

## CONSULTATION MISOPHONIE

Cabinet Epictète

16, rue Lauriston

75016 PARIS

Tél : 01 82 88 06 75

### QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA MISOPHONIE

#### Avertissement

Madame, Monsieur,

Vous avez souhaité prendre contact avec la consultation MISOPHONIE du cabinet Epictète. Il est indispensable que vous ayez préalablement consulté un ORL afin que toutes les investigations utiles concernant des affections associées aient été faites.

En vue de votre prochaine consultation et dans l'optique d'améliorer votre prise en charge par l'équipe de coaching médical, nous vous prions de bien vouloir répondre préalablement de la façon la plus complète à ce questionnaire médical.

Le questionnaire comporte quatre à cinq parties :

- Vos antécédents médicaux
- La description de votre misophonie, de son mode d'installation et des symptômes qui lui sont associés.
- Les examens complémentaires dont vous avez bénéficié et les thérapeutiques qui ont déjà été proposées
- Une évaluation de la gêne induite par la misophonie

\* : hypersensibilité à des bruits courants précédemment tolérés voire ignorés

Compléter ce questionnaire ne devrait vous demander **qu'environ une heure**. Répondez de façon spontanée et directe en restant concis dans vos réponses et au plus près de votre vécu de la misophonie, et de ses conséquences. Le questionnaire sera relu en votre présence par le consultant qui vous recevra lors de votre premier entretien, ce qui vous permettra éventuellement de préciser certains points.

*Pour nous aider dans la lecture et l'analyse des questionnaires nous vous demandons d'ENTOURER LA BONNE REPONSE **et** de RAYER LA MAUVAISE). Il est recommandé de répondre à **TOUTES** les questions posées. Veuillez également à écrire lisiblement, nous vous en remercions par avance.*

## CONSULTATION MISOPHONIE

Cabinet Epictète

16, rue Lauriston

75016 PARIS

Tél : 01 82 88 06 75

### QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'ACOUPHÈNE ET DE L'HYPERACOUSIE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE:

PROFESSIONS EXERCEES :

Retraité ? OUI NON  
Si OUI depuis quand ?

En invalidité ? OUI NON  
Si OUI depuis quand ?

DATE PREVUE DE CONSULTATION:

ADRESSE

TELEPHONE

MEDECIN TRAITANT

Nom

MEDECIN vous adressant au Cabinet Epictète

Adresse

Nom

Adresse

POUVEZ-VOUS DIRE QUE LA MISOPHONIE EST VOTRE PRINCIPALE PREOCCUPATION DE SANTE ACTUELLEMENT ?

OUI NON

Si non, quelle est votre principale préoccupation de santé ?

AVEZ-VOUS DEJA CONSULTE POUR CE MÊME MOTIF ?

MEDECIN GENERALISTE OUI NON

ORL OUI NON si oui lequel ou lesquels?

CONSULTATION MISOPHONIE OUI NON si oui laquelle ?

AUTRES : acupuncteur, homéopathe, ostéopathe, ... OUI NON

Avez-vous déjà été en arrêt de travail du fait de ces problèmes ? OUI NON

Si oui quelle est à ce jour la durée cumulée d'interruption de travail?

Etes-vous actuellement en arrêt de travail du fait de ces problèmes ? OUI NON

Si oui depuis combien de temps?

## ANTECEDENTS

Certains de vos proches parents sont-ils atteints de maladies de l'oreille ? OUI NON

Si OUI Précisez le degré de parenté et le type de pathologie :

Certains de vos proches parents sont-ils misophones ? OUI NON

Si OUI depuis combien de temps années ? mois ?

Avez-vous souffert d'une maladie de l'oreille ? OUI NON

Si OUI et si vous connaissez le diagnostic, précisez la ou les maladies de l'oreille dont vous souffriez en en les cochant dans la liste suivante en précisant le lien que vous faites entre présence de la maladie et la misophonie:

	Si OUI y a-t-il un lien avec la misophonie ?					
	OUI	NON	Très probable	Possible	Aucun rapport	Je ne sais pas
Presbycousie ( <b>viellissement de l'oreille</b> )						
Traumatisme sonore ou pressionnel ( <b>bruit intense, explosion, accident de plongée</b> )						
Surdité d'apparition brutale ( <b>surdité brusque</b> )						
Maladie de Ménière						
Neurinome de l'acoustique ( <b>tumeur bénigne du nerf auditif</b> )						
Autre surdité par atteinte de l'oreille interne <b>Précisez</b>						
Otite aiguë ou otite séreuse <b>ou dysfonctionnement de la trompe d'Eustache</b>						
Otite chronique ( <b>perforation du tympan, cholestéatome</b> )						
Otospongiose ( <b>blocage de la chaîne des osselets</b> )						
Autre maladie de l'oreille <b>Précisez</b>						

AVEZ VOUS DES TROUBLES DU SOMMEIL ? OUI NON

Faites-vous un lien avec la misophonie ? OUI NON

Si oui, lequel ? :

## AUTRES PATHOLOGIES MEDICALES

Merci de signaler dans la liste suivante les pathologies (**qui doivent avoir fait l'objet d'un diagnostic médical**) dont vous souffrez et le lien que vous faites entre cette pathologie et l'apparition ou l'aggravation de la misophonie

