

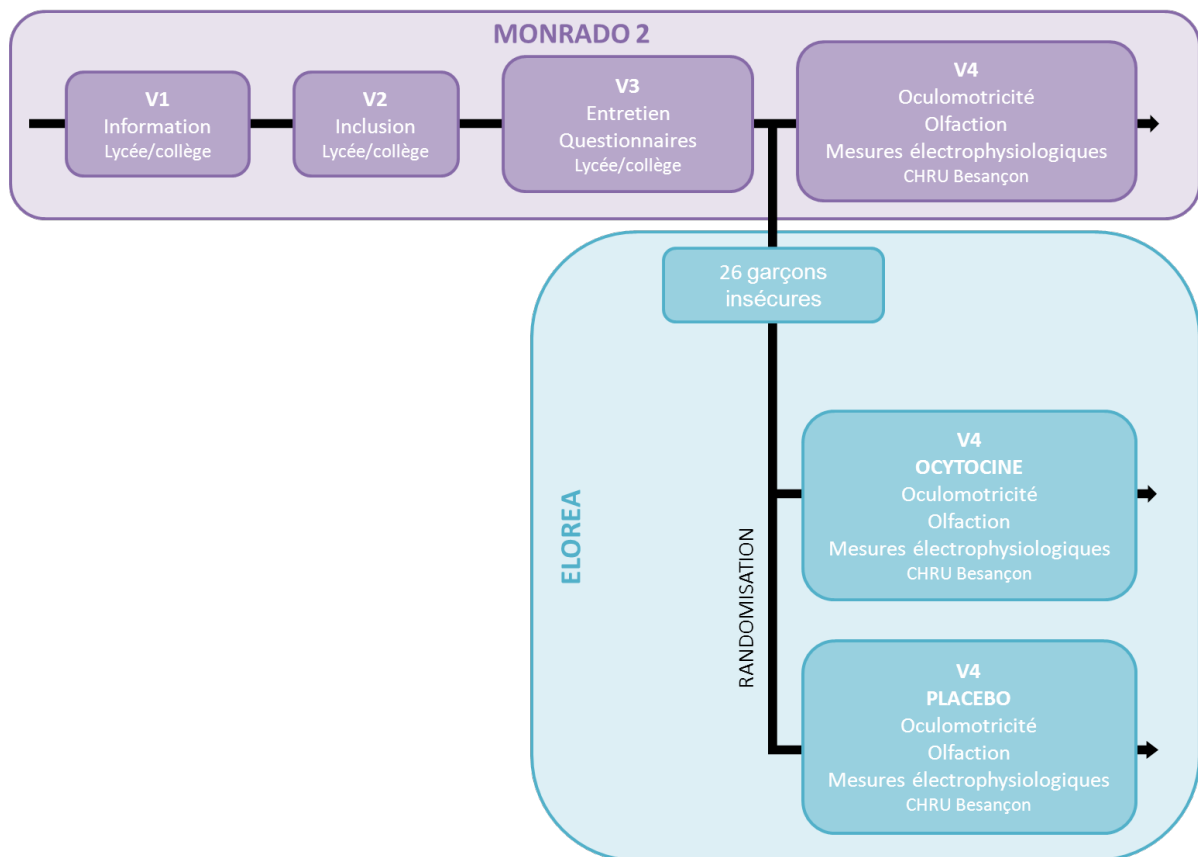
MONRADO 2/ELOREA

Marqueurs oculomoteurs et neurophysiologiques de la régulation émotionnelle et styles d'attachement à l'adolescence

Etude de l'effet de l'ocytocine sur la régulation émotionnelle chez des adolescents à l'attachement insécure

N° identification : ____ / ____ / ____

(2 premières lettres du nom / 2 premières lettres du prénom / numéro d'inclusion)



Entretien adolescent

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Investigateur : _____



Avant de débiter l'entretien, les deux exemplaires du consentement « participation de l'adolescent » doivent être datés et signés par au moins un des parents de l'adolescent, l'adolescent et l'un des médecins investigateurs.
Un exemplaire est conservé par le participant et un exemplaire est conservé dans ce CRF.

