



# **Questionnaire européen sur la consommation de drogues chez les détenus (EQDP) – Version abrégée**

Octobre 2021

## **Auteurs de la version 2021**

Luis Royuela, EMCDDA

Linda Montanari, EMCDDA

Katerina Grohmannova, Tchéquie

Julian Vicente, EMCDDA

Liesbeth Vandam, EMCDDA

Nadine Berndt, Luxembourg

Ludmila Carapinha, Portugal

Laura Iasajeva, Lettonie

Lina Jurgelaitiene, Lituanie

Ines Kvaternik, Slovénie

Marta Molino, Espagne

Josefina Mavrou, Chypre

Els Plettinckx, Belgique

Caroline Protrais, France

Aurelia Roversi, France

Rita Seixas, Luxembourg

Janusz Sieroslowski, Pologne

Vana Sypsa, Grèce

Viktor Mravcik, Tchéquie

## **Protection des données:**

Toute donnée collectée ou information fournie par les utilisateurs sera traitée conformément au règlement (UE) 2018/1725 du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2018 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel par les institutions, organes et organismes de l'Union et à la libre circulation de ces données, et abrogeant le règlement (CE) n° 45/2001 et la décision n° 1247/2002/CE. Le présent règlement concerne la protection des personnes physiques à l'égard des données à caractère personnel fournies aux institutions et organes de l'Union européenne et la libre circulation de ces données.

## Table des matières

<b>Informations générales .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Consommation de substances en dehors et en prison .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Injection de substances et autres comportements à risque pour la santé.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Statut sanitaire.....</b>	<b>12</b>
<b>5. Recours aux services en matière de santé et de sécurité.....</b>	<b>16</b>

## Informations générales

<b>1.1 Date de l'entretien</b> (AAAA/MM/JJ)					
<b>1.2 Sexe</b>	1. Homme <input type="checkbox"/>	2. Femme <input type="checkbox"/>	9. Non précisé/refuse de répondre <input type="checkbox"/>		
<b>1.3 Âge</b>	Années:		<input type="text"/>		
<i>Spécifications: Âge au moment de l'enquête.</i>					
<b>1.4 Quelle est votre nationalité?</b>				<input type="text"/>	
<i>Spécifications: Nationalité telle qu'identifiée par le/la répondant(e). Cette question ouverte devrait être adaptée en fonction des normes nationales.</i>					
<b>1.5 Quel est votre pays de naissance?</b>				<input type="text"/>	
<i>Spécifications: S'il n'est pas possible de répondre à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez le mentionner dans les commentaires finaux.</i>					
<b>1.6 Quel est votre statut juridique actuel?</b>				Oui	Non
1.	En détention provisoire/en attente de jugement/pas encore condamné			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Condamné à purger une peine			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Détenue en détention administrative			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Non précisé/refuse de répondre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Spécifications: Si ces catégories ne sont pas applicables à la législation et à la réglementation d'un pays, veuillez le mentionner dans les commentaires finaux. Chaque pays doit adapter ces catégories en fonction de son cadre législatif.</i>					
<b>1.7 Combien de temps avez-vous passé en prison pendant votre période de détention actuelle?</b>					
Années:		<input type="text"/>	Mois:		<input type="text"/>
<i>Spécifications: Il s'agit de l'ensemble de la période d'emprisonnement dans toutes les prisons pour la peine en cours. Pour les périodes inférieures à 1 an, indiquer 0 an et le nombre de mois; pour les périodes inférieures à 1 mois, indiquer la proportion du mois (par exemple 0,5 pour 2 semaines).</i>					
<b>1.8 Combien de fois avez-vous été en prison, à l'exception de votre détention actuelle (!)<sup>1</sup>?</b>					
Nombre de fois:		<input type="text"/>	Si la réponse est «zéro», renvoyez le/la répondant(e) à la section 1.10 Type d'infraction(s).		
<i>Spécifications: Il s'agit du nombre d'épisodes d'emprisonnement avant l'épisode actuel, quel que soit le statut juridique. La question ne fait pas référence au nombre d'établissements pénitentiaires.</i>					
<b>1.9 Combien de temps au total avez-vous passé en prison au cours de votre vie?</b>					
Années:		<input type="text"/>	Mois:		<input type="text"/>
<i>Spécifications: Il s'agit de l'ensemble de la période d'emprisonnement dans toutes les prisons pour la peine en cours. Pour les périodes inférieures à 1 an, indiquer 0 an et le nombre de mois; pour les périodes inférieures à 1 mois, indiquer la proportion du mois (par exemple 0,5 pour 2 semaines).</i>					
<b>1.10 Type d'infraction(s) conduisant à la détention actuelle? Infractions:</b>					
			Oui	Non	
1.	Atteinte à la propriété ou au patrimoine			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Possession/culture/achat de drogues destinées à la consommation personnelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Culture/commerce/trafic/distribution/ventes de drogues			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Crimes violents			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Sécurité routière			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Autre (préciser) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Non précisé/refuse de répondre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Spécifications: Cette question est facultative. Le répondant doit cocher les options Oui ou Non de chaque ligne. Les pays doivent adapter cette liste d'infractions à leur système juridique national. Selon la Classification internationale du crime à des fins statistiques (UNODC-CICS). Voir les directives méthodologiques pour plus de détails</i>					

