

Date :

Nom, prénom :

Date de naissance :

Ce questionnaire pose un certain nombre de questions sur vos pensées, vos sentiments et vos expériences. Veuillez, s'il vous plaît, lire chaque question attentivement et indiquer si vous êtes d'accord ou non avec l'item en cochant vrai ou faux dans la marge de droite à côté de l'item. Essayez de répondre à chaque question. Si vous répondez VRAI, veuillez évaluer votre niveau d'angoisse (inquiétude) dans la dernière colonne (à droite). Veuillez, s'il vous plaît, répondre à toutes les questions.

SI VRAI : A quel point vous avez ressenti de l'angoisse ou de l'inquiétude ?

| | | | Aucune | Légère | Modérée | Sévère |
|-----|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. | Je me sens indifférent face aux choses que j'appréciais habituellement. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 2. | J'ai souvent l'impression de vivre les événements exactement comme ils se sont produits auparavant (déjà vu). | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 3. | Je sens parfois des odeurs ou des goûts que les autres personnes ne peuvent pas sentir. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 4. | J'entends souvent des sons inhabituels comme des tapes, des clics, des sifflements, des claquements ou des tintements dans mes oreilles. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 5. | Je suis parfois confus parce que je ne sais pas si une expérience était réelle ou imaginaire. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 6. | Quand je regarde quelqu'un, ou que je me regarde dans le miroir, j'ai vu ce visage se modifier juste sous mes yeux. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 7. | Je me sens très anxieux quand je rencontre des gens pour la première fois. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 8. | J'ai déjà vu des choses qu'apparemment d'autres personnes ne peuvent pas voir. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 9. | Mes pensées sont parfois tellement fortes que je peux presque les entendre. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 10. | Je vois, parfois, des significations particulières dans les publicités, les vitrines de magasins ou dans la manière dont les choses sont organisées autour de moi. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 11. | Parfois, je me sens soudainement distrait par des sons éloignés dont je ne suis habituellement pas conscient. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 12. | Parfois, j'ai senti que je n'ai pas le contrôle sur mes propres idées ou pensées. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 13. | J'ai entendu des choses que les autres ne peuvent pas entendre comme des voix de personnes qui chuchotent ou qui parlent. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 14. | J'ai souvent l'impression que les autres sont contre moi. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 15. | J'ai eu le sentiment que des personnes ou des forces m'entourent bien que je ne puisse voir personne. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| 16. | J'ai l'impression que des parties de mon corps ont changé d'une certaine manière ou que certaines parties de mon corps fonctionnent différemment d'avant. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> ⁰ | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |

Vous avez répondu à toutes les questions ? Merci de l'avoir fait

Champ d'application

Ce document s'applique à l'ensemble des professionnel·le·s du CNP.

Instructions

Le Prodromal Questionnaire – 16 items (QP-16) (Ising H. et al. 2012) est une version simplifiée du Prodromal Questionnaire (PQ) proposé par Rachel Loewy et al. en 2005.

Le QP-16 (version validée en français) est proposé actuellement comme aide dans l'investigation psychiatrique générale pour dépister les symptômes psychotiques infra-cliniques qui peuvent s'associer à un risque de développer un épisode psychotique aigu.

Cet outil ne permet pas d'établir si une condition de risque pour la psychose est effectivement présente ou pas, mais permet de sélectionner les patient·e·s pour qui des évaluations cliniques spécialisées sont indiquées.

Cet outil comprend 16 items. Le score total est donné par la somme des items : Faux = 0 et Vrai = 1. Le score seuil proposé dans les études actuelles est de 6 ou plus : cette valeur indique comme opportun la réalisation d'investigations cliniques spécialisées (comme une évaluation CAARMS ou SIPS) pour l'Etat à Haut Risque qui se réalisent dans des centres spécialisés en intervention précoce. Avec cette valeur seuil, la proportion de patient·e·s dits « faux-positifs » à ce test (patient·e·s ne résultant pas à haut risque malgré la positivité du QP-16) est retenue acceptable (13% faux-positifs).

Le QP-16 propose également une évaluation du stress associé (colonne de droite) à chaque symptôme répertorié (colonne de gauche), avec un score qui ne rentre pas dans le calcul du seuil pour le dépistage des patient·e·s à risque mais qui peut fournir une évaluation subjective du stress associé à la présence de ces symptômes). Ils peuvent être cotés de la manière suivante :
Absence de stress = 0 ; stress léger = 1 ; stress modéré = 2 ; stress sévère = 3.

En phase d'investigation psychiatrique initiale, le QP-16 peut être proposé à tou·te·s les patient·e·s, sous forme de questionnaire ou auto-questionnaire des expériences psychologiques qu'il·elle a vécu·e. La communication sur le "risque" est à éviter dans cette phase (car trop anxiogène et potentiellement stigmatisante si placée hors contexte) et est à renvoyer à l'évaluation finale spécialisée, si cela se rend nécessaire.

Si la cotation totale des 16 items du QP-16 est égale ou supérieure à 6 :

⇒ Indication à évaluation spécialisée (SIPS) pour confirmer si positif aux critères Haut Risque (Demande à adresser au Programme TIPP – Neuchâtel)

Si besoin d'une évaluation spécialisée, il est toujours opportun de la proposer comme un approfondissement clinique à la phase initiale d'évaluation, en limitant le recours à la formulation type : "risque de psychose" (dans cette phase), étant donné que la majorité des patient·e·s ne présenteront pas in fine les critères de risque et que la clarification clinique est utile pour établir les besoins spécifiques au·à la patient·e en termes d'approche thérapeutique et de follow-up.

Pour toutes informations complémentaires, contacter le programme TIPP à l'adresse suivante : programmetipp-neuchatel@cnp.ch.