

Questionnaire de Santé du Patient (QSP)

Ce questionnaire est un élément essentiel de dépistage et nous aidera à vous apporter des soins de qualité. Vos réponses nous aideront à mieux comprendre vos problèmes. Veuillez, s'il-vous-plaît, répondre à chaque question le plus soigneusement possible, à moins qu'on ne vous suggère de passer directement à la suivante.

Nom _____ Age _____ ☐ Femme ☐ Homme Date _____

1. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) par un ou plusieurs des problèmes suivants?

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
a. Maux d'estomac	☐	☐	☐
b. Douleurs au dos	☐	☐	☐
c. Douleurs dans les bras, les jambes, ou les articulations (genoux, hanches, etc...)	☐	☐	☐
d. Douleurs menstruelles ou problèmes de règles	☐	☐	☐
e. Douleurs ou problèmes pendant les rapports sexuels	☐	☐	☐
f. Maux de tête	☐	☐	☐
g. Douleurs dans la poitrine	☐	☐	☐
h. Vertiges	☐	☐	☐
i. Évanouissement	☐	☐	☐
j. Palpitations	☐	☐	☐
k. Difficultés à respirer	☐	☐	☐
l. Constipation, selles molles, diarrhée	☐	☐	☐
m. Nausées, flatulences, indigestion	☐	☐	☐

2. Au cours des 2 dernières semaines, pendant combien de temps avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants?

	Pas du tout	Quelques jours	Plus d'1 jour sur 2	Presque chaque jour
a. Perte d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles	☐	☐	☐	☐
b. Sentiment d'abattement, de dépression ou de désespoir	☐	☐	☐	☐
c. Difficulté à vous endormir, à rester endormi(e), ou au contraire tendance à trop dormir	☐	☐	☐	☐
d. De la fatigue ou un manque d'énergie	☐	☐	☐	☐
e. Un manque ou un excès d'appétit	☐	☐	☐	☐
f. Une mauvaise opinion de vous-même – l'impression que vous êtes un(e) raté(e) – ou que vous n'êtes pas à la hauteur, à vos yeux ou à ceux de votre famille	☐	☐	☐	☐
g. De la difficulté à vous concentrer, p. ex. pour lire le journal ou regarder la TV	☐	☐	☐	☐
h. L'impression de parler ou de bouger si lentement que votre entourage aurait pu s'en apercevoir – ou au contraire, une tension ou une agitation telles que vous n'avez pas cessé de vous lever et de bouger	☐	☐	☐	☐
i. Avoir souhaité mourir ou pensé à vous faire du mal	☐	☐	☐	☐

12. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants?

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
a. Des soucis à propos de votre santé	☐	☐	☐
b. Votre poids ou votre apparence physique	☐	☐	☐
c. Une perte de désir ou de plaisir sexuel	☐	☐	☐
d. Difficultés relationnelles avec votre conjoint(e), partenaire ou ami(e)	☐	☐	☐
e. Le stress que peut représenter le fait de vous occuper d'enfants, de parents ou d'autres membres de votre famille	☐	☐	☐
f. Le stress lié au travail, hors de la maison ou à l'école	☐	☐	☐
g. Des problèmes ou des soucis financiers	☐	☐	☐
h. L'absence de soutien en cas de problème	☐	☐	☐
i. Un événement difficile, négatif <u>récent</u>	☐	☐	☐
j. Des pensées ou des rêves relatifs à un événement terrible qui vous est arrivé dans le passé: p. ex. la destruction de votre maison, un accident grave, une agression physique, ou un viol	☐	☐	☐

13. Dans l'année écoulée, avez-vous été victime d'une agression, frappé(e), blessé(e) physiquement ou violé(e)?

Non ☐ Oui ☐

14. Quel est l'aspect le plus stressant de votre vie en ce moment? _____

15. Prenez-vous un médicament contre l'anxiété, la dépression ou le stress?

Non ☐ Oui ☐

Si la réponse est «Oui»: lesquels? _____

Est-ce qu'un médecin vous a déjà prescrit soit du lithium, soit un médicament qui stabilise l'humeur (p. ex. le Tégrétol®/Timonil® ou le Depakine®, Orfiril®, Convulex®)

Non ☐ Oui ☐

16. Pour les femmes seulement: Questions relatives aux règles, à la grossesse et à l'accouchement:

a. Vos règles:			☐ N'ont pas changé	☐ Sont interrompues, car vous êtes enceinte ou avez accouché récemment	☐ Sont devenues irrégulières ou ont changé de fréquence, de durée ou d'intensité	☐ Sont absentes depuis 1 an ou plus	☐ Sont provoquées par une substitution hormonale ou une contraception orale
b. Pendant la semaine qui précède l'apparition de vos règles, votre humeur se modifie-t-elle de façon marquée – vous sentez-vous alors particulièrement déprimée, anxieuse, irritable, colérique, ou changez-vous souvent d'humeur?			Non (ne s'applique pas)		☐		☐
c. Si vous avez répondu «Oui», ces problèmes cessent-ils avec vos règles ?			☐		☐		☐
d. Avez-vous accouché au cours des 6 derniers mois?			☐		☐		☐
e. Avez-vous fait une fausse couche au cours des 6 derniers mois?			☐		☐		☐
f. Avez-vous des difficultés à commencer une grossesse?			☐		☐		☐