(<sup>1</sup>) Les questions sensibles, notamment celles qui font référence à la détention actuelle, sont marquées d'un point d'exclamation (!).

1.11 Laquelle de ces propositions décrit le mieux l'endroit où vous viviez avant d'être incarcéré(e)?			
1.	Logement stable		<input type="checkbox"/>
2.	Sans-abri ou logement instable		<input type="checkbox"/>
8.	Autre (préciser) _____		<input type="checkbox"/>
9.	Non précisé/refuse de répondre		<input type="checkbox"/>
<i>Spécifications: Lieu de résidence (la plupart du temps) dans les 30 jours précédant la détention actuelle. Les logements stables sont: maison, appartement, foyer ou logement accompagné. Les logements instables sont: hébergement temporaire, sans-abri ou dormir dans la rue. Si vous vivez dans une autre prison, cochez l'option «8. Autre».</i>			
1.12 Laquelle de ces situations décrit le mieux la personne avec laquelle vous viviez avant d'être incarcéré(e)?			
1.	Personne - vivait seul(e)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Vivait avec la famille d'origine (parents, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Vivait avec son/sa partenaire / son époux/épouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Enfants adultes (18 ans et plus)	Nombre d'enfants	<input type="checkbox"/>
5.	Enfants à charge (moins de 18 ans)	Nombre d'enfants	<input type="checkbox"/>
6.	Vivait avec des amis ou d'autres personnes (extérieures à la famille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Non précisé/refuse de répondre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Spécifications: Personne avec laquelle vous viviez dans les 30 jours précédant la détention actuelle. Si vous vivez dans une autre prison, cochez l'option «8. Autre». Si vous viviez avec des enfants, indiquez leur nombre.</i>			
1.13 Laquelle de ces propositions décrit le mieux votre situation professionnelle avant d'être incarcéré(e)?			
<b>Activité économique/situation professionnelle; 30 jours avant l'incarcération</b>			
1.	Employé(e) occasionnel(le)		<input type="checkbox"/>
2.	Employé(e) régulier(ère)		<input type="checkbox"/>
3.	Étudiant(e) (éducation/formation à plein temps)		<input type="checkbox"/>
4.	Sans emploi <u>à la recherche</u> d'un emploi/formation		<input type="checkbox"/>
5.	Sans emploi <u>n'étant pas à la recherche</u> d'un emploi/formation		<input type="checkbox"/>
6.	Bénéficiaire de prestations sociales/d'une pension ou retraité(e)/employé(e) handicapé(e)		<input type="checkbox"/>
7.	S'occupait de la maison ou de la famille/personne au foyer		<input type="checkbox"/>
8.	Autre (préciser) _____		<input type="checkbox"/>
9.	Non précisé/refuse de répondre		<input type="checkbox"/>
<i>Spécifications: Situation professionnelle avant d'être incarcéré(e). Le terme «employé» désigne à la fois un travailleur indépendant et un salarié, à temps plein ou partiel. Le terme «sans emploi» désigne une personne sans emploi rémunéré.</i>			
1.14 Laquelle de ces situations décrit le mieux votre plus haut niveau d'éducation?			
1.	N'est jamais allé(e) à l'école/N'a jamais terminé l'école primaire		<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Enseignement primaire		<input type="checkbox"/>
3.	Enseignement secondaire		<input type="checkbox"/>
4.	Enseignement tertiaire/supérieur		<input type="checkbox"/>
8.	Autre (préciser) _____		<input type="checkbox"/>
9.	Non précisé/refuse de répondre		<input type="checkbox"/>
<i>Spécifications: Les catégories se réfèrent à la Classification internationale type de l'éducation (CITE). Voir les directives méthodologiques pour plus de détails. Autre: ne sait pas lire ni/ou écrire dans la langue officielle du pays.</i>			

