtes senti reconnu dans votre travail ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de trouver un emploi et/ou de vous maintenir en emploi (temps partiel ou plein temps)? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour trouver ou maintenir un emploi?

1----- 2----- 3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

SCOLAIRE (ÉTUDES)

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Été inscrit dans un programme d'études (temps plein) ?			
3. (Si 1 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Été inscrit dans un programme d'études (temps partiel) ?			
3. Participé à une formation donnant accès à un métier (diplômante/qualifiante/technique) ou un stage ?			
4. Eu recours à un service de soutien aux études ?			
5. Êtes-vous à l'aise à l'idée d'étudier ou d'aller en cours au moins 3 jours par semaine ?			
6. (Si 5 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Êtes-vous à l'aise à l'idée d'étudier ou d'aller en cours au moins un jour/semaine ?			
7. Si vous suivez des études, avez-vous été capable : 7-a) de vous présenter en classe à chaque cours ? 7-b) de remettre vos travaux à temps ? 7-c) d'avoir de bonnes notes ? 7-d) de participer en classe ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de compléter un diplôme ou de vous améliorer dans vos études ? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien dans vos études ?

1----- 2----- 3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Commentaires ou observations:

TRANSPORT

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. En votre possession un permis de conduire ?			
2. Conduit une voiture (la vôtre ou celle de quelqu'un d'autre) ?			
3. Utilisé le transport en commun sans aide (autobus, train ou métro) ?			
4. Utilisé un vélo ou autre moyen de transport autonome?			

Objectif :

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Praticqué un passe-temps ? Si oui, lequel (ou lesquels) ?			
2. Praticqué une activité physique ou sportive ?			
3. Joué à un jeu de société, vidéo, électronique ou autres ?			
4. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou avez-vous assisté à un évènement sportif ou une activité culturelle par vous-même ?			
5. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou avez-vous assisté à un évènement sportif ou une activité culturelle avec des amis ?			
6. Lu un livre, une revue ou un journal ?			
7. Envoyé une lettre ou un e-mail à un parent ou un ami ?			
8. Écouté de la musique, regardé la télévision ou navigué sur l'internet ?			
9. Praticqué une activité artistique (écriture, musique, peinture, etc.) ?			
10. Praticqué la méditation ou la pleine conscience ?			
11. Autre (quoi) ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de développer des activités récréatives ? (Oui ou non)_____

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour développer des activités récréatives ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

CITOYENNETÉ

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Senti que vous étiez inclus dans votre communauté ?			
2. Eu l'impression d'être en sécurité chez vous ?			
3. Eu des responsabilités envers des personnes (autres que vous) ?			
4. Participé à une activité civile ou communautaire (marche, protestation, rencontre politique, vote, assemblée) ?			
5. Pris connaissance de l'actualité (nouvelles) de votre région ?			
6. Utilisé des services communautaires ou municipaux (p. ex., bibliothèque, jardin public) ? Si oui, lesquels ? _____			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre implication citoyenne ou communautaire ? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre implication citoyenne ou communautaire ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

5 - SANTÉ PHYSIQUE et MENTALE

BUTS - SANTÉ

A- Aimeriez-vous améliorer votre santé physique au cours de l'année? (oui ou non)_____

Si oui: Quels sont vos buts concernant votre santé physique (p.ex., chercher à résoudre un problème de santé, mieux dormir, cesser de consommer des drogues ou de l'alcool, cesser de fumer, faire plus d'exercice) pour l'année?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Exemples d'obstacles: **cochez ceux qui s'appliquent à vous :**

- Trop pris de poids
- Trop fatigué
- Effets des traitements (des médicaments)
- Manque d'expérience dans l'activité physique
- Manque de contacts sociaux
- Trop anxieux en présence des autres
- Trop de douleurs physiques, pas de souffle
- Pas d'argent
- Pas de vêtements appropriés

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place ?

