

SMHAT-1

L'outil d'évaluation de la santé mentale dans le sport
(SMHAT-1) du Comité International Olympique

DEVELOPPÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE (MHWG) DU CIO



Nom de l'athlète : _____

Numéro ID de l'athlète : _____

Qu'est-ce que c'est le SMHAT-1 ?

L'outil d'évaluation de la santé mentale dans le sport (SMHAT-1) du Comité International Olympique (CIO) est un outil d'évaluation standardisé visant à identifier à un stade précoce les athlètes élite (définis comme étant de niveau professionnel, olympique, paralympique et universitaire ; âgés de 16 ans et plus) potentiellement à risque ou déjà atteints de symptômes et de troubles de la santé mentale, afin de faciliter l'orientation rapide de ceux qui en ont besoin vers un soutien et/ou un traitement adéquat.

Qui devrait utiliser le SMHAT-1 ?

Le SMHAT-1 peut être utilisé par les médecins du sport et d'autres professionnels de la santé autorisés/enregistrés, mais l'évaluation clinique (et sa gestion) dans le cadre du SMHAT-1 (voir étape 3b) doit être effectuée par des médecins du sport et/ou des professionnels de la santé mentale autorisés/reconnus. Si vous n'êtes pas un médecin du sport ou un autre professionnel de la santé autorisé/reconnu, veuillez utiliser l'outil de reconnaissance de la santé mentale dans le sport (SMHRT-1) du CIO. Les physiothérapeutes ou les entraîneurs sportifs travaillant avec un médecin du sport peuvent utiliser le SMHAT-1, mais toute orientation ou intervention doit rester sous la responsabilité de leur médecin du sport.

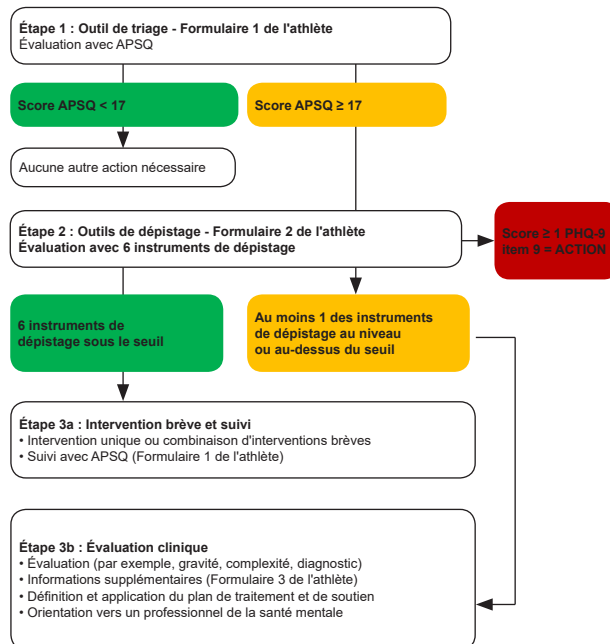
Pourquoi utiliser le SMHAT-1 ?

Pour utiliser cette version papier du SMHAT-1, veuillez l'imprimer recto. Le SMHAT-1 dans sa forme actuelle peut être librement copié pour être distribué aux individus, équipes, groupes et organisations. Toute révision nécessite l'approbation spécifique du MHWG du CIO, tandis que toute traduction doit être signalée au MHWG du CIO. Le SMHAT-1 ne doit pas être rebaptisé ou vendu à des fins commerciales. De plus amples informations sur le développement du SMHAT-1 et des outils de dépistage associés (y compris les propriétés psychométriques) sont présentées dans la publication correspondante du British Journal of Sports Medicine.

Les symptômes et les troubles de la santé mentale sont fréquents chez les athlètes élite actifs et les anciens athlètes élite. Les troubles de la santé mentale sont généralement définis comme des conditions causant une détresse ou une déficience cliniquement significative qui répondent à certains critères de diagnostic, tels que dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5) ou dans la Classification Internationale des Maladies, 10e révision (CIM-10), alors que les symptômes de santé mentale sont autodéclarés, peuvent être significatifs, mais ne se produisent pas selon une configuration répondant à des critères diagnostiques spécifiques et ne provoquent pas nécessairement une détresse ou une déficience fonctionnelle significative.

Quand utiliser le SMHAT-1 ?

Le SMHAT-1 devrait idéalement être intégré dans la période de pré-compétition (c'est-à-dire quelques semaines après le début de l'entraînement sportif), ainsi que dans la période de mi-saison et de fin de saison. Le SMHAT-1 devrait également être utilisé lors de tout événement important pour les athlètes, comme une blessure, une maladie, une intervention chirurgicale, un problème de performance inexplicable, après une compétition majeure, à la fin d'un cycle de compétition, en cas de suspicion de harcèlement/abus, lors d'un événement de vie défavorable et lors de la transition hors du sport.



Étape 1. Outil de triage pour les symptômes et troubles de la santé mentale

● **ACTION** : Pour cette étape, faites référence au Formulaire 1 de l'athlète. Complétez la suite.

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 10 questions

Score total 10 – 16 >>> Aucune autre action nécessaire

Score total 17 – 50 >>> L'athlète devrait compléter le Formulaire 2 de l'athlète. Ensuite, procédez à l'Étape 2.

Étape 2. Outils de dépistage pour les symptômes et trouble de la santé mentale

● **ACTION** : Pour cette étape, faites référence au Formulaire 2 de l'athlète. Complétez la suite.

Dépistage 1 (anxiété)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 7 questions

Dépistage 2 (dépression)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 9 questions

Notez le score (0, 1, 2 ou 3) de la question 9

Dépistage 3 (troubles du sommeil)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 5 questions

Dépistage 4 (abus d'alcool)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 3 questions

Dépistage 5 (usage de drogue)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 4 questions

Notez laquelle causait, ou lesquelles causaient, des préoccupations ou des problèmes pour l'athlète

Dépistage 5 (troubles alimentaires)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 6 questions

Tableau récapitulatif Étape 2 (dépistage)

● **ACTION** : Remplissez le tableau récapitulatif avec les scores déjà calculés ; notez les scores de dépistage et cochez la case correspondante

	Score total	Sous le seuil	Au niveau ou au-dessus du seuil
Anxiété (dépistage 1)		0-9 <input type="checkbox"/>	≥10 <input type="checkbox"/>
Dépression (dépistage 2)		0-9 <input type="checkbox"/>	≥10 <input type="checkbox"/>
Dépression, question 9 (dépistage 2)		0 <input type="checkbox"/>	≥1 <input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil (dépistage 3)		0-7 <input type="checkbox"/>	≥8 <input type="checkbox"/>
Abus d'alcool (dépistage 4)		Hommes 0-3; <input type="checkbox"/> Femmes 0-2 <input type="checkbox"/>	Hommes ≥4; <input type="checkbox"/> Femmes ≥3 <input type="checkbox"/>
Usage de drogue (dépistage 5)		0-1 <input type="checkbox"/>	≥2 <input type="checkbox"/>
Troubles alimentaires (dépistage 6)		0-3 <input type="checkbox"/>	≥4 <input type="checkbox"/>

Anxiété : score 5-9 = faible ; score 10-14 = modéré ; score ≥15 = sévère

Dépression : score 5-9 = faible ; score 10-14 = modéré ; score 15-19 = modérément sévère ; score ≥20 = sévère

Trouble du sommeil : score 5-7 = faible ; score 8-10 = modéré ; score ≥11 = sévère

La case de la question 9 de dépression → Agissez immédiatement pour assurer la sécurité de l'athlète
Tous les scores de dépistage sous le seuil → Procédez à l'Étape 3a
Un score ou plusieurs scores au niveau ou au-dessus du seuil → Procédez à l'Étape 3b

3

Étape 3a. Intervention brève et suivie

● **ACTION** : Orientez l'athlète vers une intervention unique ou une combinaison d'interventions brèves telles que la psychoéducation, la pleine conscience, la méditation, l'entraînement aux habiletés mentales ou le contrôle du stress.