	Si OUI faites-vous un lien avec la misophonie ?					
	OUI	NON	Très probable	Possible	Aucun rapport	Je ne sais pas
Sinusite Chronique						
<b>Pathologies rhumatologiques</b>						
Arthrite chronique						
Autre pathologie rhumatologique <b>Précisez</b>						
<b>Pathologies cardiologiques</b>						
Hypertension artérielle						
Infarctus du myocarde						
Autre pathologie cardiologique <b>Précisez</b>						
<b>Pathologies psychiatriques</b>						
Anxiété						
Dépression						
Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)						
Syndrome Gilles de la Tourette						
Autre pathologie psychiatrique <b>Précisez</b>						
<b>Pathologie neurologique</b>						
Trouble du spectre autistique						
Autre pathologie neurologique <b>Précisez</b>						
<b>Pathologies endocriniennes</b>						
Maladie de la thyroïde						
Diabète						
Autre pathologie endocrinienne <b>Précisez</b>						
<b>Pathologies stomatologiques</b>						
Problèmes dentaires						
Douleurs articulation mandibulaire						
Autre pathologie stomatologique <b>Précisez</b>						
<b>Hypersensibilité sensorielle</b>						
Hyperacousie						
Intolérance à l'acouphène						
Hypersensibilité de contact						
Intolérance à des odeurs (parfums ou autres)						
Intolérance autre <b>Précisez</b>						
<b>Pathologie douloureuse chronique</b>						
Migraine						
Fibromyalgie						
Allodynie						
Neuropathie						
Autre pathologie douloureuse chronique <b>Précisez</b>						

Souffrez-vous d'une autre pathologie chronique ?

**OUI**    **NON**

Si oui laquelle ?





## CIRCONSTANCES D'APPARITION ET D'EVOLUTION DE LA MISOPHONIE

Depuis combien de temps est apparue votre misophonie ?

\_\_\_\_ années      \_\_\_\_ mois      \_\_\_\_ jours

Y a-t-il eu une circonstance ou une période de vie particulière au cours de laquelle s'est déclenchée la misophonie ?

OUI NON

si OUI Laquelle ?

Etiez-vous particulièrement stressé(e) ou anxieu(e) lors de l'installation de la misophonie?

OUI      NON

Si OUI Pourquoi ?

Prenez-vous certains des médicaments quand votre misophonie a débuté ? OUI      NON

Si OUI Lequel/ lesquels ?

L'importance de votre misophonie s'est-elle modifiée au fil du temps ?

OUI      NON

Si OUI      Amélioration Précisez

Aggravation Précisez

## CIRCONSTANCES D'APPARITION ET D'EVOLUTION DE LA MISOKINESIE

Depuis combien de temps est apparue votre misokinésie ?

\_\_\_\_ années      \_\_\_\_ mois      \_\_\_\_ jours

Y a-t-il eu une circonstance ou une période de vie particulière au cours de laquelle s'est déclenchée la misokinésie ?

OUI NON

si OUI Laquelle ?

Etiez-vous particulièrement stressé(e) ou anxieu(e) lors de l'installation de la misokinésie?

OUI      NON

Si OUI Pourquoi ?

Prenez-vous certains des médicaments quand votre misokinésie a débuté ? OUI      NON

Si OUI Lequel/ lesquels ?

L'importance de votre misokinésie s'est-elle modifiée au fil du temps ?

OUI      NON

Si OUI      Amélioration Précisez

Aggravation Précisez

## FACTEURS INFLUENCANT LA MISOPHONIE

### Observez-vous une modification des manifestations de la misophonie ?

En utilisant des bruits blancs ou roses	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En dormant, ou en faisant la sieste	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En vous relaxant	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En recourant à des massages	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En utilisant des stimulations vibratoires	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En faisant du sport	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En utilisant un ordinateur	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En lisant	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En jouant à un jeu électronique	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En buvant de l'alcool	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En fumant du cannabis	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
Autres : précisez	NON	OUI	Aggravation	Amélioration

## FACTEURS INFLUENCANT LA MISOKINESIE

### Observez-vous une modification des manifestations de la misokinésie ?

En vous relaxant	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En recourant à des massages	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En faisant du sport	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En utilisant un ordinateur	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En lisant	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En jouant à un jeu électronique	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En buvant de l'alcool	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
En fumant du cannabis	NON	OUI	Aggravation	Amélioration
Autres : précisez	NON	OUI	Aggravation	Amélioration

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Dans la liste suivante merci de bien vouloir cocher les examens complémentaires que vous savez avoir déjà effectué pour le bilan de votre misophonie/misokinésie. Il est préférable que vous vous apportiez **tous** ces examens ou au moins une copie de leur compte-rendu pour la consultation. ATTENTION : ceci ne constitue ABSOLUMENT PAS la liste des examens qu'il faudrait avoir fait en cas de misophonie

<b>Audiogramme</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Tympanogramme</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Acouphénométrie</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Otoémissions acoustiques (OEA)</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Potentiels évoqués auditifs (PEA)</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Examen de l'équilibre (ENG ou VNG)</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Scanner cérébral ou de l'oreille</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>IRM cérébrale ou de l'oreille interne</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Radios du rachis cervical</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Doppler cervical</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Radio Panoramique dentaire</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas
<b>Angiographie</b>	OUI	combien ?	NON	Je ne sais pas

Autres Examens (**précisez**)

Précisions et commentaires que vous souhaitez apporter

**Avez vous déjà été hospitalisé pour tenter de traiter votre misophonie/misokinésie ?** OUI NON

Si OUI où ?