## 2. Consommation de substances en dehors et en prison

**2.0 Avez-vous déjà, ne serait-ce qu'une fois, utilisé/consommé une ou plusieurs substances: tabac, alcool, drogues illégales (héroïne, cannabis, ecstasy, LSD) ou des médicaments obtenus sans ordonnance médicale?**  Oui  Non

**Spécifications:** Si la réponse est «Non», renvoyer le/la répondant(e) à la section 4. Statut sanitaire: question 4.1.

### (A) Consommation de substances EN DEHORS de la prison, avant d'être incarcéré(e)<sup>&</sup>

**2.1 Avez-vous déjà consommé l'une des substances suivantes, ne serait-ce qu'une fois? En dehors de la prison, avant votre détention actuelle (!)**

Substance	Jamais consommé	Substance(s) déjà consommée(s) en dehors de la prison avant votre détention actuelle (!)	Substance(s) consommée(s) au cours des 12 derniers mois en dehors de la prison avant votre détention actuelle (!)	Substance(s) consommée(s) au cours des 30 derniers mois en dehors de la prison avant votre détention actuelle (!)
1. Tabac (cigarettes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Alcool (bière, vin, spiritueux)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Cannabis (marijuana, hash, joints)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Cocaïne en poudre (coke)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Crack (base, rock)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Amphétamines (speed, whizz)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Méthamphétamines (meth, crank, ice)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Ecstasy (MDMA ou MDA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Champignons hallucinogènes (champignons magiques; boomers, champis, mushrooms)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Kétamine (K, special K)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. LSD (acide, dots)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Héroïne (cheval, blanche, junk)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Méthadone consommée à mauvais escient* (done, méth)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Buprénorphine consommée à mauvais escient* (Bup, B, subs, bupe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Fentanyl illicite/consommé à mauvais escient* (China White, TNT)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Barbituriques consommés à mauvais escient* (Barbs)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. Benzodiazépines consommées à mauvais escient* (Benzos)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. GHB/GBL (G, Liquid X)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

19. Solvants volatils (colle, poppers)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. Nouvelles substances psychoactives: cannabinoïdes synthétiques (par exemple, Spice, fausse herbe) **	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21. Nouvelles substances psychoactives: cathinones synthétiques (par ex. méphédronne, Pentédronne, alpha-PVP)** (M-Cat, drone, Top Cat)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22. Stéroïdes anabolisants (Juice, Gym)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23. Autres substances (précisez ci-dessous)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit cocher une option dans chaque ligne en fonction de son expérience. Une spécification peut être incluse pour diriger les répondant(e)s qui n'ont consommé aucune de ces substances au cours des 30 derniers jours vers la question 2.3 de la section 2B. Les pays doivent énumérer les substances dans leur langue nationale et indiquer, le cas échéant, les noms spécifiques au pays données aux substances dans la rue.

Remarques: <sup>&</sup> Remarques: avant d'être incarcéré(e) dans la prison actuelle en provenance de l'extérieur, et pas après avoir été transféré(e) dans une autre prison. Remarques: avant d'être incarcéré(e) dans la prison actuelle en provenance de l'extérieur; consommation de substances lorsqu'il/elle vivait en dehors de la prison.

\* Sans prescription médicale. \*\* Énumérez les nouvelles substances psychoactives des groupes de substances qui sont répandues dans votre pays et montrez des images de drogues pour faciliter les réponses si nécessaire.

