



--	--	--	--

Si personnes en groupe saisir le n° FG 

--	--	--	--	--

 correspondant

Bonsoir, je m'appelle [prénom], nous sommes bénévoles et nous réalisons une étude pour la Ville de Paris. Nous interrogeons toutes les personnes que nous croisons pour savoir où elles vont dormir ce soir. Le but est de compter et de mieux connaître la situation des personnes qui vivent dans la rue, pour améliorer l'aide que nous pourrions apporter. C'est une enquête totalement **anonyme et confidentielle** et si vous ne souhaitez pas répondre, il suffit de nous l'indiquer.

→ **TOUT D'ABORD, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ INTERROGÉ CE SOIR ?**

→ Si oui, ne pas remplir de questionnaire

## À remplir obligatoirement [PARTIE 1/2]

**Q1 Quel est votre lien de parenté ?**

→ Si aucun lien de parenté, remplir des questionnaires personnes seules

- Couple       Famille monoparentale       Famille biparentale       Famille élargie  
 Autre, à préciser .....

**Q2 Nombre d'adultes**

--	--

→ Si plus de 2 adultes préciser le lien de parenté (ex: couple + belle-mère): .....

→ Si plus de 2 adultes remplir un autre questionnaire famille avec le même numéro et préciser: adulte 3, adulte 4, etc.

**Q3 Nombre d'enfants présents:**

--	--

**Et âge des enfants présents:**

--	--

 ans, 

--	--

 ans, 

--	--

 ans

**Q4 Le couple / la famille a répondu au questionnaire**

**et a donné son consentement au recueil de données personnelles le-la concernant**

- Oui       Non

→ **Q5 Vous n'avez pas rempli le questionnaire avec les personnes car**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elles n'ont pas voulu répondre           | <input type="checkbox"/> Elles ont évité le contact                 |
| <input type="checkbox"/> Elles dormaient                          | <input type="checkbox"/> Elles ne maîtrisaient pas la langue        |
| <input type="checkbox"/> Leur état ne leur permettait pas         | <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas osé aller à leur rencontre |
| <input type="checkbox"/> Elles étaient inaccessibles physiquement | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....                    |

**Q6 Où pensez-vous passer la nuit ?**

Chez moi / Dans mon logement	<input type="checkbox"/>	→ Fin de questionnaire
Dans un hôtel	<input type="checkbox"/>	→ Fin de questionnaire
Dans un centre d'hébergement (urgence, réinsertion sociale, accueil de demandeurs d'asile, gymnase, halte de nuit...)	<input type="checkbox"/>	→ Fin de questionnaire
Chez un tiers (famille, ami)	<input type="checkbox"/>	→ Fin de questionnaire
Dans un lieu public	<input type="checkbox"/> Rue <input type="checkbox"/> Station de métro / de RER <input type="checkbox"/> Gare <input type="checkbox"/> Campement <input type="checkbox"/> Talus périphérique <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Parc / Jardin	
Dans un autre lieu	<input type="checkbox"/> Tente isolée <input type="checkbox"/> Immeuble (cage d'escalier, hall d'entrée) <input type="checkbox"/> Squat <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Centre commercial <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Cave <input type="checkbox"/> Parking <input type="checkbox"/> Abri bus	
Autre	<input type="checkbox"/> à préciser: .....	
Ne sait pas où passer la nuit ce soir	<input type="checkbox"/>	

**Q7 Est-ce à cet endroit que vous dormez le plus souvent ?**

Oui       Non

## À remplir obligatoirement [PARTIE 2/2]

**ADULTE 1, à préciser** .....

**S1 Quel âge avez-vous?** Si réponse précise 

--	--

 ans

- Âge estimé**
- Impossible à déterminer  
 Moins de 18 ans       de 18 à 24 ans  
 de 25 à 39 ans       de 40 à 54 ans  
 de 55 à 70 ans       Plus de 70 ans