Quels ont été les points positifs de cette prise en charge ?

Quels ont été les points négatifs de cette prise en charge ?

Dans la liste de ces traitements médicamenteux lesquels vous ont déjà été prescrits pour tenter de traiter la misophonie/misokinésie	OUI	NON
<b>Vasodilatateurs (médicaments à visée vasculaire)</b>		
Nootropyl (Piracetam)		
Duxil		
Iskédil		
Tanakan		
Trivastal		
Vastarel (Trimétazidine)		
Vasobral		
Autres vasodilatateurs ( <b>Précisez</b> )		
<b>Anticonvulsivants (médicaments de l'épilepsie)</b>		
Rivotril		
Tégretol		
<b>Anxiolytiques (médicaments de l'anxiété)</b>		
Lexomil		
Temesta		
Tranxène		
Urbanyl		
Xanax		
Buspar		
Autres anxiolytiques ( <b>Précisez</b> )		
<b>Antidépresseurs (médicaments de la dépression)</b>		
Prozac		
Seropram		
Seroplex		
Anafranil		
Laroxyl		
Autres antidépresseurs ( <b>Précisez</b> )		
<b>Hypnotiques (médicaments de l'insomnie)</b>		
Imovane		
Ivadal		
Stilnox		
Autres Hypnotiques ( <b>Précisez</b> )		
<b>Neuroleptiques</b>		
Dogmatil		
Autres neuroleptiques ( <b>Précisez</b> )		
<b>Osmotiques</b>		
Glycérotone		
Mannitol		
<b>Phytothérapie</b>		
Cimicifuga		
Autres traitements ( <b>Précisez</b> )		

Parmi la liste de thérapeutiques suivantes pouvez-vous noter celles que vous avez suivi et quel a été leur résultat sur la misophonie/misokinésie (précisez si le traitement a été efficace sur l'un ou l'autre ou les deux)

Médicaments à visée ORL	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Médicaments de l'anxiété	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Médicaments de la depression	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Neuroleptiques	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Rivotril	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Somnifères (hypnotiques)	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Thérapies cognitives et comportementales	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Autres Psychothérapies ( <b>Précisez</b> )	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Mindfulness	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Hypnose	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Relaxation / yoga/ sophrologie	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Générateurs de Bruit Blanc	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Tinnitus Retraining Therapy (TRT)	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Stimulations électriques	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Stimulation magnétique transcrânienne	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Neurofeedback	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Homéopathie	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Acupuncture / médecine chinoise	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Ostéopathie	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Phytothérapie	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation
Autres ( <b>Précisez</b> )	Pas utilisé	Effet nul	Amélioration temporaire	Amélioration partielle	Aggravation

Quel est votre traitement actuel pour la misophonie ?

Quel est votre traitement actuel pour la misokinésie ?

**Qu'attendez-vous du coaching médical concernant la misophonie?**

**Qu'attendez-vous du coaching médical concernant la misokinésie ?**

# ECHELLE DE MISOPHONIE DE AMSTERDAM

Adaptation française – Philippe PEIGNARD

NOM :

Prénom :

DATE DE L'EVALUATION :

Cette évaluation est destinée à mesurer la sévérité et le type de symptômes des patients présentant une misophonie. Estimez les caractéristiques de comportement face à chaque son responsable de l'intolérance misophonique dans la période allant de la semaine précédente jusqu'au jour de l'évaluation. Les scores doivent refléter en moyenne ce qui est vécu en présence de chaque son responsable de l'intolérance misophonique sur la totalité de la semaine.

Liste des trois principaux sons en cause dans l'intolérance misophonique, déclenchant le plus d'irritation, de peur ou de dégoût :

Liste des trois principaux sons en cause dans l'intolérance misophonique, déclenchant le plus d'irritation, de peur ou de dégoût :

A	
B	
C	

1 . **Combien de votre temps est perturbé** par les sons A responsables de l'intolérance misophonique ?  
(Avec quelle fréquence les pensées liées et ces sons se présentent ?)

<b>Jamais</b>		0
<b>Peu, moins d'une heure par jour</b> , ou pensées liées ou sons pas plus de cinq fois par jour		1
<b>Modérément, de une à trois heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons plus de huit fois par jour, la plus grande partie du temps est épargnée		2
<b>Sévère, plus de trois heures et moins de huit heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons très fréquents		3
<b>Extrême, plus de huit heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons quasiment constants		4

1 . **Combien de votre temps est perturbé** par les sons B responsables de l'intolérance misophonique ?  
(Avec quelle fréquence les pensées liées et ces sons se présentent ?)

