

## Questionnaire sur l'anxiété - Version parent

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Faites un crochet ou un X vis-à-vis "ne s'applique pas" si ce qui est écrit ne s'applique pas à l'enfant/adolescent, ou vis-à-vis une des autres colonnes si ce qui est écrit s'applique un peu, modérément ou beaucoup à celui-ci		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	A-t-il/elle déjà vécu un événement (attaque) où il/elle se sentait terrifié(e), anxieux(se) et où il/elle ne se sentait pas bien?				
2	Est-ce qu'il/elle s'inquiète plus que les autres personnes de son âge? À propos de quoi? _____				
3	A-t-il/elle souvent peur que quelque chose arrive à quelqu'un de son entourage?				
4	Est-ce qu'il/elle s'inquiète de façon vraiment exagérée à propos de l'école?				
5	Est-ce qu'il/elle a souvent peur d'aller se coucher seul(e) ou d'aller coucher ailleurs?				
6	A-t-il/elle souvent peur de se retrouver seul(e) dans une pièce ou d'aller seul(e) au sous-sol?				
7	Est-il/elle souvent timide et nerveux(se) avec des personnes inconnues?				
8	Est-ce qu'il/elle est souvent inconfortable s'il/elle doit répondre à des questions en classe, ou se joindre à un groupe d'enfants, ou utiliser la salle de toilettes, ou manger en présence d'autres personnes ou faire une performance publique?				
9	Est-ce qu'il/elle préfère rester seul(e) plutôt que d'aller avec des personnes qu'il/elle ne connaît pas bien?				
10	Est-ce qu'il/elle hésite souvent à téléphoner aux autres, ou à aller dans des soirées, clubs de loisirs ou activités?				
11	Est-ce qu'il/elle a une peur déraisonnée de quelque chose comme par exemple les chiens, insectes, hauteurs, ascenseurs ou dans la noirceur?				
12	Est-ce qu'il/elle a souvent peur de se trouver dans une foule, un autobus, ou d'aller dans un endroit public?				
13	Est-ce que ces peurs l'empêchent de faire des choses qu'il/elle aimerait normalement faire?				
14	Est-ce qu'il/elle s'inquiète au sujet de choses avant qu'elles n'arrivent et plus que les autres du même âge?				
15	Est-ce qu'il lui arrive de manquer de l'école ou d'autres activités à cause de maux de tête, maux de ventre ou parce qu'il/elle ne se sent pas bien?				
16	Est-ce qu'il/elle s'inquiète vraiment beaucoup et souvent de ce que les autres pensent de lui/elle?				
17	Est-ce qu'il/elle se sent souvent tendu(e), à « fleur de peau ». Est-ce qu'il est le genre à se demander souvent : ... « ...tout d'un coup que... »				
18	Fait-il/elle souvent et à répétition des gestes ou choses qui semblent « curieux », tels que toucher des choses, compter, se laver les mains à répétition, vérifier si les portes sont barrées, etc...				
19	Est-il/elle souvent ennuyé(e) par des pensées, images ou mots qui viennent dans sa tête sans raison et qu'on ne peut arrêter ou chasser, tels que la peur des microbes, de la saleté ou que quelque chose de mauvais ne survienne				

