

## Index des plaintes en 4 dimensions (IP4D)

Franska • French

Voici une liste de questions concernant des plaintes et des symptômes que vous ressentez peut-être. Chaque question concerne une plainte ou un symptôme que vous avez ressenti pendant la dernière semaine (c'est-à-dire les sept derniers jours, aujourd'hui compris). Les plaintes que vous avez ressenties auparavant mais que vous n'avez pas ressenties ces sept derniers jours ne comptent pas.

Pouvez-vous indiquer pour chaque plainte à quelle fréquence vous l'avez ressentie en cochant la case qui correspond le mieux à votre état.

	non	parfois	régulière- ment	sou- vent	très souvent ou en permanence
<b>Pendant la semaine dernière, avez-vous présenté:</b>					
1. des vertiges ou la tête qui tourne? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. des douleurs musculaires? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. des maux de tête? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. une douleur dans le cou? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. une douleur dans le dos? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. une transpiration excessive? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. des palpitations? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. des maux de tête? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. une sensation de ballonnement, de ventre gonflé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. une vision floue ou des taches devant les yeux? --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. un manque d'air? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. des nausées ou du mal à digérer? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pendant la semaine dernière, avez-vous présenté:</b>					
13. une douleur dans le ventre ou autour de l'estomac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. des fourmillements dans les doigts -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. une oppression ou un striction dans la poitrine? --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. une douleur dans la poitrine? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. un abattement? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. comme ça, un saisissement soudain? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. des moments où vous ruminiez vos pensées? ---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. un sommeil agité? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. une sensation indéfinissable de peur? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. un manque d'allant? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. des tremblements en présence d'autres personnes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. une soudaine panique ou forte anxiété? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pendant la semaine dernière, vous êtes-vous senti:</b>					
25. tendu? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. facilement irritable? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. angoissé? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	non	parfois	régulière- ment	sou- vent	très souvent ou en permanence
<b>Pendant la semaine dernière, avez-vous ressenti:</b>					
28. que plus rien n'avait de sens? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. que vous ne pouviez plus arriver à rien? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. que la vie ne valait pas la peine d'être vécue? - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. que vous ne pouviez plus porter d'intérêt aux gens et aux choses qui vous entouraient? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. que vous ne pouviez plus faire face? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. que plus rien ne pouvait vous réjouir? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. qu'il n'y avait pas d'issue à votre situation? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. que c'est au delà de vos forces? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. que vous n'aviez plus envie de rien? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pendant la semaine dernière, est-ce que vous avez eu:</b>					
38. du mal à avoir les idées claires? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. du mal à vous endormir? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. peur de sortir seul de chez vous? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pendant la semaine dernière, étiez-vous:</b>					
41. facilement émotif? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. angoissé(e) par quelque chose dont vous ne devriez absolument pas avoir peur? - - - - - (p.ex. des animaux, l'altitude, ou de petits espaces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. effrayé(e) de voyager en bus, train ou tramway? - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. effrayé(e) de vous sentir intimidé(e) en présence d'autres personnes? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Pendant la semaine dernière avez-vous eu l'impres- sion d'être menacé(e) par un danger inconnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Pendant la semaine dernière avez-vous pensé «si seulement j'étais mort»? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Pendant la semaine dernière avez-vous vu ressurgir des images d'évènements bouleversants que vous aviez vécus? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Pendant la semaine dernière avez-vous de temps en temps dû faire de votre mieux pour refouler des pensées ou des souvenirs d'évènements bouleversants? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Pendant la semaine dernière avez-vous dû éviter certains endroits parce qu'ils vous angoissaient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Pendant la semaine dernière avez-vous dû refaire des choses plusieurs de fois avant de pouvoir passer à autre chose? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Grille de cotation du IP4D

'non' = coter 0

'parfois' = coter 1

'régulièrement' ou plus souvent = coter 2

Mal être	Dépression	Anxiété	Somatisation
17	28	18	1
19	30	21	2
20	33	23	3
22	34	24	4
25	35	27	5
26	46	40	6
29		42	7
31		43	8
32		44	9
36		45	10
37		49	11
38		50	12
39			13
41			14
47			15
48			16

Interprétation:

modérément augmenté:  $> 10$

 $\geq 2$  $\geq 3$  $\geq 10$ 

nettement augmenté: > 20

$> 5$

> 9

> 20

The 4DSQ is copyright protected work. The copyright owner is Dr. B. Terluin. The 4DSQ is free for non-commercial use as in (mental) health care and scientific research. Commercial use of the 4DSQ requires a licence agreement. More information, translations and literature references can be found at [www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp](http://www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp).

## **Validation status of the French translation of the 4DSQ**

The French translation was validated in a French sample of general practice attendees and their data were compared with a Dutch sample of general practice attendees using differential item functioning (DIF) analysis [1]. DIF was uncovered in 13 items but the impact on the scale level was limited to (very) high levels of depression and anxiety. With respect to the interpretation of the scores in relation to cut-off scores, the impact of DIF was negligible. The French 4DSQ measures the same constructs (distress, depression, anxiety and somatization) as the original Dutch 4DSQ, practically in the same way. The French scores can be interpreted in the same way as the Dutch scores.

[1] Chambe J, Le Reste JY, Maisonneuve H, Sanselme AE, Oho-Mpondo J, Nabbe P, Terluin B. Evaluating the validity of the French version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire with differential item functioning analysis. *Fam Pract* 2015; 32: 474-9.

August 14, 2019