

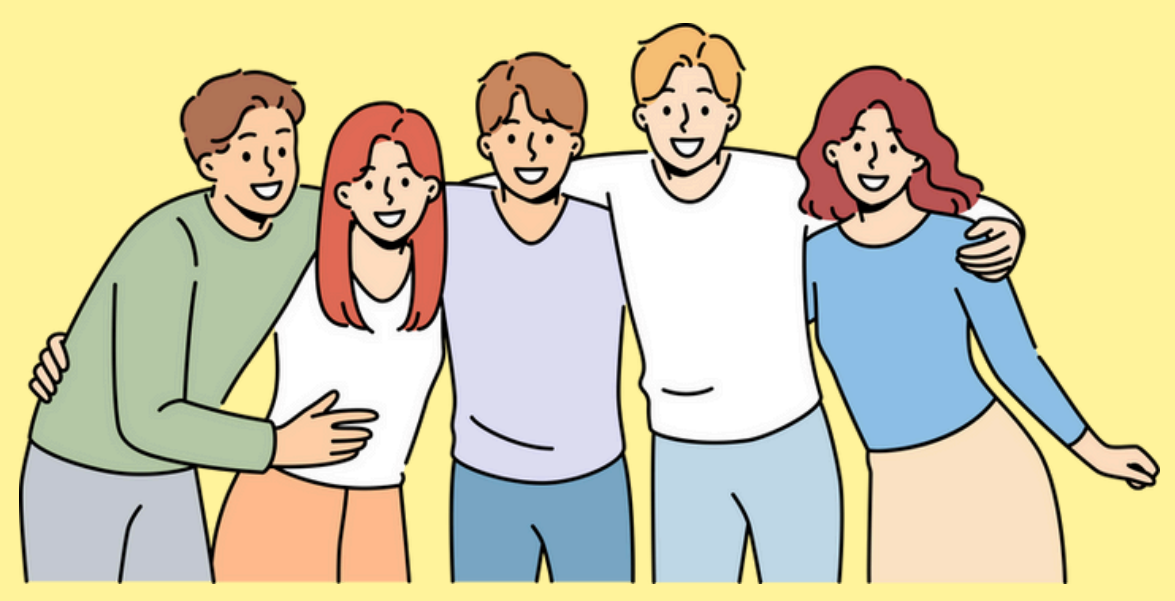


Arpège 10

Maison de l'adolescence de
l'Aube

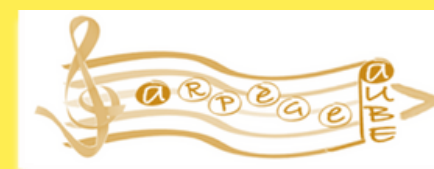


LIVRET JEUNES



LE PETIT GUIDE D'ARPEGE

Comment je mange



Je mange (Merci de cocher la bonne réponse)



Lundi

Matin Midi Goûter Soir Nuit Grignotage

Mardi

Matin Midi Goûter Soir Nuit Grignotage

Mercredi

Matin Midi Goûter Soir Nuit Grignotage

Jeudi

Matin Midi Goûter Soir Nuit Grignotage

Vendredi

Matin Midi Goûter Soir Nuit Grignotage

Samedi

Matin Midi Goûter Soir Nuit Grignotage

Dimanche

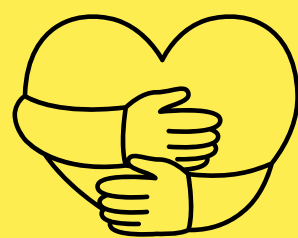
Matin Midi Goûter Soir Nuit Grignotage

Les gens que je connais

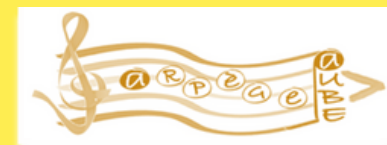


Je me sens... (merci de cocher la case correspondante).

	Très bien	Bien	Pas trop mal	Mal	Très mal
Mes parents					
Mes frères et sœurs					
Les adultes qui m'entourent (grands-parents, oncles, tantes...)					
Mes amis					
Les élèves de ma classe					
Les adultes de mon collège, lycée, formation					
Les adultes qui m'accompagnent au quotidien (Educateurs (trices), Surveillants(es) de nuit...)					
Autres :					



Comment je prends soin de moi



Jours de la semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
As-tu été content(e) de toi ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Loisirs (sport, musique, dessin...) As-tu pratiqué une activité ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
As-tu mangé correctement ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
As-tu bien dormi ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
T'es-tu lavé ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
As-tu eu des Rdvs médicaux ? (psychologue, médecin, psychiatre...) 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



Questionnaire : « Avant que je crise »



As-tu l'impression de commencer à aller mal dans un lieu précis de ton habitation ?
 Oui Non

Lequel ?.....