## 2.2 Avez-vous déjà consommé une substance, QUELLE QU'ELLE SOIT, ne serait-ce qu'une fois en dehors de la prison, avant votre détention actuelle (!)?

Oui  Non

**Spécifications:** Si la réponse est «Non», renvoyer le répondant à la question 2.3.

## 2.3 Combien de fois avez-vous consommé les substances énumérées ci-dessous en dehors de la prison au cours du dernier mois (30 derniers jours) avant votre détention actuelle (!)?

Substance	Pas de consommation au cours du dernier mois	Consommation pendant 1 à 3 jours au cours des 30 derniers jours	Consommation pendant 4 à 9 jours au cours des 30 derniers jours	Consommation pendant 10 à 19 jours au cours des 30 derniers jours	Consommation pendant 20 jours ou plus au cours des 30 derniers jours
1. Tabac (cigarettes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Alcool (bière, vin, spiritueux)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Cannabis (marijuana, hash, joints)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Cocaïne en poudre (coke)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Crack (base, rock)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Amphétamines (speed, whizz)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Méthamphétamines (meth, crank, ice)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Ecstasy (MDMA ou MDA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Champignons hallucinogènes (champignons magiques; boomers, champis, mushrooms)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Kétamine (K, special K)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. LSD (acide, dots)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Héroïne (cheval, blanche, junk)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Méthadone consommée à mauvais escient* (done, méth)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Buprénorphine consommée à mauvais escient*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Fentanyl illicite/consommé à mauvais escient* (China White,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. Barbituriques consommés à mauvais escient* (Barbs)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Benzodiazépines consommées à mauvais escient* (Benzos)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. GHB/GBL (G, Liquid X)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Solvants volatils (colle, poppers)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Nouvelles substances psychoactives: cannabinoïdes synthétiques (par exemple, Spice, fausse herbe) **	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21. Nouvelles substances psychoactives: cathinones synthétiques (par ex. méphédronne, Pentédronne, alpha-PVP)** (M-Cat, drone, Top Cat)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22. Stéroïdes anabolisants (Juice, Gym)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23. Autres substances (précisez ci-dessous)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit cocher une option dans chaque ligne en fonction de son expérience. Les pays doivent énumérer les substances dans leur langue nationale et indiquer, le cas échéant, les noms spécifiques au pays données aux substances dans la rue.

Remarques:

\* Sans prescription médicale. \*\* Énumérez les nouvelles substances psychoactives des groupes de substances qui sont répandues dans votre pays et montrez des images de drogues pour faciliter les réponses si nécessaire.

**(B) Consommation de substances EN prison**

**2.4 Avez-vous consommé une substance, QUELLE QU'ELLE SOIT, ne serait-ce qu'une fois pendant votre détention actuelle ou passée?**  Oui  Non

**Spécifications:** Si la réponse est «Non», renvoyer le/la répondant(e) à la section 4. Statut sanitaire: question 4.1

**2.5 Pendant votre détention actuelle ou passée, avez-vous consommé, ne serait-ce qu'une fois, les substances suivantes?**

Substance	Déjà consommé en prison			Consommé pendant la détention actuelle (!)		
	Oui	Non	Je l'ignore	Oui	Non	Je l'ignore
1. Tabac (cigarettes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Alcool introduit en prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Alcool produit en prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Thé fort***	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Cannabis (marijuana, hash, joints)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Cocaïne en poudre (coke)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Crack (base, rock)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. Amphétamines (speed, whizz)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Méthamphétamines (meth, crank, ice)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Ecstasy (MDMA ou MDA)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. Champignons hallucinogènes (champignons magiques; boomers, champis, mushrooms)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. Kétamine (K, special K)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. LSD (acide, dots)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. Héroïne (cheval, blanche, junk)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Méthadone consommée à mauvais escient* (done, métha)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. Buprénorphine consommée à mauvais escient* (Bup, B, subs, bupe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17. Fentanyl illicite/consommé à mauvais escient* (China White, héroïne de synthèse, TNT)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. Barbituriques consommés à mauvais escient* (Barbs)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. Benzodiazépines consommées à mauvais escient* (Benzos)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20. GHB/GBL (G, Liquid X)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
21. Solvants volatils (colle, poppers)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
22. Nouvelles substances psychoactives: cannabinoïdes synthétiques (par exemple, Spice, fausse herbe) **	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
23. Nouvelles substances psychoactives: cathinones synthétiques (par ex. méphédron, Pentédron, alpha-PVP)** (M-Cat, drone, Top Cat)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
24. Stéroïdes anabolisants (Juice, Gym)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
25. Autres substances (précisez ci-dessous)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Cette question porte sur l'expérience de la personne interrogée en matière de consommation de substances au cours de sa vie dans un établissement pénitentiaire, que ce soit pendant sa détention actuelle (!) ou pendant une détention antérieure, dans ce pays ou à l'étranger.

