

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

Vie entière

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelque soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

NOM DU PATIENT : _____	PROTOCOLE NUMERO : _____
DATE DE NAISSANCE: _____	Heure de Début : _____
ENTRETIEN REALISE PAR : _____	Heure de Fin : _____
DATE DE L'ENTRETIEN : _____	DUREE TOTALE : _____

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / lifetime

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)	Vie entière + Actuelle (2 dernières semaines)	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
F. AGORAPHOBIE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
G. PHOBIE SOCIALE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K'. TABAC	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K". JEU D'ARGENT ET DE HASARD	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K"". JEU VIDEO	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
M. ANOREXIE MENTALE	Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Vie entière + Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

• Entretien :

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

• Présentation :

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

• Conventions :

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot à mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (→) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

• Instructions de cotation :

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours de votre vie avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	➔ NON	OUI	
A3 a	Actuellement, vous sentez-vous particulièrement triste, déprimé(e) ?	NON	OUI	
b	Actuellement, avez-vous le sentiment de n'avoir plus goût à rien ?	NON	OUI	
	Si A3a ET A3b = NON : PASSER A A5 ET EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE Si A3a OU A3b = OUI : PASSER A A4			
A4 a	Depuis combien de temps dure cette période ? __ __ __ jours			
b	L'EPISODE ACTUEL DURE-T-IL DEPUIS AU MOINS 14 JOURS ?	NON	OUI	
	Si A4b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL Si A4b = NON : EXPLORER L'EPISODE PASSE LE PLUS GRAVE			
A5	Durant cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 70 kg / 120 lbs.) COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A5 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON)	➔ NON	OUI	

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- A6 Ces problèmes entraînent-ils/entraînaient-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils/gênaient-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ? →
NON OUI 10
- A7 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ? →
NON OUI 11

A7 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :

- A8 a Au cours de votre vie, combien de périodes de deux semaines ou plus avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? Nombre d'EDM : /_/_/
EPISODE ACTUEL COMPRIS
- b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? /_/_/ans (Première fois)
- c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ? /_/_/ans (Dernière fois)

NON	OUI
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	
ACTUEL	—
PASSE	—

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL, EXPLORER CI-DESSOUS :

A9 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI	NON	OUI	12
b	Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?	NON	OUI	13
	Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?			
	A9a OU A9b SONT-ELLES COTEES OUI	→ NON	OUI	

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

A10a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours?	NON	OUI	16
d	A5c EST ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e	A5a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS)?	NON	OUI	18
f	Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A10 ?

NON OUI

**EPISODE DEPRESSIF
MAJEUR
avec Caractéristiques
Mélancoliques
ACTUEL**

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	
B4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→ NON	OUI	28
B5	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?	NON	→ OUI	29
	B5 EST-ELLE COTEE NON ?	<p>NON OUI</p> <p>DYSTHYMIE ACTUEL</p>		
	SI LE PATIENT PRESENTE UNE DYSTHYMIE ACTUEL :			
B6	Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ayant duré au moins deux ans où vous vous sentiez déprimé(e) la plupart du temps ?			/ / / ans (Première fois)
B7	Depuis quand dure la période actuelle ?			/ / / / / années

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER

C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN

C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON **OUI**

***RISQUE SUICIDAIRE
ACTUEL***

LEGER

MOYEN

ELEVE

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?	NON	OUI	1
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.			
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?	NON	OUI	3
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. Si OUI			
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
	D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	

Si D1b **OU** D2b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL

Si D1b **ET** D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

D3 Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil) ?	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3
OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→
NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine **et** ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres
ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI 12

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON	OUI
EPISODE HYPOMANIAQUE	
ACTUEL	—
PASSE	—

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON	OUI
EPISODE MANIAQUE	
ACTUEL	—
PASSE	—

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE HYPOMANIAQUE OU MANIAQUE :

D5 a Au cours de votre vie, combien de périodes avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement plein(e) d'énergie ou exalté(e) et/ou particulièrement irritable et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

Nombre : /_/_/
EPISODE ACTUEL COMPRIS

b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ?

/_/_/ans (Première fois)

c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ?