<b>Jamais</b>		0
<b>Peu, moins d'une heure par jour</b> , ou pensées liées ou sons pas plus de cinq fois par jour		1
<b>Modérément, de une à trois heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons plus de huit fois par jour, la plus grande partie du temps est épargnée		2
<b>Sévère, plus de trois heures et moins de huit heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons très fréquents		3
<b>Extrême, plus de huit heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons quasiment constants		4

1 . **Combien de votre temps est perturbé** par les sons C responsables de l'intolérance misophonique ?  
(Avec quelle fréquence les pensées liées et ces sons se présentent ?)

<b>Jamais</b>		0
<b>Peu, moins d'une heure par jour</b> , ou pensées liées ou sons pas plus de cinq fois par jour		1
<b>Modérément, de une à trois heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons plus de huit fois par jour, la plus grande partie du temps est épargnée		2
<b>Sévère, plus de trois heures et moins de huit heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons très fréquents		3
<b>Extrême, plus de huit heures par jour</b> , ou pensées liées ou sons quasiment constants		4

2. Dans quelle mesure les sons A responsables de l'intolérance misophonique **interfèrent avec vos activités** sociales ou professionnelles, voire vos rôles ? (*Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire à cause de ces bruits ? Si vous ne travaillez pas dans quelle mesure seriez-vous empêché si vous aviez un emploi ?*)

<b>Jamais</b>		0
<b>Peu, interférence faible</b> avec les activités sociales ou occupationnelles, mais sans alévation de performance		1
<b>Modérément, interférence modérée</b> avec les activités sociales ou occupationnelles, mais gérable		2
<b>Sévère, perturbation substantielle</b> avec la performance dans les activités sociales ou occupationnelles,		3
<b>Extrême incapacité</b>		4

2. Dans quelle mesure les sons B responsables de l'intolérance misophonique **interfèrent avec vos activités** sociales ou professionnelles, voire vos rôles ? (*Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire à cause de ces bruits ? Si vous ne travaillez pas dans quelle mesure seriez-vous empêché si vous aviez un emploi ?*)

<b>Jamais</b>		0
<b>Peu, interférence faible</b> avec les activités sociales ou occupationnelles, mais sans alévation de performance		1
<b>Modérément, interférence modérée</b> avec les activités sociales ou occupationnelles, mais gérable		2
<b>Sévère, perturbation substantielle</b> avec la performance dans les activités sociales ou occupationnelles,		3
<b>Extrême incapacité</b>		4

2. Dans quelle mesure les sons C responsables de l'intolérance misophonique **interfèrent avec vos activités** sociales ou professionnelles, voire vos rôles ? (*Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire à cause de ces bruits ? Si vous ne travaillez pas dans quelle mesure seriez-vous empêché si vous aviez un emploi ?*)

<b>Jamais</b>		0
<b>Peu, interférence faible</b> avec les activités sociales ou occupationnelles, mais sans alévation de performance		1
<b>Modérément, interférence modérée</b> avec les activités sociales ou occupationnelles, mais gérable		2
<b>Sévère, perturbation substantielle</b> avec la performance dans les activités sociales ou occupationnelles,		3
<b>Extrême incapacité</b>		4

3. Quel **degré de détresse** est provoquée par l'intolérance misophonique aux sons A ?

<b>Aucun</b>		0
<b>Faible</b> , irritation/détresse occasionnelle, pas trop perturbé(e)		1
<b>Modéré</b> , irritation/peur/dégoût perturbant, mais gérable		2
<b>Sévère</b> , irritation/peur/dégoût très perturbant		3
<b>Extrême</b> , irritation/peur/dégoût pratiquement constant et perturbant		4

3. Quel **degré de détresse** est provoquée par l'intolérance misophonique aux sons B ?

<b>Aucun</b>		0
<b>Faible</b> , irritation/détresse occasionnelle, pas trop perturbé(e)		1
<b>Modéré</b> , irritation/peur/dégoût perturbant, mais gérable		2
<b>Sévère</b> , irritation/peur/dégoût très perturbant		3
<b>Extrême</b> , irritation/peur/dégoût pratiquement constant et perturbant		4

3. Quel **degré de détresse** est provoquée par l'intolérance misophonique aux sons C ?

<b>Aucun</b>		0
<b>Faible</b> , irritation/détresse occasionnelle, pas trop perturbé(e)		1
<b>Modéré</b> , irritation/peur/dégoût perturbant, mais gérable		2
<b>Sévère</b> , irritation/peur/dégoût très perturbant		3
<b>Extrême</b> , irritation/peur/dégoût pratiquement constant et perturbant		4

4. A quel point produisez-vous un **effort pour résister** à l'intolérance aux sons A ou aux pensées liées à l'intolérance misophonique ? (Avec quelle fréquence cherchez-vous à détourner le regard ou à dévier votre attention de ces sons ? Ne prenez en considération que les efforts pour résister et non le succès ou l'échec à contrôler les sons ou les pensées)