**S2 La personne rencontrée / vue est**

- Homme       Femme  
 Impossible à déterminer

**ADULTE 2, à préciser** .....

**S1 Quel âge avez-vous?** Si réponse précise 

--	--

 ans

- Âge estimé**
- Impossible à déterminer  
 Moins de 18 ans       de 18 à 24 ans  
 de 25 à 39 ans       de 40 à 54 ans  
 de 55 à 70 ans       Plus de 70 ans

**S2 La personne rencontrée / vue est**

- Homme       Femme  
 Impossible à déterminer

ADULTE 1	ADULTE 2
<b>Q8 Depuis quand êtes-vous sans logement personnel ?</b>	
<input type="checkbox"/> Moins d'1 semaine <input type="checkbox"/> Entre 1 semaine et moins d'1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 mois et moins de 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et moins d'1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Moins d'1 semaine <input type="checkbox"/> Entre 1 semaine et moins d'1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 mois et moins de 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et moins d'1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Q9 Est-ce la première fois que vous êtes sans logement personnel ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Q10 (Plusieurs réponses possibles) Pour quel(s) motif(s) vous êtes-vous retrouvé la première fois sans logement personnel ?</b>	
<input type="checkbox"/> Expulsion du domicile <input type="checkbox"/> Expulsion de chez un tiers <input type="checkbox"/> Baisse des ressources financières <input type="checkbox"/> Perte d'emploi, chômage <input type="checkbox"/> Arrivée à Paris sans logement <input type="checkbox"/> Séparation familiale (rupture, divorce, etc.) <input type="checkbox"/> Fin de prise en charge aide sociale à l'enfance (ASE) <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Sortie de détention <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....	<input type="checkbox"/> Expulsion du domicile <input type="checkbox"/> Expulsion de chez un tiers <input type="checkbox"/> Baisse des ressources financières <input type="checkbox"/> Perte d'emploi, chômage <input type="checkbox"/> Arrivée à Paris sans logement <input type="checkbox"/> Séparation familiale (rupture, divorce, etc.) <input type="checkbox"/> Fin de prise en charge aide sociale à l'enfance (ASE) <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Sortie de détention <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....
<b>Q11 Quand avez-vous été hébergé pour la dernière fois ?</b>	
<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Hier <input type="checkbox"/> Moins d'1 semaine <input type="checkbox"/> Entre 1 semaine et moins d'1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'1 an	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Hier <input type="checkbox"/> Moins d'1 semaine <input type="checkbox"/> Entre 1 semaine et moins d'1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'1 an
<b>Q12 Cet hébergement était</b>	
<input type="checkbox"/> Chez un tiers (famille, ami) <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement <input type="checkbox"/> Hôtel <input type="checkbox"/> Gymnase <input type="checkbox"/> Aide sociale à l'enfance (Ase) <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....	<input type="checkbox"/> Chez un tiers (famille, ami) <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement <input type="checkbox"/> Hôtel <input type="checkbox"/> Gymnase <input type="checkbox"/> Aide sociale à l'enfance (Ase) <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....
<b>Q13 Appelez-vous le 115 ?</b>	
<input type="checkbox"/> Non et je ne l'ai jamais appelé <input type="checkbox"/> Non, j'ai abandonné <input type="checkbox"/> Oui, de temps en temps <input type="checkbox"/> Oui, tous les jours <b>Q14 (si non) Préciser pourquoi ?</b> .....	<input type="checkbox"/> Non et je ne l'ai jamais appelé <input type="checkbox"/> Non, j'ai abandonné <input type="checkbox"/> Oui, de temps en temps <input type="checkbox"/> Oui, tous les jours <b>Q14 (si non) Préciser pourquoi ?</b> .....
<b>Q15 Avez-vous essayé d'appeler le 115 aujourd'hui ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Q16 Êtes-vous accompagné par un travailleur social ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Q17 Précisez où</b> ..... <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Q17 Précisez où</b> ..... <input type="checkbox"/> Ne sait pas