/_/_/ans (Dernière fois)

E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
Si E1 = NON , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
Si E2 = NON , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
Si E3 = NON , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? Si E5 = NON , PASSER A E7	NON	OUI	
<i>Trouble Panique Vie entière</i>				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? Si E6 = OUI , PASSER A F1	NON	OUI	17
<i>Trouble Panique Actuel</i>				
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
<i>Attaques Paucisymptomatiques vie entière</i>				

➔ : **ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

E8 a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle crise ? /_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle crise ? /_/_/ ans (Dernière fois)

F. AGORAPHOBIE

F1	Avez-vous déjà été anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?	NON OUI	19
----	---	------------	----

Si **F1 = NON**, ENTOURER NON EN F2 ET EN F3

F2	Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou bien étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontiez seul(e) ou bien encore essayiez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous deviez les affronter ?	NON OUI <i>Agoraphobie Passe</i>	20
----	---	--	----

F3	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ces situations ?	NON OUI <i>Agoraphobie Actuel</i>	21
----	---	---	----

F4 a	Quand pour la première fois avez-vous redouté ces endroits/situations ?	/_/_/ ans (Première fois)
------	---	---------------------------

b	Quand pour la dernière fois avez-vous redouté ces endroits/situations?	/_/_/ ans (Dernière fois)
---	--	---------------------------

F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie ACTUEL	

F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie ACTUEL	

F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON	OUI
AGORAPHOBIE sans antécédents de Trouble Panique ACTUEL	

G. PHOBIE SOCIALE

- G1 a Avez-vous déjà eu une ou plusieurs périodes où vous redoutiez ou étiez gêné(e) d'être le centre de l'attention ou bien encore où vous aviez peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ? →
NON OUI
- b Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ? NON OUI

Si G1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si G1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

- G2 Pensez-vous que cette peur était excessive ou déraisonnable ? →
NON OUI
- G3 Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous deviez les affronter ? →
NON OUI
- G4 Cette peur entraînait-elle chez vous une souffrance importante ou bien vous gênait-elle de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ? →
NON OUI 4
- G5 Cette peur était-elle toujours déclenchée et maintenue par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ? →
NON OUI 5

G5 EST-ELLE COTEE NON ?

Si OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
PHOBIE SOCIALE	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

- G7 a Quand pour la première fois avez-vous redouté ces situations ? /_/_/ ans (Première fois)
- b Quand pour la dernière fois avez-vous redouté ces situations ? /_/_/ ans (Dernière fois)

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Avez-vous déjà eu une période où vous aviez souvent des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale **ou** que vous aviez des microbes, **ou** que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, **ou** agir impulsivement **ou** bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irréprouvables **ou** un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI 1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

Si H1 = NON, PASSER A H4

H2 Aviez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI 2

Si H2 = NON, PASSER A H4

H3 Pensiez-vous que ces idées qui revenaient sans cesse étaient le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous étaient pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI 3

H4 Avez-vous déjà eu une période où vous éprouviez, souvent, le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI 4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→
NON OUI

H5 Pensiez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs étaient déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

→
NON OUI 5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênaient-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prenaient-ils(elles) plus d'une heure par jour ?

→
NON OUI 6

H7 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu ce type de pensées/pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs ?

NON OUI 7

H7 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF
ACTUEL**

H7 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF
PASSE**

H8 a Quand pour la première fois avez-vous eu ce type de pensées/comportements ?

/_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous eu ce type de pensées/comportements ?

/_/_/ ans (Dernière fois)

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? →
NON OUI 1
EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...

I2 a Depuis, avez-vous eu une période durant laquelle vous avez souvent pensé de façon pénible à cet événement, ou en avez-vous souvent rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ? →
NON OUI 2

b Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ? NON OUI

Si I2b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE

Si I2b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

I3 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

a Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ? NON OUI 3

b Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ? NON OUI 4

c Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ? NON OUI 5

d Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ? NON OUI 6

e Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ? NON OUI 7

f Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ? NON OUI 8

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ? →
NON OUI

I4 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

a Aviez-vous des difficultés à dormir ? NON OUI 9

b Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ? NON OUI 10

c Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON OUI 11

d Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ? NON OUI 12

e Un rien vous faisait-il sursauter ? NON OUI 13

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ? →
NON OUI

I5 Durant cette période / Au cours du mois écoulé, ces problèmes ont-ils entraîné chez vous une souffrance importante ou bien vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ? NON OUI 14

