

Questionnaire suivi T3, si possible T6

1. DERS-F: Echelle de régulation émotionnelle

https://www.unige.ch/cisa/files/1614/6719/2002/DERS-FSept2012_0.pdf

Le DERS est une échelle permettant d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.

Répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon si celui-ci vous correspond:

1. Presque jamais
2. Quelques fois
3. La moitié du temps
4. La plupart du temps
5. Presque toujours

Code:

	presque jamais 1	quelques fois 2	la moitié du temps 3	la plupart du temps 4	presque toujours 5
01) Je comprends bien mes sentiments	☐	☐	☐	☐	☐
02) Je fais attention à ce que je ressens	☐	☐	☐	☐	☐
03) Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables	☐	☐	☐	☐	☐
04) Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens	☐	☐	☐	☐	☐
05) J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments	☐	☐	☐	☐	☐
06) Je fais attention à mes sentiments	☐	☐	☐	☐	☐
07) Je sais exactement comment je me sens	☐	☐	☐	☐	☐
08) Je prends garde à ce que je ressens	☐	☐	☐	☐	☐
09) Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens	☐	☐	☐	☐	☐
10) Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion	☐	☐	☐	☐	☐
11) Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
12) Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
13) Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail	☐	☐	☐	☐	☐
14) Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable	☐	☐	☐	☐	☐

	presque jamais 1	quelques fois 2	la moitié du temps 3	la plupart du temps 4	presque toujours 5
15) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps	☐	☐	☐	☐	☐
16) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
17) Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants	☐	☐	☐	☐	☐
18) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses	☐	☐	☐	☐	☐
19) Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable	☐	☐	☐	☐	☐
20) Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses	☐	☐	☐	☐	☐
21) Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
22) Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux	☐	☐	☐	☐	☐
23) Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
24) Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements	☐	☐	☐	☐	☐
25) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
26) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer	☐	☐	☐	☐	☐
27) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement	☐	☐	☐	☐	☐
28) Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux	☐	☐	☐	☐	☐
29) Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
30) Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal	☐	☐	☐	☐	☐
31) Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire	☐	☐	☐	☐	☐
32) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements	☐	☐	☐	☐	☐
33) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose	☐	☐	☐	☐	☐
34) Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment	☐	☐	☐	☐	☐
35) Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux	☐	☐	☐	☐	☐
36) Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus	☐	☐	☐	☐	☐

2. Quality of life WHOQoL-8 (version française) validée de Leplège et al., 2000

« Cette série de questions vous demande comment vous vous sentez par rapport à votre qualité de vie. Nous vous demandons que vous pensiez à votre vie au cours des deux dernières semaines. »

WHO-QoL-8 (version française)

1. Avez-vous suffisamment d'énergie dans votre vie quotidienne ?	1. tout le temps 2. le plus souvent 3. moyennement 4. un peu 5. pas du tout				
2. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	1. tout le temps 2. le plus souvent 3. moyennement 4. un peu 5. pas du tout				
Merci de nous dire dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) par rapport aux domaines suivants :					
Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de...	Très satisfait(e)	satisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
3. ... votre santé ?	1	2	3	4	5
4. ... vous ?	1	2	3	4	5
5. ...votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne?	1	2	3	4	5
6. ...vos relations avec les autres ?	1	2	3	4	5
7. ...de votre lieu de vie ?	1	2	3	4	5
8. Tout pris ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre vie, globalement ?	1	2	3	4	5
8a. Combien de fois avez-vous senti que vous n'étiez pas en mesure de contrôler les choses importantes de votre vie ? Lisez les réponses	1. Jamais 2. Presque jamais 3. Parfois 4. Assez souvent 5. Très souvent				

8b. Combien de fois avez-vous eu le sentiment que vous n'arriviez pas à faire face à ce qui vous arrivait ? Lisez les réponses	1. Jamais 2. Presque jamais 3. Parfois 4. Assez souvent 5. Très souvent
9. Comment évalueriez-vous votre qualité de vie ? Lisez les réponses	1. Très bonne 2. Bonne 3. Moyenne 4. Mauvaise 5. Très mauvaise 8. Ne sais pas
10. Tout pris ensemble, comment diriez-vous que vous vous sentez ces jours-ci ? Êtes-vous... Lisez les réponses	1. Très heureux(se) ? 2. Heureux(se) ? 3. Ni heureux(se) , ni malheureux(se) ? 4. Malheureux(se) ? 5. Très malheureux(se) ? 8. Ne sais pas

