**Enquête CoRonavIruS sur l'Impact sur la Santé (CRISIS) V0.3**

**Auto-questionnaire pour les jeunes – Evaluation initiale**

**Version française**

**Licence d'exploitation :** CC-BY-4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)  
  
Les questionnaires CRISIS ont été élaborés grâce à un effort collaboratif entre les équipes de recherche de Kathleen Merikangas et Argyris Stringaris au Mood Spectrum Collaboration du National Institute of Mental Health, Intramural Research Program, et celle de Michael P. Milham au Child Mind Institute et au NYS Nathan S. Kline Institute for Psychiatry Research.  
   
**Contributeurs et consultants :** Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiadis, Dan Klein, Giovanni Salum  
  
**Coordonnateurs :** Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Anna MacKay-Brandt, Ken Towbin  
  
**Assistance technique et rédactionnelle :** Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O ’Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

**Assistance technique et rédactionnelle pour la traduction de la version française :** Claudine Laurent-Levinson ([claudine.laurent@aphp.fr](mailto:claudine.laurent@aphp.fr)), Xavier Benarous, Rebecca Hegedus, Douglas Levinson, Paul Laurent-Levinson, David Cohen  
    
Notre équipe encourage la notification à l'avance de tous média, rapports scientifiques ou publications de données qui ont été collectés à l’aide du questionnaire CRISIS (merikank@mail.nih.gov), bien que cela ne soit pas obligatoire. Nous encourageons également le partage volontaire de données à des fins d'études psychométriques qui seront dirigées par le Dr. Stringaris ([argyris.stringaris@nih.gov](mailto:argyris.stringaris@nih.gov)).

**Les parties marquées en gris ont été modifiées pour la version française. Les questions 94-100 sont spécifiques à cette version.**

**[The sections highlighted in gray were modified for the French version. Questions 94-100 are specific to this version.]**

**Numéro d’identification :**

**Pays :**

**État / Province / Région :**

**Votre âge (ans) :**

**Date de passation (jour/mois/année) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONTEXTE**

Tout d'abord, avant de commencer avec les principales questions, nous aimerions obtenir des informations générales vous concernant:

**1. Veuillez préciser votre sexe** :

a. Masculin

b. Féminin

c. Autre \_\_\_\_

***2. En pensant à ce que vous connaissez de votre histoire familiale, laquelle des descriptions suivantes décrit le mieux les régions géographiques d'où viennent vos ancêtres (c'est-à-dire vos arrière-arrière-grands-parents)? Sélectionnez tous les choix qui s’appliquent.***

*a. France métropolitaine*

*b. Département et région d’outre-mer*

*c. Autre pays d’Europe*

*d. Maghreb*

*e. Afrique de l’Ouest*

*f. Autres pays d’Afrique et Moyen-Orient*

*g. Chine et Asie du Sud-Est*

*h. Autres pays asiatiques (dont l’Inde)*

*i. Amérique du Nord*

*j. Amérique Latine*

*k. Autre*

[*La question 3 a été exclue car elle ne s’applique pas à la France.]*

**4. Dans quel établissement êtes-vous scolarisé(e) pour l'année scolaire/universitaire en cours ?**

a. Non scolarisé

b. École primaire

c. Collège

d. Lycée

e. Université (jusqu’à la licence) /formation professionnelle postbac

f. Études supérieures (maitrise ou doctorat ou équivalent)

g. Scolarité par correspondance CNED

h. Hôpital de jour avec scolarité, établissement type soins étude

**5. Laquelle décrit le mieux la région dans laquelle vous vivez ?**

a. Grande ville

b. Banlieue d'une grande ville

c. Ville de taille moyenne (20.000 – 100.000)

d. Petite ville (< 5000) ou village

e. Zone rurale

**6. Combien de personnes vivent actuellement à votre domicile (en dehors de vous-même) ?** \_\_\_

**7. Veuillez préciser votre relation avec les personnes vivant avec vous à votre domicile (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) :**

a. Un parent

b. Deux parents

c. Grands-parents

d. Fratrie

e. d'autres enfants (y compris demi-frère, demi-sœur)

f. d’autres membres de la famille

g. Autre personne sans lien de parenté

h. Beau-parent (beau-père, belle-mère)

