

# Auto-évaluation – Questionnaire de mesure d'impact pour les jeunes (Y-OQ®-SR 2.0)

Nom \_\_\_\_\_ N° identification \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin---Féminin-----Parent/tuteur \_\_\_\_\_

**OBJECTIF :** Le Y-OQ®-SR 2.0 est conçu pour décrire une vaste palette de situations, comportements et humeurs problématiques fréquents chez les adolescents. Il se peut que vous découvriez que certaines des affirmations ne s'appliquent pas à votre situation actuelle. Si tel est le cas, ne laissez pas ces rubriques vides, mais cochez la catégorie « Jamais ou presque jamais ». Lorsque vous commencerez à compléter le Y-OQ®-SR 2.0, vous verrez qu'il est facile de répondre de sorte que vous ayez l'air aussi en forme ou pas en forme que vous le souhaitez. Ne faites pas cela. Si vous êtes aussi précis que possible, il est fort probable que vous pourrez recevoir l'aide que vous recherchez.

**INSTRUCTIONS :** - Lisez attentivement chaque affirmation.  
 - Cochez la case décrivant le plus précisément la dernière semaine.  
 - Décidez à quel point cette affirmation est vraie pour les **7 derniers jours**.  
 - Cochez uniquement une réponse pour chaque affirmation et effacez bien les marques non voulues.

**VEUILLEZ COMPLETER LES DEUX CÔTÉS**

1. Je veux être seul(e) plus que d'autres personnes de mon âge.....
2. J'ai des maux de tête ou des vertiges.....
3. Je ne participe plus à des activités qui me plaisaient auparavant.....
4. Je me dispute ou je parle grossièrement aux autres.....
5. J'ai plus de peurs que d'autres personnes de mon âge.....
6. Je saute des cours ou je fais l'école buissonnière.....
7. Je me conforme aux règles et attentes des adultes.....
8. J'ai du mal à finir mes tâches ou bien je les fais négligemment.....
9. Je me plains que des choses sont injustes.....
10. J'ai des problèmes de constipation ou de diarrhée.....
11. Je me bats (coups, coups de pied, morsures ou griffures) avec ma famille ou d'autres personnes de mon âge.....
12. Je suis inquiet(e) et je ne peux chasser certaines idées de mon esprit.....
13. Je mens ou je vole.....
14. J'ai du mal à me tenir tranquille (ou j'ai trop d'énergie).....
15. Je me sens anxieux(se) ou nerveux(se).....
16. Je parle avec les autres de façon amicale.....
17. Je suis tendu(e) et facilement surpris(e) (nerveux/se).....
18. Je souille ma culotte ou mon lit de mon urine ou de mes selles.....
19. Je me bats physiquement avec les adultes.....
20. Je vois, entends ou crois des choses qui n'existent pas.....
21. Je me suis auto-mutilé(e) exprès (par exemple, je me suis coupé(e), griffé(e)) ou j'ai tenté de me suicider.....
22. Je consomme de l'alcool ou des drogues.....
23. Je suis désorganisé(e) (ou ne j'arrive pas à m'organiser).....
24. J'aime mes relations avec ma famille et mes amis.....
25. Je suis triste ou malheureux(se).....
26. J'ai des douleurs ou des faiblesses musculaires ou articulaires.....
27. J'ai du mal à faire confiance à mes amis, ma famille ou d'autres adultes.....
28. Je pense que les autres essaient de me faire du mal même si ce n'est pas vrai.....
29. J'ai menacé de, ou j'ai quitté la maison.....
30. Mes émotions sont fortes et changent rapidement.....

	Jamais ou presque jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Toujours ou presque toujours	Réservé à l'administration					
						ID	S	IR	SP	BD	CI
1.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
2.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
3.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
4.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
5.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
6.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
7.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2						
8.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
9.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
10.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
11.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
12.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
13.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
14.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
15.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
16.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2						
17.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
18.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
19.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
20.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
21.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
22.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
23.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
24.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2						
25.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
26.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
27.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
28.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
29.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
30.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
<b>SUBTOTALS</b>											