● **ACTION** : Une fois la ou les brèves interventions terminées, l'athlète doit être réévalué à l'aide de l'outil de triage (Formulaire 1 de l'athlète) et les mesures suivantes doivent être prises :

Score total 0-16 → Aucune autre action nécessaire
Score total 17-50 → Procédez à l'Étape 3b

Étape 3b. Intervention clinique et gestion

Cette étape doit être réalisée par un médecin du sport ou un professionnel de la santé mentale agréé/enregistré. L'objectif de cette étape est de réaliser une évaluation clinique complète afin d'identifier les problèmes/diagnostics importants et de créer un plan de gestion/intervention.

● **ACTION** : Examiner et interpréter les résultats du triage et du dépistage et procéder à une évaluation clinique afin d'obtenir des informations supplémentaires. S'enquérir des antécédents et/ou de la présence actuelle de harcèlement/abus dans le cadre ou en dehors du sport.

● **ACTION** : Votre évaluation complète doit prendre en compte les éléments suivants :

Sévérité

La sévérité fait référence à la probabilité qu'un problème clinique identifié compromette de manière significative la santé et le bien-être de l'athlète, par exemple en provoquant de graves déficiences fonctionnelles, des comportements nettement perturbés et/ou un risque pour soi-même ou pour les autres (par exemple, des intentions suicidaires ou homicides, une auto-négligence importante ou des anomalies électrolytiques dans les troubles de l'alimentation seraient considérées comme une sévérité élevée).

Complexité

La complexité fait référence à la comorbidité de la santé mentale et d'autres conditions médicales (p. ex. trouble de la consommation d'alcool et anxiété, dépression et diabète sucré, ou tout trouble de la santé mentale et blessure musculosquelettique importante) et/ou à des facteurs de stress importants liés au sport (p. ex. problèmes de performance, insatisfaction professionnelle) ou non sportifs (p. ex. problèmes relationnels ou financiers, deuil). Notez qu'un succès peut aussi être un événement majeur de la vie qui entraîne des facteurs de stress inattendus.

Incertitude de diagnostic

L'incertitude diagnostique fait référence à tout doute concernant le diagnostic. Par exemple, on peut différencier un niveau élevé d'activité physique liée au sport de la suractivité que l'on trouve dans l'hypomanie et le TDAH, l'alimentation liée à la performance fonctionnelle des troubles de l'alimentation, ou la dépression du trouble bipolaire.

Non-réponse au traitement

On parle de non-réponse au traitement lorsque le clinicien traitant initial a mis en œuvre un ou deux cycles de traitement sans réponse ou avec une réponse partielle.

● **ACTION** : Notez le(s) problème(s) le(s) plus significatif(s) de l'athlète dans le tableau suivant (colonne 'problème') et complétez le tableau en cochant la ou les cases appropriées le cas échéant.

Problème	Sévérité	Complexité	Incertitude de diagnostic	Non-réponse au traitement
Problème 1				
Problème 2				
Problème 3				

Dans les cas qui ne sont ni graves, ni complexes, ni incertains du point de vue du diagnostic, ni insensibles au traitement → Le traitement/le soutien peut être fourni par un médecin du sport/généraliste, en se référant alors à la déclaration de consensus du Comité International Olympique sur la santé mentale des athlètes de haut niveau pour obtenir des conseils.

En cas d'incertitude diagnostique ou lorsque des informations supplémentaires peuvent être utiles → Examinez si un ou plusieurs outils de dépistage supplémentaires doivent être remplis par l'athlète. Le cas échéant, utiliser le Formulaire 3 de l'athlète : dépistage 7 pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, dépistage 8 pour le trouble bipolaire, dépistage 9 pour le trouble de stress post-traumatique, dépistage 10 pour le jeu excessif, dépistage 11 pour la psychose. Pour le calcul du ou des scores totaux et leur interprétation, référez-vous à la dernière section de ce formulaire.

