

## GAD-7

**Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)?**

Jamais      Plusieurs jours      Plus de la moitié des jours      Presque tous les jours

*(Marquez « ✓ » pour indiquer votre réponse)*

1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	0	1	2	3
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	0	1	2	3
4. Des difficultés à se détendre	0	1	2	3
5. Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	0	1	2	3
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_)**