**8. Y a-t-il des adultes vivant à la maison qui sont des travailleurs ESSENTIELS (p. Ex., soins de santé, livreur, magasinier, sécurité, entretien des bâtiments)? \_\_Oui \_\_ Non**

***a. Si oui,***

• **Reviennent-ils à la maison chaque jour** ?

- Oui

- Non - séparé en raison de COVID-19

- Non - séparés pour d'autres raisons

• **Sont-ils en PREMIERE LIGNE d’intervention comme les soignants ou un autre travailleur**

**dans un établissement traitant COVID-19** ? **\_\_Oui \_\_Non**

**9. Combien de pièces (au total) compte votre maison / appartement ?**

**10. Comment évalueriez-vous votre état de santé physique général**

a. Excellent

b. Très bon

c. Bon

d. Moyen

e. Mauvais

**11. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'un des problèmes de santé suivants (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) ?**

a. Allergies saisonnières

b. Asthme ou autres problèmes pulmonaires

c. Problèmes cardiaques

d. Problèmes rénaux

e. Trouble immunitaire

f. Diabète ou hyperglycémie

g. Cancer

h. Arthrite

i. Maux de tête fréquents ou très graves

j. Épilepsie ou convulsions

k. Graves problèmes d'estomac ou d'intestin

l. Acné grave ou problèmes de peau

m. Problèmes de santé émotionnelle ou mentale tels que la dépression ou l'anxiété ou troubles émotionnels ou mentaux

n. Problèmes d'alcool ou de drogues

**12. Quelle est votre taille ?** \_\_\_ centimètres (cm)

**13. Quel est votre poids ?** \_\_\_ kilogrammes (kg)

**14. Comment évalueriez-vous votre(vos) état(s) de santé mentale / émotionnelle généra(l)/aux avant que la crise du coronavirus / COVID-19 ne touche votre région ?**

a. Excellent

b. Très bon

c. Bon

d. Moyen

e. Mauvais

**CORONAVIRUS / COVID-19 SANTÉ / ÉTAT D'EXPOSITION**

**Au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES :**

**15. … avez-vous été exposé(e) à une personne susceptible d’avoir contractée le coronavirus / COVID-19 ? (Cochez toutes les réponses qui s’appliquent)**

a. Oui, quelqu'un avec un test positif

b. Oui, quelqu'un avec un diagnostic médical, mais pas de test

c. Oui, quelqu'un avec des symptômes possibles, mais pas de diagnostic par le médecin

d. Non

**16. … avez-vous été soupçonné(e) d'être infecté(e) par le coronavirus / COVID-19 ?**

a. Oui, j’ai un test positif

b. Oui, j’ai un diagnostic médical, mais pas de test

c. Oui, j’ai eu des symptômes possibles, mais aucun diagnostic par le médecin

d. Aucun symptôme ou signe

**17. … avez-vous eu l'un des symptômes suivants ? (Cochez toutes les réponses qui s’appliquent)**

a. Fièvre

b. Toux

c. Essoufflement

d. Mal à la gorge

e. Fatigue

f. Perte du goût ou de l’odorat

g. Autre \_\_\_\_

**18. … quelqu’un de votre famille a-t-il été diagnostiqué avec le coronavirus / COVID-19 ?**

**(Cochez toutes les réponses qui s’appliquent)**

a. Oui, membre du foyer

b. Oui, personne extérieure au foyer

c. Non

**19. … l'une des situations suivantes est-elle arrivée aux membres de votre famille à cause du**

**Coronavirus (COVID-19 ? (Cochez toutes les réponses qui s’appliquent)**

a. Tombé malade physiquement

b. Hospitalisé

c. Mise en quarantaine avec symptômes

d. Mise en quarantaine sans symptômes (par exemple, en raison d'une possible exposition)