Dans les cas qui sont graves, complexes, dont le diagnostic est incertain même après tout dépistage supplémentaire approprié et/ou qui ne répondent pas au traitement → Les athlètes doivent être référés à un professionnel de la santé mentale (par exemple, un psychologue clinicien ou un psychiatre).

Outils de dépistage additionnels pour les symptômes et troubles de la santé mentale

● **ACTION** : Référez-vous au Formulaire 3 de l'athlète. Remplissez la suite.

Dépistage 7 (trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 6 items.

Score ≥ 4 = symptômes hautement compatibles avec le TDAH

Dépistage 8 (trouble bipolaire)

Calculez le score total en additionnant les réponses à l'item 1.

Notez le score de l'item 2

Notez le score de l'item 3

Possibilité de trouble bipolaire si score total ≥ 7 ET item 2 = 1 ET item 3 = 1

Dépistage 9 (trouble de stress post-traumatique)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 5 items.

Seuil de 3 = sensibilité de 0,95 et spécificité de 0,85 ; seuil de 4 = sensibilité de 0,83 et spécificité de 0,91.

Dépistage 10 (jeux d'argent)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 9 items.

Score 0 = jeu non problématique ; score 1-2 = faible niveau de problèmes avec peu ou pas de conséquences négatives identifiées ; score 3-7 = niveau modéré de problèmes entraînant quelques conséquences négatives ; score ≥ 8 = jeu problématique avec des conséquences négatives et une possible perte de contrôle.

Dépistage 11 (psychose)

Calculez le score total en additionnant les réponses aux 16 items

Score ≥ 6 = risque de psychose

SMHAT-1

L'outil d'évaluation de la santé mentale dans le sport
(SMHAT-1) du Comité International Olympique

DEVELOPPÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE (MHWG) DU CIO



Nom de l'athlète : _____ Numéro ID de l'athlète : _____

FORMULAIRE 1 DE L'ATHLETE

1

Ces questions concernent la façon dont vous vous êtes senti·e au cours des 30 derniers jours. Veuillez encrer la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti.

	Jamais	Parfois	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
1. Il était difficile de rester avec mes partenaires d'entraînement	1	2	3	4	5
2. J'ai trouvé difficile de faire ce que je devais faire	1	2	3	4	5
3. J'étais moins motivé·e	1	2	3	4	5
4. J'étais irritable, en colère ou agressif·ve	1	2	3	4	5
5. Je n'ai pas pu m'empêcher de m'inquiéter à propos de mes blessures ou de mes performances	1	2	3	4	5
6. J'ai trouvé l'entraînement plus stressant	1	2	3	4	5
7. J'ai eu du mal à faire face aux pressions de sélection	1	2	3	4	5
8. Je me suis inquiété·e pour la vie après le sport	1	2	3	4	5
9. J'ai eu besoin de consommer de l'alcool ou d'autres substances pour me détendre	1	2	3	4	5
10. J'ai pris des risques inhabituels en dehors du sport	1	2	3	4	5

SMHAT-1

L'outil d'évaluation de la santé mentale dans le sport
(SMHAT-1) du Comité International Olympique

DEVELOPPÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE (MHWG) DU CIO



2

FORMULAIRE 2 DE L'ATHLETE

Dépistage 1

Les questions suivantes concernent le sentiment d'anxiété ou de stress. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé•e par les problèmes suivants ? Veuillez encercler la réponse qui représente le mieux la façon dont vous vous êtes senti•e.

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou d'être à fleur de peau	1	2	3	4
2. Une incapacité à empêcher ou maîtriser vos inquiétudes	1	2	3	4
3. Une préoccupation excessive à propos de différentes choses	1	2	3	4
4. Des difficultés à se détendre	1	2	3	4
5. Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	1	2	3	4
6. Une tendance à être facilement contrarié•e ou irritable	1	2	3	4
7. Un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible pouvait arriver	1	2	3	4

Dépistage 2

Les questions suivantes concernent le fait de se sentir dépressif, triste ou déprimé. Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé•e par l'un des problèmes suivants ? Veuillez encercler la réponse qui représente le mieux la façon dont vous vous êtes senti•e.