ADULTE 1	ADULTE 2
<b>Q18 Depuis combien de temps vivez-vous à Paris ?</b>	
<input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et moins d'1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans	<input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et moins d'1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans
<b>Q19 Avez-vous une adresse pour recevoir votre courrier ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui à Paris Adresse (CASVP), rue des Renaudes 75017 Paris <input type="checkbox"/> Oui, dans une autre institution ou association <input type="checkbox"/> Oui, chez un tiers (famille, amis) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Q20 Si oui, dans quel département ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui à Paris Adresse (CASVP), rue des Renaudes 75017 Paris <input type="checkbox"/> Oui, dans une autre institution ou association <input type="checkbox"/> Oui, chez un tiers (famille, amis) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Q20 Si oui, dans quel département ?</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Plusieurs réponses possibles. Ne pas citer les modalités. Bien relancer.) <b>Q21 De quoi avez-vous besoin au quotidien ?</b>	
<input type="checkbox"/> Accès à internet / un téléphone portable / un point de rechargement <input type="checkbox"/> Aide dans les démarches <input type="checkbox"/> Domiciliation administrative <input type="checkbox"/> Écoute <input type="checkbox"/> Laver ses vêtements <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Prendre une douche <input type="checkbox"/> Prendre un repas chaud <input type="checkbox"/> Produits d'hygiène <input type="checkbox"/> Ressources financières <input type="checkbox"/> Se soigner <input type="checkbox"/> Stocker ses affaires personnelles <input type="checkbox"/> Travail / Emploi <input type="checkbox"/> Vêtements <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ..... <input type="checkbox"/> Pas de besoin exprimé	<input type="checkbox"/> Accès à internet / un téléphone portable / un point de rechargement <input type="checkbox"/> Aide dans les démarches <input type="checkbox"/> Domiciliation administrative <input type="checkbox"/> Écoute <input type="checkbox"/> Laver ses vêtements <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Prendre une douche <input type="checkbox"/> Prendre un repas chaud <input type="checkbox"/> Produits d'hygiène <input type="checkbox"/> Ressources financières <input type="checkbox"/> Se soigner <input type="checkbox"/> Stocker ses affaires personnelles <input type="checkbox"/> Travail / Emploi <input type="checkbox"/> Vêtements <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ..... <input type="checkbox"/> Pas de besoin exprimé
<b>Q22 Comment estimez-vous votre état de santé en général ?</b>	
<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Assez bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Assez bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais
<b>Q23 Quand avez-vous vu un médecin pour la dernière fois ?</b>	
<input type="checkbox"/> Moins d'1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'1 an <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Moins d'1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 mois et moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'1 an <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Q24 Avez-vous une couverture maladie ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Démarches en cours <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Démarches en cours <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Q25 (Plusieurs réponses possibles) Quelles sont vos ressources financières ?</b>	
<input type="checkbox"/> Aucune ressource <input type="checkbox"/> Travail déclaré <input type="checkbox"/> Travail non déclaré <input type="checkbox"/> Prestations sociales / minima sociaux <input type="checkbox"/> Mendicité <input type="checkbox"/> Pension de retraite <input type="checkbox"/> L'aide de proches ou d'amis <input type="checkbox"/> Autre, à préciser : .....	<input type="checkbox"/> Aucune ressource <input type="checkbox"/> Travail déclaré <input type="checkbox"/> Travail non déclaré <input type="checkbox"/> Prestations sociales / minima sociaux <input type="checkbox"/> Mendicité <input type="checkbox"/> Pension de retraite <input type="checkbox"/> L'aide de proches ou d'amis <input type="checkbox"/> Autre, à préciser : .....