e. Perte d’emploi

f. A gagné moins d'argent

g. Décédé

h. Aucune des évènements ci-dessus

**Au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES, à quel point avez-vous été inquiet(e) :**

**20. … d’être infecté(e) ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**21. …qu’un/des ami(s) ou un/des membre(s) de votre famille soi(en)t infecté(s) ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**22. … que votre santé physique soit influencée par le coronavirus / COVID-19 ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**23. … que votre santé mentale / émotionnelle soit influencée par le coronavirus / COVID-19 ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**24. A quelle fréquence, lisez-vous ou parlez-vous du Coronavirus / COVID-19 ?**

a. Jamais

b. Rarement

c. Parfois

d. Souvent

e. La plupart du temps

**25. La crise du coronavirus / COVID-19 dans votre région a-t-elle entraîné des changements positifs dans votre vie ?**

a. Aucun

b. Seulement quelques-uns

c. Certains

• Si vous avez répondu b ou c à la question 25, veuillez préciser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHANGEMENTS DE VIE EN RAISON DE LA CRISE CORONAVIRUS / COVID-19 AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES (si vous êtes scolarisée)**

**Au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES :**

**26. … Vous servez-vous d’un service de garde, d’une école ou des cours en ligne (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) :**

• Vous servez-vous d’un service de garde pour les enfants des personnels essentiels (qui doivent se déplacent à leur travail) ? \_\_Oui \_\_Non

• Allez-vous actuellement à l’hôpital de jour ? \_\_Oui \_\_Non

• Est-ce que votre école vous donne accès à des cours en ligne ? \_\_Oui \_\_Non

**Si oui :**

• Suivez-vous des cours en ligne ? \_\_Oui \_\_Non

• Avez-vous un accès facile à l’Internet et à un ordinateur ? \_\_Oui \_\_Non

• Avez-vous des devoirs à faire ? \_\_Oui \_\_Non

**27. … avec combien de personnes extérieures à votre foyer avez-vous eu une conversation en personne ?** \_\_\_\_

**28. … combien de fois avez-vous passé du temps à l'extérieur de votre domicile (par exemple, pour aller dans des magasins, des parcs, etc.) ?**

a. Aucune

b. 1-2 jours par semaine

c. Quelques jours par semaine

d. Plusieurs jours par semaine

e. Tous les jours

**29.… dans quelle mesure les restrictions concernant les sorties de votre domicile ont-elles été stressantes ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**30.… vos contacts avec des personnes extérieures à votre domicile ont-ils changé par rapport à avant la crise du coronavirus / COVID-19 dans votre région ?**

a. Beaucoup moins de contacts

b. Un peu moins

c. À peu près les mêmes

d. Un peu plus

e. Beaucoup plus

**31.… dans quelle mesure avez-vous eu des difficultés à suivre les recommandations pour éviter tout contact étroit avec les gens ?**

a. Aucune

b. Un peu

c. Modérées

d. Beaucoup

e. Très importantes

**32.… la qualité des relations entre vous et les membres de votre famille a-t-elle changé ?**

a. Bien pire

b. Un peu plus mauvaise

c. À peu près la même

d. Un peu meilleure

e. Bien meilleure

**33.… dans quelle mesure ces changements dans les contacts familiaux ont-ils été stressants pour**

**vous ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**34.… la qualité de vos relations avec vos amis a-t-elle changé ?**

a. Bien pire

b. Un peu plus mauvaise

c. À peu près la même

d. Un peu meilleure

e. Bien meilleure

**35.… dans quelle mesure ces changements dans les contacts sociaux ont-ils été stressants pour vous ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**36.… dans quelle mesure l'annulation d'événements importants (tels que l'obtention du diplôme, la fête de fin d’année de l’école, les vacances, etc.) dans votre vie a-t-elle été difficile pour vous ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**37.… dans quelle mesure les changements liés à la crise du coronavirus / COVID-19 dans votre région ont-ils créé des problèmes financiers pour vous ou votre famille ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**38.… dans quelle mesure êtes-vous préoccupé(e) par la stabilité de votre situation de vie ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**39.… craignez-vous que votre nourriture ne s'épuise par manque d'argent ?**