Vérifiez les critères d'inclusion et non-inclusion : (tous les critères d'inclusion doivent être cochés « oui » et tous les critères de non-inclusion doivent être cochés « non »)

Critères d'inclusion	OUI	NON
13-18 ans		
Enfant scolarisé		
Enfant non hospitalisé		
Critères de non-inclusion		
Enfant ne parlant pas français		
Pathologie des voies nasales		
Troubles visuels		
Consommation de tabac > 20 cig./jour		

N° participant : _ _ / _ _ / _ _ _

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Sexe : ☐ Masculin (1)

☐ Féminin (2)

Antécédents médicaux : (uniquement ceux ayant un intérêt pour l'étude)

Antécédents psychiatriques : (uniquement ceux ayant un intérêt pour l'étude)

Traitements en cours :

TRAITEMENT	POSOLOGIE	Date de début (si inconnue, notez ND)

Lieu de naissance : _____

Lieux de vie :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Ecole : _____

Classe : _____

Événements de vie

Voici une liste d'événements pouvant être vécu. En pensant à l'année qui vient de s'écouler, c'est-à-dire depuis _____, dis-moi si l'un de ces événements a eu lieu **dans les 12 derniers mois**.

Ecole

J'ai changé d'école:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai eu des problèmes avec mes enseignants:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai eu des problèmes avec mes devoirs:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Amis et Loisirs

Je me suis disputé avec mes camarades/amis:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai subi des moqueries/intimidations:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai commencé à sortir avec quelqu'un:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai arrêté de sortir avec quelqu'un:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Je suis parti en vacances :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai rejoint un club/une équipe :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Mariage/Conflit/Divorce

Quelqu'un de mon entourage a divorcé/ s'est séparé:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelqu'un de mon entourage s'est marié/fiancé:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Je me suis beaucoup disputé avec mes parents:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mes parents se sont beaucoup disputés:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Lieu de vie

J'ai déménagé:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelqu'un de nouveau a emménagé chez moi:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelqu'un est parti de chez moi:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Un animal de compagnie est mort:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Emploi/Finance **(present ? upsetting ?)**

Quelqu'un de mon entourage a perdu son travail:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelqu'un de mon entourage a commencé un nouveau travail:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Il y a eu des problèmes d'argent dans la famille:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Santé/Accident

J'ai été malade (absence prolongée de l'école, hospitalisation):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelqu'un de mon entourage est tombé malade:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai eu un accident:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Quelqu'un de mon entourage a eu un accident:

☐ oui ☐ non

Je suis tombée enceinte/mis quelqu'un enceinte :

☐ oui ☐ non

Quelqu'un de proche est mort (famille élargie, amis) :

☐ oui ☐ non

Délit

- J'ai eu des problèmes avec la police/justice):

☐ oui ☐ non

Vie de famille:

Membres de la famille	Prénom	Position dans la fratrie	Age	Fréquence du contact	
				face à face	telephone / mail / sms

Avec qui vis-tu au quotidien?

Vis-tu avec tes parents ? : ☐ oui ☐ non

Si non : pourquoi ?

☐ divorce /séparation

☐ placement

☐ décès

☐ père

☐ mère

Age de la séparation : _____

A quelle fréquence les vois-tu ?

Profession des parents :

Père : _____

Mère : _____

Y a-t-il quelqu'un d'autre que tes parents, qui t'ont élevé durant ton enfance ?

☐ oui

☐ non

Qui ? : _____

A quelle fréquence les vois-tu ? _____

As-tu déjà dormi à l'extérieur ? :

☐

oui

☐

non

☐

famille

☐

extra-famille (ami, colonie, ...)

As-tu des frères ou sœurs avec qui tu ne vis pas ?

☐

oui

☐

non

Prénom	Fréquence du contact	
	face à face	téléphone / mail / sms

As-tu des grands parents avec lesquels tu es en contact ?

☐

oui

☐

non

Lien familial	Fréquence du contact	
	face à face	telephone / mail / sms

ASI

A FAIRE POUR 3 FIGURES DE SOUTIEN AU MAXIMUM IDENTIFIEES COMME (A) TRES PROCHES OU (B) CONFIDENTS. Inclure obligatoirement un parent.

Déterminer les confidents

Confident

Si tu avais un problème de quelque sorte que ce soit, quelle serait la première personne à qui tu te confierais?

Peux-tu lui confier tes sentiments personnels ?

T'es-tu confié(e) à elle/lui récemment ?

Te sens-tu proche de (personne mentionnée) ?

Intimité

Te sens-tu proche de quelqu'un?

(noter les trois confidents dans la table)

Pour chacune de ces personnes

Depuis combien de temps es-tu ami(e) avec lui/elle ? Depuis combien de temps le/la connais-tu?

Où vit-il/elle? A combien de minutes/heures de chez toi ?

VCO/Tableau des figures de soutien

A qui te confies-tu ? De qui es-tu proche ?	Nature du lien	Sexe M/F	age	Fréquence du contact		VCO		
				Fac à face	Tel/mail/sms	parent	VCO1	VCO2

CAPACITE A SE CONFIER

Vous confiez vous àFacilement ou avec difficulté

SI PAS DU TOUT : Jamais ? A quoi pensez-vous que cela soit dû ?

