

PARTIE B

**DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE PAR LE THÉRAPEUTE OU
CONSEILLER LORS DE L'ENTREVUE
D'ÉVALUATION OU AU DÉBUT
DU PROCESSUS DE COUNSELING**

1. Pouvez-vous me parler des problèmes particuliers que vous avez éprouvés à la suite d'une discrimination fondée sur votre orientation ou identité sexuelles ?
2. Vers quel âge avez-vous réalisé pour la première fois que vous étiez _____ ? Qu'avez-vous ressenti après votre affirmation d'identité ou de transition sexuelles et comment ont réagi les autres ?
3. Parlez-vous ouvertement de votre orientation ou identité sexuelles ? Au travail ? À l'école ? À la maison ? Avec de nouvelles connaissances ?
4. Parlez-moi de votre famille. Dans quelle mesure votre orientation ou identité sexuelles a-t-elle influencé vos relations avec votre famille ? Recevez-vous un soutien de votre famille ?
5. Quel est votre degré d'engagement dans les communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles, transgenderistes, bispirituelles, intersexuelles ou queers (LGBTTBIG) ?
6. Avez-vous des problèmes d'image corporelle ? Craignez-vous de vieillir ? Ressentez-vous les pressions relatives à l'image corporelle et au vieillissement qui existent dans les communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles, transgenderistes, bispirituelles, intersexuelles ou queers (LGBTTBIG) ?
7. Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) inquiète beaucoup de personnes. Vous sentez-vous concerné ?
8. Consommez-vous de l'alcool ou de la drogue pour composer avec un problème que nous avons abordé ? Vos problèmes de santé mentale sont-ils liés à une question que nous avons évoquée ?
 pas du tout un peu dans une certaine mesure beaucoup
Si oui... en quoi ?