a. Oui

b. Non

**40. A quel point êtes-vous optimiste que la crise des coronavirus / COVID-19 dans votre région prendra bientôt fin ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Très

e. Extrêmement

**COMPORTEMENTS QUOTIDIENS (TROIS MOIS AVANT LA CRISE)**

**Pendant les TROIS MOIS AVANT le début de la crise du coronavirus / COVID-19 dans votre**

**région :**

**41. ... en moyenne, à quelle heure vous êtes-vous couché(e) les JOURS DE SEMAINE ?**

a. Avant 20h

b. 20h à 22h

c. 22h-12h

d. Après minuit

**42. … en moyenne, à quelle heure vous êtes-vous couché(e) le WEEK-END ?**

a. Avant 20h

b. 20h à 22h

c. 22h-12h

d. Après minuit

**43. … en moyenne, combien d'heures par nuit avez-vous dormi les JOURS DE SEMAINE ?**

a. <6 heures

b. 6-8 heures

c. 8-10 heures

d. > 10 heures

**44. … en moyenne, combien d'heures par nuit avez-vous dormi le WEEK-END ?**

a. <6 heures

b. 6-8 heures

c. 8-10 heures

d. > 10 heures

**45. … combien de jours par semaine avez-vous fait de l'exercice (p. ex. augmentation de la fréquence cardiaque, respiration) pendant au moins 30 minutes ?**

a. Aucun

b. 1-2 jours

c. 3-4 jours

d. 5-6 jours

e. quotidiennement

**46. … combien de jours par semaine avez-vous passé du temps à l'extérieur ?**

a. Aucun

b. 1-2 jours

c. 3-4 jours

d. 5-6 jours

e. quotidiennement

**ÉMOTIONS / SOUCIS-INQUIETUDES (TROIS MOIS AVANT LA CRISE)**

**Pendant les TROIS MOIS AVANT le début de la crise du coronavirus / COVID-19 dans votre**

**région :**

**47. … à quel point étiez-vous inquiet(e) en général ?**

a. Pas du tout inquiet

b. Légèrement inquiet

c. Modérément inquiet

d. Très inquiet

e. Extrêmement inquiet

**48. … à quel point étiez-vous heureux(se) ou triste ?**

a. Très triste / déprimé / malheureux

b. Modérément triste / déprimé / malheureux

c. Neutre

d. Modérément heureux /joyeux

e. Très heureux /joyeux

**49. … dans quelle mesure avez-vous pu profiter de vos activités habituelles ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Beaucoup

e. Enormément

**50. … à quel point étiez-vous détendu(e) ou anxieux(se) ?**

a. Très détendu / calme

b. Modérément détendu / calme

c. Neutre

d. Modérément nerveux / anxieux

e. Très nerveux / anxieux

**51. … à quel point étiez-vous agité(e) / excité(e) ?**

a. Pas agité / excité du tout

b. Légèrement agité / excité

c. Modérément agité / excité

d. Très agité / excité

e. Extrêmement agité / excité

**52. … à quel point étiez-vous fatigué(e) ou épuisé(e) ?**

a. Pas fatigué / épuisé du tout

b. Légèrement fatigué / épuisé

c. Modérément fatigué / épuisé

d. Très fatigué / épuisé

e. Extrêmement fatigué / épuisé

**53. … à quel point avez-vous pu vous concentrer / faire attention ?**

a. Très concentré / attentif

b. Modérément concentré / attentif

c. Neutre

d. Modérément inattentif / distrait

e. Très inattentif / distrait

**54. … à quel point étiez-vous irritable ou facilement en colère ?**

a. Pas du tout irritable ou facilement encolère

b. Légèrement irritable ou facilement encolère

c. Modérément irritable ou facilement encolère

d. Très irritable ou facilement encolère

e. Extrêmement irritable ou facilement encolère

**55. … A quel point vous sentiez-vous seul(e) ?**

a. Pas du tout seul

b. Légèrement seul

c. Modérément seul

d. Très seul

e. Extrêmement seul

**56. … à quel point avez-vous eu des pensées négatives, pensé à des expériences désagréables ou des choses qui vous font vous sentir mal ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Parfois

d. Souvent

e. La plupart du temps

**UTILISATION DES MÉDIAS (TROIS MOIS AVANT LA CRISE)**

**Pendant les TROIS MOIS AVANT le début de la crise du coronavirus / COVID-19 dans votre région, combien de temps par jour avez-vous passé :**

**57. … à regarder la télévision ou les médias numériques (par exemple, Netflix, YouTube, surfer sur le Web) ?**

a. Pas de télévision ou de médias numériques

b. Moins d'une heure

c. 1 à 3 heures

d. 4-6 heures

e. Plus de 6 heures

**58. ... en utilisant les médias sociaux (par exemple, Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok) ?**

a. Pas de réseaux sociaux

b. Moins d'une heure

c. 1 à 3 heures

d. 4-6 heures

e. Plus de 6 heures

**59. … à jouer à des jeux vidéo ?**

a. Pas de jeux vidéo

b. Moins d'une heure

c. 1 à 3 heures

d. 4-6 heures

e. Plus de 6 heures

**UTILISATION DE SUBSTANCES (TROIS MOIS AVANT LA CRISE)**

**Au cours des TROIS MOIS AVANT le début de la crise du coronavirus / COVID-19 dans votre région, à quelle fréquence consommiez-vous :**

**60. ... de l'alcool ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**61. … des cigarettes électroniques (« vaping ») ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**62. … des cigarettes ou tabac ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**63. ... de la marijuana / du cannabis [par exemple, joint /blunt, pipe, pipes à eau (bong)] ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**64. ... des opiacés, de l'héroïne ou des narcotiques ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**65. ... d'autres drogues, dont la cocaïne, le crack, les amphétamines, la méthamphétamine, les hallucinogènes ou l'ecstasy ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**66.… des somnifères ou sédatifs / hypnotiques ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**COMPORTEMENTS QUOTIDIENS (DES DEUX SEMAINES PASSÉES)**

**Au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES :**

**67. ... en moyenne, à quelle heure vous êtes-vous couché(e) les JOURS DE SEMAINE ?**

a. Avant 20h

b. 20h à 22h

c. 22h-12h

d. Après minuit

**68. … en moyenne, à quelle heure vous êtes-vous couché(e) le WEEK-END ?**

a. Avant 20h

b. 20h à 22h

c. 22h-12h

d. Après minuit

**69. … en moyenne, combien d'heures par nuit avez-vous dormi les JOURS DE SEMAINE ?**

a. <6 heures

b. 6-8 heures

c. 8-10 heures

d. > 10 heures

**70. … en moyenne, combien d'heures par nuit avez-vous dormi le WEEK-END ?**

a. <6 heures

b. 6-8 heures

c. 8-10 heures

d. > 10 heures

**71. … combien de jours par semaine avez-vous fait de l'exercice (p. ex. augmentation de la fréquence cardiaque, respiration) pendant au moins 30 minutes ?**

a. Aucun

b. 1-2 jours

c. 3-4 jours

d. 5-6 jours

e. Quotidiennement

**72. … combien de jours par semaine êtes-vous sorti(e) de votre domicile ?**

a. Aucun

b. 1-2 jours

c. 3-4 jours  
d. 5-6 jours  
e. Quotidiennement

**ÉMOTIONS / SOUCIS /INQUIETUDES (DEUX SEMAINES PASSÉES)**

**Au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES :**

**73. … dans quelle mesure étiez-vous généralement inquiet(e) ?**

a. Pas du tout inquiet

b. Légèrement inquiet

c. Modérément inquiet

d. Très inquiet

e. Extrêmement inquiet

**74. … à quel point étiez-vous heureux ou triste ?**

a. Très triste / déprimé / malheureux

b. Modérément triste / déprimé / malheureux

c. Neutre

d. Modérément heureux / joyeux

e. Très heureux / joyeux

**75. … à quel point avez-vous pu profiter de vos activités habituelles ?**

a. Pas du tout

b. Légèrement

c. Modérément

d. Beaucoup

e. Enormément

**76. … à quel point étiez-vous détendu(e) ou anxieux(se) ?**

a. Très détendu / calme

b. Modérément détendu / calme

c. Neutre

d. Modérément nerveux / anxieux

e. Très nerveux / anxieux

**77. … à quel point étiez-vous agité(e) / excité(e) ?**

a. Pas agité / excité du tout

b. Légèrement agité / excité

c. Modérément agité / excité

d. Très agité / excité

e. Extrêmement agité / excité

**78. … à quel point étiez-vous fatigué(e) ou épuisé(e) ?**

a. Pas fatigué / épuisé du tout

b. Légèrement fatigué / épuisé

c. Modérément fatigué / épuisé

d. Très fatigué / épuisé

e. Extrêmement fatigué / épuisé

**79. … à quel point avez-vous pu vous concentrer / faire attention ?**

a. Très concentré / attentif

b. Modérément concentré / attentif

c. Neutre

d. Modérément inattentif / distrait

e. Très inattentif / distrait

**80. … à quel point étiez-vous irritable ou facilement en colère ?**

a. Pas du tout irritable ou facilement encolère

b. Légèrement irritable ou facilement encolère

c. Modérément irritable ou facilement encolère

d. Très irritable ou facilement encolère

e. Extrêmement irritable ou facilement encolère

**81. … A quel point vous sentiez-vous seul(e) ?**

a. Pas du tout seul

b. Légèrement seul

c. Modérément seul

d. Très seul

e. Extrêmement seul

**82. … dans quelle mesure avez-vous eu des pensées négatives, pensé sur des expériences désagréables ou des choses qui vous font vous sentir mal ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Parfois

d. Souvent

e. La plupart du temps

**UTILISATION DES MÉDIAS (DEUX SEMAINES PASSÉES)**

**Au cours des DEUX SEMAINES PASSÉES, combien de temps par jour avez-vous passé :**

**83. … à regarder la télévision ou les médias numériques (par exemple, Netflix, YouTube, surfer sur le Web) ?**

a. Pas de télévision ou de médias numériques

b. Moins d'une heure

c. 1 à 3 heures

d. 4-6 heures

e. Plus de 6 heures

**84. ... en utilisant les médias sociaux (par exemple, Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok) ?**

a. Pas de réseaux sociaux

b. Moins d'une heure

c. 1 à 3 heures

d. 4-6 heures

e. Plus de 6 heures

**85.… à jouer à des jeux vidéo ?**

a. Pas de jeux vidéo

b. Moins d'une heure

c. 1 à 3 heures

d. 4-6 heures

e. Plus de 6 heures

**UTILISATION DE SUBSTANCES (DEUX SEMAINES PASSÉES)**

**Au cours des DEUX SEMAINES PASSÉES, à quelle fréquence avez-vous utilisé :**

**86. ... de l'alcool ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**87. … des cigarettes électroniques (« vaping ») ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**88. … des cigarettes ou du tabac ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**89. ... de la marijuana / du cannabis [par exemple, joint/blunt, pipe, pipes à eau (bong)] ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**90. ... des opiacés, de l'héroïne ou des narcotiques ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**91. ... d'autres drogues, notamment la cocaïne, le crack, les amphétamines, la méthamphétamine, les hallucinogènes ou l'ecstasy ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**92. … des somnifères ou sédatifs / hypnotiques ?**

