

Client:

Date de naissance:

Professionnel: Sanaa Seqqat, psychoéducatrice et psychothérapeute (stagiaire)

QUESTIONNAIRE D'ADMISSION EN PSYCHOTHÉRAPIE

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE AU MIEUX DE VOTRE CONNAISSANCE. IL N'Y A PAS DE MAUVAISES RÉPONSES.

Quelles sont les raisons qui vous amènent en thérapie en ce moment ? *Soyez aussi précis que possible. Indiquez quand vous avez commencé à ressentir ces sentiments et décrivez tout événement particulier qui aurait pu déclencher vos émotions.*

Veillez répondre par oui/non à la liste des difficultés suivante :

| Difficultés /Symptômes | Oui/Non | Difficultés /Symptômes | Oui/Non | Difficultés /Symptômes | Oui/Non |
|--|---------|---|---------|---|---------|
| Changements d'appétit ou de poids inexplicables | | Sentiments persistants de tristesse, de désespoir ou de vide | | Sentiments de culpabilité ou de dévalorisation | |
| Insomnie ou hypersomnie (sommeil excessif) | | Irritabilité, colère ou agitation fréquentes | | Irritabilité, colère ou agitation fréquentes | |
| Fatigue persistante ou perte d'énergie | | Retrait social ou perte d'intérêt pour les activités autrefois appréciées | | Retrait social ou perte d'intérêt pour les activités autrefois appréciées | |
| Difficulté à se concentrer, à prendre des décisions ou à penser clairement | | Anxiété excessive, inquiétude constante ou attaques de panique | | Anxiété excessive, inquiétude constante ou attaques de panique | |
| Usage excessif de substances (alcool, drogues) pour faire face aux problèmes | | Changements dans les habitudes de sommeil, d'appétit ou d'énergie | | Sentiments de culpabilité ou de dévalorisation | |
| Sentiments d'inutilité ou de désespoir | | Difficultés relationnelles ou problèmes familiaux | | Pensées récurrentes de mort ou de suicide | |
| Perturbations du fonctionnement quotidien, y compris au travail ou à l'école | | | | | |

Quels sont vos objectifs ou ce que souhaitez-vous réaliser à travers la psychothérapie ?

Avez-vous déjà eu recours aux services d'un professionnel de la santé mentale par le passé ? Qui? Quand? Et la nature des difficultés?

Avez-vous des problèmes de santé?

Veillez indiquer tous les médicaments et suppléments que vous prenez actuellement ou que vous avez dans le passé, ainsi que la raison de leur prise :

Si vous prenez des médicaments sur ordonnance, veuillez indiquer le nom, la spécialité du médecin et son numéro de téléphone

Si vous avez été référé(e) vers nous ou si vous consultez un autre médecin traitant que celui mentionné précédemment, veuillez fournir leur nom (ou le nom de leur organisation), leur profession et leurs coordonnées.

Avez-vous déjà été admis(e) à l'hôpital en raison d'un problème psychiatrique ?

Est-ce qu'il y a des antécédents de troubles mentaux dans votre famille ?

Si vous êtes en couple, veuillez décrire la nature de la relation et le nombre de mois ou d'années passés ensemble.

Décrivez votre situation de vie actuelle. Vivez-vous seul(e), avec d'autres personnes, en famille, etc. ?

Quel est votre niveau d'éducation ? Le plus haut niveau d'études/diplôme obtenu et le type de diplôme.

Quelle est votre occupation actuelle ? Que faites-vous ? Depuis combien de temps le faites-vous ?

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez que je sache ?

Complété le :

Client :

AAQ-II

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------------|--------------------|---------------|--------------|--------------|-----------------------|---------------|
| jamais vrai | très rarement vrai | rarement vrai | parfois vrai | souvent vrai | presque toujours vrai | Toujours vrai |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. J'ai peur de mes émotions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. J'ai peur ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Mes soucis m'empêchent de réussir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Version française:

Monestès, J.L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, 59, 301-308.

Détails dans :

Monestès, J.L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT*. Paris : Elsevier Masson.

Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de *la dernière semaine*. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0,1,2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.

L'échelle de notation est la suivante :

0 ne s'applique pas du tout à moi

1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps

2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps

3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Je me suis aperçu(e) que des choses insignifiantes me troublaient. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Je me suis senti(e) faible (par exemple, les jambes qui allaient se dérober sous moi). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | J'ai eu de la difficulté à me détendre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Je me suis trouvé(e) dans des situations qui me rendaient tellement anxieux(se) que j'ai été très soulagé(e) lorsqu'elles ont pris fin. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Je me suis aperçu(e) que j'étais assez facilement contrarié(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Je me suis senti(e) triste et déprimé(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Je me suis aperçu(e) que je devenais impatient(e) lorsque j'étais retardé(e) de quelque façon que ce soit (par exemple dans les ascenseurs, aux feux de circulation, lorsque je devais attendre). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Je me suis senti(e) étourdi(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | J'ai eu l'impression d'avoir perdu goût à presque tout. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | J'ai eu l'impression d'être assez susceptible. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | J'ai transpiré de façon perceptible (par exemple, les mains moites) en l'absence de températures élevées ou d'effort physique. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | J'ai eu peur sans bonne raison. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | J'ai eu le sentiment que la vie n'en valait pas la peine. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Rappel de l'échelle de notation :