Voici quelques questions liées à votre santé physique :

ACTIVITÉS PHYSIQUES

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Fait une activité physique intense (ex. vélo, jogging, jouer au football, entraînement au gym) au moins une fois par semaine ?			
2. Fait une activité physique d'intensité moyenne (ex. marcher, yoga, danse) au moins une fois par semaine ?			
3. Fait une activité physique pendant au moins 30 minutes de suite ?			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre condition physique ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre condition physique ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

SOMMEIL

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique un mauvais sommeil)

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu des difficultés d'endormissement (plus de 30 minutes) ?			
2. Eu des réveils en milieu de nuit (durée de plus de 15 minutes) ?			
3. Eu des réveils précoces (trop tôt le matin) ?			
4. Eu la sensation de ne pas dormir de la nuit ?			
5. Eu des difficultés de sommeil fréquentes ?			
6. Dormi le jour et été éveillé la nuit ?			
7. Eu l'impression de trop dormir d'heures par nuit/jour ?			
8. Été souvent somnolent pendant la journée ?			
9. Eu des difficultés à fonctionner pendant la journée à cause d'un sommeil de mauvaise qualité ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer la qualité de votre sommeil ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la qualité de votre sommeil ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations :

BUTS – SANTÉ MENTALE

B- Aimerez-vous améliorer votre santé mentale au cours de l'année? (oui ou non) _____

Si oui: Quels sont vos buts concernant votre santé mentale (p.ex., gérer vos symptômes, comprendre ou changer vos médicaments) pour l'année?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place ?

Voici quelques questions liées à votre santé mentale :

SANTÉ MENTALE

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique la présence de plusieurs symptômes ou difficultés)

<i>Au cours des 3 derniers mois:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Vous est-il arrivé de vous sentir <u>très effrayé, inquiet, nerveux ou anxieux</u> ? Si oui : 1.a) Était-ce lié à une situation sociale (p. ex., interaction avec autrui) ? 1.b) Était-ce lié à une peur spécifique (p. ex., chiens, araignées, hauteurs) ? 1.c) Était-ce lié à un souvenir ou un 'flash back' d'un événement traumatisant ? 1.d) Était-ce lié à la crainte d'avoir oublié quelque chose ou d'être contaminé(e), et cela vous a obligé à adopter un comportement pour vous calmer ? 1.e) Était-ce lié à votre image corporelle (p. ex., crainte de prendre du poids) ? 1.f) Est-ce que cela vous arrive souvent (tous les jours) ?			
2. Vous est-il arrivé de vous sentir <u>très triste, déprimé ou dépressif</u> ? 2.a) Était-ce lié à une perte (p. ex., rupture, deuil) ? 2.b) Est-ce que cela vous arrive souvent (tous les jours) ? 2.c) Vous est-il arrivé de vous sentir si découragé que vous pensiez à vous faire du mal ? 2.d) Vous est-il arrivé que les choses aillent si mal que vous pensiez à mettre fin à vos jours ?			
3. Vous est-il arrivé de vous sentir <u>exceptionnellement bien</u> , d'avoir besoin de moins de sommeil ou d'avoir beaucoup plus d'idées et d'énergie que d'habitude ? 3.a) Est-ce que cela vous arrive souvent (tous les jours) ?			
4. Vous est-il arrivé d'avoir <u>des idées dérangeantes</u> , intrusives ou obsédantes, qui ont un sens pour vous mais que les autres de votre entourage ne semblent pas comprendre (p. ex., avoir été choisi pour une mission, être en danger) ?			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

5. Vous est-il arrivé <u>d'entendre une ou des voix</u> que les autres n'entendent pas (ou encore de voir des choses que personne ne mentionne) ?			
6. Vous est-il arrivé d'être tellement <u>envahi par une émotion, le stress, ou une pensée</u> que vous ne saviez plus quoi faire pour aller mieux ?			
7. Vous est-il arrivé de ressentir un besoin incontrôlable de consommer (alcool ou drogues) ?			
8. Avez-vous eu l'impression que vous n'étiez pas toujours capable de reconnaître quand vous alliez moins bien mentalement ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'apprendre à mieux gérer votre santé mentale ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour apprendre à mieux gérer votre santé mentale ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

MOTIVATION ET ÉMOTION

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique peu de motivation ou d'émotions)