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	1	2	3	4
2. Être triste, déprimé•e ou désespéré•e	1	2	3	4
3. Avoir des difficultés à s'endormir, à rester endormi•e ou dormir trop	1	2	3	4
4. Se sentir fatigué•e ou manquer d'énergie	1	2	3	4
5. Avoir un manque d'appétit ou excès alimentaire	1	2	3	4
6. Se sentir mal, ou avoir le sentiment d'être nul•le, ou avoir déçu sa famille ou s'être déçu•e soi-même	1	2	3	4
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	1	2	3	4
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou alors le contraire, être si agité•e que vous avez du mal à tenir en place par rapport à d'habitude.	1	2	3	4
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4

Dépistage 3

Les questions suivantes portent sur vos habitudes de sommeil. Veuillez encercler la réponse qui, selon vous, représente le mieux vos habitudes de sommeil récentes.

1. Ces derniers temps, combien d'heures effectives avez-vous dormi durant la nuit ? (Cela peut être différent du nombre d'heures que vous avez passées au lit)

5 à 6 heures	4
6 à 7 heures	3
7 à 8 heures	2
8 à 9 heures	1
Plus de 9 heures	0

2. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait•e / insatisfait•e de la qualité de votre sommeil ?

Très satisfait•e	0
Plutôt satisfait•e	1
Ni satisfait•e ni insatisfait•e	2
Plutôt insatisfait•e	3
Très insatisfait•e	4

3. Dans un passé récent, combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir chaque nuit ?

15 minutes ou moins	0
16 à 30 minutes	1
31 - 60 minutes	2
Plus de 60 minutes	3

4. À quelle fréquence avez-vous des difficultés à rester endormi•e ?

Jamais	0
Une ou deux fois par semaine	1
Trois ou quatre fois par semaine	2
Cinq à sept fois par semaine	3

5. Ces derniers temps, à quelle fréquence avez-vous pris des médicaments pour vous aider à dormir (prescrits ou en vente libre) ?

Jamais	0
Une ou deux fois par semaine	1
Trois ou quatre fois par semaine	2
Cinq à sept fois par semaine	3

Dépistage 4

Les questions suivantes portent sur la consommation d'alcool. Veuillez répondre à chaque question en encrant le chiffre de 0 à 4 qui représente votre consommation d'alcool.

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ?

Jamais	0
1 fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2-3 fois par semaine	3
4 fois ou plus par semaine	4

2. Lorsque vous consommez des boissons alcoolisées, combien en consommez-vous lors d'une journée type où vous buvez ? Une boisson alcoolisée (= une boisson standard) correspond p. ex. à environ 3 dL de bière (5% vol.), à 1 dL de vin, de mousseux ou de champagne (12,5% vol.), à 2 cL d'eau-de-vie (55% vol.) ou à 4 cL de liqueur (30% vol.)

1 à 2 boissons	0
3 à 4 boissons	1
5 à 6 boissons	2
7 à 9 boissons	3
10 ou plus boissons	4

3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus lors d'une seule occasion ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Chaque jour ou presque chaque jour	4

Dépistage 5

Les questions suivantes portent sur la consommation de drogue(s) au cours des 3 derniers mois. Veuillez répondre à chaque question en encrant "oui" ou "non". Lorsque vous pensez à la consommation de drogues, tenez compte des drogues légales comme la caféine ou la nicotine, des drogues illicites/illégales (y compris le cannabis, même s'il est légal dans votre État/pays) et des médicaments sur ordonnance utilisés d'une manière différente de celle prescrite (c'est-à-dire des doses plus élevées, des façons différentes de les prendre, par exemple en les écrasant, en les reniflant ou en les injectant). N'incluez PAS l'alcool dans ces réponses.