Le/la répondant(e) doit mettre une croix dans chaque colonne en fonction de son expérience. Les pays doivent énumérer les substances dans leur langue nationale et indiquer, le cas échéant, les noms spécifiques au pays donnés aux substances dans la rue.

Une spécification peut être incluse pour diriger les répondant(e)s qui n'ont consommé aucune de ces substances en prison vers la section 3.

Remarques:

\* Sans prescription médicale.

Énumérez les nouvelles substances psychoactives des groupes de substances qui sont répandues dans le pays et montrez des images de drogues pour faciliter les réponses si nécessaire.

\*\*\* «Thé fort» désigne une infusion très forte à base de thé, parfois agrémentée de tabac ou d'autres substances licites ou illicites. Remplacez par le terme employé dans votre pays

### 3. Injection de substances et autres comportements à risque pour la santé

#### 3.1 Vous êtes-vous déjà injecté une substance (à des fins non médicales, y compris des stéroïdes anabolisants), ne serait-ce qu'une fois, en dehors ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. JAMAIS injecté	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Injecté au cours des 30 derniers jours <u>avant</u> MA DÉTENTION ACTUELLE (!)*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Injecté au cours des 30 derniers jours <u>pendant</u> MA DÉTENTION ACTUELLE (!)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Jamais injecté au cours de TOUTES MES PÉRIODES DE DÉTENTION (!)**	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Jamais injecté au cours de MA DÉTENTION ACTUELLE (!)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Étiez-vous EN PRISON lorsque vous vous êtes injecté une substance pour la première fois?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit cocher une option dans chaque ligne en fonction de son expérience. Si la réponse est oui à au moins une des cinq questions, le/la répondant(e) doit passer à la question 3.2. Dans le cas contraire, le répondant doit passer à la section 4.

Remarques:

\* Injection de substances avant la détention actuelle (en dehors de la prison).

\*\* Injection de substances en prison au cours de la vie du répondant.

#### 3.2 Avez-vous déjà partagé des aiguilles, seringues ou d'autres outils utilisés pour vous injecter ou fumer des substances (à des fins non médicales, y compris des stéroïdes anabolisants), ne serait-ce qu'une fois?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. Je n'ai JAMAIS partagé d'aiguilles/seringues	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. J'ai partagé des aiguilles/seringues EN PRISON*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. J'ai partagé des aiguilles/seringues au cours des 30 derniers jours avant ma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. J'ai partagé des aiguilles/seringues au cours des 30 derniers jours pendant MA	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Je n'ai JAMAIS partagé de cuillère/cuiseur, de filtre, de coton, d'acide/jus de citron, d'eau	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. J'ai partagé une cuillère/un cuiseur, un filtre, du coton, de l'acide/jus de citron, de l'eau de rinçage, etc. EN PRISON*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. J'ai partagé une cuillère/un cuiseur, un filtre, du coton, de l'acide/jus de citron, de l'eau de rinçage, etc. au cours des 30 derniers jours avant ma DÉTENTION ACTUELLE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. J'ai partagé une cuillère/un cuiseur, un filtre, du coton, de l'acide/jus de citron, de l'eau de rinçage, etc. au cours des 30 derniers jours pendant ma DÉTENTION ACTUELLE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Je n'ai JAMAIS partagé de pipes ou tout autre équipement pour fumer de la drogue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. J'ai partagé des pipes ou un autre équipement pour fumer de la drogue EN PRISON*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. J'ai partagé des pipes ou un autre équipement pour fumer de la drogue au cours des 30 derniers jours avant ma DÉTENTION ACTUELLE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. J'ai partagé des pipes ou un autre équipement pour fumer de la drogue au cours des 30 derniers jours pendant ma DÉTENTION ACTUELLE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. Je n'ai JAMAIS partagé de cigarettes électroniques pour fumer de la drogue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. J'ai partagé des cigarettes électroniques pour fumer de la drogue EN PRISON*	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. J'ai partagé des cigarettes électroniques pour fumer de la drogue au cours des 30 derniers jours avant ma DÉTENTION ACTUELLE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. J'ai partagé des cigarettes électroniques pour fumer de la drogue au cours des 30 derniers jours pendant ma DÉTENTION ACTUELLE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit cocher une option dans chaque ligne en fonction de son expérience. Cette question fait référence à l'utilisation illicite de substances (y compris les stéroïdes anabolisants) par injection, au partage d'accessoires d'injection et au fait de fumer de la drogue en utilisant ou en partageant des pipes, des cigarettes électroniques ou d'autres outils pour fumer au cours de la vie du répondant et pendant toute période d'emprisonnement.