Les symptômes sont si minimes que cela <b>n'incite pas à résister</b>		0
<b>J'arrive à résister la plupart du temps</b>		1
<b>Je dois faire des efforts pour parvenir à résister</b>		2
<b>Je réagis à tous les sons ou pensées liées à l'intolérance misophonique sans pouvoir prétendre les contrôler</b> , mais en répugnant à faire cette concession		3
<b>Je me lâche complètement face à l'intolérance aux sons ou aux pensées liées à l'intolérance misophonique</b>		4

4. A quel point produisez-vous un **effort pour résister** à l'intolérance aux sons B ou aux pensées liées à l'intolérance misophonique ? (Avec quelle fréquence cherchez-vous à détourner le regard ou à dévier votre attention de ces sons ? Ne prenez en considération que les efforts pour résister et non le succès ou l'échec à contrôler les sons ou les pensées)

Les symptômes sont si minimes que cela <b>n'incite pas à résister</b>		0
<b>J'arrive à résister la plupart du temps</b>		1
<b>Je dois faire des efforts pour parvenir à résister</b>		2
<b>Je réagis à tous les sons ou pensées liées à l'intolérance misophonique sans pouvoir prétendre les contrôler</b> , mais en répugnant à faire cette concession		3
<b>Je me lâche complètement face à l'intolérance aux sons ou aux pensées liées à l'intolérance misophonique</b>		4

4. A quel point produisez-vous un **effort pour résister** à l'intolérance aux sons C ou aux pensées liées à l'intolérance misophonique ? (Avec quelle fréquence cherchez-vous à détourner le regard ou à dévier votre attention de ces sons ? Ne prenez en considération que les efforts pour résister et non le succès ou l'échec à contrôler les sons ou les pensées)

Les symptômes sont si minimes que cela <b>n'incite pas à résister</b>		0
<b>J'arrive à résister la plupart du temps</b>		1
<b>Je dois faire des efforts pour parvenir à résister</b>		2
<b>Je réagis à tous les sons ou pensées liées à l'intolérance misophonique sans pouvoir prétendre les contrôler</b> , mais en répugnant à faire cette concession		3
<b>Je me lâche complètement face à l'intolérance aux sons ou aux pensées liées à l'intolérance misophonique</b>		4

5. Quel degré de contrôle avez-vous sur les **pensées liées à l'intolérance misophonique** aux sons A ? (*Dans quelle mesure parvenez-vous à éviter les pensées ou à distraire votre esprit des sons misophoniques ? Pouvez-vous les écarter de votre conscience ?*)

<b>Contrôle total</b>		0
<b>Bon contrôle</b> , je suis habituellement capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques avec un peu d'effort et de concentration		1
<b>Contrôle modéré</b> , je suis parfois capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques		2
<b>Contrôle faible</b> , je suis rarement capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques		3
<b>Aucun contrôle</b> , je suis face à une réaction complètement involontaire, je peux rarement parvenir à modifier, même momentanément, mes pensées à propos des sons misophoniques		4

5. Quel degré de contrôle avez-vous sur les **pensées liées à l'intolérance misophonique** aux sons B ? (*Dans quelle mesure parvenez-vous à éviter les pensées ou à distraire votre esprit des sons misophoniques ? Pouvez-vous les écarter de votre conscience ?*)

<b>Contrôle total</b>		0
<b>Bon contrôle</b> , je suis habituellement capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques avec un peu d'effort et de concentration		1
<b>Contrôle modéré</b> , je suis parfois capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques		2
<b>Contrôle faible</b> , je suis rarement capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques		3
<b>Aucun contrôle</b> , je suis face à une réaction complètement involontaire, je peux rarement parvenir à modifier, même momentanément, mes pensées à propos des sons misophoniques		4

5. Quel degré de contrôle avez-vous sur les **pensées liées à l'intolérance misophonique** aux sons C ? (*Dans quelle mesure parvenez-vous à éviter les pensées ou à distraire votre esprit des sons misophoniques ? Pouvez-vous les écarter de votre conscience ?*)

<b>Contrôle total</b>		0
<b>Bon contrôle</b> , je suis habituellement capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques avec un peu d'effort et de concentration		1
<b>Contrôle modéré</b> , je suis parfois capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques		2
<b>Contrôle faible</b> , je suis rarement capable d'interrompre mes pensées ou de divertir mon esprit des sons misophoniques		3
<b>Aucun contrôle</b> , je suis face à une réaction complètement involontaire, je peux rarement parvenir à modifier, même momentanément, mes pensées à propos des sons misophoniques		4

6. Avez-vous dû **renoncer** à faire quelque chose, à aller quelque part avec quelqu'un à cause de la misophonie ?

<b>Aucun renoncement délibéré</b>		0
<b>Peu</b> , renoncement minime moins d'une heure par jour, renoncement occasionnel		1
<b>Modérément</b> , renoncement de une à trois heures par jour, renoncement régulier		2
<b>Important</b> , renoncement de plus de trois heures et moins de huit heures par jour, renoncement très fréquent		3
<b>Extrême</b> , renoncement croissant, plus de huit heures par jour, je dois tout le temps éviter les sons-gâchettes		4

Décrivez la pire chose que vous imaginez pouvoir avoir à subir si vous ne pouvez pas éviter les sons responsables de l'intolérance misophonique ?