a. Pas du tout

b. Rarement

c. Une fois par mois

d. Plusieurs fois par mois

e. Une fois par semaine

f. Plusieurs fois par semaine

g. Une fois par jour

h. Plus d'une fois par jour

**LES SOUTIENS**

**93. Lequel des soutiens suivants était en place pour vous avant la crise du coronavirus / COVID-19 et a été réduit ou interrompu au cours des DEUX SEMAINES PRÉCÉDENTES ? (Cochez avec un X toutes les réponses qui s’appliquent)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de soutien** | **En place avant la crise** | **Continu**  **pendant la crise** | **Réduit pendant la crise** | **Interrompu**  **pendant la crise** |
| a. Ressources (Bibliothèque-Centre Documentaire scolaires [BCD, CDI], foyers scolaires...) |  |  |  |  |
| b. Tutorat – soutien scolaire (entre-aides entre élèves, AVS…) |  |  |  |  |
| c. Programmes d'activités et de soutien après l'école |  |  |  |  |
| d. Activités sportives |  |  |  |  |
| e. Psychomotricité, Ergothérapie |  |  |  |  |
| f. Kinésitherapie |  |  |  |  |
| g. Orthoptie |  |  |  |  |
| h. Orthophonie |  |  |  |  |
| i. Psychothérapie (psychiatre, psychologue) |  |  |  |  |
| j. Educateur spécialisé |  |  |  |  |
| k. Traitement psychiatrique médicamenteux |  |  |  |  |
| l. Hospitalisation de jour (psychiatrique) |  |  |  |  |
| m. Hospitalisation à temps complet (psychiatrique) |  |  |  |  |
| n. Visites généraliste / médecin traitant |  |  |  |  |
| o. Visites médecin spécialiste |  |  |  |  |
| p. Soins médicaux pour les maladies chroniques |  |  |  |  |
| q. Autre - précisez \_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |

**PRÉOCCUPATIONS ET COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES**

**Veuillez décrire tout autre chose qui vous préoccupe concernant l'impact du Coronavirus / COVID-19 sur vous, vos amis ou votre famille.**

[ZONE DE TEXTE]

**Veuillez fournir tout commentaire que vous souhaiteriez sur cette enquête et / ou sur des sujets analogues.**

[ZONE DE TEXTE]

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**SUIVI PSYCHOLOGIQUE (ADDENDUM CHU d’AMIENS)**

**94. Depuis la mise en place des mesures de confinements le 16.03.2020 avez-vous eu des consultations avec votre psychiatre ou psychologue habituel ?**

a. Oui, en étant présent sur place

b. Oui, par téléphone

c. Oui, par visioconférence

b. Non

**95. Si vous avez bénéficié de consultations par téléphone, comment avez trouvé cela ?**

a. Très utile

b. Moyennement utile

c. Pas utile

b. Désagréable

**96. Avez-vous l’impression d’avoir eu plus de difficultés à vous exprimer avec votre thérapeute habituel (psychiatre, psychologue) par téléphone ?**

a. Oui

b. Non

**Pourriez-vous décrire en quelques lignes les éventuels autres points positifs et négatifs ?**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**97. Si vous avez bénéficié de consultations par visioconférence, comment avez trouvé cela ?**

a. Très utile

b. Moyennement utile

c. Pas utile

b. Désagréable

**98. Avez-vous l’impression d’avoir eu plus de difficultés à vous exprimer avec votre thérapeute habituel (psychiatre, psychologue) en visioconférence ?**

a. Oui

b. Non

**Pourriez-vous décrire en quelques lignes les éventuels autres points positifs et négatifs ?**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**99. Si vous prenez un traitement médicamenteux avez-vous eu des problèmes pour vous procurer les médicaments en pharmacie ?**

a. Oui

b. Non

**100. Pendant cette période de confinement, selon vous qu’est-ce qui vous a le plus aidé à vous sentir bien ?**

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………