I5 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	
	ACTUEL —
	PASSE —

- I6 a Quel âge aviez-vous quand vous avez vécu cet événement traumatique ? /_/_/ ans
- b Quand pour la première fois avez-vous eu ce type de problèmes ? /_/_/ ans (Première fois)
- c Quand pour la dernière fois avez-vous eu ce type de problèmes? /_/_/ ans (Dernière fois)
-

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1 a	Au cours de votre vie avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois durant laquelle il vous est arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	→ NON	OUI	1
b	Cela vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois ?	NON	OUI	

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE
 Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

J2 Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus importante / Au cours des 12 derniers mois :

a	Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI	2
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	4
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	5
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	6
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	7
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	8

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
DEPENDANCE ALCOOLIQUE	
ACTUEL	—
PASSE	—

J2 h	Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous buviez et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	/_/_/ ans (Première fois)
i	Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?	/_/_/ ans (Dernière fois)

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE
DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

NON OUI ➔

J3 **Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus
important e/ Au cours des 12 derniers mois :**

a Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors
que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-
t-il posé des problèmes ?

NON OUI 9

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela
était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un
instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

NON OUI 10

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une
interpellation ou une condamnation ?

NON OUI 11

d Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes
avec votre famille ou votre entourage ?

NON OUI 12

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON OUI

ABUS D'ALCOOL

ACTUEL

—

PASSE

—

J3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12
mois durant laquelle vous buviez et aviez les problèmes dont nous venons de
parler ?

/_/_/ ans (Première fois)

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

/_/_/ ans (Dernière fois)

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Opiacés

K1 Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre des opiacés dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→
NON OUI

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S): _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?

NON OUI

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K2 **En considérant votre consommation d'opiacés, au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI 1

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?

NON OUI 2

COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?

NON OUI 3

d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?

NON OUI 4

e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?

NON OUI 5

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?

NON OUI 6

g Avez-vous continué à prendre des opiacés tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

NON OUI 7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

Avez-vous éprouvé un désir persistant d'en consommer?

K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE DEPENDANCE POUR LES OPIACÉS ?

K3 Au cours de cette période d'au moins 12 mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par les opiacés ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet des opiacés dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris des opiacés comme une interpellation ou une condamnation ?

d Avez-vous continué à prendre des opiacés tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez des opiacés et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

NON OUI

DEPENDANCE aux OPIACÉS

ACTUEL —

PASSE —

OUI NON

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

NON → OUI

NON OUI 8

NON OUI 9

NON OUI 10

NON OUI 11

NON OUI

ABUS D'OPIACÉS

ACTUEL —

PASSE —

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Cocaïne

K1 Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre de la cocaïne dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? →
NON OUI

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S): _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ? NON OUI

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K2 En considérant votre consommation de cocaïne, au cours de cette période d'au moins 12 mois :

- | | | | |
|---|--|---------|---|
| a | Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON OUI | 1 |
| b | Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE | NON OUI | 2 |
| c | Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? | NON OUI | 3 |
| d | Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? | NON OUI | 4 |
| e | Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? | NON OUI | 5 |
| f | Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? | NON OUI | 6 |
| g | Avez-vous continué à prendre de la cocaïne tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? | NON OUI | 7 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

Avez-vous éprouvé un désir persistant d'en consommer?

K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE DEPENDANCE POUR LA COCAÏNE ?

K3 Au cours de cette période d'au moins 12 mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par la cocaïne ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de la cocaïne dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris de la cocaïne comme une interpellation ou une condamnation ?

d Avez-vous continué à prendre de la cocaïne tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez de la cocaïne et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

NON	OUI
DEPENDANCE COCAÏNE	
	ACTUEL
	PASSE

OUI NON

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

NON  OUI

NON OUI

8

NON OUI

9

NON OUI

10

NON OUI

11

NON	OUI
ABUS COCAÏNE	
	ACTUEL
	PASSE

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Cannabis

K1 Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre du cannabis dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→
NON OUI

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S): _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?

NON OUI

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K2 **En considérant votre consommation de cannabis, au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI 1

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI 2

c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?

NON OUI 3

d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?

NON OUI 4

e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?

NON OUI 5

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?