As-tu l'impression qu'il y a des situations qui te font partir en crise ?
 Oui Non

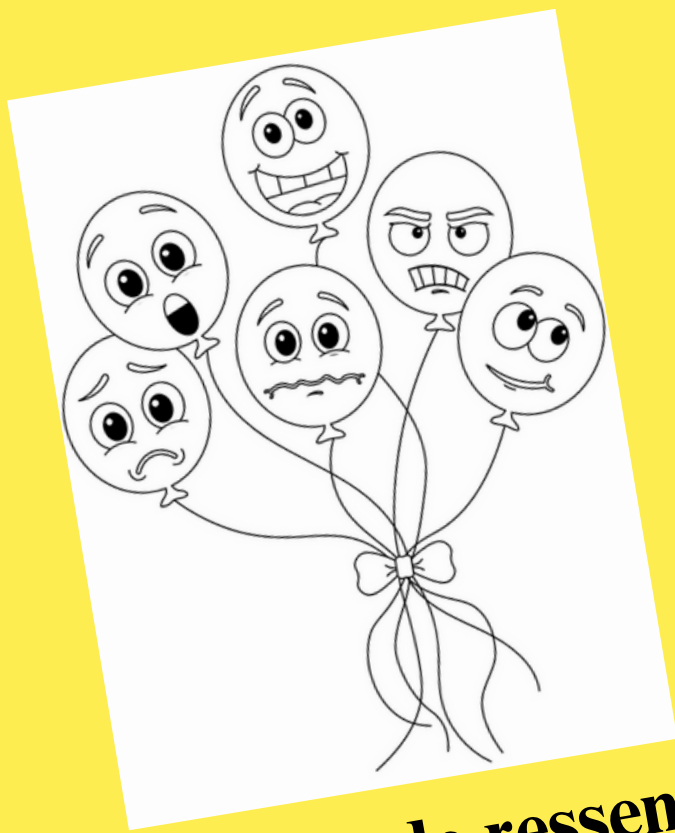
Lesquels ?.....



As-tu l'impression de commencer à aller mal à peu près à chaque fois à la même heure ?

Oui Non

Quelle heure ?.....



As-tu l'impression de ressentir une émotion particulière avant d'aller mal ? (tristesse, colère, frustration...)

Oui Non

Laquelle ?.....



Penses tu avoir une habitude particulière avant une crise ?

Oui Non

Laquelle ?.....



Et tes fugues alors ?

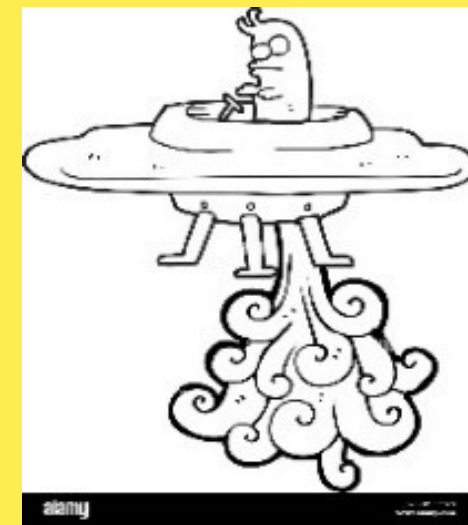


Mais où vas-tu ?



- Ça ne te regarde pas
- Chez des potes
- Bah, en famille tient !
- Je change tout le temps
- Autres :

Ton moyen de transport c'est quoi ?



- À pied, en trottinette, à vélo...
- Transport collectif : bus, taxi, uber...
- On vient me chercher en voiture
- Ça dépend
- Autres :

Mais en vrai, pourquoi tu fugues ?



Je me sens mal

A cause du Foyer

Parce que je veux faire pareil que les autres

Je ne sais pas

Autres :

Avec qui ?



- Des potes
- Des gens à l'extérieur
- Petit(e) ami(e)
- Je ne sais jamais, ça dépend
- Autres :



As-tu envie de me dire, ce que tu consommes ?