ADULTE 1	ADULTE 2
<b>Q26</b> (Plusieurs réponses possibles. Bien relancer) <b>Quel a été l'impact de la crise liée à la Covid sur votre situation personnelle ?</b>	
<input type="checkbox"/> Expulsion du domicile <input type="checkbox"/> Expulsion de chez un tiers (famille, amis, connaissances...) <input type="checkbox"/> Baisse des ressources financières <input type="checkbox"/> Perte d'emploi <input type="checkbox"/> Diminution de l'activité professionnelle <input type="checkbox"/> Détérioration de l'état de santé <input type="checkbox"/> Stress, anxiété <input type="checkbox"/> Sentiment d'isolement <input type="checkbox"/> Séparation familiale (rupture, divorce, perte d'un proche...) <input type="checkbox"/> Autre, préciser: ..... <input type="checkbox"/> Non concerné, la Covid n'a eu aucun impact sur la situation personnelle <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Expulsion du domicile <input type="checkbox"/> Expulsion de chez un tiers (famille, amis, connaissances...) <input type="checkbox"/> Baisse des ressources financières <input type="checkbox"/> Perte d'emploi <input type="checkbox"/> Diminution de l'activité professionnelle <input type="checkbox"/> Détérioration de l'état de santé <input type="checkbox"/> Stress, anxiété <input type="checkbox"/> Sentiment d'isolement <input type="checkbox"/> Séparation familiale (rupture, divorce, perte d'un proche...) <input type="checkbox"/> Autre, préciser: ..... <input type="checkbox"/> Non concerné, la Covid n'a eu aucun impact sur la situation personnelle <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Q27</b> (Plusieurs réponses possibles) <b>Pour vous protéger face à la Covid, rencontrez-vous des difficultés pour accéder à :</b>	
<input type="checkbox"/> Du gel hydroalcoolique ? <input type="checkbox"/> Des masques ? <input type="checkbox"/> Un Test Covid ? <input type="checkbox"/> Non, pas de difficulté particulière	<input type="checkbox"/> Du gel hydroalcoolique ? <input type="checkbox"/> Des masques ? <input type="checkbox"/> Un Test Covid ? <input type="checkbox"/> Non, pas de difficulté particulière
<b>Q28</b> <b>Envisagez-vous de vous faire vacciner contre la Covid ?</b>	
<input type="checkbox"/> Je suis déjà vacciné-e <input type="checkbox"/> Oui, je souhaiterais me faire vacciner <input type="checkbox"/> Non, je ne compte pas me faire vacciner <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Je suis déjà vacciné-e <input type="checkbox"/> Oui, je souhaiterais me faire vacciner <input type="checkbox"/> Non, je ne compte pas me faire vacciner <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<b>Q29</b> (Plusieurs réponses possibles) <b>Pour vous, la crise de la Covid a-t-elle rendu plus difficile ?</b>	
<input type="checkbox"/> L'accès aux soins <input type="checkbox"/> Le renouvellement des prestations sociales / minima sociaux <input type="checkbox"/> L'accès à l'aide alimentaire <input type="checkbox"/> L'accès à un travailleur social <input type="checkbox"/> L'accès à une mise à l'abri / un hébergement <input type="checkbox"/> L'accès à un logement <input type="checkbox"/> La délivrance ou le renouvellement du titre de séjour <input type="checkbox"/> L'accès à l'hygiène et aux commodités <input type="checkbox"/> L'accès à des aides financières <input type="checkbox"/> Autre, préciser: ..... <input type="checkbox"/> Non, la Covid n'a pas rendu plus difficile l'accès à ces services/aides <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> L'accès aux soins <input type="checkbox"/> Le renouvellement des prestations sociales / minima sociaux <input type="checkbox"/> L'accès à l'aide alimentaire <input type="checkbox"/> L'accès à un travailleur social <input type="checkbox"/> L'accès à une mise à l'abri / un hébergement <input type="checkbox"/> L'accès à un logement <input type="checkbox"/> La délivrance ou le renouvellement du titre de séjour <input type="checkbox"/> L'accès à l'hygiène et aux commodités <input type="checkbox"/> L'accès à des aides financières <input type="checkbox"/> Autre, préciser: ..... <input type="checkbox"/> Non, la Covid n'a pas rendu plus difficile l'accès à ces services/aides <input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Heure** de la rencontre :  | h  |

**Adresse** de la rencontre : numéro  |  rue .....

**Au retour en QG d'arrondissement : contrôle effectué par l'équipe qualité avec le responsable d'équipe**

**Selon vous, le couple / la famille est effectivement en situation de rue ?**

Oui  Non

**Si le remplissage du questionnaire est parcellaire, pour quelles raisons ?**

.....