# QUESTIONNAIRES STANDARDISES

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ces différents questionnaires standardisés qui nous permettent de mieux appréhender l'importance de la gêne induite par votre misophonie et votre misokinésie.

Il est important que vous répondiez à toutes les questions en choisissant la proposition qui se rapproche le plus de votre avis ou de votre perception.

## APPRECIATION DES EVENEMENTS INCIDENTS (Holmes & Rahe 1967)

Les travaux scientifiques ont tenté de démontrer un lien entre les événements de vie et les maladies. L'échelle de Holmes et Rahe date de 1967 et s'intéresse la « dose » de stress en fonction des changements vécus par un sujet donné sur la période précédant immédiatement le début de sa maladie.

Il a été démontré que des événements stressants intercurrents pouvaient influencer sur l'intensité de la perception et l'évolution des acouphènes et de l'hyperacousie.

**Quels sont, dans la liste suivante, les événements qui se sont produits au cours des 6 mois précédant l'apparition de la misophonie/misokinésie**

Cochez la ou les cases correspondantes.

1	Mort d'un conjoint		100
2	Divorce		73
3	Séparation conjugale		65
4	Temps passé en prison		63
5	Mort d'un proche dans la famille		63
6	Blessure ou maladie		53
7	Mariage		50
8	Licenciement		47
9	Reprise de la vie conjugale		45
10	Mise à la retraite		45
11	Ennui de santé d'un parent proche		44
12	Grossesse		40
13	Problèmes sexuels		39
14	Arrivée d'un nouveau member dans la famille		39
15	Difficultés professionnelles significatives		39
16	Modification de la situation financière		38
17	Mort d'un ami intime		37
18	Changement de situation professionnelle		36
19	Multiplication des disputes conjugales		35
20	Hypothèque ou dette importante		31
21	Remboursement final d'une dette importante		30
22	Changement de responsabilités professionnelles		29
23	Fille ou fils quittant la maison		29
24	Problèmes avec sa belle famille		29
25	Exploit personnel marquant		28
26	Conjoint debutant ou s'arrêtant de travailler		26
27	Début ou fin de scolarité		26
28	Changement de conditions de vie		25
29	Modification d'habitudes (comme arrêter de fumer)		24
30	Difficultés avec un supérieur hiérarchique		23
31	Changement d'horaires ou de conditions de travail		20
32	Déménagement		20
33	Changement d'école		20
34	Changement de loisirs		19
35	Changement religieux		19
36	Changement d'activités sociales		18
37	Hypothèque ou emprunt minime		17
38	Changement dans les habitudes de sommeil		16
39	Changement de rythme des reunions de famille		16
40	Changement des habitudes alimentaires		16
41	Vacances		13
42	Fête		12
43	Violation mineure de la loi		11
<b>TOTAL</b>			

## QUESTIONNAIRE DE SENSIBILITE AUDITIVE (Khalfa 1999)

Dans le questionnaire suivant, cochez la case correspondant à la réponse la plus adéquate pour vous

1/ Vous arrive-t-il d'utiliser des bouchons, boules Quies ou casque, pour limiter votre perception du bruit ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

2/ Avez-vous des difficultés à ne plus faire attention aux sons qui vous entourent dans les situations de la vie quotidienne ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

3/ Êtes-vous gêné(e) pour lire dans un environnement bruyant ou sonore ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

4/ Êtes-vous gêné(e) pour vous concentrer dans un milieu bruyant ou sonore ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

5/ Éprouvez-vous des difficultés pour entendre une conversation au milieu d'un environnement bruyant ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

6/ Certaines personnes de votre entourage vous ont-elles déjà fait remarquer que vous supportez mal le bruit ou certains sons ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

7/ Êtes-vous particulièrement sensible voire gêné(e) par le bruit de la rue ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

8/ Le bruit dans certaines situations sociales (ex : boîtes de nuit, bars, concerts, feux d'artifice, cocktails ) vous est-il pénible ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

9/ Si l'on vous propose une activité (sortie, cinéma, concert...), pensez-vous tout de suite au bruit que vous aurez à supporter ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

10/ Vous arrive-t-il de refuser des invitations ou des sorties par crainte du bruit que vous aurez à affronter ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

11/ Est-ce qu'un bruit ou un son précis vous dérange plus dans une atmosphère silencieuse que dans une pièce légèrement bruyante ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

12/ Votre capacité de concentration dans le bruit est-elle diminuée par le stress et la fatigue ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

13/ Votre capacité de concentration dans le bruit est-elle diminuée en fin de journée ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

14/ Est-ce que le bruit ou certains sons vous stressent ou vous énervent ?

