

HEADSS

- Assurer de la **confidentialité** (et préciser ses limites : danger pour lui/elle ou autrui)
- Inviter l'adolescent à répondre seul (**si possible sans les parents**)
- Vérifier que l'adolescent est à l'aise, lui donner la possibilité de poser des questions

1. « Domicile / Famille »

- ☐ Où vis-tu actuellement ? (maison , appartement, déménagement récent ou prévu)
- ☐ Qui vit avec toi à la maison (parents, frères/sœurs, conjoint parental +/- ses enfants) ?
- ☐ Comment sont les relations avec tes parents, frères/sœurs et l'ambiance familiale ?
- ☐ As-tu ta propre chambre ?

2. « Scolarité / travail »

- ☐ Ecole/ apprentissage ?
- ☐ Quelle classe (voie apprentissage, pré-gymnasiale) ?
- ☐ As-tu changé d'école récemment ?
- ☐ Résultats scolaires/matières préférées - matières difficiles ?
- ☐ As-tu redoublé ?
- ☐ Manques-tu souvent les cours et si oui pourquoi ?
- ☐ Harcèlement, conflits avec élèves/profs ?
- ☐ As-tu déjà des projets professionnels (formation, métier) ?

3. « Sport - hobbies/ sommeil - alimentation / image corporelle »

- ☐ Que fais-tu pendant ton temps libre ? (amis , clubs/sports, jeux vidéo, sorties le soir, etc.)
- ☐ Combien d'heures de sport/semaine en plus du sport scolaire ?
- ☐ Es-tu satisfaite de ton poids et de ton corps ?
- ☐ Est-ce que surveille ton alimentation ? As-tu déjà essayé de perdre du poids, vomir, prendre des laxatifs, des « pilules minceur » ?
- ☐ Combien de temps passes-tu devant les écrans (Smartphone, TV, jeux vidéo, réseaux sociaux) ?

4. « Tabac, alcool, drogues »

- ☐ Est-ce que des amis, ou toi, consomment tabac, alcool ?

☐ As-tu déjà essayé de fumer, de boire ? Combien, à quelle fréquence ?

☐ As-tu essayé d'autres drogues toi ou tes amis ?

5. « Sexualité, relations affectives »

☐ Est-ce que tu sors avec quelqu'un ? (petit·e ami·e). Age et sexe ?

☐ Comment se passe cette relation ?

☐ As-tu déjà eu des relations sexuelles ? (orales, vaginales, anales)

☐ Si oui : à quel âge, combien de partenaires, utilises-tu une contraception ou un préservatif ?

☐ As-tu déjà été forcé·e à des actes sexuels que tu ne voulais pas ? As-tu déjà touché ou été touché·e sans ton accord ou contre de l'argent/ drogues ?

☐ Connais-tu les infections sexuellement transmissibles (HIV, Chlamydia, Syphilis, gonocoque, HBV, HSV)

☐ Vaccins (HBV, Gardasil 9)

☐ Dépistages grossesse souhaités ?

☐ Connaissance de la pilule du lendemain et où se la fournir ?

6. « Humeur, automutilation, pensées suicidaires »

☐ Comment te sens-tu en ce moment (humeur, stress) ?

☐ As-tu souvent des périodes où tu te sens très triste, anxieux·se, déprimée ?

☐ Quand tu es en difficulté ou triste, vers qui te tournes-tu ?

☐ As-tu déjà fait des gestes d'automutilation ?

☐ As-tu déjà pensé à te faire mal ou à mettre fin à tes jours ?

☐ As-tu déjà fugué ou eu envie de fuguer ?

☐ Dors-tu bien ? (insomnies , cauchemars, réveils précoces, fatigue)

7. « Sécurité, abus, internet / réseaux, violence »

☐ Est-ce que tu te sens en sécurité dans ton environnement (domicile, école, quartier) ?

☐ Utilises-tu internet, réseaux sociaux, jeux en ligne ? Avec qui, combien de temps, y a-t-il des contacts que tu ne connais pas bien?

☐ As-tu déjà été victime ou témoin de harcèlement, cyberharcèlement

☐ Partages-tu des photos via le téléphone ou l'ordinateur ou autre?

☐ Sors -tu seules tard le soir (bar, boîtes de nuit, autre