

Nom enquêteur :

N° identification :

Date : / /

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

CIM-10

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, 1999 Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Sheehan D. et al.

~ Maintenant, je vais vous poser quelques questions plus personnelles concernant votre santé. ~

Supprimés :

- le module H (Trouble obsessionnel compulsif)
- le module K (Boulimie)
- le module L (Anorexie mentale)

Ajoutés:

- le module Trouble de la personnalité antisociale
- le module Insomnie

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que 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.

A1– Au cours des deux dernières semaines :

a– Vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?

NON OUI

b– Aviez-vous 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 plaisent habituellement ?

NON OUI

c– Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?

NON OUI

Y A-T-IL MOINS DE 2 OUI EN A1 ?

NON OUI → F32 = NON

A2– Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses / fatigué(e) :

a– Votre appétit a-t-il notablement changé et avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?

COTER OUI, SI OUI À L'UN ET À L'AUTRE

NON OUI

b– Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?

NON OUI

c– Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?

NON OUI

d– Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ?

NON OUI

e– Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ?

NON OUI

f– Avez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ?

NON OUI

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

Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI DEPUIS A1 ?

F 32

NON OUI
aller en B1 aller en A3

EPISODE DEPRESSIF

A3– SI LE PATIENT PRÉSENTE UN ÉPISODE DÉPRESSIF :

a– Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré au moins deux semaines où vous vous sentiez déprimé(e) tout en ayant les problèmes dont nous venons de parler ?

NON OUI

b– Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses / fatigué, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?

NON OUI

A3-b EST-ELLE COTÉE OUI ?

F 33

NON OUI
aller en B1 aller en C1

TROUBLE DEPRESSIF RECURENT

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRÉSENTE UN TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT.

B1- Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?
→ F34.1 = NON
NON OUI

B2- Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plusieurs semaines ?
F34.1 = NON
NON OUI

B3- Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :

a- Manquez-vous d'énergie ? NON OUI

b- Avez-vous des problèmes de sommeil ? (endormissement, réveils nocturnes ou précoces) NON OUI

c- Avez-vous perdu confiance en vous-même et vous sentez-vous moins valable que les autres ? NON OUI

d- Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON OUI

e- Vous arrive-t-il souvent de pleurer ? NON OUI

f- Avez-vous perdu l'intérêt ou perdu le plaisir pour les choses qui vous plaisaient auparavant ? NON OUI

g- Vous arrive-t-il souvent de perdre espoir ? NON OUI

h- Avez-vous souvent l'impression de ne pas pouvoir faire face aux responsabilités de la vie quotidienne ?
NON OUI

i- Avez-vous souvent l'impression que votre vie n'a jamais été satisfaisante ou que cela ne pourra jamais aller mieux ?
NON OUI

j- Avez-vous moins d'activités avec les autres, ou avez-vous tendance à rester replié(e) sur vous-même ?
NON OUI

k- Parlez-vous moins qu'avant ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN B3 ?

F 34.1

NON OUI

DYSTHYMIE

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

C2- Voulu vous faire du mal ? NON OUI

C3- Pensé à vous suicider ? NON OUI

C4- Établi la façon dont vous pourriez vous suicider ? NON OUI

C5- Fait une tentative de suicide ? NON OUI

☞ Au cours de votre vie,

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

☞ Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI CI-DESSUS ?

☞ SI OUI, SPÉCIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME CI 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

Léger ☐

Moyen ☐

Elevé ☐

D. ÉPISODE 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 ?

NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PÉRIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.

NON OUI

D1 b- Si OUI, vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?

NON OUI

D2 a- Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à crier, voire même à vous battre ?

NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PÉRIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.

NON OUI

D2 b- Si OUI, Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?

NON OUI

F30.1 = NON

D1a ou D2a SONT-ELLES COTÉES OUI ?

NON OUI

D3- L'une de ces périodes a-t-elle duré au moins une semaine ou avez-vous déjà été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

F30.1 = NON

NON OUI

D4- Au cours du mois écoulé avez-vous eu ces problèmes ?