6. Questions à propos du comportement alimentaire

	Non	Oui
a. Avez-vous souvent le sentiment de ne pas pouvoir contrôler <u>la nature</u> ou <u>la quantité</u> de ce que vous mangez?	☐	☐
b. Mangez-vous souvent, en <u>2 heures</u> environ, ce que la plupart des gens considéreraient comme une <u>grande quantité</u> de nourriture?	☐	☐
Si vous avez répondu «Non» à la question a) ou b), passez directement à la question 9.		
c. Cela vous est-il arrivé, en moyenne, au moins 2 fois par semaine au cours des 3 derniers mois?	☐	☐

7. Pendant les 3 derniers mois, avez-vous souvent recouru à une des méthodes suivantes, dans le but d'éviter de prendre du poids?

	Non	Oui
a. Provoquer des vomissements volontaires	☐	☐
b. Prendre plus que le double de la dose recommandée de laxatifs	☐	☐
c. Jeûner – ne rien manger pendant au moins 24 heures	☐	☐
d. Faire de l'exercice pendant plus d'une heure, pour éviter de prendre du poids après avoir excessivement mangé	☐	☐

8. Si vous avez employé une ou plusieurs de ces méthodes pour éviter de prendre du poids, l'avez-vous fait, en moyenne, au moins 2 fois par semaine?

	Non	Oui
	☐	☐

9. Buvez-vous parfois de l'alcool (y compris de la bière ou du vin)?

	Non	Oui
	☐	☐

Si vous avez répondu «Non», passez directement à la question 11.

10. Une des choses suivantes vous est-elle arrivée à plus d'une reprise au cours des 6 derniers mois?

	Non	Oui
a. Avez-vous continué à boire de l'alcool, même si un médecin vous a suggéré d'y renoncer pour des raisons de santé?	☐	☐
b. Avez-vous bu ou abusé de l'alcool ou eu la «gueule de bois» au travail, à l'école, alors que vous gardiez des enfants ou que vous assumiez d'autres responsabilités?	☐	☐
c. Avez-vous manqué ou commencé en retard votre travail, l'école, ou d'autres charges en raison d'un abus d'alcool ou d'une «gueule de bois»?	☐	☐
d. Avez-vous rencontré des difficultés relationnelles après avoir consommé de l'alcool?	☐	☐
e. Avez-vous conduit une automobile après avoir bu ou abusé de l'alcool?	☐	☐

11. Si vous avez connu certains des problèmes mentionnés plus haut, dans quelle mesure vous ont-ils rendu la vie difficile au travail, à la maison ou dans vos relations?

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Extrêmement

3. Questions à propos de l'anxiété

	Non	Oui
a. Pendant les 4 semaines écoulées, avez-vous eu une attaque d'angoisse ou une soudaine panique?	☐	☐
Si vous avez répondu «Non», passez directement à la question 5.		
b. Cela s'est-il déjà produit auparavant?	☐	☐
c. Certaines de ces attaques surviennent-elles parfois par surprise, c'est-à-dire dans des situations où vous ne vous attendez pas à vous sentir mal à l'aise ou nerveux/nerveuse?	☐	☐
d. Ces attaques vous dérangent-elles beaucoup ou êtes-vous inquiet/inquiète à l'idée d'en avoir de nouveau?	☐	☐

4. Pensez à la dernière attaque d'anxiété grave que vous avez eue.

Avez vous:	Non	Oui
a. Eu de la peine à respirer?	☐	☐
b. Eu des palpitations?	☐	☐
c. Ressenti une douleur ou une pression dans la poitrine?	☐	☐
d. Transpiré abondamment?	☐	☐
e. Eu l'impression de suffoquer?	☐	☐
f. Eu des bouffées de chaleur ou des frissons?	☐	☐
g. Eu la nausée, l'estomac dérangé, ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée?	☐	☐
h. Eu une sensation de vertige, d'instabilité ou l'impression que vous alliez perdre connaissance?	☐	☐
i. Senti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties de votre corps?	☐	☐
j. Ressenti des tremblements?	☐	☐
k. Eu peur de mourir?	☐	☐

5. Pendant les 4 semaines écoulées, combien de temps avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants?

	Pas du tout	Quelques jours	Plus d'1 jour sur 2
a. De la nervosité, de l'anxiété, de l'irritabilité ou des soucis à propos de tout et de rien	☐	☐	☐
Si vous avez répondu «Pas du tout», passez directement à la question 6.			
b. Une telle agitation qu'il vous était difficile de rester assis(e)	☐	☐	☐
c. Une fatigabilité marquée	☐	☐	☐
d. Des tensions, des courbatures ou des douleurs musculaires	☐	☐	☐
e. Des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents ou prématurés	☐	☐	☐
f. De la peine à vous concentrer, p.ex. pour lire un livre ou regarder la TV	☐	☐	☐
g. Une plus grande tendance à être contrarié(e) ou irrité(e)	☐	☐	☐