Parce que cela ne l'intéresse pas ou parce qu'elle n'est pas compatissante?

SI DES CONFIDENCES SONT MISES EN EVIDENCE:

Quelle sorte de choses lui racontez-vous?

Lui parlez-vous de choses qui vous soucient ou qui vous sapent le moral?

Lui en touchez-vous juste un mot ou entrez-vous dans les détails?

Et les sujets personnels?

Domaine marital, les thèmes négatifs (soucis inquiétudes la concernant ou concernant sa relation avec le VCO, les mauvaises images d'elle-même)

Noter toute restriction des confidences quelle que soit l'explication donnée par le sujet)

Les problèmes d'argent? de sexe? Les difficultés entre vous et votre partenaire?

Y a-t-il quelque chose (d'autre) que vous ne lui diriez pas?

Quoi? Pourquoi? A cause de ce qu'elle pourrait dire ou faire?

SUPPORT EMOTIONNEL ACTIF

Pensez-vous qu'il est intéressé quand vous vous confiez ou pas particulièrement?

Que fait-il ou que dit-il quand vous vous confiez ?

Ecoute-t-il ? Est-il Compatissant ? Secourable ? Vous reconforte-t-il ?

Vous donne-t-il des conseils ?

Est-il de votre côté ou est-il un peu critique?

Pensez-vous qu'il se fait du souci pour vous quand vous ne vous sentez pas bien ou que vous avez des problèmes ?

Comment le montre-t-il ?

Vous êtes-vous récemment confié à lui à propos de quelque chose?

A quel propos ? Qu'a-t-il dit ou fait?

Peut-il garder les choses que vous lui dites pour lui?

Lui est-il arrivé de répéter à quelqu'un d'autre des choses que vous lui aviez dites?

Y a-t-il quelque chose que vous avez regretté de lui avoir dit ?

Quoi ? Pourquoi ? Quand avez-vous ressenti cela ?

Rechercher des exemples d'évènements récents ou de problèmes

ATTACHEMENT RESENTI

Avez-vous confiance dans votre partenaire ?

Sur sa compagne ? En vous donnant confiance avec d'autres

Pensez-vous que vous y arriveriez sans lui ?

Facilement ?

Comment vous sentiriez vous s'il n'était pas là ?

Perdue ? Effrayée ? Mal à l'aise ?

Est-ce que c'est important pour vous juste de savoir qu'il est là ?

Serait-il là pour vous si vous aviez besoin de lui ?

Y a-t-il des situations où cela ne serait pas le cas ?

Y a-t-il eu des fois où il ne s'est pas mis en 4 pour vous ?

Y aurait-il quelqu'un qui pourrait le remplacer?

Est-ce que votre partenaire et vous-même réussissez à passer du temps seuls ensemble ?

QUALITE DE L'INTERACTION

Comment cela se passe- t- il lorsque vous êtes seuls tous les deux ?

Avez-vous beaucoup de choses à vous dire ?

Y- a-t-il beaucoup de rires et de blagues ?

Vous arrive-t-il de ressentir un peu d'ennui quand vous êtes avec ...c'est plutôt détendu ? Calme ?
tendu ? Drôle ? Confortable ?

Y a-t-il des choses qui ont le don de vous irriter l'un ou l'autre ?

Pour tous les 2 ?

Quelle a été votre dernière dispute ?

Que s'est-il passé ?

S'IL Y A DES DISPUTES

A quelle fréquence cela se produit-il ?

Par exemple sur le mois qui vient de s'écouler ?

Est-ce que les disputes peuvent devenir violentes ? Jusqu'à quel point ? Au point de se lancer des objets ou de se battre ?

A quelle fréquence ? C'est déjà arrivé dans le passé ? C'était quand ?

SI OUI : A quel moment ? Pendant combien de temps cela a-t-il duré ? Qu'est-il arrivé ?

Et maintenant nous allons voir comment, d'une manière générale, vous décririez vos relations aux autres

MEFIANCE

Trouvez-vous difficile de faire confiance aux gens ?

Vous sentez-vous souvent soupçonneuse vis-à-vis des gens ?

Avez-vous tendance à vous demander quels sont les mobiles des gens ?

(si oui : de quelles personnes ? pourquoi ?)

Trouvez-vous difficile de faire confiance aux gens qui sont proches de vous ?

Ou juste vis à vis des étrangers ?

Pourquoi pensez-vous cela ?

Vous arrive-t-il de penser que les gens sont contre vous ?

De quelle manière ?

Est-ce que cela influence votre attitude vis à vis des autres ?