NON OUI

D5- Si D1b ou D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'ÉPISODE ACTUEL (poser les questions de a à i au présent)
Si D1b et D2b = NON : EXPLORER L'ÉPISODE LE PLUS GRAVE

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

a- Vous sentiez-vous agité ou aviez-vous besoin d'une telle activité physique que vous ne pouviez rester en place ?

NON OUI

b- Aviez-vous l'impression de mieux communiquer avec les autres ou d'avoir envie de parler constamment ?

NON OUI

c- Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?

NON OUI

d- Vous sentiez-vous tellement à l'aise que vous en arriviez à faire des choses inappropriées ?

NON OUI

e- Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude ?

NON OUI

f- Aviez-vous le sentiment que vous pourriez faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?

NON OUI

g- Étiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?

NON OUI

h- Certaines activités vous paraissaient-elles tellement agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner, comme faire des achats inconsidérés ou commettre des imprudences ?

NON OUI

i- Vos désirs sexuels étaient-ils si forts que vous aviez une activité sexuelle inhabituelle pour vous ?

NON OUI

Y A-T-IL EU AU MOINS **3 OUI** EN D5

F30.1 = NON

4 Si D1a = **NON** (ÉPISODE PASSE) OU D1b = **NON** (ÉPISODE ACTUEL) ?

NON OUI

D6- Ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail ou dans vos relations avec les autres, ou bien encore ont-ils nécessité une hospitalisation ?

NON OUI

D6 EST-ELLE COTÉE OUI ?

F 30.1

SI OUI, SPÉCIFIER SI L'ÉPISODE EXPLORÉ EST ACTUEL OU PASSÉ

NON	OUI
ÉPISODE MANIAQUE	
Actuel <input type="checkbox"/>	Passé <input type="checkbox"/>

E. AGORAPHOBIE

E1- Etes-vous particulièrement mal à l'aise dans des situations comme :

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| a- Etre dans une foule, | NON | OUI |
| b- Etre dans un endroit public, | NON | OUI |
| c- Lorsque vous vous déplacez seul, | NON | OUI |
| d- Lorsque vous sortez de chez vous ? | NON | OUI |

F40.0 = NON

→

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN E1 ?

E2- Redoutez-vous tellement ces situations que vous les évitez ou que vous ressentez un malaise intense lorsque vous devez les affronter ?

F40.0 = NON

→

NON OUI

E3- Pensez-vous que ces peurs sont excessives ou déraisonnables ?

F40.0 = NON

→

NON OUI

E4- Vous est-il déjà arrivé dans l'une de ces situations :

- | | | |
|--|-----|-----|
| a- D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ? | NON | OUI |
| b- De transpirer ? | NON | OUI |
| c- De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ? | NON | OUI |
| d- D'avoir la bouche sèche ? | NON | OUI |

F40.0 = NON

→

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN E4 (a-d) ?

Vous est-il également arrivé dans l'une de ces situations :

- | | | |
|---|-----|-----|
| e- D'avoir du mal à respirer ? | NON | OUI |
| f- D'avoir l'impression d'être étranglé ? | NON | OUI |
| g- De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ? | NON | OUI |
| h- D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ? | NON | OUI |
| i- De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ? | NON | OUI |
| j- 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 |
| k- D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ? | NON | OUI |
| l- D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ? | NON | OUI |
| m- D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ? | NON | OUI |
| n- D'avoir des engourdissements ou des picotements ? | NON | OUI |

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN E4 (a-n) ?

F 40.0

NON OUI
AGORAPHOBIE

F. TROUBLE PANIQUE [Anxiété épisodique paroxystique]

F1- Avez-vous fréquemment des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous sentez **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 atteignent-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?

F41.0 = NON

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES

NON OUI

F41.0 = NON

F2- Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles ?

NON OUI

F3- Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal, vous est-il arrivé :

a- D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ?

NON OUI

b- De transpirer ?

NON OUI

c- De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ?

NON OUI

d- D'avoir la bouche sèche ?