NON OUI 6

g Avez-vous continué à prendre du cannabis tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

NON OUI 7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

Avez-vous éprouvé un désir persistant d'en consommer?

K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE DEPENDANCE POUR LE CANNABIS ?

K3 Au cours de cette période d'au moins 12 mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par le cannabis ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet du cannabis dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris du cannabis comme une interpellation ou une condamnation ?

d Avez-vous continué à prendre du cannabis tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez du cannabis et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

NON	OUI
DEPENDANCE CANNABIS	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

OUI NON

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

NON  OUI

NON OUI

8

NON OUI

9

NON OUI

10

NON OUI

11

NON	OUI
ABUS CANNABIS	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Sédatifs

K1 Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre des sédatifs dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? →
NON OUI

Sédatifs : Benzodiazépines, Benzodiazépine-like, Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S): _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ? NON OUI

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K2 En considérant votre consommation de sédatifs, au cours de cette période d'au moins 12 mois :

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? NON OUI 1

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ? NON OUI 2
COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? NON OUI 3

d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? NON OUI 4

e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI 5

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? NON OUI 6

g Avez-vous continué à prendre des sédatifs tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI 7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

Avez-vous éprouvé un désir persistant d'en consommer?

K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE DEPENDANCE POUR LES SÉDATIFS ?

K3 Au cours de cette période d'au moins 12 mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par de sédatifs ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de sédatifs dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris des sédatifs comme une interpellation ou une condamnation ?

d Avez-vous continué à prendre des sédatifs tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez des sédatifs et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

NON	OUI
DEPENDANCE SÉDATIFS	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

OUI NON

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

NON → OUI

NON OUI

8

NON OUI

9

NON OUI

10

NON OUI

11

NON	OUI
ABUS SÉDATIFS	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Stimulants

K1 Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre des stimulants dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→
NON OUI

Stimulants : amphétamines, ecstasy, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S): _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?

NON OUI

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K2 **En considérant votre consommation de stimulants, au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI

1

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI

2

c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?

NON OUI

3

d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?

NON OUI

4

e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?

NON OUI

5

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?

NON OUI

6

g Avez-vous continué à prendre des stimulants tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

NON OUI

7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

Avez-vous éprouvé un désir persistant d'en consommer?

K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE DEPENDANCE POUR LES STIMULANTS ?

K3 **Au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par les stimulants ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de stimulants dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris des stimulants comme une interpellation ou une condamnation ?

d Avez-vous continué à prendre des stimulants tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez des stimulants et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

NON OUI

**DEPENDANCE
STIMULANTS**

ACTUEL —

PASSE —

OUI NON

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

NON ➔ OUI

NON OUI 8

NON OUI 9

NON OUI 10

NON OUI 11

NON OUI

ABUS STIMULANTS

ACTUEL —

PASSE —

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Hallucinogènes

K1 Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre des hallucinogènes dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? ➔ NON OUI

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons ».

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S): _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ? NON OUI

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K2 **En considérant votre consommation d'hallucinogènes, au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? NON OUI 1

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ? NON OUI 2
COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? NON OUI 3

d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? NON OUI 4

e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI 5

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? NON OUI 6

g Avez-vous continué à prendre des hallucinogènes tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI 7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

Avez-vous éprouvé un désir persistant d'en consommer?

K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE
DEPENDANCE POUR LES HALLUCINOGENES ?

K3 **Au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par les hallucinogènes ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet d'hallucinogènes dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris des hallucinogènes comme une interpellation ou une condamnation ?

d Avez-vous continué à prendre des hallucinogènes tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez des stimulants et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

NON	OUI
DEPENDANCE HALLUCINOGENES	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

OUI NON

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

NON  OUI

NON OUI

8

NON OUI

9

NON OUI

10

NON OUI

11

NON	OUI
ABUS HALLUCINOGENES	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Inhalants/Solvants

K1 Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre des inhalants/solvants dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→
NON OUI

Solvants volatiles : « colle », éther, poppers, eau écarlate, trichloréthylène

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S): _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?

NON OUI

Si J1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K2 **En considérant votre consommation des inhalants/solvants, au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI

1

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?

NON OUI

2

COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?

NON OUI

3

d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?

NON OUI

4

e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?

NON OUI

5

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?