3. Echelle de stress post traumatique

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

Expérience après le stage

4. Mystical Experience Scale (MEQ-30)

« En vous référant à l'ensemble de votre session, veuillez évaluer le degré avec lequel vous avez vécu les phénomènes suivants. Répondez à chaque question en fonction de vos ressentis, pensées et expériences durant la session. Utilisez l'échelle suivante : »

0- Non, pas du tout

1- Très légèrement, indiscernable

2- Légèrement

3- Modérément

4- Fort (équivalent en degré à tout autre expérience forte)

5- Extrême (plus qu'à aucun autre moment dans ma vie et plus fort que 4)

1. Perte de votre notion habituelle du temps

2. Sentiment d'émerveillement

3. Sentiment que l'expérience ne peut pas être décrite de manière adéquate avec des mots

4. Acquisition de connaissances pertinentes ressenties à un niveau intuitif

5. Impression que vous avez ressenti l'éternité ou l'infini

6. Expérience d'unité avec les objets et/ou les personnes perçus dans votre environnement

7. Perte de votre notion habituelle de l'espace

8. Sentiments de tendresse et de douceur

9. Certitude d'avoir atteint une réalité ultime (dans le sens d'être capable de "savoir" et de "voir" ce qui est vraiment réel à un moment donné au cours de votre expérience)

10. Sentiment que vous ne pourriez pas retranscrire fidèlement ce que vous avez vécu en le décrivant avec des mots.

11. Perte de la conscience habituelle de où vous êtes

12. Sentiments de paix et de tranquillité

13. Sensation d'être "en dehors du" temps, au-delà du passé et du futur

14. Libération des limites de votre « moi » personnel et sentiment d'unité ou de lien avec quelque chose de ressenti comme plus grand que votre « moi » personnel.

15. Sensation d'être à un niveau spirituel

16. Expérience de pure existence et de conscience pure (au-delà du monde des impressions sensorielles)

17. Expérience d'extase
18. Expérience de la révélation que « tout est Un »
19. Être dans un monde sans limitation spatiale
20. Expérience d'unité avec un "monde intérieur »
21. Sentiment d'humilité
22. Expérience d'intemporalité
23. Vous êtes convaincu maintenant, quand vous repensez à votre expérience, que vous y avez atteint une réalité ultime (i.e. que vous "saviez" et "voyiez" ce qui est vraiment)
24. Sentiment que vous avez vécu quelque chose de profondément sacré et saint
25. Conscience de la vie ou d'une présence vivante en toutes choses
26. Expérience de fusion de votre « moi » personnel avec un tout plus grand
27. Sentiment d'admiration
28. Expérience d'unité avec la réalité ultime
29. Sentiment qu'il serait difficile de communiquer votre expérience avec des personnes qui ne l'ont pas vécue
30. Sentiment de joie

5. Challenging Experience Questionnaire Brief (CEQ-7)

En repensant à l'ensemble de votre expérience, veuillez évaluer dans quelle mesure vous avez vécu les phénomènes suivants. Répondez à chaque question en fonction de vos sentiments, de vos pensées et de vos expériences au moment de la séance. Pour faire chacune de vos évaluations, utilisez l'échelle suivante :

-Aucune/Pas du tout

-Si léger ne peut pas décider

-Léger

-Modéré

-Fort (équivalent en degré à toute autre expérience forte)

-Extrême (plus qu'à n'importe quel autre moment de ma vie et plus fort que « fort »)