CRAINTE DE L'INTIMITE

Pensez-vous que vous ne pouvez pas faire confiance aux gens parce qu'ils pourraient vous décevoir ?

Pourquoi pensez-vous cela ?

Est-ce lié à votre propre expérience ?

Vous est-il arrivé d'avoir été très déçu par quelqu'un ?

Est-ce que cela a influencé votre manière d'être avec les autres maintenant ?

CONTRAINTES ATTITUDINALES

Est-ce que le fait d'avoir quelqu'un de proche est important pour vous ?

(SI CELA N'EST PAS CONSTATE)

De qui êtes- vous proche en ce moment ?

Trouvez-vous qu'il soit difficile d'être très proche des gens ?

SI OUI :

Est-ce que c'est le cas pour la plupart des gens ou juste pour quelques personnes que vous connaissez,

Par exemple, vis à vis des proches , ou des amis ?

Vis à vis des hommes plutôt que des femmes ?

SI OUI : Pourquoi pensez-vous que cela est le cas ?

Etes-vous timide ? Faire connaissance est-il difficile ?

Trouvez-vous difficile de vous confier aux gens ?

SI OUI : pourquoi pensez-vous que c'est le cas ?

(*SI PERTINENT : vérifiez le nombre de confidents mentionnés dans la section support*)

Préférez-vous avoir une seule personne à qui vous confier ou en avoir plusieurs ?

Aimeriez-vous avoir plus de personnes en qui avoir confiance ?

Est-ce qu'il est facile pour vous de demander aux gens de l'aide ?

Pouvez-vous aller vers les autres pour un conseil quand vous avez un problème ?

Y-a-t-il des gens en particulier à qui vous n'iriez pas demander de l'aide ?

Par exemple de la famille, les amis ?

SI OUI : pourquoi cela ?

CRAINTE DE L'INTIMITE

Etre trop près des gens vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise ?

Vous arrive-t-il de faire marche arrière quand vous vous sentez devenir proche de quelqu'un ? De qui ? Pourquoi ?

Vous est-il arrivé de trouver que vous voyiez trop vos amis ou votre famille ?

Vous arrive-t-il d'avoir envie de prendre de la distance par rapport à eux ?

SI OUI : pourquoi ?

Comment vous sentez-vous vous lorsque l'on veut se confier à vous ?

Vous arrive-t-il de vous sentir gênée ?

SI OUI :

pourquoi cela ?

Vous arrive-t-il de vous sentir mal à l'aise lorsque vous vous confiez aux autres ?

Vous est-il arrivé de regretter de vous être ouverte ?

Vous est-il arrivé de vous être sentie blessée ou rejetée par quelqu'un dont vous aviez été proche ?

Est-ce que la crainte d'être blessée vous empêche de devenir trop proche des gens ?

SI OUI : Est-ce pareil pour la plupart des gens ou juste pour quelques personnes que vous connaissez ? (explorez du côté des hommes, des femmes, de la famille).

CRAINTE DE L'INTIMITE SEXUELLE

Trouvez-vous plus difficile d'être proche des hommes ou des femmes ?

SI OUI : pourquoi ?

Est-ce particulièrement dans les relations sexuelles

Avez-vous plus peur d'être déçue par les hommes ?

DESIR DE NE COMPTER QUE SUR SOI

Trouvez-vous que, en général, vous venez à bout des problèmes ?

En général pensez-vous que vous faites mieux face aux choses en ne comptant que sur vous ou avec l'aide des autres ?

Vous arrive-t-il de penser que vous ne pouvez pas faire face toute seule ?

Est-ce que le fait d'être indépendante est important pour vous ?

Vous décririez vous comme plutôt "solitaire" ou appréciez-vous d'avoir des conseils ou de l'aide de la part des autres ?

Est-ce que vous vous appuyez sur l'avis de vos amis pour vous décider ? ou pas vraiment ?

Est-ce que les opinions des gens sont importantes pour vous ?

Avez-vous besoin de beaucoup de réassurance de la part des autres ?

Comment vous sentez vous quand les autres vous critiquent ?

Pouvez-vous facilement prendre vos décisions sans recourir à l'aide des gens ?

Aimez-vous prendre vos décisions tout seul?

Est-ce que le fait d'avoir le sentiment que vous contrôlez votre vie est important pour vous ?

Comment vous sentez-vous lorsque les choses ne vont pas comme vous l'aviez prévu?

DESIR D'ENGAGEMENT

Diriez-vous, en parlant de vous, que vous êtes une personne sociable ?

Aimez-vous rencontrer de nouvelles personnes?

Trouvez-vous facile de nouer des amitiés ?

