

## QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION SIPS \*

Nom de l'utilisateur				N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur					
N° d'assurance maladie			Exp.	Année	Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse (n°, rue)				<input type="checkbox"/> X	
Ville				Code postal	

► Au cours des deux dernières semaines ou depuis votre dernière consultation, si plus récente, veuillez indiquer à quel point vous êtes d'accord avec chaque énoncé ?

Items	Ne me ressemble pas du tout	Me ressemble un peu	Me ressemble plutôt bien	Me ressemble beaucoup	Me ressemble tout à fait
1. Dans un contexte social, je me sens mal à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai de la difficulté à parler à d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai peur de ne pas savoir quoi dire dans des situations sociales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je suis nerveux(se) quand je suis avec des gens que je ne connais pas bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je deviens tendu(e) dans un groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis nerveux(se) que les gens me regardent lorsque je marche dans la rue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je me sens embarrassé(e) si je dois entrer dans une salle où d'autres sont déjà assis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si je devais m'asseoir en face d'autres personnes dans un autobus ou un train, je deviendrais tendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai peur que les gens trouvent mon comportement bizarre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Veuillez poursuivre le questionnaire à la page suivante.

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier
-----------------	--------------------	---------------

Items	Ne me ressemble pas du tout	Me ressemble un peu	Me ressemble plutôt bien	Me ressemble beaucoup	Me ressemble tout à fait
10. Si je devais porter un plateau à travers une cafétéria remplie de personnes, je deviendrais tendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai peur de perdre le contrôle de moi-même devant d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je m'inquiète de faire quelque chose qui pourrait attirer l'attention d'autrui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dans un ascenseur, je deviens tendu(e) si les gens me regardent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Si je suis dans une file d'attente, je me sens très en vue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● **Merci, les questions pour l'usager ont toutes été répondues.**

<b>Questionnaire rempli par :</b>	<b>Date :</b>		
Signature	Année	Mois	Jour

\* *Social Interaction Phobia Scale – SIPS* © R. Nicholas Carleton, 2009. Traduction et validation par Sophie Duranceau, 2014. Adaptation par le MSSS avec la permission des auteurs.

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

**Cette section est réservée à l'intervenant(e)**

Utilisez l'échelle suivante pour calculer le score :

0	1	2	3	4
Ne me ressemble pas du tout	Me ressemble un peu	Me ressemble plutôt bien	Me ressemble beaucoup	Me ressemble tout à fait

Score total .....

Nombre total d'items ..... x

Nombre d'items remplis ( $\geq 12$ )\* ..... /

Score ajusté ..... =

Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 16? ..... ☐ Oui ☐ Non

Analyse ou commentaires de l'intervenant(e) :


\* Lorsqu'il y a 2 réponses ou plus qui sont manquantes aux items 1, 2, 3, 4 ou 5, le score total du questionnaire ne peut pas être utilisé. Lorsqu'il y a 2 réponses ou plus qui sont manquantes aux items 6, 7, 8, 10, 13 ou 14, le score total du questionnaire ne peut pas être utilisé. Lorsqu'il y a une réponse ou plus qui est manquante aux items 9, 11 ou 12, le score total du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant(e)	Prénom de l'intervenant(e)	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour