

QUESTIONNAIRE - VERSION ADOLESCENT

Ce questionnaire englobe de nombreux sujets : capacités de concentration, relations avec ta famille, tes amis, qualité de ton sommeil, gestion des écrans, qualité de tes résultats scolaires. Il va me permettre de préparer au mieux notre future rencontre.

Essaye de répondre spontanément en pensant à toi de manière très générale. Il n'y pas de bonnes ou mauvaises réponses :) Nous reprendrons ensemble tes réponses lorsque tu viendras au cabinet.

Ton prénom :

TES COMPORTEMENTS

Indique-moi si tu présentes les comportements suivants :

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Je peine à prêter attention aux détails ou je fais des fautes d'étourderies dans les devoirs ou d'autres activités (travail non précis, oublis de détails)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me laisse facilement distraire par des stimuli extérieurs (fenêtre, bruits, téléphone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à mener à terme mes devoirs ou mes tâches domestiques (ex : commence mais je perd le fil, facilement distrait)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent du mal à organiser mes travaux ou mes activités (difficultés à gérer le temps, ne respecte pas les délais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent j'écoute pas quand on me parle personnellement (ex : esprit ailleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des oublis fréquents dans la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent, je n'aime pas ou fais à contre-coeur les tâches demandant un effort soutenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je perds souvent les objets nécessaires à mon travail ou à mes activités (matériel scolaire, livres, crayons, portefeuille, clef, lunettes, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent j'ai du mal à maintenir mon attention au travail ou dans les jeux (lecture, conversation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire Comportemental Version Adolescent - Patrice GUEIT. Psychologue

Téléchargeable gratuitement : www.patrice-gueit.fr (page évaluation)

Indique-moi si tu présentes les comportements suivants :

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
J'agis souvent comme si j'étais "monté sur ressorts" (ex : incapacité ou inconfort de se tenir immobile, sans bouger, pendant un long moment, comme à table, à l'école)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent du mal à attendre mon tour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent du mal à me tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'interromps souvent les autres ou impose ma présence (ex : fait irruption dans les conversations, peut utiliser un bien d'autrui sans demander une autorisation, peut s'imposer et reprendre ce que d'autres font)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée (ex : termine la phrase d'un autre, ne peut pas attendre son tour pour parler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je parle trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je court ou m'agite dans des situations où cela n'est pas approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me lève souvent dans des situations où je suis supposé rester assis (classe, repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je remue souvent les mains ou les pieds ou me tortille sur sa chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique-moi si tu présentes les comportements suivants :

Je me mets souvent en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'argumente et conteste ce que peuvent dire les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'oppose, refuse de faire ce qui est demandé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais délibérément des choses qui contrarient ou embêtent les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux me montrer méchant ou avoir envie de me venger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je reproche aux autres mes propres erreurs et / ou mauvaise conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis facilement contrarié par les autres, je m'agace facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis souvent fâché, rancunier avec des ressentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique-moi si tu présentes les comportements suivants :

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Je peux être agressif verbalement (gros mots, insultes) envers moi ou un camarade ou un autre membre de la famille (frère, sœur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux être agressif physiquement (mord, frappe, tire les cheveux) envers moi ou un camarade ou un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux mentir pour échapper à mes responsabilités (devoirs, rangement, erreurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux détruire le bien (jouets, affaires...) de camarades ou des membres de la famille (frère, sœurs...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux voler de l'argent ou des objets (fratrie, camarades, parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique-moi si tu présentes les comportements suivants :

Je suis inquiet pour aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur d'avoir des mauvaises notes ou d'échouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'impose beaucoup de pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'inquiète lors des séparations (aller dormir ailleurs qu'à la maison, le matin à de l'école)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peine à m'endormir le soir car je stresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'inquiète des maladies (virus, contaminations...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis globalement inquiet face aux nouvelles activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux refuser de faire par peur d'échouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis inquiet de me retrouver dans des lieux publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'aime pas les situations sociales (présenter un travail devant la classe, faire une compétition...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur d'objets ou de situations spécifiques (feux d'artifice, animal, sang...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent mal au ventre ou à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux me ronger les ongles, mâchouiller les vêtements, mordiller les stylos, tournicoter mes cheveux...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique-moi si tu présentes les comportements suivants :

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Je suis triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me dévalorise (je pense que je suis moins intelligent que les autres...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prend moins de plaisir à faire des activités que j'aimais avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pleure facilement sans raison forcément apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà pensé à me faire du mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis facilement touché par les remarques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

On va maintenant essayer de voir si ces comportements ont un effet à la maison, avec tes camarades, sur les résultats scolaires

QUALITE DES RELATIONS A LA MAISON

Tes comportements ont-ils un impact sur la qualité des relations au sein de ta famille ?

OUI NON

Tu le jugerez : Moyen : Important : Très important :

Quelles en sont les conséquences ?

- Disputes avec ton frère ou ta sœur
- Disputes avec tes parents (ou un autre membre de la famille)
- Tu es souvent puni ou exclu des activités
- Gâchent des moments de plaisir (repas de famille, jeux..)
- Ça te stresse et/ou te met en colère

Questionnaire Comportemental Version Adolescent - Patrice GUEIT. Psychologue

Téléchargeable gratuitement : www.patrice-gueit.fr (page évaluation)

QUALITE DES RELATIONS AVEC TES CAMARDES

Tes comportements ont-ils un impact sur tes relations avec tes camarades ?

OUI NON

Tu le jugerez : Moyen : Important : Très important :

Quelles en sont les conséquences ?

- Tu te disputes avec tes camarades
- Tu te lasses rapidement des relations
- Tu veux imposer ta façon de faire
- Tes camarades se moquent de toi
- Tu es moins invité aux activités (sorties, anniversaires)
- Tu as des difficultés pour te faire des camarades
- Tu es plus facilement isolé / rejeté par tes camarades
- Tu es plus souvent puni par les enseignants

QUALITE DE TES NOTES

Tes comportements ont-ils un impact sur la qualité de tes notes ?

OUI NON

Tu le jugerez : Moyen Important : Très important :

Quelles en sont les conséquences ?

- "Notes moins bonnes que la moyenne"
- Notes pas à la hauteur de ce que tu pourrais faire
- Tu es souvent en retard pour terminer les contrôles ou écrire les leçons
- Tu dois travailler davantage que les autres
- Tu as davantage besoin t'aide
- Tu es puni car tu « travailles mal »

GESTION DU QUOTIDIEN

Tes comportements ont-ils un impact sur la qualité de la vie de tous les jours ?

OUI NON

Tu le jugerez : Moyen Important : ès important :

Quelles en sont les conséquences ?

Tu as du mal à te préparer pour aller à l'école (lenteur, oublis...)

Tu t'organises mal pour le rangement, les différentes choses à faire

Tu es souvent en retard

Tes parents te crient souvent dessus

Tu « traînes » un peu pour l'hygiène (brossage de dents, douche...)

Tu te blesses, tombes souvent

Tu manges pas très bien (beaucoup de soda, biscuits, fast-food...)

LES ECRANS

Intérêt pour les écrans (TV, téléphone, consoles, tablettes)

Faible Moyen Fort

Tu mens parfois pour pouvoir « jouer aux écrans » ?

OUI NON

La question des écrans génère t-elle des tensions avec tes parents: ?

OUI NON

Est ce que tu t'endors avec ton téléphone ?

OUI NON

Si tu n'as pas ton téléphone, te sens tu stressé ou énervé ?

OUI NON

Ta consommation (en heure) d'écrans en moyenne par jour ?

LE SOMMEIL

Est-ce que tu t'endors facilement ? OUI NON

Tout seul ? OUI NON

Comment juges-tu la qualité globale de ton sommeil ?

Bonne Moyenne Mauvaise

Te réveilles-tu souvent la nuit ? OUI NON

As-tu du mal à te rendormir ? OUI NON

Es-tu fatigué le matin ? OUI NON

As-tu des coups de fatigue dans la journée ? OUI NON

LE SPORT

Pratiques-tu une activité sportive ? OUI NON

Depuis quand et combien d'heures par semaine environ ?

Si tu ne fais pas de sport, essaye de me dire pourquoi ?

Et voilà ! C'est fini !

MERCI BEAUCOUP

N'oublie pas d'enregistrer tes réponses