Est-ce que le fait d'avoir très souvent du monde autour de vous est important pour vous ?

Etre seule vous ennuie-t-il ?

SI OUI : quel effet cela vous fait-il?

Quel type de situations ?

Est-ce que vous aimeriez voir vos amis plus souvent ou trouvez-vous que vous les voyez assez ?

Avez-vous tendance à aimer vous retrouver avec vous-même- ou pouvez-vous vous retrouver seule sans des gens autour de vous tout le temps ?

Est-ce que l'intimité est importante pour vous ?

Vous est-il arrivé de penser que d'avoir tout le temps, d'autres personnes autour de vous pouvait être quelque peu empoisonnant ?

Aimeriez-vous voir vos connaissances ou vos proches plus éloignés plus régulièrement ?

Est-ce que ne pas avoir de gens autour de vous en qui vous confier vous manquerait?

Dépendez-vous des autres pour cela ?

Pensez-vous que vous êtes une personne possessive ?

Par exemple avec votre partenaire, vos enfants ou les amis? Vous êtes-vous sentie jalouse des autres?

MANQUE DE TOLERANCE A LA SEPARATION

Devenez-vous anxieuse quand les gens qui sont proches de vous sont au loin ?

Que se passe-t-il lorsqu'il s'agit seulement d'une période brève ? (c'est-à-dire passer la nuit ailleurs, ou partir pour de courtes vacances ?)

Trouvez-vous difficile de dire au revoir aux gens?

Comment vous sentez-vous quand vos enfants passent la nuit ailleurs ?

Est-ce que vous vous faites du souci ?

Comment cela se passe-t-il quand un membre de votre famille rentre plus tard que prévu, vous faites-vous beaucoup de soucis?

Qu'est-ce qui vous manquerait le plus si votre mari/ partenaire n'était pas là ? (Comment vous sentiriez vous s'il n'était plus là ?)

Est-ce qu'il y a eu des moments où vous avez été loin l'un de l'autre ? (Comment était-ce ? Est-ce que l'un de vous a empêché l'autre de partir ?)(Un peu anxieuse toute seule ? Souhait qu'il ne parte pas?)

COLERE/HOSTILITE

Est-ce que vous vous fâchez souvent avec les gens - connaissances ou amis ?

Pouvez-vous me donner un exemple ?

Est-ce qu'il vous arrive souvent de vous disputer ?

SI OUI :

avec qui ? Qu'est-ce qui a tendance à arriver ?

Vous arrive-t-il de vous fâcher avec vos amis proches ?

Est-ce que cela est arrivé récemment ?

Vous êtes-vous réconciliée depuis ?

A propos de vos parents ?

Eprouvez-vous du ressentiment quant à la manière dont ils vous ont élevée?

A propos de vos frères et sœurs ?

Vous êtes-vous déjà fâchée avec eux ?

Comment l'avez-vous montré ?

Vous arrive-t-il d'éprouver de la rancune à propos du passé en général ?

Par exemple par rapport à ce que vous avez vécu pendant votre enfance ?

SI OUI : Qui blâmez-vous ?

Vous arrive-t-il de penser que les gens n'ont pas assez fait pour vous ?

Pensez-vous que cela va de soi ?

SI OUI :

De la part de qui ? est-ce que cela vous met en colère ?

Est-ce que vous dites quelque chose à ce propos ? Que se passe-t-il alors ?

Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

Instructions : Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Entourez le chiffre correspondant.

Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) désaccord complet, (2) désaccord relatif, (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif, (5) accord complet.

	Désaccord complet	Désaccord relatif	Ni accord ni désaccord	Accord relatif	Accord complet
1. Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	1	2	3	4	5
2. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	1	2	3	4	5
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	1	2	3	4	5
4. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	1	2	3	4	5
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	1	2	3	4	5
6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.	1	2	3	4	5
7. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	1	2	3	4	5
8. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	1	2	3	4	5
9. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	1	2	3	4	5
10. Être conscient de ses émotions est essentiel.	1	2	3	4	5
11. Je trouve difficile de décrire ce que je ressens.	1	2	3	4	5
12. On me dit de décrire davantage ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.	1	2	3	4	5
14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.	1	2	3	4	5
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.	1	2	3	4	5
16. Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.	1	2	3	4	5
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.	1	2	3	4	5
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.	1	2	3	4	5
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.	1	2	3	4	5
20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.	1	2	3	4	5

STAI FORME Y-A**CONSIGNES**

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				
2. Je me sens content(e).				
3. Je me sens effrayé(e).				
4. Je me sens à mon aise.				
5. Je sens que j'ai confiance en moi.				
6. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				
7. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				
8. Je me sens indécis(e).				
9. Je suis décontracté(e), détendu(e).				
10. Je suis satisfait(e).				
11. Je me sens calme.				
12. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.				
13. Je suis tendu(e), crispé(e).				
14. Je me sens surmené(e).				
15. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				
16. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).				
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.				

