

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION  
DES SYMPTÔMES OBSESSIONNELS  
ET COMPULSIFS  
OCI-R**

|                         |       |      |      |                                                                                                                        |      |
|-------------------------|-------|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br><input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I |      |
| Adresse (n°, rue)       |       |      |      |                                                                                                                        |      |
| Ville                   |       |      |      | Code postal                                                                                                            |      |

► **À quel point l'expérience vous a-t-elle perturbé ou dérangé?**

- Répondez aux items en fonction du dernier mois ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

|                                                                                                                                 | Pas du tout                | Un peu                     | Moyennement                | Beaucoup                   | Extrêmement                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Items                                                                                                                           | 0                          | 1                          | 2                          | 3                          | 4                          |
| 1. J'ai conservé tellement de choses qu'elles bloquent le passage.                                                              | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Je vérifie les choses plus souvent que nécessaire.                                                                           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Je suis contrarié si les objets ne sont pas rangés correctement.                                                             | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Je me sens obligé de compter pendant que je fais des choses.                                                                 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais qu'il a été touché par des étrangers ou par certaines personnes. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6. J'éprouve de la difficulté à contrôler mes propres pensées.                                                                  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7. J'accumule des choses dont je n'ai pas besoin.                                                                               | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Je vérifie de manière répétée les portes, les fenêtres, les tiroirs, etc.                                                    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

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

|                                                                                                                    | Pas du tout                | Un peu                     | Moyennement                | Beaucoup                   | Extrêmement                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Items                                                                                                              | 0                          | 1                          | 2                          | 3                          | 4                          |
| 9. Je suis contrarié si les autres changent la manière dont j'ai rangé les choses.                                 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10. J'ai l'impression que je dois répéter certains chiffres.                                                       | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11. Je dois parfois me laver ou me nettoyer, simplement parce que je me sens contaminé.                            | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12. Je suis contrarié par des pensées déplaisantes qui me viennent à l'esprit contre ma volonté.                   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13. J'évite de jeter les choses parce que je crains d'en avoir besoin plus tard.                                   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 14. Je vérifie de manière répétée les robinets de gaz et d'eau ainsi que les interrupteurs après les avoir fermés. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 15. J'ai besoin que les choses soient rangées dans un ordre particulier.                                           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 16. Je sens qu'il y a de bons et de mauvais chiffres.                                                              | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 17. Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.                                            | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 18. J'ai fréquemment des pensées malsaines et j'ai de la difficulté à m'en débarrasser.                            | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Obsessive Compulsive Inventory – Revised – OCI-R © 2002 Edna B. Foa

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

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

### Section réservée à l'intervenant

Score total .....

Nombre total d'items ..... x

Nombre d'items remplis ( $\geq 16$ )\* ..... /

Score ajusté ..... =

Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 17? ..... ☐ Oui ☐ Non

Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

| Questionnaire révisé par : |                         |              |           | Date : |      |      |
|----------------------------|-------------------------|--------------|-----------|--------|------|------|
| Nom de l'intervenant       | Prénom de l'intervenant | N° de permis | Signature | Année  | Mois | Jour |