

.....

Prénom et nom de famille du client : _____

1. Expliquez-moi brièvement votre surplus de poids. Selon vous, à quoi est-il dû?

2. S'agit-il de votre première démarche de perte de poids?

- ☐ Oui (*Passez à la **question 4.***)
- ☐ Non (*Passez à la **question 3.***)

3. À quand remonte la dernière fois où vous avez suivi un programme amaigrissant?

4. Dans le cadre de votre démarche, êtes-vous suivi(e) par un ou une professionnel(le) de la santé, du paramédical ou de la gestion du poids (médecin, diététiste, praticien en gestion de poids, par exemple)?

- ☐ Oui (*Passez à la **question 5.***)
- ☐ Non (*Passez à la **question 8.***)

5. Quelles sont les recommandations que vous avez reçues de ce ou cette professionnel(le) en ce qui concerne le poids à atteindre?

6. Quelles sont les recommandations que vous avez reçues de ce ou cette professionnelle sur le plan de votre **alimentation**?

7. Quelles sont les recommandations que vous avez reçues de ce ou cette professionnelle sur le plan de votre **activité physique**?

8. Quels sont les **inconforts mentaux et émotionnels** que vous ressentez ces jours-ci (par exemple, vous sentez-vous stressé[e], impatient[e], irritable)?

9. Quels sont les **inconforts physiques** que vous avez ressentis au cours des deux dernières semaines?

1. Dans le cadre de votre démarche, suivez-vous un programme amaigrissant? Comme **rappel**, je considère comme un *programme amaigrissant* toute forme d'action concrète visant à favoriser chez vous la perte de poids (ce peut être de suivre un régime précis, ou bien simplement de gérer chaque jour vos portions, d'avoir augmenté votre activité physique...).

- ☐ Oui (*Passez à la question 2.*)
- ☐ Non (*Passez à la **section C.***)

2. Le programme amaigrissant que vous suivez touche-t-il votre **alimentation**, votre **activité physique**, ou bien ces deux aspects?

- ☐ Alimentation seulement
- ☐ Activité physique seulement
- ☐ Les deux

3. Décrivez-moi brièvement le programme amaigrissant que vous suivez actuellement.

4. Dites-m'en plus sur votre programme sur le plan de votre **alimentation**. Actuellement, de quelle manière influencez-vous votre **alimentation** pour favoriser chez vous la perte de poids?

5. Dites-m'en plus sur votre programme sur le plan de votre **activité physique**. Que faites-vous concrètement pour favoriser chez vous la perte de poids?

6. Dans le moment présent, quelle est votre perception globale de ce programme amaigrissant (par exemple, croyez-vous qu'il est efficace, trouvez-vous difficile de le suivre...)?

7. Avez-vous perdu du poids depuis que vous avez entamé ce programme?

- ☐ Oui
☐ Non

Notes

SECTION C – VÉRIFICATION DE LA POSSIBILITÉ D'ACCOMPAGNER LE CLIENT EN HYPNOSE

1. Êtes-vous ouvert(e) à suivre un programme amaigrissant, c'est-à-dire à faire des actions concrètes liées à votre alimentation, à votre activité physique ou à ces deux aspects?

- ☐ Oui (*Passez à la question 2.*)
☐ Non (*Éconduire le client.*)

2. Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre motivation pour la possibilité de suivre un programme amaigrissant, d'agir de manière à avancer vers un poids santé?

3. Quelles sont les choses qui influencent à la baisse votre niveau de motivation?

Tableau D1 – habitudes ou programmations

Avez-vous l'habitude ou l'automatisme de :	Oui	Non
1. manger en faisant une autre activité (devant la télévision, par exemple)?		
2. manger rapidement ou très rapidement?		
3. continuer de manger même rassasié(e) (par exemple par gourmandise ou pour finir les mets du repas)?		
4. manger entre les repas (grignoter la nuit, par exemple)?		
5. manger davantage en situation sociale (au restaurant, en groupe)?		
6. sauter des repas?		

Notes

Tableau D2 – « dépendance »

Au cours de votre journée, ressentez-vous en général le besoin de :	Oui	Non
7. consommer des aliments particulièrement salés?		
8. consommer des aliments particulièrement sucrés?		
9. consommer des aliments faisant partie de la malbouffe (calories vides, par exemple)?		
10. consommer un aliment ou un type de nourriture précis?		

