

The French Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents Self-Rated Form :

F-HoNOSCA-SR

Version valable à partir du 01.01.2020

Version originale :

Gowers, S. G., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A., & Burhouse, E., 2002. *Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental health services. Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents.* British Journal of Psychiatry, 180, 266-269. DOI : 10.1192/bjp.180.3.266

Validation et adaptation française :

Urban, S., Baier, V., Mantzouranis, G., Schwery, J., Mahi, C., Courrosse, S., Guignet, B., Halfon, O., Holzer, L. (2014). *The French adaptation of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents Self-Rated Form (F-HoNOSCA-SR): Validation and clinical routine use.* Psychiatry Research. DOI : 10.1016/j.psychres.2014.04.004

Auto-évaluation

Le questionnaire ci-après a pour objectif de découvrir comment tu t'es senti(e) ces derniers temps ou quelles difficultés tu as rencontrées dans ta vie quotidienne. Tu peux indiquer que tu n'as eu aucun problème, que tu n'as presque pas eu de problèmes, un peu de problèmes, beaucoup de problèmes ou énormément de problèmes dans un domaine. Pour chaque question, nous te remercions de choisir la réponse qui te convient le mieux pour les **7 derniers jours** avant l'admission ou la sortie stationnaire (pour les séjours inférieurs à 7 jours, le temps écoulé depuis l'admission s'applique, au minimum les 24 dernières heures). Si plusieurs problèmes sont énumérés pour une question, ta réponse doit se rapporter au problème qui t'a posé **le plus** de difficultés. Prends le temps nécessaire pour répondre aux 13 questions. Merci pour ta précieuse aide.

	Pas du tout	Presque pas	Un peu	Beaucoup	Énormément
1. As-tu montré des comportements perturbateurs ou agités (en classe, par exemple) ou as-tu agressé (physiquement ou verbalement) quelqu'un?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As-tu eu des problèmes à rester concentré ou t'es-tu montré impatient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As-tu essayé (en faisant exprès) de te blesser, de te faire du mal ou de mourir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	Presque pas	Un peu	Beaucoup	Énormément
4. As-tu consommé de l'alcool ou des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. As-tu eu, à l'école, de moins bonnes notes ou plus de difficultés en cours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As-tu ou as-tu eu une maladie physique (somatique) ou un handicap (p. ex. une grippe, jambe cassée) qui t'ont empêché de faire ce que tu voulais ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. As-tu été dérangé(e) par le fait d'entendre des voix, de voir des choses (que tu es le seul à entendre ou voir), par des pensées bizarres, inhabituelles ou méfiantes (peur des autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As-tu souffert de vomissements, de maux de tête ou de ventre sans cause physique retrouvée (liée au stress ou aux angoisses), de trouble du sommeil, d'une fatigue importante ou d'incontinence urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As-tu été très triste ou anxieux ou as-tu eu des obsessions (idées persistantes), des rituels ou des peurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As-tu remarqué une diminution des relations avec tes ami(e)s, des difficultés à te faire de nouveaux ami(e)s ou as-tu été la cible de moqueries ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As-tu eu des difficultés à prendre soin de toi-même (pour manger, te laver, t'habiller) ou effectuer des activités compliquées (gérer ton argent de poche, te déplacer pour aller à l'école ou voir tes ami(e)s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As-tu eu des problèmes avec ta famille (parents, frères ou sœurs) ou avec les personnes (éducateurs ou camarades) du foyer dans lequel tu vis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As-tu manqué l'école?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>