NON OUI

F41.0 = NON

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN F3 (a-d) ?

NON OUI

Vous est-il également arrivé dans l'une de ces situations :

e- D'avoir du mal à respirer ?

NON OUI

f- D'avoir l'impression d'être étranglé ?

NON OUI

g- De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?

NON OUI

h- D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ?

NON OUI

i- De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ?

NON OUI

j- 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

k- D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ?

NON OUI

l- D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ?

NON OUI

m- D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ?

NON OUI

n- D'avoir des engourdissements ou des picotements ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN F3 (a-n) ?

F 41.0

NON OUI
Aller en G1 Aller en F4
TROUBLE PANIQUE

SI LE PATIENT PRÉSENTE UNE AGORAPHOBIE (F40.0) :

F4- Vous avez dit être particulièrement mal à l'aise dans certaines situations comme [Citer les situations redoutées en E1]. Les crises que nous venons de décrire surviennent-elles **uniquement** dans ces situations ?

NON OUI

F4 EST-ELLE COTÉE OUI ?

F 41.01

NON OUI*
**AGORAPHOBIE
AVEC TROUBLE PANIQUE**

* SI « AGORAPHOBIE avec TROUBLE PANIQUE » (F40.01), les **DIAGNOSTICS** F40.0 et F41.0 NE DOIVENT PAS ÊTRE NOTES.

G. PHOBIE SOCIALE

G1- Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié (e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger en public ou arriver dans un petit groupe ?

F40.1 = NON

NON OUI

G2- Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?

F40.1 = NON

NON OUI

G3- Redoutez-vous tellement ces situations que vous les évitez ou que vous ressentez un malaise intense lorsque vous devez les affronter ?

F40.1 = NON

NON OUI

G4- Vous est-il déjà arrivé dans l'une de ces situations :

a- De rougir ou de trembler ?

NON OUI

b- D'avoir peur de vomir ?

NON OUI

c- De ressentir un besoin urgent d'aller aux toilettes, ou de le redouter ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN G4 ?

F40.1 = NON

NON OUI

G5- Vous est-il également arrivé dans l'une de ces situations :

a- D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ?

NON OUI

b- De transpirer ?

NON OUI

c- De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ?

NON OUI

d- D'avoir la bouche sèche ?

NON OUI

e- D'avoir du mal à respirer ?

NON OUI

f- D'avoir l'impression d'être étranglé ?

NON OUI

g- De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?

NON OUI

h- D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ?

NON OUI

i- De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ?

NON OUI

j- 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

k- D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ?

NON OUI

l- D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ?

NON OUI

m- D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ?

NON OUI

n- D'avoir des engourdissements ou des picotements ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN G5 ?

F 40.1

NON OUI
PHOBIE SOCIALE

I. ANXIETE GENERALISEE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN AUTRE TROUBLE ANXIEUX (F40.- ; F41.0 ; F42)

I1- Depuis au moins six mois, vous sentez-vous particulièrement tendu(e) et inquiet(e), anxieux(se) pour des problèmes de la vie de tous les jours ? F41.1 = NON

NON OUI

I2- Durant cette période, vous est-il souvent arrivé :

- | | | |
|--|-----|-----|
| a- D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ? | NON | OUI |
| b- De transpirer ? | NON | OUI |
| c- De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ? | NON | OUI |
| d- D'avoir la bouche sèche ? | NON | OUI |

F41.1 = NON

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN I2 (a-d) ?