# Questionnaire sur l'anxiété

## Correction

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

### Version parent/enseignant

### Version enfant/adolescent

Complété par : \_\_\_\_\_

Trouble panique

Question 1 : \_\_\_\_\_

Anxiété de séparation

Question 2 : \_\_\_\_\_

Question 3 : \_\_\_\_\_

Question 4 : \_\_\_\_\_

Question 5 : \_\_\_\_\_

Question 6 : \_\_\_\_\_

Phobie sociale

Question 7 : \_\_\_\_\_

Question 8 : \_\_\_\_\_

Question 9 : \_\_\_\_\_

Question 10 : \_\_\_\_\_

Agoraphobie et phobies spécifiques

Question 11 : \_\_\_\_\_

Question 12 : \_\_\_\_\_

Question 13 : \_\_\_\_\_

Trouble d'anxiété généralisée

Question 14 : \_\_\_\_\_

Question 15 : \_\_\_\_\_

Question 16 : \_\_\_\_\_

Question 17 : \_\_\_\_\_

Trouble obsessionnel-compulsif

Question 18 : \_\_\_\_\_

Question 19 : \_\_\_\_\_

Trouble panique

Question 1 : \_\_\_\_\_

Anxiété de séparation

Question 2 : \_\_\_\_\_

Question 3 : \_\_\_\_\_

Question 4 : \_\_\_\_\_

Question 5 : \_\_\_\_\_

Question 6 : \_\_\_\_\_

Phobie sociale

Question 7 : \_\_\_\_\_

Question 8 : \_\_\_\_\_

Question 9 : \_\_\_\_\_

Question 10 : \_\_\_\_\_

Agoraphobie et phobies spécifiques

Question 11 : \_\_\_\_\_

Question 12 : \_\_\_\_\_

Question 13 : \_\_\_\_\_

Trouble d'anxiété généralisée

Question 14 : \_\_\_\_\_

Question 15 : \_\_\_\_\_

Question 16 : \_\_\_\_\_

Question 17 : \_\_\_\_\_

Trouble obsessionnel-compulsif

Question 18 : \_\_\_\_\_

Question 19 : \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

## Questionnaire sur l'anxiété - Version enfant/adolescent

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>Fait un crochet ou un X vis-à-vis "ne s'applique pas" si tu trouves que ce qui est écrit ne s'applique pas à toi, ou vis-à-vis une des autres colonnes si tu trouves que ce qui est écrit s'applique un peu, modérément ou beaucoup à toi</b>		Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1	As-tu déjà vécu un événement (attaque) où tu te sentais terrifié(e), anxieux(se) et tu ne te sentais pas bien?				
2	Est-ce que tu t'inquiètes plus que les autres personnes de ton âge? À propos de quoi? _____				
3	As-tu souvent peur que quelque chose arrive à quelqu'un que tu aimes?				
4	Est-ce que tu t'inquiètes de façon vraiment exagérée à propos de l'école?				
5	Est-ce que tu as souvent peur d'aller te coucher seul(e) ou d'aller coucher ailleurs?				
6	As-tu souvent peur de te retrouver seul(e) dans une pièce ou d'aller seul(e) au sous-sol?				
7	Es-tu souvent timide et nerveux(se) avec des personnes inconnues?				
8	Est-ce que tu es souvent inconfortable si tu dois répondre à des questions en classe, te joindre à un groupe d'enfants, utiliser la salle de toilettes, manger en présence d'autres personnes ou faire une performance publique?				
9	Est-ce que tu préfères rester seul(e) plutôt qu'aller avec des personnes que tu ne connais pas bien?				
10	Est-ce que tu hésites souvent à téléphoner aux autres, aller dans des soirées, clubs ou activités?				
11	Est-ce que tu as une peur déraisonnée de quelque chose comme les chiens, insectes, hauteurs, ascenseurs ou dans la noirceur?				
12	Est-ce que tu as souvent peur de te trouver dans une foule, un autobus, ou d'aller dans un endroit public?				
13	Est-ce que ces peurs t'empêchent de faire des choses que tu aimerais normalement faire?				
14	Est-ce que tu t'inquiètes au sujet de choses avant qu'elles n'arrivent et plus que les autres du même âge?				
15	Est-ce qu'il t'arrive de manquer de l'école ou d'autres activités à cause de maux de tête, maux de ventre ou de ne pas te sentir bien?				
16	Est-ce que tu t'inquiètes vraiment beaucoup et souvent de ce que les autres pensent de toi?				
17	Est-ce que tu te sens souvent tendu(e), à « fleur de peau ». Est-ce que tu te demandes souvent : ... « ...tout d'un coup que... »				
18	Fais-tu souvent et à <u>répétition</u> des gestes ou choses qui semblent « curieux », tels que toucher des choses, compter, se laver les mains à répétition, vérifier si les portes sont barrées, etc...				
19	Es-tu souvent ennuyé(e) par des pensées, images ou mots qui te viennent dans la tête sans raison et qu'on ne peut arrêter ou chasser, tels que la peur des microbes, de la saleté ou que quelque chose de mauvais ne survienne				