

# 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"/>						
Loisirs (sport, musique, dessin...) As-tu pratiqué une activité ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
As-tu mangé correctement ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
As-tu bien dormi ? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
T'es-tu lavé ? 	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"/>						



# 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

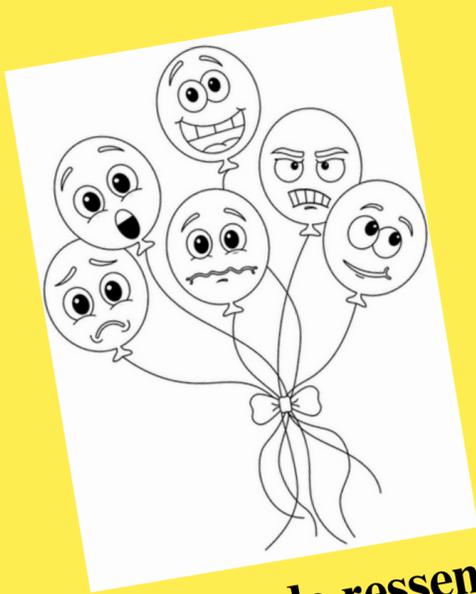
Lesquels ?.....



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)
<b>Lundi</b>							
<b>Mardi</b>							
<b>Mercredi</b>							
<b>Jeudi</b>							
<b>Vendredi</b>							
<b>Samedi</b>							
<b>Dimanche</b>							

# 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).



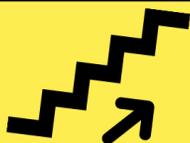


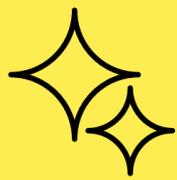
# Tes inquiétudes ?



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 ?



 <b>QUALITÉS</b> 	 <b>TALENTS</b>   	 <b>LOISIRS</b>     	 <b>PASSIONS</b>    	 <b>RÊVES</b>    

# Quand je me fais du mal



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



As-tu des souvenirs de réussite ?

- Oui
- Non

Si oui lesquels :

.....

### Te souviens tu avoir été encouragé(e) ?

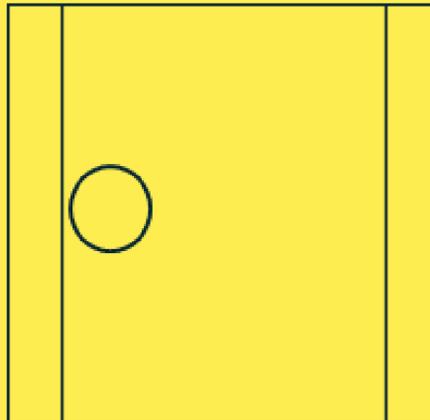


As-tu été encouragé(e) ?

- Oui
- Non

Si oui par qui ? :

.....



A partir de quand as-tu trouvé ça relou ?

- Primaire
- Collège
- Lycée
- Depuis toujours

### Tu vas à l'école ?



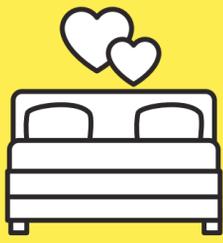
- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaines
- De temps en temps
- Jamais



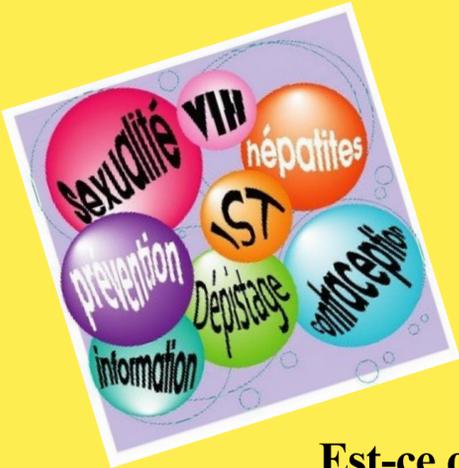
# Comment je dors



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

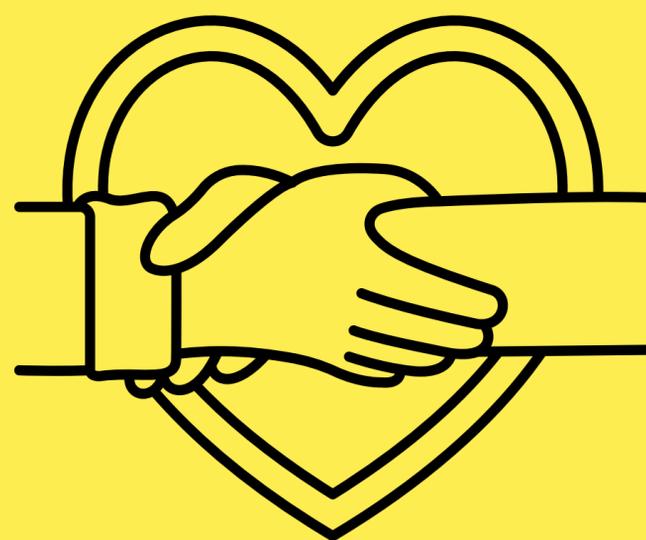
**SOS Homophobie : n° vert 0 810 108 135**

**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**