NON OUI

6

g Avez-vous continué à prendre des inhalants/solvants tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

NON OUI

7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

Avez-vous éprouvé un désir persistant d'en consommer?

K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE DEPENDANCE POUR LES INHALANTS/ SOLVANTS ?

K3 **Au cours de cette période d'au moins 12 mois :**

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par les inhalants/solvants ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet d' inhalants/solvants dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris des inhalants/solvants comme une interpellation ou une condamnation ?

d Avez-vous continué à prendre des inhalants/solvants tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez des inhalants/solvants et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

NON	OUI
DEPENDANCE INHALANTS/SOLVANTS	
ACTUEL	—
PASSE	—

OUI NON

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

NON  OUI

NON OUI

8

NON OUI

9

NON OUI

10

NON OUI

11

NON	OUI
ABUS INHALANTS/SOLVANTS	
ACTUEL	—
PASSE	—

/_/_/ ans (Première fois)

/_/_/ ans (Dernière fois)

K'. TROUBLES LIES AU TABAC

J1 a	Au cours de votre vie avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois durant laquelle vous avez consommé du tabac?	→ NON	OUI
b	Cela vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois ?	NON	OUI

En considérant votre consommation de tabac au cours de cette période de 12 mois

- 1) Avez-vous constaté que vous deviez fumer plus de cigarettes ou des cigarettes plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant?
 OUI NON
- 2) Lorsque vous fumiez moins, ou arrêtiez de fumer, vous arrivait-il d'être malade, aviez-vous des symptômes de manque (instabilité de l'humeur, oscillant entre tristesse et excitation; humeur dépressive; insomnie; irritabilité; frustration ou colère; anxiété; difficulté de concentration; fébrilité ou impatiences; diminution du rythme cardiaque; augmentation de l'appétit ou prise de poids)? Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade ou pour vous sentir mieux? (*Cochez oui, si oui à l'un ou à l'autre*)
 OUI NON
- 3) Vous arrivait-il souvent de fumer plus de cigarettes que vous n'en aviez l'intention?
 OUI NON
- 4) Avez-vous essayé, sans y arriver, de réduire votre consommation ou d'arrêter de fumer?
 OUI NON
- 5) Les jours où vous fumiez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à vous acheter du tabac, à consommer (fumer cigarette sur cigarette), à vous remettre de ses effets où à y penser?
 OUI NON
- 6) Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous fumiez (par exemple abandonner une activité parce qu'elle avait lieu dans un endroit où il est interdit de fumer)?
 OUI NON
- 7) Avez-vous continué à fumer tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques?
 OUI NON

Il y a-t-il au moins 3 OUI?

Dépendance au Tabac	
OUI	NON
Actuelle	Passée

Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ?

/_/_/ans (Première fois)

Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période?

/_/_/ans (Dernière fois)

Laboratoire de Psychiatrie EA4139, INSERM IFR n°99, Université V.Segalen Bordeaux 2

K". TROUBLES LIES AU JEU D'ARGENT et DE HASARD

Critères diagnostiques de dépendance pour les jeux d'argent et de hasard		
K"1	a Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de 12 mois ou plus au cours de laquelle vous avez joué à plusieurs reprises	NON OUI
	b Avez-vous joué plusieurs fois au cours des 12 derniers mois ?	NON OUI

Si K"1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si K"1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K"2 En considérant votre activité de jeu au cours de cette période d'au moins 12 mois

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| a | Avez-vous constaté que vous deviez jouer plus souvent, plus longtemps ou plus d'argent pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON | OUI |
| b | Lorsque vous jouiez moins, ou arrêtiez de jouer, aviez-vous des symptômes de manque (accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de jouer à autre chose pour vous sentir mieux ?
COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE | NON | OUI |
| c | Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à jouer, de jouer plus que vous n'en aviez l'intention ? (plus d'argent ou plus longtemps) | NON | OUI |
| d | Avez-vous essayé, sans y arriver, de réduire votre pratique du jeu ou d'arrêter de jouer ? | NON | OUI |
| e | Les jours où vous jouiez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de jouer, à jouer, ou à y penser ? | NON | OUI |
| f | Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous jouiez ? | NON | OUI |
| g | Avez-vous continué à jouer tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes psychologiques ou des problèmes de santé? | NON | OUI |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K"2 ?