0 : non	1 : oui un peu	2 : oui modérément	3 : oui beaucoup
---------	----------------	--------------------	------------------

## TEST D'HYPERSENSIBILITE – THS - Netling GUF – 2002

Mettre X dans la case correspondant à votre réponse	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
1 - Certains bruits qui ne me tracassaient pas avant, maintenant, me provoquent de la peur				
2 - Je suis préoccupé(e) par l'idée que je ne vais jamais être capable de m'habituer à des sons forts ou désagréables				
3 - Quand j'ai autour de moi des bruits forts ou désagréables je ne peux pas écouter ou prêter attention				
4 - J'ai des problèmes avec mon conjoint ou ma famille à cause de ma grande sensibilité aux bruits				
5 - Avant la présence de certains sons, je ressens la nécessité de prévenir ou de le dire aux autres				
6 - J'ai très peur des bruits intenses				
7 - Je pense que l'hypersensibilité aux sons que j'ai a gâché ma vie				
8 - Quand j'ai beaucoup de bruit autour de moi, je n'entends et ne comprends rien				
9 - Certaines personnes m'évitent parce que je ne supporte pas les bruits forts ou désagréables				
10 - Les sons forts ou désagréables me mettent en colère				
11 - Je ressens une douleur dans les oreilles quand il y a des bruits intenses ou désagréables				
12 - Je pense que je vais être incapable de faire face à la vie quotidienne si mon hypersensibilité aux bruits persiste				
13 - Chaque fois qu'il y a des bruits intenses ou désagréables, je me retire ou je fais demi-tour immédiatement				
14 - J'ai peur que les bruits forts ou désagréables détériorent mon audition				
15 - Depuis que j'ai de l'hypersensibilité aux sons je ne prends plus de plaisir à écouter de la musique				

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

Adaptation du questionnaire STAI (Spielberger, Gosuch et Lushene,1970)

Jacques Bergeron et Michel Landry

**CONSIGNE :**

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme.....	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité.....	1	2	3	4
3. Je suis tendu(e).....	1	2	3	4
4. Je suis triste.....	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille.....	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e).....	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des contrariétés possibles.....	1	2	3	4
8. Je me sens reposé(e).....	1	2	3	4
9. Je me sens anxieux (se).....	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise.....	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi.....	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux(se).....	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e).....	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater.....	1	2	3	4
15. Je suis relaxé(e).....	1	2	3	4
16. Je suis satisfait(e).....	1	2	3	4

- 17. Je suis préoccupé(e).....
- 18. Je me sens surexcité(e) et fébrile.....
- 19. Je me sens joyeux(se).....
- 20. Je me sens bien.....

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

### ASTA

Adaptation du questionnaire STAI (Spielberger, Gosuch et Lushene,1970)

Jacques Bergeron et Michel Landry

**CONSIGNE :**

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez de façon générale.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
21. Je me sens bien.....	1	2	3	4
22. Je me fatigue rapidement.....	1	2	3	4
23. Je me sens au bord des larmes.....	1	2	3	4
24. Je souhaiterais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.....	1	2	3	4
25. Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider assez rapidement.....	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e).....	1	2	3	4
27. Je suis calme, tranquille et en paix.....	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux pas en venir à bout.....	1	2	3	4
29. Je m'en fait trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine.....	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se).....	1	2	3	4
31. Je suis porté(e) à prendre mal les choses.....	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi.....	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité.....	1	2	3	4
34. J'essaie d'éviter de faire face à une crise ou une difficulté.....	1	2	3	4

35.	Je me sens mélancolique.....	1	2	3	4
36.	Je suis content(e).....	1	2	3	4
37.	Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent....	1	2	3	4
38.	Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête.....	1	2	3	4
39.	Je suis une personne stable.....	1	2	3	4
40.	Je deviens tendu(e) et bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations actuelles.....	1	2	3	4

## Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

**Instructions :** Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

### A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

### B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

### C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

### D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

### E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

### F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

### G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

**H**

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

**I**

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

**J**

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

**K**

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**L**

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**M**

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.

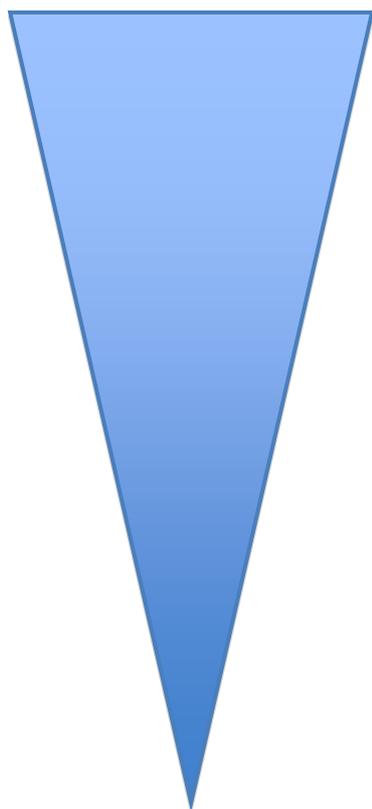
**EVALUATION GLOBALE : TRACEZ UN TRAIT SUR LE TRIANGLE SELON LE DEGRE DE GENE QUE VOUS AVEZ EPROUVE EN MOYENNE AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS**