	Oui	Non
1. Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu le sentiment que vous deviez réduire ou arrêter votre consommation de drogues ?	1	0
2. Au cours des trois derniers mois, quelqu'un vous a-t-il énervé ou vous a tapé sur les nerfs en vous disant de réduire ou d'arrêter votre consommation de drogues ?	1	0
3. Au cours des trois derniers mois, vous êtes-vous senti·e coupable ou mal par rapport à votre consommation de drogues ?	1	0
4. Au cours des trois derniers mois, vous êtes-vous réveillé·e en ayant envie de consommer de la drogue ?	1	0

Au cours des trois derniers mois, quelle(s) drogue(s) ou substance(s) énumérée(s) ci-dessous a (ont) causé des préoccupations ou des problèmes dans votre vie ? Il peut s'agir de stress, de dépression, d'insomnie, de difficultés financières, de conflits relationnels, de consommation excessive ou de surdose, d'état de manque, de sevrage, de trous de mémoire, de flash-back, de bagarres, d'arrestations, d'absence au travail et/ou de problèmes médicaux tels que l'hépatite, des convulsions ou la perte de poids. Veuillez encrer toutes les réponses qui s'appliquent.

Aucune	Stimulants - nicotine	Hallucinogènes (LSD ; champignons)
Cannabis - marijuana	Stimulants - poudre de cocaïne	Inhalants (solvants volatiles)
Huile de cannabis	Stimulants – crack, cocaïne	Opioides-héroïne
Produits comestibles à base de cannabis	Stimulants - méthamphétamine (meth)	Opioides-opium
Cannabis-synthétiques (K2 ; Spice)	Stimulants-méthylphénidate (médicaments pour le TDA/TDAH)	Opioides - médicaments contre la douleur (ex. oxycodone, hydrocodone)
Drogues de club (MDMA - ecstasy ; GHB)	Stimulants - sels d'amphétamine (médicaments pour le TDA/TDAH)	Cathinones synthétiques (sels de bain)
Stimulants - caféine	Dissociatifs (Kétamine ; PCP)	Autres (précisez)

Dépistage 6

Les questions suivantes concernent vos habitudes alimentaires et vos réflexions sur la nourriture, l'alimentation, votre poids et votre image corporelle. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné·e par l'un des problèmes suivants ? Veuillez encrer la réponse qui représente le mieux la façon dont vous vous êtes senti·e.

	Toujours	Généralement	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. Je me sens extrêmement coupable après avoir trop mangé	3	2	1	0	0	0
2. Je suis préoccupé·e par le désir d'être plus mince	3	2	1	0	0	0
3. Je pense que mon ventre est trop gros	3	2	1	0	0	0
4. Je suis satisfait·e de ma silhouette	0	0	0	1	2	3
5. Mes parents attendent de moi l'excellence	3	2	1	0	0	0
6. Enfant, j'ai fait de gros efforts pour ne pas décevoir mes parents et mes professeurs	3	2	1	0	0	0
7. Essayez-vous de perdre du poids maintenant ?					Oui	Non
8. Avez-vous déjà essayé de perdre du poids ?					Oui	Non
9. Si oui, combien de fois avez-vous essayé de perdre du poids ?					1-2 fois	3-5 fois

SMHAT-1

L'outil d'évaluation de la santé mentale dans le sport
(SMHAT-1) du Comité International Olympique

DEVELOPPÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE (MHWG) DU CIO



3

FORMULAIRE 3 DE L'ATHLETE

Dépistage 7

Veuillez encircler la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti·e et comporté·e au cours des 6 derniers mois.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très Souvent
1. À quelle fréquence avez-vous eu du mal à régler les derniers détails d'un projet, une fois que les parties les plus difficiles avaient été réalisées ?	0	0	1	1	1
2. À quelle fréquence avez-vous eu du mal à mettre de l'ordre dans vos affaires lorsque vous devez effectuer une tâche qui demande de l'organisation ?	0	0	1	1	1
3. À quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à vous souvenir de vos rendez-vous ou obligations ?	0	0	1	1	1
4. Lorsque vous devez accomplir une tâche qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence évitez-vous ou repoussez-vous le moment de vous y mettre ?	0	0	0	1	1
5. À quelle fréquence avez-vous l'habitude de bouger ou de tortiller vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester assis pendant une longue période ?	0	0	0	1	1
6. À quelle fréquence vous sentez-vous excessivement actif·ve et obligé·e de faire des choses, comme si vous étiez entraîné·e par un moteur ?	0	0	0	1	1