Si OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

PRECISEZ DE QUEL JEU IL S'AGIT :

Eprouviez-vous un désir persistant de jouer ?

- | | | |
|---|---|---------------------------|
| h | Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous jouiez et aviez les problèmes dont nous venons de parler ? | /_/_/ ans (Première fois) |
| i | Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ? | /_/_/ ans (Dernière fois) |

NON	OUI
DEPENDANCE au JEU	
ACTUEL	—
PASSE	—

NON OUI

K"3

Critères d'abus pour les jeux d'argent et de hasard

Au cours de cette période d'au moins 12 mois

- a Avez-vous à plusieurs reprises joué alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES NON OUI
- b Avez-vous eu des problèmes légaux à cause du jeu comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI
- c Avez-vous continué à jouer tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? NON OUI

Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? /_/_/ans (Première fois)

Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période? /_/_/ans (Dernière fois)

K"4 **Critères diagnostiques du DSM-IV pour le jeu pathologique**

Au cours de cette période d'au moins 12 mois, avez- vous

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| a | Été préoccupé par le jeu (exemple : préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer) | NON | OUI |
| b | Eu besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré | NON | OUI |
| c | Fait des efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu | NON | OUI |
| d | Été agité ou irritable lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu | NON | OUI |
| e | Joué pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (exemple : des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression) | NON | OUI |
| f | Après avoir perdu de l'argent au jeu, vous êtes retourné souvent jouer un autre jour pour recouvrer vos pertes (pour « <i>se refaire</i> ») | NON | OUI |
| g | Menti à votre famille, à votre thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de vos habitudes de jeu | NON | OUI |
| h | Commis des actes illégaux tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu | NON | OUI |
| i | Mis en danger ou perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu | NON | OUI |
| j | Compté sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu | NON | OUI |

Y A-T-IL AU MOINS 5 OUI EN K"4 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
JEU PATHOLOGIQUE	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? /_/_/ans (Première fois)

Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période? /_/_/ans (Dernière fois)

K'''. TROUBLES LIES AU JEU VIDEO

Critères diagnostiques de dépendance (DSM-IV) pour le jeu vidéo

K'''1 a	Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de 12 mois ou plus au cours de laquelle vous avez joué au jeu vidéo à plusieurs reprises	NON	OUI
b	Avez-vous joué plusieurs fois au cours des 12 derniers mois ?	NON	OUI

Si K'''1b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si K'''1b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

K'''2 En considérant votre activité de jeu au cours de cette période d'au moins 12 mois

a	Avez-vous constaté que vous deviez jouer plus souvent ou plus longtemps pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI
b	Lorsque vous jouiez moins, ou arrêtiez de jouer, aviez-vous des symptômes de manque (accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ? Ou vous arrivait-il de jouer à autre chose pour vous sentir mieux ? COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI
c	Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à jouer, de jouer plus que vous n'en aviez l'intention ? (plus de parties ou plus longtemps)	NON	OUI
d	Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre pratique du jeu ou d'arrêter de jouer ?	NON	OUI
e	Les jours où vous en jouiez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de jouer, à jouer, ou à y penser ?	NON	OUI
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous jouiez?	NON	OUI
g	Avez-vous continué à jouer tout en sachant que cela entraînait chez vous des des problèmes psychologiques ou des problèmes de santé?	NON	OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 **OUI** EN K'''2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

PRECISEZ DE QUEL JEU IL S'AGIT :

Eprouviez-vous un désir persistant de jouer ?

NON OUI

h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous jouiez et aviez les problèmes dont nous venons de parler ? /_/_/ ans (Première fois)

i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)

NON	OUI
DEPENDANCE au JEU VIDEO (DSM-IV)	
ACTUEL	PASSE
_	_

Au cours de cette période d'au moins 12 mois

- a Avez-vous à plusieurs reprises joué alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES NON OUI
- b Avez-vous eu des problèmes légaux à cause du jeu comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI
- c Avez-vous continué à jouer tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? NON OUI

Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? /_/_/ans (Première fois)

Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période? /_/_/ans (Dernière fois)