Remarques:

\* Fait référence aux pratiques de partage en prison au cours de la vie du/de la répondant(e).

## 4. Statut sanitaire

### 4.1 Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH en dehors et/ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

### 4.2 Avez-vous déjà été infecté(e) par le VIH?

	Oui	Non	Je l'ignore
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration) et non pas sur les résultats du test.

### 4.3 Avez-vous déjà été traité(e) pour le VIH en dehors et/ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

### 4.4 Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VHB (virus de l'hépatite B) en dehors et/ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

### 4.5 Avez-vous déjà été infecté(e) par le virus de l'hépatite B

	Oui	Non	Je l'ignore
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration) et non pas sur les résultats du test.

### 4.6 Avez-vous déjà été vacciné(e) contre le VHB (virus de l'hépatite B) en dehors et/ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

### 4.7 Avez-vous déjà été traité(e) contre le VHB (virus de l'hépatite B) en dehors et/ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

### 4.8 Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VHC (virus de l'hépatite C) en dehors et/ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

### 4.9 Avez-vous déjà été infecté(e) par le VHC (virus de l'hépatite C)?

	Oui	Non	Je l'ignore
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration) et non pas sur les résultats des tests.

### 4.10 Avez-vous déjà été traité(e) contre le VHC (virus de l'hépatite C)?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

#### 4.11 Avez-vous déjà fait un test de dépistage de la tuberculose en dehors et/ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. Outside prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Inside prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

#### 4.12 Avez-vous déjà été infecté(e) par la tuberculose?

Oui	Non	Je l'ignore
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration) et non pas sur les résultats des tests.

#### 4.13 Avez-vous déjà été vacciné(e) (BCG) contre la tuberculose en dehors ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

#### 4.14 Avez-vous déjà été traité(e) contre la tuberculose en dehors ou en prison?

	Oui	Non	Je l'ignore
1. En dehors de la prison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant la détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Les réponses fournies doivent concerner à la fois l'événement en dehors de la prison et en prison.

**4.15 Avez-vous déjà fait une overdose de substance (état consécutif à la consommation d'une substance qui a nécessité l'intervention professionnelle d'un médecin, d'une infirmière ou d'une ambulance) en dehors ou en prison?**

	(a) En dehors de la prison	(b) En prison pendant une détention	(c) Pendant ma détention actuelle (si applicable)
1. Oui, liée aux opioïdes (y compris le mélange avec d'autres substances)	Nbre de fois /___/	Nbre de fois /___	Nbre de fois /___/
2. Oui, liée à des substances autres que les opioïdes (préciser ci-dessous) _____	Nbre de fois /___/	Nbre de fois /___	Nbre de fois /___/
3. Non	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
99. Je l'ignore	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). Si aucune overdose n'a été signalée, le/la répondant(e) doit passer à la section 5.

**4.16 À quand remonte votre dernière overdose? Il y a /\_\_\_/ ans /\_\_\_/ mois**

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit répondre à cette question uniquement si il ou elle a déjà fait une overdose et a répondu Oui (option 1 ou 2) à la question 4.15 (avez-vous déjà fait une overdose?). Dans le cas contraire, le/la répondant(e) doit passer à la question 4.18: troubles mentaux et émotionnels. Si l'événement a eu lieu il y a moins d'un an, indiquez 0 an et le nombre de mois.