0 ne s'applique pas du tout à moi

1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps

2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps

3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 22 | J'ai trouvé difficile de décompresser. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | J'ai eu de la difficulté à avaler. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | J'ai eu de la difficulté à prendre plaisir à ce que je faisais. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | J'ai été conscient(e) des palpitations de mon coeur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon coeur venait de sauter). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | Je me suis senti(e) abattu(e) et triste. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | Je me suis aperçu(e) que j'étais très irritable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28 | J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29 | J'ai trouvé difficile de me calmer après avoir été contrarié(e) par quelque chose. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30 | J'ai eu peur d'être déconcerté(e) par une tâche insignifiante mais non-familière. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31 | J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32 | J'ai trouvé difficile de tolérer des interruptions à ce que je faisais. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33 | J'ai été dans un état de tension nerveuse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34 | J'ai eu le sentiment d'être sans valeur. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35 | J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36 | Je me suis senti(e) terrifié(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37 | Je n'ai rien pu voir dans l'avenir qui me donnait de l'espoir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38 | J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39 | Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40 | Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41 | J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42 | J'ai trouvé difficile d'être motivé(e) à commencer des activités. | 0 | 1 | 2 | 3 |

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

Jamais Plusieurs jours Plus de la moitié des jours Presque tous les jours

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| 1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Difficulté à se détendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver | 0 | 1 | 2 | 3 |

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ-9)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de sept jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|--------------------|------------------------|
| 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Peu d'appétit ou trop manger | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

**Pas du tout
difficile(s)**

**Plutôt
difficile(s)**

**Très
difficile(s)**

**Extrêmement
difficile(s)**

Les expériences traumatiques de l'enfance - Calcul de votre « ACE score »

Adverse Childhood Experiences

Les "ACE studies" sont une série d'études américaines (la première publication date de 1998, par Felitti et al.) traitant des effets des maltraitances infantiles sur l'état de santé et la qualité de vie à l'âge adulte. (Pour en savoir plus : <http://www.acestudy.org/>) Deux remarques : d'une part, les résultats présentés à la fin de ce document concernent une population américaine et ne peuvent donc qu'être extrapolés à la population française. D'autre part, ils ne font pas figure de prédictions mais révèlent seulement une prévalence statistique (les maladies ou comportements décrits peuvent se produire ou non).

Pendant vos 18 premières années :

- 1.** Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage vous a souvent ou très souvent :

Insulté, rabaisé, humilié, crié dessus

Ou a agi d'une manière qui vous a fait craindre que vous puissiez être blessé physiquement ?

- 2.** Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage vous a souvent ou très souvent :

Poussé, empoigné, giflé ou jeté quelque chose dessus ?

Ou bien frappé si fort que vous en aviez des marques ou des blessures ?

- 3.** Est-ce qu'un adulte ou une personne d'au moins 5 ans votre aînée vous a :

Touché ou caressé ou fais toucher leur corps de manière sexuelle ?

Ou tenté ou obtenu un rapport sexuel (oral, anal ou vaginal) ?

- 4.** Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que :

Personne dans votre famille ne vous aimait ou pensait que vous étiez importante ou spéciale ?

Ou les membres de votre famille ne faisaient pas attention les uns aux autres, ne se sentaient pas proches les uns des autres, ou ne se soutenaient pas mutuellement ?

- 5.** Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que :

Vous n'avez pas eu assez à manger, avez dû porter des vêtements sales, et n'aviez personne pour vous protéger ?

Ou vos parents étaient trop ivres ou trop drogués pour prendre soin de vous ou vous emmener chez le médecin si vous en aviez besoin ?

- 6.** Vos parents se sont-ils séparés ou ont-ils divorcé ?
-

- 7.** Est-ce que votre mère ou votre belle-mère :

a été souvent ou très souvent poussée, empoignée, giflée, ou reçu des objets jetés sur elle ?

Ou parfois, souvent, ou très souvent reçu des coups de pied, été mordue, frappée avec le poing ou un objet contondant ?

Ou frappé à plusieurs reprises au moins quelques minutes ou menacée avec un pistolet ou un couteau ?

- 8.** Avez-vous vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou toxicomane ?
-

- 9.** Est-ce qu'un membre du ménage a souffert de dépression ou de maladie mentale ?

Ou est-ce qu'un membre du ménage a tenté de se suicider ?

- 10.** Est-ce qu'un membre du ménage est allé en prison ?
-

Additionnez les cases cochées : vous obtenez votre score ACE.

Score ACE égal à 1

- 1,2 fois plus de risques d'être fumeur
- 1,5 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
- 2 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
- 1,6 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
- 1,7 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
- 1,04 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
- 2 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
- 3,5 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
- 1,25 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
- 1,06 fois plus de risques de contracter un cancer
- 1,6 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
- 1,04 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE égal à 2

- 1,7 fois plus de risques d'être fumeur
- 1,7 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
- 10 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
- 2,1 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
- 2 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
- 1, 4 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
- 2,2 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
- 4 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
- 1, 5 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
- 1,4 fois plus de risques de contracter un cancer
- 2,2 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
- 1,1 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE égal à 3

- 2,3 fois plus de risques d'être fumeur
- 1,9 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
- 22 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
- 2,2 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
- 2,3 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
- 1,9 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
- 2,8 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
- 4,5 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
- 1, 5 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
- 1,5 fois plus de risques de contracter un cancer
- 2,3 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
- 1,3 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE supérieur ou égal à 4

- 2,6 fois plus de risques d'être fumeur
- 2,1 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
- 40 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
- 2,1 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
- 2,9 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
- 1,9 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
- 4,8 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
- 9 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
- 1,7 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
- 1,5 fois plus de risques de contracter un cancer
- 3,1 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
- 1,5 fois plus de risques d'être obèse