Au cours de cette période d'au moins 12 mois

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| a | Lorsque vous ne jouez pas aux jeux vidéo, continuez-vous à y penser (i.e. à se remémorer des parties, à planifier la prochaine partie, etc.)? | NON | OUI |
| b | Passez-vous de plus en plus de temps à jouer aux jeux vidéo? | NON | OUI |
| c | Avez-vous essayé de contrôler, de diminuer ou d'arrêter de jouer, ou bien jouez-vous plus longtemps que vous ne l'avez planifié? | NON | OUI |
| d | Lorsque vous ne pouvez pas jouer aux jeux vidéo, avez-vous du mal à rester en place, êtes-vous plus agité ou irritable? | NON | OUI |
| e | Lorsque vous ne vous sentez pas bien, par exemple quand vous êtes nerveux, triste ou en colère, ou bien lorsque vous avez des problèmes, jouez-vous plus souvent aux jeux vidéo? | NON | OUI |
| f | Lorsque vous perdez une partie, ou lorsque vous n'atteignez pas les résultats escomptés, avez-vous besoin de jouer plus pour atteindre votre but? | NON | OUI |
| g | Vous arrive-t-il de cacher aux autres, vos parents, vos amis, vos professeurs, vos collègues de travail, que vous jouez aux jeux vidéo? | NON | OUI |
| h | Vous êtes-vous absenté de l'école ou du travail, ou bien avez-vous menti, volé, ou vous êtes-vous disputé ou battu avec quelqu'un pour pouvoir jouer aux jeux vidéo? | NON | OUI |
| i | Avez-vous réduit ou négligé vos activités à la maison, au travail, ou avez-vous sauté des repas, ou vous êtes-vous couché tard ou avez-vous passé des nuits blanches, ou bien encore avez-vous passé moins de temps avec votre famille ou vos amis parce que vous jouiez aux jeux vidéo? | NON | OUI |

Y A-T-IL AU MOINS 5 OUI EN K5 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON OUI

**DEPENDANCE au
JEU VIDEO (Tejeiro)**

ACTUEL _

PASSE _

Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ? / _ / _ / ans (Première fois)

Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période? / _ / _ / ans (Dernière fois)

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIES.

AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

			BIZARRE		
A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.					
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI	1
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	2
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI	3
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a	4
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI	5
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a	6
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	7
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	8
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI	9
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	10
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOND OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON	OUI	OUI	11
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	OUI → L8b	12

L7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? NON OUI 13
COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.

b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? NON OUI 14

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ? NON OUI 15

L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ? NON OUI 16

L10b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ? NON OUI 17

L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?

NON	OUI
SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL	

L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « a » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?
(VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS)
OU
L11 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE	

L12a Quand pour la première fois avez-vous eu ces pensées/impressions ? /_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)

L13a SI L11 EST COTEE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE
UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE)
OU
UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

→
NON OUI

b Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ? NON OUI 18

L13b EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI LES PERIODES EXPLOREES SONT ACTUELLES OU PASSEES

NON	OUI
TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES	
_ ACTUEL	_ PASSE

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a Combien mesurez-vous ? |_|_|_| cm

b Au cours de votre vie, quel est a été votre poids le plus faible (depuis l'adolescence) ? |_|_|_| kg

c LE POIDS DU PATIENT A-T-IL DEJA ETE INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? →
NON OUI 1
VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE

M1 d Avez-vous pesé ce poids dans les 3 derniers mois ? NON OUI

Si M1d = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LE POIDS ETAIT LE PLUS BAS
Si M1d = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

Au cours de la période où votre poids était le plus bas / Au cours des trois derniers mois :

M2 Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ? →
NON OUI 2

M3 Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ? →
NON OUI 3

M4 a Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ? NON OUI 4

b L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ? NON OUI 5

c Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ? NON OUI 6

M5 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ? →
NON OUI

M6 POUR LES FEMMES SEULEMENT : Au cours de cette période, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ? →
NON OUI 7

**POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ?
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ?**

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
ANOREXIE MENTALE	
<i>ACTUEL</i>	—
<i>PASSE</i>	—

M7 a Quand pour la première fois avez-vous atteint ce poids tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ? /_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

N. BOULIMIE

N1	Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins trois semaines où vous aviez des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→ NON	OUI	8
N2 a	Au cours de cette/ces période(s), aviez-vous de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine ?	→ NON	OUI	9

N2 b Avez-vous eu de telles crises, au moins deux fois par semaine, au cours des 3 derniers mois ?