**4.17 Repensez à la dernière fois où vous avez fait une overdose d'une substance. Où étiez-vous quand vous avez eu les premiers symptômes?**

1. Dans cette prison ou dans une autre prison	1 <input type="checkbox"/>
2. En dehors de la prison, moins de 30 jours après ma précédente détention:	2 <input type="checkbox"/> Nombre de jours après la sortie de prison /___/
3. En dehors de la prison, plus de 30 jours après ma précédente	3 <input type="checkbox"/>
4. En dehors de la prison, avant ma première détention	4 <input type="checkbox"/>
5. À ma sortie de prison	5 <input type="checkbox"/>
9. Je l'ignore	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit répondre à cette question uniquement s'il ou elle a déjà fait une overdose et a répondu Oui (option 1 ou 2) à la question 4.15 (Avez-vous déjà fait une overdose?). Dans le cas contraire, le/la répondant(e) doit passer à la question 4.18: troubles mentaux et émotionnels. Les réponses doivent être basées sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e) (autodéclaration). La question porte sur l'overdose de substance la plus récente.

**4.18 Avez-vous consulté un médecin, un psychologue, un conseiller ou un centre de traitement pour des troubles mentaux ou émotionnels?**

Oui	Non	Je l'ignore
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**4.18.1 Si oui, combien de fois ces 12 derniers mois ?**

Nombre de

**Spécifications:** La réponse doit être basée sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e). La question concerne le traitement en dehors de la prison et/ou pendant toute la durée de la détention. Si aucun service n'a été utilisé, le répondant doit passer à la section 4.20.

**4.19 Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments pour traiter des troubles mentaux ou émotionnels?**

	Oui	Non	Je l'ignore
1. Au cours des 12 derniers mois avant ma détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. En prison pendant ma détention actuelle (!)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit mettre une croix dans chaque colonne en fonction de son expérience. La réponse doit être basée sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e).

**4.20 Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours, en prenant des substances ou en vous mutilant?**

	Oui	Non	Je l'ignore
1. Au cours des 12 derniers mois avant ma détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. En prison pendant ma détention actuelle (!)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit mettre une croix dans chaque colonne en fonction de son expérience. La réponse doit être basée sur ce qui est rapporté par le/la répondant(e).

**4.21 Les questions ci-dessous portent sur ce que vous ressentez et comment les choses se sont passées pour vous au cours des 30 derniers jours. Pour chaque question, veuillez donner la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti.**

	Tout le temps	La plupart du temps	Une grande partie du temps	Parfois	Très rarement	Jamais
1. Étiez-vous une personne très	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Vous êtes-vous senti(e) calme et paisible?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. Vous êtes-vous senti(e) triste et avez-vous eu le cafard?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5. Étiez-vous une personne heureuse?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit mettre une croix dans chaque colonne en fonction de son expérience. La réponse doit être

## 5. Recours aux services en matière de santé et de sécurité

### 5.1 Avez-vous déjà suivi ou suivez-vous actuellement un traitement contre la toxicomanie en dehors ou en prison?

Calendrier	Traitement de substitution aux opiacés			(b) Traitement médicamenteux autre que le traitement de substitution aux opiacés		
	Oui	Non	Je l'ignore	Oui	Non	Je l'ignore
1. Jamais	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Pendant 30 jours AVANT VOTRE DÉTENTION ACTUELLE (!)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Pendant CHAQUE détention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Pendant votre détention ACTUELLE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit répondre à chaque ligne. Pour connaître la définition du traitement médicamenteux, voir les directives méthodologiques.

### 5.2 À votre connaissance, ces services étaient-ils disponibles au cours des 30 derniers jours pendant votre détention actuelle (!)?