Au cours des 3 derniers mois:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Préférez-vous souvent être seul(e) dans votre coin ?			
2. Vous est-il arrivé de ne pas ressentir l'envie de pleurer ni de rire lorsqu'une histoire ou un film était triste ou drôle ?			
3. Vous a-t-on a souvent fait remarquer que vous parliez peu ?			
4. Y a-t-il beaucoup de choses que vous n'avez pas réussi à faire par manque de motivation ou d'envie ?			
5. Avez-vous eu du mal à éprouver du plaisir même au cours des activités que vous aviez choisies ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'avoir plus de plaisir, d'émotions et de motivation? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour avoir plus de plaisir, d'émotions et de motivation ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

ASPECTS COGNITIFS

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique plus de difficultés cognitives)

<i>Au cours des 3 derniers mois :</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir d'informations que l'on vous donnait et que vous deviez utiliser tout de suite (p. ex., un numéro de téléphone) ?			
2. Avez-vous eu des oublis comme par exemple un rendez-vous avec un ami, ou chez un médecin ?			
3. Avez-vous eu des problèmes à maintenir votre attention sur une même chose pendant plus de 20 minutes ?			
4. Avez-vous eu de la difficulté à planifier un itinéraire pour vous rendre à un endroit, ou prévoir un budget pour le mois, ou encore préparer des repas ?			
5. Avez-vous éprouvé de la difficulté à vous faire comprendre dans des conversations ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos capacités cognitives? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos capacités cognitives ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

6 - SENS À LA VIE/ SPIRITUALITÉ

Avez-vous l'impression que vous n'avez pas trouvé votre projet de vie ou raison d'être ? (oui ou non)

Si oui, aimeriez-vous développer ce projet de vie au cours de l'année? (oui ou non)

Pouvez-vous décrire (une idée générale) de ce que pourrait comprendre ce projet?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer dans la mise sur pied de ce projet ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

BUTS SPIRITUELS / RELIGIEUX

Croyez-vous à un Dieu, un être supérieur ou une force spirituelle? Oui/ non

Si oui :

Avez-vous un but (ou plusieurs) en ce qui concerne la spiritualité ou la religion? (oui ou non) ____ Si oui, lequel ou lesquels?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer dans la mise sur pied de ce projet ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Voici quelques questions liées à votre raison d'être et projet de vie :

RAISON D'ÊTRE

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu une idée claire de votre raison d'être dans la vie ?			
2. Réfléchi à votre futur et ce que vous aimeriez accomplir ?			
3. Discuté avec vos proches, amis ou professionnels de vos intérêts et aspirations ?			
4. Pris des décisions en lien avec vos buts les plus importants ?			
5. Eu le désir de laisser quelque chose de positif derrière vous, de contribuer à la société ou d'aider les autres?			
6. Eu l'impression que vous étiez sur le bon chemin, vers ce qui est important pour vous?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de mieux développer votre projet de vie? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour mieux développer votre projet de vie ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

SPIRITUALITÉ / RELIGION

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Écouté un guide spirituel ou religieux (par ex., dans un lieu de culte ou sur le web) ?			
2. Lu des textes spirituels ou religieux ?			
3. Participé à une activité religieuse (par ex., un groupe de prière) ?			
4. Posé des gestes en lien avec vos croyances spirituelles ou religieuses (par ex., prier, rituels) ?			
5. Pratiqué la méditation, du tai-chi ou du yoga méditatif ?			
6. Cherché à discuter avec d'autres personnes partageant votre foi ou vos croyances spirituelles ?			

Objectif:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de développer votre spiritualité ou votre foi ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour développer votre spiritualité ou votre foi ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

PROJET DE VIE

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Défini des objectifs spécifiques (des étapes) en lien avec votre projet de vie (ou vos buts les plus importants)?			
2. Planifié les différentes étapes/objectifs essentiels afin d'atteindre votre but?			
3. Quantifié vos objectifs de manière mesurable (p. ex., en temps, en fréquence)?			
4. Atteint certains de vos objectifs?			
5. (Si 4 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Atteint en partie certains de vos objectifs?			
6. Choisi des objectifs réalistes à court-terme?			
7. Mis dans votre calendrier à quel moment vous souhaitiez faire quels gestes/actions afin de rencontrer vos objectifs en lien avec votre projet de vie?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer l'atteinte de vos objectifs en lien avec votre projet de vie? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer l'atteinte de vos objectifs en lien avec votre projet de vie ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

--- FIN ---