Tableau D3 – autre lien nocif ou potentiellement nocif

Avez-vous tendance à :	Oui	Non
11. manger pour vous désennuyer ou vous distraire?		
12. manger pour obtenir un sentiment de satisfaction?		
13. manger pour obtenir un réconfort ou une relaxation?		
14. manger pour obtenir une compensation?		
15. manger pour obtenir du plaisir?		
16. manger pour combattre une expérience émotive difficile, intense émotionnellement?		

17. Y a-t-il des aliments ou types de nourriture qui, en ce moment, s'avèrent pour vous **problématiques** dans votre démarche, c'est-à-dire qui, selon vous, nuisent à votre amaigrissement et auxquels il vous est difficile de résister?

- ☐ Oui (*Passez à la question 18.*)
☐ Non (*Passez à la **section E.***)

18. Lesquels?

1. Vous a-t-on diagnostiqué un trouble du comportement alimentaire?

- ☐ Oui (*Passez à la question 2.*)
☐ Non (*Passez à la **section F.***)

2. De quel trouble s'agit-il?

Questionnaire de départ

Tableau F

Faites-moi savoir s'il vous est facile, plutôt difficile ou très difficile de faire les choses suivantes au quotidien. (Énoncez celles qui s'appliquent au client.)	Facile	Plutôt difficile	Très difficile
1. Maintenir votre programme amaigrissant			
2. Éviter de faire une autre activité en mangeant			
3. Manger lentement			
4. Éviter de grignoter			
5. Gérer vos portions			
6. Boire principalement de l'eau plate, et suffisamment			
7. Gérer votre consommation de sel			
8. Gérer votre consommation de sucre			
9. Éviter de consommer des aliments de malbouffe			
10. Prendre plaisir à manger sainement			
11. Éviter de consommer des aliments problématiques pour vous			
12. Éviter de manger vos émotions			
13. Éviter de manger avec excès			
14. Ressentir les signaux de la faim			
15. Manger uniquement par faim réelle			
16. Reconnaître les signaux de la satiété			
17. Vous arrêter de manger lorsque vous ressentez la satiété			
18. Respecter votre programme alimentaire			
19. Faire de l'activité physique			
20. Vous sentir motivé(e) pour votre démarche d'amaigrissement			
21. Percevoir vos progrès dans votre démarche			
22. Percevoir votre amaigrissement (changement de votre corps)			
23. Avoir un sommeil de qualité			
24. Gérer votre stress			

1. Selon vous, à quoi est principalement due votre difficulté du moment à progresser vers un poids santé?

2. Selon vous, y a-t-il de vos **comportements alimentaires** qui nuisent à votre capacité d'atteindre un poids santé?

- ☐ Oui (*Passez à la question 3.*)
☐ Non (*Passez à la question 5.*)

3. Quels sont-ils?

4. Seriez-vous ouvert(e) à travailler ces comportements alimentaires?

- ☐ Oui
☐ Non

Notes

5. Selon vous, quelles sont les choses que vous avez besoin de faire sur le plan de votre **activité physique** pour pouvoir atteindre un poids santé?

6. Seriez-vous ouvert(e) à faire cela?

- ☐ Oui
☐ Non

Notes

Objectif

1.

Quelle est la taille de vêtement (numérique) que vous portez en ce moment? _____

Quelle est la taille de vêtement (numérique) que vous désirez porter? _____

2.

Quel est votre poids actuel? _____ kg/lb

Quel est le poids que vous désirez atteindre? _____ kg/lb

_____ kg/lb (*Calculez la différence des deux poids.*)

3. Combien de temps – en semaines ou en mois – vous donnez-vous pour atteindre ce poids?

Vous désirez donc perdre _____ (kg/lb) en _____ (semaines/mois).

Sources possibles de motivation

4. Avez-vous un ou des problèmes de santé liés à votre surplus de poids?

☐ Oui (*Passez à la question 5.*)

☐ Non (*Passez à la question 6.*)

5. De quel(s) problème(s) s'agit-il?

6. Quelles sont pour vous les principales sources de motivation dans votre démarche d'amaigrissement?

7. Est-ce que votre entourage vous encourage dans votre démarche?

☐ Oui

☐ Non

8. Avez-vous un vêtement particulier que vous aimeriez porter une fois que vous aurez atteint un poids santé?

- ☐ Oui
☐ Non

(Si oui) Décrivez-moi ce vêtement.