NON OUI

Si N2b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES CRISES DE BOULIMIE ETAIENT LES PLUS FREQUENTES

Si N2b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

N3 Durant ces crises de boulimie, aviez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous preniez ?

→
NON OUI 10

N4 De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?

→
NON OUI 11

N5 L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?

→
NON OUI 12

N6 LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE ANOREXIE MENTALE ?

NON OUI 13

Si N6 = **NON**, PASSER A N8

N7 Ces crises de boulimie surviennent/survenaient-elles **toujours** lorsque votre poids est/était en dessous de ____ kg* ?

NON OUI 14

* REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.

N8 **N5** EST-ELLE COTEE **OUI** ET **N7** COTEE **NON** (OU NON COTEE) ?

NON OUI

BOULIMIE

ACTUEL —

PASSE —

Si OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

N7 EST-ELLE COTEE **OUI** ?

NON OUI

ANOREXIE MENTALE
Binge-eating / Purging type

ACTUEL —

PASSE —

Si OUI, SPECIFIER SI LES PERIODES EXPLOREES SONT ACTUELLES OU PASSEES

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

N9 a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 3 /_/_/ ans (Première fois)
mois où vous aviez au moins 2 crises de boulimie par semaine tout en ayant
les préoccupations dont nous venons de parler ?

b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 6 mois au cours desquelles vous aviez l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, ou bien au cours desquelles vous vous sentiez excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage ?

→
NON OUI 1

NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

→
NON OUI 2

O2 a Vous était-il difficile de contrôler ces préoccupations/ces soucis ou vous empêchaient-ils/elles de vous concentrer sur ce que vous aviez à faire ?

→
NON OUI 3

O2 b Avez-vous eu de telles/tels préoccupations/soucis, au cours des six derniers mois ?

NON OUI

Si O2b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES PREOCCUPATIONS/SOUCIS ETAIENT LES PLUS FREQUENT(E)S

Si O2b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

O3 **Au cours de cette période d'au moins six mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:**

a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

NON OUI 4

b D'avoir les muscles tendus ?

NON OUI 5

c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?

NON OUI 6

d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?

NON OUI 7

e D'être particulièrement irritable ?

NON OUI 8

f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?

NON OUI 9

O4 Ces préoccupations / soucis ont-elles / ils été provoqué(e)s et maintenues par une maladie physique ou par la prise de médicaments ou de drogue ?

→
NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
ANXIETE GENERALISEE	
ACTUEL	—
PASSE	—

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- O4 a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'anxiété tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ? /_/_/ ans (Première fois)
- b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)
-

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)

P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passer la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ? | NON | OUI | 2 |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ? | NON | OUI | 3 |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ? | NON | OUI | 4 |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ? | NON | OUI | 5 |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | NON | OUI | 6 |



Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ? NON OUI

P2 NE PAS COTER OUI LES REPNSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.

Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ? | NON | OUI | 7 |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ? | NON | OUI | 8 |
| c | Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ? | NON | OUI | 9 |
| d | Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ? | NON | OUI | 10 |
| e | Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ? | NON | OUI | 11 |
| f | Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ? | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON OUI

**TROUBLE DE LA
PERSONNALITE
ANTISOCIALE
VIE ENTIERE**

REFERENCES

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; **59** [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

Les versions originales française et anglaise du M.I.N.I. / DSM-IV ont été traduites et peuvent être demandées aux auteurs (voir page 3). Une version CIM-10 du M.I.N.I. est aussi disponible en français, en anglais et en danois.

Traductions	M.I.N.I. 4.4 et versions antérieures	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Bulgare		L.G. Hranov
Catalan		En préparation
Chinois		L. Caroll, K-d Juang
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espagnol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert. Adaptation pour l'Amérique Centrale et l'Amérique du Sud : G. Heinze
Estonien		J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finnois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Islandais		J. Stefanson
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonais		T. Otsobo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letton	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, S. Leganger, E. Malt, U. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, M. Humble, S. Andersch
Tchèque	P. Zvolisky	P. Zvolisky
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. a été rendu possible grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE.

Imp. le 17/02/09 17:02