STAI FORME Y-B**CONSIGNES**

	Presqu e jamais	Parfois	Souven t	Presque toujour s
1. Je me sens de bonne humeur, aimable.				
2. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e).				
3. Je me sens content(e) de moi.				
4. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.				
5. J'ai un sentiment d'échec.				
6. Je me sens reposé(e).				
7. J'ai tout mon sang-froid.				
8. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.				
9. Je m'inquiète à propos des choses sans importance.				
10. Je suis heureux (se).				
11. J'ai des pensées qui me perturbent.				
12. Je manque de confiance en moi.				
13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.				
14. Je prends facilement des décisions.				
15. Je me sens incompétente(e), pas à la hauteur.				
16. Je suis satisfait(e).				
17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.				
18. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.				
19. Je suis une personne posée, solide, stable.				
20. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.				

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GÉNÉRALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

BDI (A vérifier)

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre état au cours de ces 3 dernières semaines.
Entourez le chiffre correspondant.

0 Je ne me sens pas triste

1 Je me sens cafardeux ou triste

2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir

3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir

1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir

2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer

3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie

1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens

2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs

3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait

1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances

2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit

3 Je suis mécontent de tout

0 Je ne me sens pas coupable

1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps

2 Je me sens coupable

3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

0 Je ne suis pas déçu par moi-même

1 Je suis déçu par moi-même

2 Je me dégoûte moi-même

3 Je me hais

0 Je ne pense pas à me faire du mal

1 Je pense que la mort me libérerait

2 J'ai des plans précis pour me suicider

3 Si je le pouvais, je me tuerais

0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens

1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois

2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux

3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision

2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

TOTAL : _____

Entretien parent

Avant de débiter l'entretien, les deux exemplaires du consentement « participation du parent » doivent être datés et signés par le parent et l'un des médecins investigateurs.

Un exemplaire est conservé par le participant et un exemplaire est conservé dans ce CRF.

Date : ____ / ____ / ____

Investigateur : _____

Quel est votre niveau d'étude ?

- ☐ Sans diplôme ou Brevet des collèges
- ☐ CAP ou BEP
- ☐ Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- ☐ Diplômes de niveau Bac plus 2 (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales,...)
- ☐ Diplômes de second ou troisième cycle universitaire (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat) ou diplômes de grandes écoles.

Dans quelle tranche se situe le revenu du ménage/an ?

- ☐
- ☐
- ☐

Quel est le domicile principal d'habitation de l'enfant actuellement ?

- ☐ Domicile d'habitation de la mère
- ☐ Domicile d'habitation du père
- ☐ Garde alternée/partagée (domicile du père et de la mère à partage égal)
- ☐ Autre, préciser : _____

Qui vit/est présent au domicile principal d'habitation actuellement?

Domicile principal	Domicile principal 2 (<u>si garde alternée</u>)
Parents	Parents

<input type="checkbox"/> Mère		<input type="checkbox"/> Père	
<input type="checkbox"/> Belle-mère		<input type="checkbox"/> Beau-père	
Enfants		Enfants	
	nombre		nombre
<input type="checkbox"/> Frère(s)		<input type="checkbox"/> Frère(s)	
<input type="checkbox"/> Sœur(s)		<input type="checkbox"/> Sœur(s)	
<input type="checkbox"/> Demi frère (s) maternel(s)		<input type="checkbox"/> Demi frère (s) maternel(s)	
<input type="checkbox"/> Demi frère(s) paternel(s)		<input type="checkbox"/> Demi frère(s) paternel(s)	
<input type="checkbox"/> Demi sœur(s) maternelle(s)		<input type="checkbox"/> Demi sœur(s) maternelle(s)	
<input type="checkbox"/> Demi sœur(s) paternelle(s)		<input type="checkbox"/> Demi sœur(s) paternelle(s)	
<input type="checkbox"/> Autres : _____ _____		<input type="checkbox"/> Autres : _____ _____	

Y -a-t-il eu des séparations imposées avec votre enfant ?