**Importance de la misophonie**

**Gêne la plus intense  
imaginable**

=

**100**



**0**

=

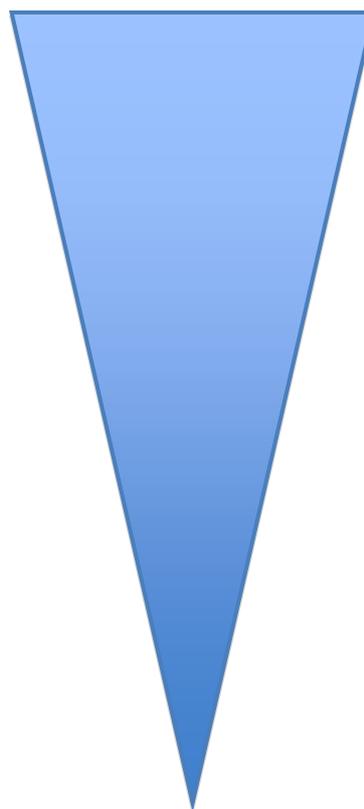
**Absence de gêne**

**Importance de la misokinésie**

**Gêne la plus intense  
imaginable**

=

**100**



**0**

=

**Absence de gêne**

# EVALUATION D'EXPERIENCES QUOTIDIENNES

D'après Bernstein E.M. , Putnam F.W.

DATE de ce jour :

NOM :

PRENOM :

Age :

Sexe :

Homme

Femme

Situation personnelle :

Vis seul(e)

Vis en couple

Cohabitation

Situation conjugale :

Marié(e)

Non marié(e)

Divorcé(e)

Veuf-Veuve

Scolarité :

Sans

Enseignement primaire : maternelle, CP, CE1, CE2, CM1, CM2

Enseignement secondaire niveau 1 : 6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>

Enseignement secondaire niveau 2 : 2<sup>nde</sup>, 1<sup>ère</sup>, Terminale

Bac + 1 à Bac + 3

Bac + 4 à Bac + 6

> Bac + 6

## Instructions pour remplir le questionnaire

Ce questionnaire comprend deux parties. La première contient quelques questions personnelles d'ordre général. La deuxième partie comprend des questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivez ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence de l'alcool ou de drogues.

Veuillez, pour chaque expérience décrite, répondre à la question : « dans quelle mesure l'expérience décrite s'applique à vous ? ». Il s'agit d'indiquer la fréquence avec laquelle l'expérience décrite s'applique à vous. Vous faites cela en entourant au pourcentage correspondant.

### Par exemple :

*Expérience* : Il arrive à certaines personnes d'être tellement dans leurs pensées qu'elles n'entendent pas la sonnette.

*Réponse* : Entourez le nombre correspondant au pourcentage de fois où votre concentration sur vos pensées vous empêche d'entendre la sonnette.

Jamais 0% ---10% ---20% 30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

*Ici la personne aurait estimé que ce type de chose pourrait lui arriver à peu près 3 fois sur 10*

1- Certaines personnes font l'expérience, alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus), de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

2- Parfois, certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

3- Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

4 - Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

5 - Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetées.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

6- Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles pensent ne pas être le leur ou affirment les connaître.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

7- Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et, de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

8- On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

9- Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple cérémonies de mariage ou remise de diplôme universitaire).

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

10- Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

11- Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

12- Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

13- Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

14- Certaines personnes ont parfois l'impression de se souvenir d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

15- Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres que les choses dont elles se souviennent comme étant arrivées, soient réellement arrivées ou soient juste rêvées.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

16- Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

17- Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des événements qui se produisent autour d'elles.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

18 - Certaines personnes constatent qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement en train, de leur arriver.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

19- Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

20- Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

21- Parfois certaines personnes se rendent que quand elles sont seules, elles parlent à haute voix.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

22- Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles ont l'impression d'être deux personnes différentes.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

23- Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sport, travail, situations sociales ...).

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

24- Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent pas se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

25- Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

26- Certaines trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû dessiner ou rédiger mais qu'elles ne souviennent pas avoir réalisés.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

27- Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

28- Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts.

*Entourez le nombre correspondant au pourcentage de situations de ce type où vous avez vécu cette expérience.*

Jamais 0% ---10% ---20% ---30% ---40% ---50% ---60% ---70% ---80% ---90% ---100% Tout le temps

## Questionnaire de motivation à modifier la réaction face aux situations de misophonie et/ou de misokinésie

Propositions	Pas du tout d'accord  (1pt)	Pas d'accord  (2pts)	Indécis Je ne sais pas (3pts)	Plutôt d'accord  (4pts)	Tout à fait d'accord  (5pts)
Pensez-vous que votre intolérance peut être atténuée ?					
Pensez-vous que s'intéresser aux méthodes sur les façons de gérer les réactions de misophonie ou misokinésie est pure perte de temps ?					
Aucun traitement médical n'étant suffisamment efficace pour vous, seriez-vous intéressé(e) d'apprendre à modifier vos réactions ?					
Pensez-vous que la seule proposition qui puisse vous convenir est un équipement de protection auditive suffisamment sophistiqué ?					
Seriez-vous d'accord pour dire que votre réaction vis-à-vis des bruits et/ou des gestes dépend surtout de vous et non des autres ?					

Nous vous remercions d'avoir complété ce long document.

Si vous souhaitez exprimer une opinion personnelle sur ce questionnaire ou sur votre misophonie/misokinésie nous vous prions de bien vouloir le faire dans ce cadre.