Type de service	Oui, ils étaient disponibles	Non, ils n'étaient pas disponibles	Je l'ignore
1. Bilan de santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Traitement par agonistes opioïdes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Détoxification	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Conseil sur les problèmes liés à la drogue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Dépistage des maladies infectieuses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Vaccination contre l'hépatite B	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Traitement de l'hépatite B			
8. Traitement de l'hépatite C	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Thérapie antirétrovirale contre le VIH	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Vaccination contre la tuberculose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. Traitement de la tuberculose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. Échange d'aiguilles et de seringues	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. Distribution d'autres matériels stériles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. Comprimés désinfectants/eau de Javel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Prévention des overdoses/conseils	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. Distribution de naloxone et formation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Distribution de préservatifs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### 5.3 Avez-vous utilisé l'un des services suivants au cours des 30 derniers jours pendant votre détention actuelle (!)?

Type de service	Oui	Non, car je n'ai pas besoin du service	Non, bien que j'aie besoin du service	Je l'ignore
1. Bilan de santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Traitement par agonistes opioïdes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Détoxification	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Conseil sur les problèmes liés à la drogue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Dépistage des maladies infectieuses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Vaccination contre l'hépatite B	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Traitement de l'hépatite B				
8. Traitement de l'hépatite C	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Thérapie antirétrovirale contre le VIH	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Vaccination contre la tuberculose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. Traitement de la tuberculose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. Échange d'aiguilles et de seringues	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. Distribution d'autres matériels stériles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. Comprimés désinfectants/eau de Javel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Prévention des overdoses/conseils	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. Distribution de naloxone et formation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Distribution de préservatifs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Spécifications:** Le/la répondant(e) doit mettre une croix dans chaque ligne en fonction de son expérience.

Le «conseil en cas d'overdose» peut inclure l'éducation des consommateurs de substances sur les risques de la polytoxicomanie, le risque très élevé d'overdose dans la période suivant la libération, les autres facteurs de risque d'overdose, la reconnaissance des signes d'overdose, la prévention des overdoses et la manière de gérer une overdose.

**Remerciements et contributeurs aux versions précédentes par ordre alphabétique**

Experts ayant contribué à la définition de l'EQDP par ordre alphabétique:

Elena Alvarez, Espagne	Sara Van Malderen, Belgique
Daniele Berto, Italie	Laurent Michel, France
Chloe Carpentier, Office des Nations unies contre les drogues et le crime (UNODC)	Lars Möller, OMS (jusque 2018)
Johnny Connolly, Irlande	Felice Nava, Italie
Natalia Delgrande, Suisse	Marie Jauffree Routsid, France
Stefan Enggist, Suisse	Rosario Sendino, Espagne
Seená Fazel, Royaume-Uni	Harald Spirig, Autriche
Tim Pfeiffer-Gerschel, Allemagne	Imrich Steliar, Slovaquie
Fabienne Hariga, UNODC	Heino Stöver, Allemagne
Marc Lehmann, Allemagne	Robert Teltzrow, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe
Niels Loeenthin, Danemark	Federica Tognazzo, Italie
Kieran Lynch, Royaume-Uni	Anália Torres, Portugal
Diana Maciel, Portugal	Sandra R. Thyberg, Suède
Nino Maddalena, Royaume-Uni	Craig Wright, Royaume-Uni
Elsa Maia, Portugal	

**Pour les points focaux nationaux du réseau REITOX depuis 2013 par ordre alphabétique:**

Katri Abel-Ollo, Estonie	Maud Pousset, France
Charlotte Davies, Royaume-Uni	Ieva Pugule, Lettonie
Brian Galvin, Irlande	Sofia Santos, Portugal
Neoklis Georgiades, Chypre	Elisabetta Simeoni, Italie
Kari Grasaasen, Danemark	Joakim Strandberg, Suède
Lies Gremeaux, Belgique	Manina Terzidou, Grèce
Ruxanda Iliescu, Roumanie	Franz Trautmann, Pays-Bas
Gergely Horváth, Hongrie	Vili Varjonen, Finlande
Milan Krek, Slovénie	Momtchil Vassilev, Bulgarie
Ernestas Jasaitis, Lituanie	Lidija Vugrinec, Croatie
Sofia Lopes Costa, Luxembourg	Silvia Zanone, Italie
Alain Origer, Luxembourg	

**Personnel de l'OEDT par ordre alphabétique:**

Gregor Burkhart, Isabelle Giraudon, Eleni Kalamara, Joao Matias Andre Noor, Deborah Olszewski, Danica Thanki, Lucas Wiessing