NON OUI

- | | | |
|---|-----|-----|
| e- D'avoir du mal à respirer ? | NON | OUI |
| f- D'avoir l'impression d'être étranglé ? | NON | OUI |
| g- De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ? | NON | OUI |
| h- D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ? | NON | OUI |
| i- De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ? | NON | OUI |
| j- 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 |
| k- D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ? | NON | OUI |
| l- D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ? | NON | OUI |
| m- D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ? | NON | OUI |
| n- D'avoir des engourdissements ou des picotements ? | NON | OUI |
| o- D'avoir vos muscles tendus, endoloris ou douloureux ? | NON | OUI |
| p- De vous sentir fébrile, d'avoir du mal à vous détendre ? | NON | OUI |
| q- D'être énervé(e), crispé(e), d'avoir les nerfs à fleur de peau ? | NON | OUI |
| r- D'avoir du mal à avaler, l'impression d'avoir une boule dans la gorge ? | NON | OUI |
| s- De sursauter facilement ? | NON | OUI |
| t- D'avoir des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites ou des passages à vide ? | NON | OUI |
| u- De vous sentir constamment irritable ? | NON | OUI |
| v- D'avoir des difficultés à vous endormir à cause de vos soucis ? | NON | OUI |

Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN I2 (a-v) ?

F 41.1

NON OUI

ANXIETE GENERALISEE

J. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (optionnel)

J1- 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 ? (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...) F43.1 = NON

NON OUI

J2- Pensez-vous souvent de façon pénible à cet événement, en rêvez-vous ou avez-vous fréquemment l'impression de le revivre ? F43.1 = NON

NON OUI

Depuis cet événement :

F43.1 = NON

J3- Avez-vous tendance à éviter tout ce qui pourrait vous rappeler cet événement ?

NON OUI

J4- Avez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?

NON OUI

J5- Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement :

- | | | |
|--|-----|-----|
| a- Avez-vous des difficultés à vous endormir ou vous réveillez-vous souvent ? | NON | OUI |
| b- Etes-vous particulièrement irritable ou vous mettez-vous facilement en colère ? | NON | OUI |
| c- Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? | NON | OUI |
| d- Etes-vous nerveux(se), constamment sur vos garde ? | NON | OUI |
| e- Un rien vous fait-il sursauter ? | NON | OUI |

J6 - Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN J5 ?

NON OUI

J4 OU J6 SONT-ELLES COTÉES OUI ?

F 43.1

NON OUI

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

M. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL

M1- Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de 3 heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?

F10.2 = NON
F10.1 = NON
→ NON OUI

M2- Au cours de l'année écoulée :

- a- Vous est-il souvent arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de boire que vous ne pouviez y résister ? NON OUI
- b- Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas boire mais sans y arriver, ou d'avoir du mal à arrêter avant d'être complètement ivre ? NON OUI
- c- Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou bien, 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 À L'UN OU L'AUTRE* NON OUI
- d- Avez-vous constaté que vous deviez boire plus pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ? NON OUI
- e- Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) parce que vous buviez ? NON OUI
- f- Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes physiques ou des problèmes psychologiques ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN M2 ?

F 10.2

NON OUI
-> aller en M3 -> aller en N1
DEPENDANCE A L'ALCOOL

M3- Au cours de l'année écoulée :

- a- Le fait de boire vous a-t-il causé des problèmes de santé tels qu'une maladie de foie, une hépatite, une maladie de l'estomac, une pancréatite, des vomissements de sang, des fourmillements ou une perte de sensation dans vos pieds, ou bien encore des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir déprimé(e) ou vous méfier des autres ? NON OUI
- b- Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous buviez ? NON OUI
- c- Avez-vous eu un accident alors que vous aviez bu (accident de voiture, en utilisant une machine ou un couteau, ...) ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M3 ?

F 10.1

NON OUI
UTILISATION NOCIVE D'ALCOOL

N. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION DE DROGUES

N1- Maintenant je vais vous montrer (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

F1(x).2 = NON
→ NON OUI

SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉE(S) :

N2- Au cours de l'année écoulée :

- a- Vous est-il souvent arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de prendre [NOMMER LA SUBSTANCE], que vous ne pouviez y résister ? NON OUI
- b- Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas en prendre mais sans y arriver ou d'avoir du mal à arrêter avant de planer complètement ? NON OUI
- c- 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 cœur, 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 (SYMPTÔMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
- COTER OUI, SI OUI À L'UN OU L'AUTRE* NON OUI
- d- Avez-vous constaté que vous deviez en prendre plus pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ? NON OUI
- e- Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) à cause de la drogue ? NON OUI
- f- Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE] tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes physiques ou des problèmes psychologiques ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN N2 ?