Oui Non

Si oui : Lesquelles

	Oui	non	Durée (mois)	Age de survenue (années)
Hospitalisation maternelle				
Hospitalisation de l'enfant				
Placement sur intervention des services sociaux				

Scolarisation en internat					
Autres, précisez :					

Le décès d'un proche de votre enfant est-il survenu ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : quel lien de parenté avec l'enfant :

- ☐ 1^{er} degré (mère, père)
☐ 2ème degré (grand parent, frère, sœur)
☐ 3^{ème} degré (oncle, tante, arrière grand parent, neveu, nièce)
☐ 4ème degré (cousin germain, grand oncle, grande tante) ou plus
☐ Personne extérieure au cercle familial, précisez : _____

Avez-vous des facilités à confier votre enfant à un tiers ? ☐ Oui ☐ Non

A-t-il déjà dormi à l'extérieur: ☐ Oui ☐ Non

- Si oui, où ? ☐ En dehors du cercle familial :
 Colonie de vacances
 Chez ses copains
 Autre, précisez : _____

☐ Dans sa famille :
☐ Chez ses grands-parents
 Autre, précisez : _____

EXPERIENCES OF CAREGIVING INTERVIEW

I. Pour commencer, pourriez-vous me parler un peu de votre famille et me dire qui en fait partie et l'âge de vos enfants.

II. Nous allons ensuite discuter sur ce que vous ressentez en tant que mère/ père de (enfant).

Pourriez-vous débiter par vous décrire en tant que parent ?

Qu'est-ce qui vous procure le plus de joie en étant le parent de votre enfant? Pouvez-vous me donner un exemple?

Pouvez-vous penser à un exemple avec (enfant) ou vous avez ressenti de la joie ?

Qu'est-ce qui vous donne le plus de peines ou de difficultés en étant le parent de (enfant) ?

Pouvez-vous penser à un exemple avec (enfant) qui a été douloureux ou difficile? Comment avez-vous géré la situation? (Nécessaire d'avoir une description de ce que le parent et l'enfant ont fait et dit.)

Comment avez-vous gérer la situation ?

Comment avez-vous gérer vos émotions ?

Vous êtes-vous déjà senti être dans le besoin en tant que parent de (enfant) ?

“Etre dans le besoin” peut être défini comme “ avoir besoin de quelque chose en tant qu'individu ». Ne pas le définir de suite sauf si le parent est coincé. Si le parent offre spontanément une définition en tentant de clarifier la question, suivre sa définition.

Racontez-moi une situation dans laquelle vous avez ressenti cela.

Comment gérez-vous ces états de besoin ?

Vous êtes-vous déjà senti en colère en tant que parent de (enfant) ?

Le but de cette question est de découvrir des situations dans lesquelles l'enfant rend le parent en colère. Certains parents affirment qu'ils ne sont jamais en colère avec leur enfant, que leur colère n'est que la conséquence du contexte (ex, travail..). Laissez développer puis revenir sur le sujet avec une question telle que « Dans ce cas, avez-vous déjà été irrité par votre enfant ? ».

Racontez-moi un moment récemment où vous vous êtes senti en colère/irrité par votre enfant.

Comment avez-vous gérer ces émotions de colère ?

Vous êtes-vous déjà senti coupable en tant que parent de (enfant) ?

Pouvez-vous me donner un exemple récent où vous vous êtes senti coupable à propos de quelque chose concernant (enfant) ?

Comment avez-vous géré ces sentiments de culpabilité ?

Quand vous vous inquiétez à propos de (enfant), qu'est-ce qui vous inquiète le plus ?

Pouvez-vous me donner un exemple récent où vous vous êtes inquiété à propos de (enfant) ?

Comment avez-vous géré vos inquiétudes ?

Quand vous sentez-vous confiant(e) en tant que parent de (enfant) ?

Pouvez-vous me dire quand cela vous est arrivé récemment de vous sentir confiant ?

III. Nous allons à présent parler de votre relation avec (enfant). Prenez un moment pour réfléchir aux moments où vous êtes avec (enfant). Pourriez-vous choisir cinq mots qui décrivent votre relation avec (enfant) ? Ces mots sont censés décrire comment c'est lorsque vous êtes ensemble, alors pensez bien aux moments passés avec (enfant). Après avoir choisi les mots, j'aimerais que vous m'expliquiez pourquoi vous les avez choisis.

Pour chaque mot : « Pouvez-vous pensez à un exemple qui illustre_____? »

Pouvez-vous décrire un moment dans les semaines précédentes (ou la dernière fois où vous et (enfant) étiez ensemble) où vous et (enfant) vous êtes vraiment bien entendus ?

Comment vous-êtes-vous senti ?

Maintenant, pouvez-vous décrire un moment dans les semaines précédentes où cela ne se passait pas bien entre vous et (enfant) ?

Qu'avez-vous ressenti ?

Y-a-t-il eu des expériences que vous avez ressenti comme des échecs dans votre relation avec (enfant) ?