Dépistage 8

Veuillez répondre à chaque question en encirclant « oui » ou « non ».

1. Y a-t-il déjà eu une période où vous n'étiez pas comme d'habitude et...	Oui	Non
...vous vous sentiez si bien ou si excité•e que les autres pensaient que vous n'étiez pas vous-même ou que vous étiez si excité•e que vous attiriez des ennuis ?	1	0
...vous étiez tellement irritable que vous criez sur les gens ou que vous provoquiez des bagarres ou des disputes ?	1	0
...vous vous sentiez beaucoup plus sûr•e de vous que d'habitude ?	1	0
...vous avez dormi beaucoup moins que d'habitude et vous avez découvert que cela ne vous manquait pas vraiment ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus bavard•e ou parliez plus vite que d'habitude ?	1	0
...les pensées se bouscuaient dans votre tête ou vous ne pouviez pas ralentir votre esprit ?	1	0
...vous étiez si facilement distrait•e par les choses qui vous entouraient que vous aviez du mal à vous concentrer ou à rester sur la bonne voie ?	1	0
...vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus actif•ve ou faisiez beaucoup plus de choses que d'habitude ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus social•e ou extraverti•e que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à des ami•e•s au milieu de la nuit ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus intéressé•e par le sexe que d'habitude ?	1	0
...vous avez fait des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres personnes auraient pu juger excessives, insensées ou risquées ?	1	0
...vos dépenses vous ont valu des ennuis, à vous ou à votre famille ?	1	0
2. Si vous avez coché OUI à plus d'une des réponses ci-dessus, est-ce que plusieurs de ces situations se sont déjà produites au cours de la même période ? Veuillez cocher une seule réponse.	1	0
3. Dans quelle mesure l'une ou l'autre de ces situations vous a-t-elle causé des problèmes - comme ne pas pouvoir travailler, avoir des problèmes familiaux, financiers ou juridiques, se disputer ou se battre ? Veuillez cocher une seule réponse.		
Aucun problème = 0	Petit problème = 1	Problème modéré = 2
Problème grave = 3		
4. L'un des membres de votre famille biologique (enfants, frères et sœurs, parents, grands-parents, oncles et tantes) a-t-il souffert d'une maladie maniaco-dépressive ou d'un trouble bipolaire ?	Oui	Non
5. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une maladie maniaco-dépressive ou d'un trouble bipolaire ?	Oui	Non

Dépistage

Il arrive parfois aux gens des choses qui sont inhabituelles ou particulièrement effrayantes, horribles ou traumatisantes. Par exemple, un accident grave ou un incendie, une agression ou un abus physique ou sexuel, un tremblement de terre ou une inondation, une guerre, voir quelqu'un se faire tuer ou gravement blesser, ou voir un être cher mourir par homicide ou suicide.

Veillez répondre à la question suivante en encerclant "oui" ou "non".

Avez-vous déjà vécu ce genre d'événement ?		Oui	Non
Si oui, l'événement s'est-il produit dans le cadre du sport ou en dehors du sport ?	Dans le sport	En dehors du sport	Les deux

Si vous n'avez pas vécu un ou plusieurs de ces événements, arrêtez-vous ici pour le dépistage 9 et passez au dépistage 10.

Si vous avez vécu un ou plusieurs de ces événements, veuillez encercler votre réponse aux 5 questions suivantes.