- Oui
- Non

Si oui, quoi ? :

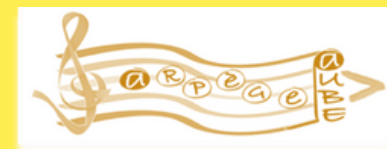
- Je fume de temps en temps
- Je bois pour oublier
- Je prends des trucs, mais je ne sais pas trop ce que c'est
- Je crois bien que je suis addict

La raison pour laquelle tu t'en vas ?



- Je retrouve quelqu'un
- Les éducs me font chier !
- Je ne comprends rien à mon placement
- Je ne veux pas être placé
- Pour aller voir mes parents
- Autres raisons :

Autres :



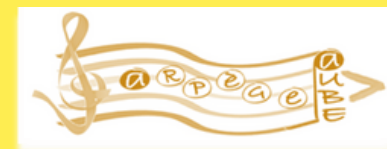
Consommés-tu ?








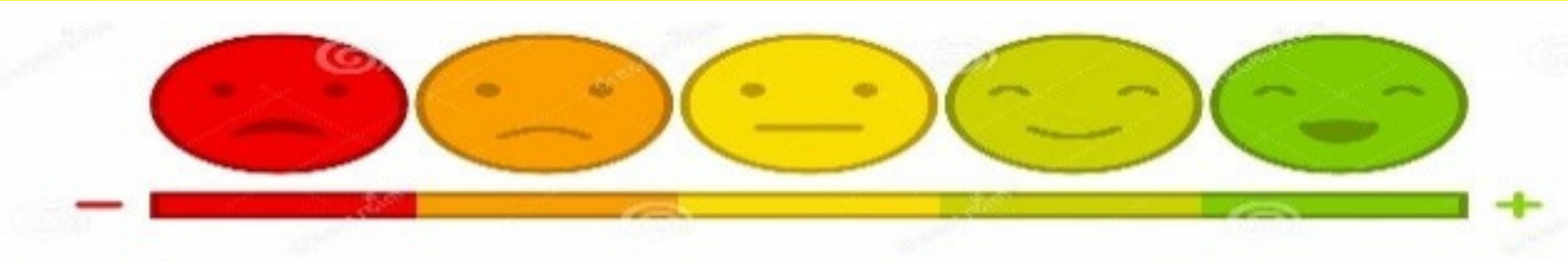
Note les produits et les quantités que tu consommes tous les jours



	Dates	Matinée	Après-midi	Soirée	Nuit	Je consomme seul (e)	Niveau de plaisir entre 0 et 10 (0 pas du tout de plaisir-10 énormément de plaisir)
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Samedi							
Dimanche							

Quel est mon humeur ?



	Je me sens (merci d'entourer la réponse)
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

Quels sont mes besoins aujourd'hui ?

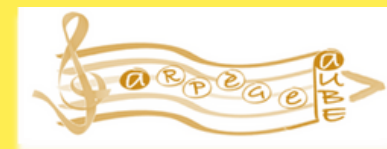


J'ai besoin de : (entoure ta réponse).





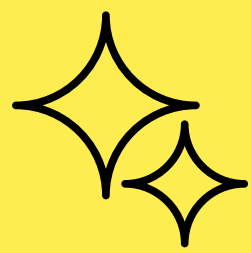
Tes inquiétudes ?



Jours de la semaine	Personne, endroit ou objet	Cela me donne ce sentiment (choisir le chiffre correspondant)
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

























	Niveau d'anxiété	
1	Cela ne me dérange jamais.	
2	Cela me dérange parfois.	
3	Cela peut me rendre nerveux.	
4	Cela peut vraiment m'énerver.	
5	Cela pourrait me rendre fou de rage.	





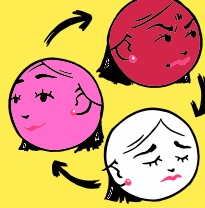




Qui suis-je ?

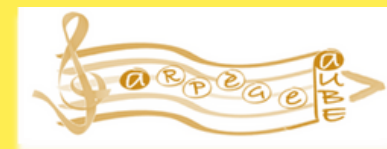


 QUALITÉS 	 TALENTS   	 LOISIRS     	 PASSIONS    	 RÊVES    

Quand je me fais du mal



 Situation (Le ou les évènements qui précèdent ou entraînent les scarifications) 	Emotions  (Les émotions, les sensations physiques)	Pensées  (Ce que je me dis à ce moment-là)	Comportement (Ce que je fais, comment je me fais du mal)   
	<p>Avant :</p> <p>Pendant :</p> <p>Après :</p>		



Dans la liste de mots proposés, peux-tu entourer les qualités qui te correspondent ?