F 1(x).2

SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉE(S) :

NON OUI
aller en N3 aller en O1
DEPENDANCE à une (des) DROGUES

N3- Au cours de l'année écoulée :

- a- La consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE] a-t-elle entraîné chez vous des problèmes de santé tels qu'une overdose accidentelle, une toux persistante, une crise convulsive, une infection, une hépatite, ou une blessure ? NON OUI
- b- Depuis que vous en prenez, avez-vous des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir triste, vous méfier des autres ou vous sentir persécuté(e), ou bien encore avoir des idées étranges ? NON OUI
- c- Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous preniez de [NOMMER LA SUBSTANCE] ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN N3 ?

F 1(x).1

SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉE(S) :

NON OUI
UTILISATION NOCIVE DE DROGUE(S)

Carte des substances

AMPHETAMINE	HEROÏNE
CANNABIS	L.S.D.
CAPTAGON	MARIJUANA
CATOVIT	MESCALINE
COCAÏNE	METHADONE
CODEINE	MORPHINE
COLLE	NEIGE
CRACK	OPIUM
ECSTASY	PALFIUM
ESSENCE	RITALINE
ETHER	SHIT
FEUILLE DE COCA	TEMGESIC
HASCHICH	TOLUENE
TRICHLORETHYLENE	

O. EPISODE PSYCHOTIQUE

*POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, DEMANDER UN EXEMPLE EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE.
NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSÉE ET / OU DE LA PERCEPTION.*

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

O1- 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

O2- 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

O3- 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

O4- Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision, la radio, ou les journaux ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ? NON OUI

O5- 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 PRÉSENTE CLAIREMENT DES IDÉES DÉLIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITÉ, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLORÉES PAR LES QUESTIONS O1 À O4.

NON OUI

O6- Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? NON OUI

O7- Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? NON OUI

F2(x) = NON

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI DE O1 À O7 ?

NON OUI

O8-Vous m'avez dit avoir déjà (CITER LES SYMPTÔMES COTES OUI DE O1 à O7), cela vous est-il arrivé récemment ?

NON OUI

SPÉCIFIER (ex. Mois écoulé) :

O9- Au cours de votre vie, cela vous est-il arrivé à plusieurs reprises ?

NON OUI

O9 EST-ELLE COTÉE NON ?

F 2(x)

SPÉCIFIER SI L'ÉPISODE EST ACTUEL OU PASSÉ (O8)

NON OUI

**ÉPISODE PSYCHOTIQUE
ISOLE**

Actuel ☐ Passé ☐

O9 EST-ELLE COTÉE OUI ?

F 2(x)

SPÉCIFIER SI LE DERNIER ÉPISODE EST ACTUEL OU PASSÉ (O8)

NON OUI

**ÉPISODE PSYCHOTIQUE
RECURRENT**

Actuel ☐ Passé ☐

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 REPONSES 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**

P. INSOMNIE [ACTUELLE]

Au cours du mois écoulé :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
P1	Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2	Avez-vous eu des difficultés à rester endormi (réveils nocturnes, réveils matinaux précoces) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3	Avez-vous eu un sommeil de mauvaise qualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI TOUT EST COTE NON → DX = NON			

P4 Au cours du mois écoulé, vous m'avez dit avoir des difficultés à vous endormir / à rester endormi / avoir eu un sommeil de qualité non satisfaisante :
(REPRENDRE LA REPONSE DU SUJET)

- a Cela vous est-il arrivé au moins trois fois par semaine, pendant les 4 dernières semaines ? → DX = NON
- OUI ☐ NON ☐
- b Ces problèmes de sommeil vous gênent-ils dans votre travail, vos activités sociales ou quotidiennes ou vous font-ils souffrir ? → DX = NON
- OUI ☐ NON ☐

SI P4a ET P4b COTEES OUI → DX = OUI

F DX 5 1	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	INSOMNIE ACTUELLE	