1. La peur

2. Le deuil

3. Détresse physique

4. La folie

5. Isolement

6. Pensées ou sentiments de mort

7. Paranoïa

6. Fatigue : Multidimensional Fatigue Inventory – MFI 10

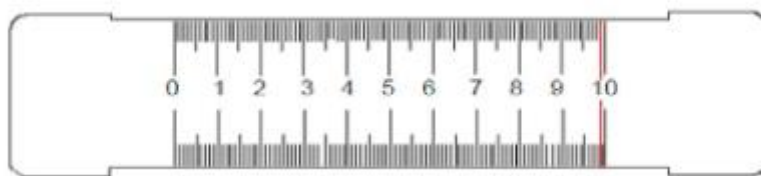
1 2 3 4 5
Pas du tout d'accord Enormément d'accord

Physiquement, je ne me sens pas capable de faire grand-chose	
Je me sens fatigué(e)	
Physiquement, je me sens en mauvais état	
Je me fatigue facilement	
Je redoute d'avoir des choses à faire	
Je pense que je ne fais pas grand-chose dans une journée	
Je mène peu de choses à bien	
Je n'ai rien envie de faire	
Me concentrer sur quelque chose me demande beaucoup d'effort	
Mes pensées s'égarer facilement	

7. EVA Douleur : au cours des 7 derniers jours, pouvez-vous évaluer votre douleur maximale

Pas de douleur

Douleur intolérable



8. Insomnie : <https://www.cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/insomnie.pdf>

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____

Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÊTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

9. ÉCHELLE HAD : Anxiété et Dépression Hospital Anxiety and Depression Scale

Questionnaire HAD

Pour remplir ce questionnaire : Entourez la bonne réponse à chaque question, puis faites le total comme il est indiqué en bas de page

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3 ☐
- Souvent 2 ☐
- De temps en temps 1 ☐
- Jamais 0 ☐

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant 0 ☐
- Pas autant 1 ☐
- Un peu seulement 2 ☐
- Presque plus 3 ☐

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3 ☐
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 ☐
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 ☐
- Pas du tout 0 ☐

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé 0 ☐
- Plus autant qu'avant 1 ☐
- Vraiment moins qu'avant 2 ☐
- Plus du tout 3 ☐

5. Je me fais du souci :

- Très souvent 3 ☐
- Assez souvent 2 ☐
- Occasionnellement 1 ☐
- Très occasionnellement 0 ☐

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais 3 ☐
- Rarement 2 ☐
- Assez souvent 1 ☐
- La plupart du temps 0 ☐

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive 0 ☐
- Oui, en général 1 ☐
- Rarement 2 ☐
- Jamais 3 ☐

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 3 ☐
- Très souvent 2 ☐
- Parfois 1 ☐
- Jamais 0 ☐

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0 ☐
- Parfois 1 ☐
- Assez souvent 2 ☐
- Très souvent 3 ☐

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout 3 ☐
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 ☐
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 ☐
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0 ☐

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3 ☐
- Un peu 2 ☐
- Pas tellement 1 ☐
- Pas du tout 0 ☐

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant 0 ☐
- Un peu moins qu'avant 1 ☐
- Bien moins qu'avant 2 ☐
- Presque jamais 3 ☐

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3 ☐
- Assez souvent 2 ☐
- Pas très souvent 1 ☐
- Jamais 0 ☐

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0 ☐
- Parfois 1 ☐
- Rarement 2 ☐
- Très rarement 3 ☐

Additionnez les réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

TOTAL A : 0

Additionnez les réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

TOTAL D : 0

Score total :
A + D = 0

10. Echelle de stress post traumatique

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : Je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

11 : PGIC : impression globale de changement

Depuis le début de votre traitement, comment qualifieriez-vous le changement (s'il existe) sur la limitation de vos activités, vos symptômes, vos émotions, et tout ce qui fait votre qualité de vie, en lien avec vos douleurs :

Faites une croix (une seule réponse possible)

Pas de changement ou c'est devenu pire	
Presque pareil, pratiquement pas d'amélioration	
Un peu mieux mais pas de changement notable	
Plutôt mieux mais le changement ne fait pas de réelle différence	
Mieux, le changement est modéré mais notable	
Mieux avec sans aucun doute une amélioration réelle qui fait la différence	
Nettement mieux, une amélioration considérable qui fait toute la différence	

14. Est-ce que vous pensez que l'expérience de la transe a modifié la qualité de la relation avec la thérapeute/médecin qui vous suit

Si oui pouvez-vous détailler : Texte libre