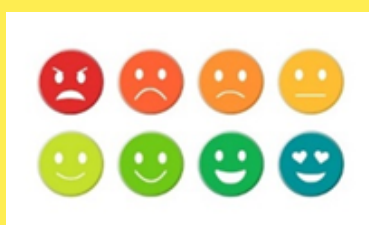
Ta relation avec l'école



L'école

Relation avec l'école

- Plutôt fâché(e)
- En froid
- Bonne
- Très bonne



Autres :

.....

C'est quoi le plus dur ?

- Les profs
- Les cours
- Les élèves
- Tout à la fois



Autres :

Changement d'école



Te souviens-tu avoir changé d'école souvent ?

- Oui
- Non

Nombre de fois :

Est-ce que cela a été positif ?

- Oui
- Non

Souvenirs de réussite



Te souviens tu avoir été encouragé(e) ?

As-tu été encouragé(e) ?

- Oui
- Non

Si oui par qui ? :

.....

.....

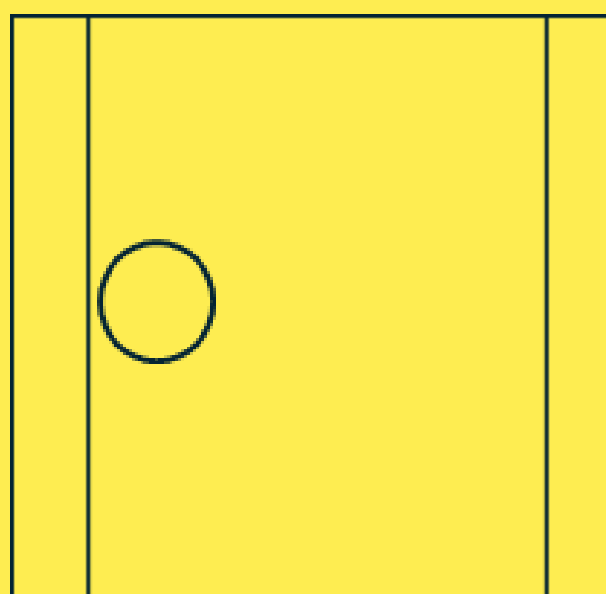
As-tu des souvenirs de réussite ?

- Oui
- Non

Si oui lesquels :

.....

.....



A partir de quand as-tu trouvé ça relou ?

- Primaire
- Collège
- Lycée
- Depuis toujours

Tu vas à l'école ?




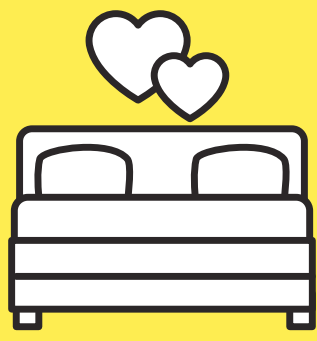
- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaines
- De temps en temps
- Jamais



Comment je dors



Jours de la semaine 	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Difficultés d'endormissement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Qualité du sommeil	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>
Bien dormi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



Parle moi de tes relations intimes



Est-ce que tu te protèges ?

- Oui → Pourquoi ?
- Non → pourquoi ?



Connais-tu la notion de « consentement » ? Oui Non

Rencontre sexuelle

Rencontres tu ton (tes) partenaire(s) dans différents endroits ?
Oui Non

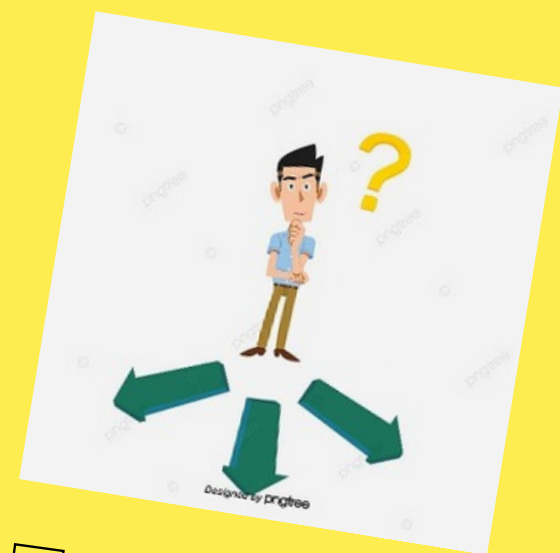
Si oui où ?
Chez moi à l'hôtel autre :



As-tu des rapports sexuels ?
Oui Non



As-tu des relations sexuelles autre qu'avec ton (ta) copain(ine) ?
Oui Non



Connais-tu : CSS MDA CDIJ Hôpital Autre

Tu peux écrire ce que tu as envie ici

Numéros d'urgence : à contacter si vous avez besoin d'aide



SOS suicide 3114

Suicide écoute : 01 45 39 40 00

N°d'urgence : 112

Enfance en danger 119, 116, 111.