	Oui	Non
Au cours du dernier mois, avez-vous fait des cauchemars à propos de l'événement ou avez-vous pensé à l'événement lorsque vous ne le voulez pas ?	1	0
Au cours du dernier mois, avez-vous essayé de ne pas penser à l'événement ou fait des efforts pour éviter les situations qui vous rappelaient l'événement ?	1	0
Au cours du mois dernier, avez-vous été constamment sur vos gardes, vigilant·e ou facilement surpris·e ?	1	0
Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti insensible ou détaché·e des gens, des activités ou de votre environnement ?	1	0
Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti·e coupable ou incapable d'arrêter de vous blâmer ou de blâmer les autres pour le ou les événements ou les problèmes que ces événements ont pu causer ?	1	0

Dépistage 10

Veillez encercler la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti à l'égard du jeu d'argent au cours des 12 derniers mois.

	Jamais	Parfois	La plupart de temps	Presque toujours
1. Avez-vous parié plus que ce que vous pouviez réellement vous permettre de perdre ?	0	1	2	3
2. Avez-vous eu besoin de jouer avec des sommes d'argent plus importantes pour ressentir la même sensation d'excitation ?	0	1	2	3
3. Lorsque vous avez joué, êtes-vous retourné·e un autre jour pour essayer de regagner l'argent que vous aviez perdu ?	0	1	2	3
4. Avez-vous emprunté de l'argent ou vendu quelque chose pour obtenir de l'argent pour jouer ?	0	1	2	3
5. Avez-vous eu l'impression d'avoir un problème avec les jeux d'argent ?	0	1	2	3
6. Les jeux d'argent vous ont-ils causé des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?	0	1	2	3
7. Des personnes ont-elles critiqué vos paris ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu, que vous pensiez ou non que ce soit vrai ?	0	1	2	3
8. Les jeux d'argent ont-ils causé des problèmes financiers pour vous ou votre foyer ?	0	1	2	3
9. Vous êtes-vous déjà senti·e coupable de la façon dont vous jouez ou de ce qui se passe lorsque vous jouez ?	0	1	2	3

Dépistage 11

Veillez encercler la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

		Si VRAI : quel degré de détresse ressentez-vous ?			
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
1. Je me sens désintéressé·e des choses que j'aimais auparavant.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
2. J'ai souvent l'impression de vivre les événements exactement comme ils se sont produits auparavant (déjà vu).	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
3. Je sens ou je goûte parfois des choses que d'autres personnes ne peuvent pas sentir ni goûter.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
4. J'entends souvent des sons inhabituels comme des coups, des cliquetis, des sifflements, des claquements ou des sonneries dans mes oreilles.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
5. Il m'arrive de ne pas savoir si ce que j'ai vécu était réel ou imaginaire.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
6. Lorsque je regarde une personne ou que je me regarde dans un miroir, je vois parfois le visage changer sous mes yeux.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
7. Je suis extrêmement anxieux lorsque je rencontre des gens pour la première fois.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
8. Je vois des choses que d'autres personnes ne peuvent apparemment pas voir.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
9. Mes pensées sont parfois si fortes que je peux presque les entendre.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
10. Je vois parfois des significations particulières dans les publicités, les vitrines de magasins ou dans la façon dont les choses sont disposées autour de moi.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
11. J'ai parfois l'impression de ne pas contrôler mes idées ou mes pensées.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
12. Je me sens parfois soudainement distrait·e par des sons lointains dont je ne suis normalement pas conscient·e.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
13. J'entends des choses que d'autres personnes ne peuvent pas entendre, comme des voix de personnes qui chuchotent ou parlent.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
14. J'ai souvent l'impression que les autres m'en veulent.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
15. J'ai le sentiment qu'une personne ou une force est autour de moi, même si je ne pouvais voir personne.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Aucun	Faible	Modéré	Sévère
16. J'ai l'impression que des parties de mon corps ont changé d'une manière ou d'une autre, ou que des parties de mon corps fonctionnent différemment d'avant.	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/>	0	1	2	3