Pourriez-vous expliquer en quoi cette expérience a été un revers dans votre relation ?

Les parents observent souvent des similarités entre eux et leurs enfants. Comment pensez-vous que (enfant) vous ressemble ?

Comment pensez-vous que ces similarités ont influencé votre relation avec (enfant) ?

Comment pensez-vous que (enfant) n'est pas comme vous ?

Comment pensez-vous que ces différences ont influencé votre relation avec (enfant) ?

IV. Quelles sortes de changement se sont passés dans votre relation avec (enfant), quand votre enfant est devenu adolescent (à partir de 13 ans) ?

Quelle année a été la plus difficile pour vous ?

Qu'est-ce qui a rendu cette année difficile ?

Que pensez-vous que votre adolescent ressentait durant cette période ?

Qu'avez-vous ressenti par rapport aux comportements de votre adolescent ?

Comment avez-vous géré cela en tant que parent ?

Est-ce que la relation a changé depuis ?

De quelles façons ?

Comment la relation change-t-elle maintenant que votre enfant est en train de devenir un adulte ?

Qu'espérez-vous que (enfant) ait pu apprendre de son expérience avec vous en tant que parent ?

V. De quelle façon avez-vous été impliquée à aider votre enfant à trouver sa voie après le lycée ?

De quelle façon avez-vous été impliqué dans le choix de son orientation ?

L'avez-vous aidé financièrement? Comment?

Discuter un budget? Ouvrir un compte en banque ?

L'avez-vous aidé par rapport à ses choix d'école ou de travail? Pouvez-vous donner un exemple spécifique ?

Avez-vous abordé les questions sexuelles, telle que se protéger lors de rapports sexuels ? De la cigarette, alcool et drogues?

Que pensez-vous avoir été le plus utile et le moins utile ?

Oculomotricité, RED, Olfaction

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Expérimentateur : _____

FLOREALe participant participe-t-il à l'étude ELOREA ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, les deux exemplaires du consentement spécifique à ELOREA « participation du parent » doivent être datés et signés par l'adolescent, au moins l'un de ses parents et l'un des médecins investigateurs.

Un exemplaire est conservé par le participant et un exemplaire est conservé dans ce CRF.

Si oui, vérifiez les critères d'inclusion et de non-inclusion.

Critères d'inclusion	OUI	NON
13-18 ans		
Sexe masculin		
Attachement insécure selon l'ASI		
Enfant scolarisé		
Enfant non hospitalisé		
Critères de non-inclusion		
Pathologie chronique (insuffisance hépatique, insuffisance rénale, maladie cardiovasculaire)		
Enfant ne parlant pas français		
Pathologie des voies nasales		
Troubles visuels		
Consommation de tabac > 20 cig./jour		

Si oui, N° de traitement délivré: _____

N° participant : _ _ / _ _ / _ _ _

Traitements en cours :

Les traitements ont-ils changé depuis la dernière visite :

☐ oui

☐ non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous.

TRAITEMENT	POSOLOGIE	Date de début (si inconnue, notez ND)

① Visualisation des images effectuée : ☐ oui ☐ non

RED/ECG effectué : ☐ oui ☐ non

Commentaires :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

② Olfaction effectuée : ☐ oui ☐ non

RED/ECG effectué : ☐ oui ☐ non

Commentaires :

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Evénements indésirablesLe participant a-t-il rapporté un/des événement(s) indésirable(s)(EI)? ☐ oui ☐ non

Nature de l'EI			
Date de début	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _
Délai d'apparition après la première prise	__ jours __ heures __ min.	__ jours __ heures __ min.	__ jours __ heures __ min.
Date de fin Ou en cours	_ _ / _ _ / _ _ <input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ <input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ <input type="checkbox"/>
Intensité	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère
Evolution	<input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> aggravation <input type="checkbox"/> amélioration <input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> aggravation <input type="checkbox"/> amélioration <input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> aggravation <input type="checkbox"/> amélioration <input type="checkbox"/> inconnue
Action entreprise vis-à-vis du produit à l'étude	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> arrêt définitif <input type="checkbox"/> arrêt temporaire <input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> arrêt définitif <input type="checkbox"/> arrêt temporaire <input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> arrêt définitif <input type="checkbox"/> arrêt temporaire <input type="checkbox"/> inconnue
Traitement correcteur Si oui, précisez	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____
Relation avec le produit à l'étude	<input type="checkbox"/> exclue <input type="checkbox"/> non exclue	<input type="checkbox"/> exclue <input type="checkbox"/> non exclue	<input type="checkbox"/> exclue <input type="checkbox"/> non exclue
Evènement grave (si oui, remplir la feuille de déclaration d'EIG)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non