SOS Bizutage : n° vert 0 800 555 500

SOS Racisme : 01 40 50 34 34

SOS viol : n° vert 0 800 059 595

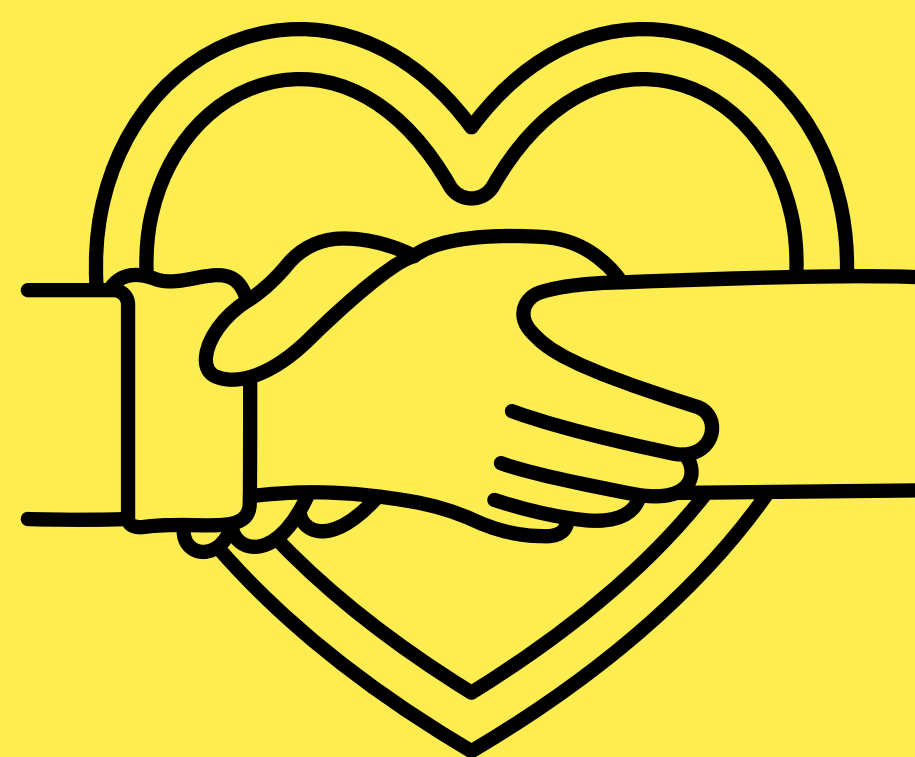
SOS Homophobie : n° vert 0 810 108 135

Écoute cannabis : 0 811 912 020

Écoute alcool : 0 811 913 030

Tabac info service : 39 89

Drogues info services : n° vert 0 800 231 313



Non au harcèlement : 30 20

Fil santé jeune : n° vert 0 800 235 236 ou 3224

Sida info Service : 0 800 840 800

Jeunes violence écoute : n° vert 0 800 202 223







RETOUR DU SÉJOUR DE REMOBILISATION


JEUNE :


Entoure ce qui te concerne


1) Comment te sens-tu après le séjour ?


 Très bien

 Plutôt bien

 Moyennement bien


 Pas très bien


 Pas bien du tout

 Si tu veux expliquer :


.....


2) Ce séjour pour toi c'était :

 Une super expérience


 Une expérience correcte


 Une expérience moyenne


 Une mauvaise expérience

 Très difficile


3) Ce que le séjour t'a apporté :


 Confiance en soi


 Motivation

 Calme

 Fierté


 Nouvelle expérience


 Rien de spécial


 Autre :


.....

4) Pendant le séjour, as-tu été en difficulté ?

 Pas du tout


 Un peu


 Oui

 Oui beaucoup

5) Pendant ton séjour as-tu réussi quelque chose dont tu es fier(e) ?

 Oui

 Un peu

 Je ne sais pas

 Non

 Si oui, quoi ? :

.....

6) Ce séjour va-t-il t'aider dans la suite de ton parcours ?

😊 Oui

😬 Un peu

😐 Je ne sais pas

😞 Non

7) Ton séjour en smiley :



👉 Si tu veux expliquer :

.....

.....

