

# I T E-H

## Inventaire de traumatismes d'Essen Hétéro-évaluation

Référence/Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Date de l'enquête : \_\_\_\_\_

## Liste d'événements graves (vécus personnellement et/ ou comme témoin)

Partie A	Personnellement	Témoin
1. Catastrophe naturelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Accident grave, incendie ou explosion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Maladie grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Agression violente par une <u>personne inconnue</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Agression violente par un membre de la <u>famille ou une connaissance</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mort d'une personne de confiance importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Détention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Abus sexuel étant mineur(e) par <u>une personne inconnue</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Abus sexuel étant mineur(e) par <u>quelqu'un de la famille ou un proche</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Expérience de vie dans une région où il y avait la guerre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Torture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Abandon, négligence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Violence sexuelle étant adulte par une personne inconnue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Violence sexuelle étant adulte par un membre de la famille ou une connaissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Autre événement marquant		

Lequel : \_\_\_\_\_

**Quel a été le pire événement ?** (la question se rapporte à un des événements de la liste au-dessus)

\_\_\_\_\_

**Répondez aux questions suivantes CONCERNANT LE PIRE EVENEMENT VECU.**

**14. Quand est-ce que ce pire événement a eu lieu?**

**Jours :** \_\_\_\_\_ **Mois :** \_\_\_\_\_ **Années :** \_\_\_\_\_

**15. Durant cette pire expérience...? (Critères d'inclusion)  
(merci de cocher OUI ou NON à chaque fois)**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
A1. il/ elle a été blessé(e) physiquement.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A2. il/ elle a pensé que sa vie était en danger.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A1
A3. quelqu'un d'autre a été blessé physiquement.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A4. il/ elle a pensé que la vie de quelqu'un d'autre était en danger.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
A5. il/ elle s'est senti(e) sans défense .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A6. il/ elle avait très peur.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A2
A7. il/ elle était très horrifié(e).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A8. il/ elle s'est senti(e) très impuissant(e) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## Symptomatologie traumatique au cours des 4 dernières semaines

Partie B	Pas du tout	Rare- ment	Fré- quem- ment	Très sou- vent
<b>ESA min.1    Intrusions    ESPT min. 1</b>				
1. A-t-il/ elle eu des pensées ou des souvenirs difficiles à propos de cet événement ?	①	②	③	④
2. Depuis cet événement, fait-il/ elle des cauchemars ?	①	②	③	④
3. A-t-il/ elle l'impression qu'il/ elle va toujours "revivre" l'événement ?	①	②	③	④
4. Les souvenirs liés à l'événement traumatique le/ la font-il/ elle souffrir ?	①	②	③	④
5. A-t-il/ elle des réactions physiques quand il/ elle repense à l'événement ?	①	②	③	④
<b>ESA min.3    Evitement    ESPT min. 3</b>				
1. Essaie-t-il/ elle de ne pas penser à cet événement, de ne pas en parler ou de refouler les sentiments qui y sont liés ?	①	②	③	④
2. Essaie-t-il/ elle d'éviter des situations qui lui font penser à cet événement ?	①	②	③	④
3. Y a-t-il un détail important de l'événement dont il/ elle ne se souvient pas ?	①	②	③	④
4. N'a-t-il/ elle plus plaisir à faire des activités qui lui plaisaient avant l'événement ?	①	②	③	④
5. Depuis l'événement, a-t-il/ elle l'impression d'être étranger(ère) ou seul(e) face aux personnes de ton entourage ?	①	②	③	④
6. A-t-il/ elle parfois l'impression de ne plus éprouver de sentiments ?	①	②	③	④
7. A-t-il/ elle l'impression que ses projets d'avenir et ses espoirs ne se réaliseront pas ?	①	②	③	④
<b>ESA min.2    Hypervigilance    ESPT min. 2</b>				
1. A-t-il/ elle des problèmes de sommeil ?	①	②	③	④
2. A-t-il/ elle des accès de colère ou est-il/ elle souvent énervé(e) ?	①	②	③	④
3. A-t-il/ elle des difficultés à se concentrer ?	①	②	③	④
4. Y a-t-il des moments où il/ elle est angoissé(e) ou inquiet/ète alors qu'il n'y a pas de raison de l'être à ce moment précis ?	①	②	③	④
5. Est-ce qu'il/ elle s'effraye facilement ou est-il/ elle très nerveux/euse ?	①	②	③	④
<b>ESA min.3    Dissociation</b>				
1. Y a-t-il des moments où il/ elle a l'impression qu'il/ elle ne fait pas partie de ce qui se passe ?	①	②	③	④
2. A-t-il/ elle l'impression que le temps passe différemment, comme si tout était au ralenti ?	①	②	③	④
3. A-t-il/ elle l'impression que l'événement n'était pas réel, comme si il/ elle rêvais ou si il/ elle regardait un film ou une pièce de théâtre ?	①	②	③	④
4. Lui arrive-t-il/ elle de se voir dans le miroir et de ne pas se reconnaître ?	①	②	③	④
5. A-t-il/ elle parfois l'impression que son corps ne lui appartient pas ?	①	②	③	④
6. Y a-t-il des moments où il/ elle n'est plus sûr(e) de l'endroit où il/ elle se trouve ni de l'heure qu'il est ?	①	②	③	④

## Partie C

### 1. Depuis combien de temps a-t-il/ elle les problèmes décrits précédemment (partie B) ?

(merci de ne cocher qu'une réponse)

- Moins d'un mois                      ①  
De 1 à 3 mois                        ②  
Plus de 3 mois                        ③

### 2. Combien de temps après cet événement traumatisant les problèmes mentionnés précédemment (partie B) sont-ils apparus ? (merci de cocher qu'une réponse)

- Durant les six mois suivants        ①  
Six mois après ou plus tard        ②

### 3. Depuis cet événement, a-t-il/ elle eu à plusieurs reprises des douleurs corporelles ? Si oui, lesquelles ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- Maux de ventre          Maux de tête          Nausées          Diarrhées      
Frissons          Vertiges          Palpitations          Difficultés respiratoires      
Crampes          Autres : si oui : Lesquelles ? \_\_\_\_\_

### 4. A quel point l'événement et ses conséquences sont-ils pour il/elle stressant(es) actuellement ?

- pas du tout stressant                ①  
très peu stressant                    ①  
peu stressant                        ②  
moyennement stressant            ③  
beaucoup stressant                ④  
énormément stressant            ⑤

### 4. Difficultés psychosociales actuellement rencontrées dans divers domaines

	aucune	peu	moyen- nement	enormé- ment
a. école / études / profession	①	①	②	③
b. travail à la maison et travail ménager	①	①	②	③
c. hobby et passe-temps	①	①	②	③
d. relations avec les amis, collègues, camarades d'école	①	①	②	③
e. relations avec les membres de la famille	①	①	②	③
f. sexualité	①	①	②	③

#### Interprétation

##### **Etat de stress aigu (ESA):**

- Critères diagnostiques pour le DSM IV – ITE/item 15: A1 = A1,A2,A3,A4 (min. 1 item doit être positif) et A2 = A5,A6,A7,A8 (min. 1 item doit être positif) ;
- De plus les symptômes d'intrusion (1), évitement (3), hypervigilance (2), dissociation (3) avec min. 2 réponses "fréquemment" ;
- La durée des symptômes et le temps écoulé depuis l'événement ne sont pas supérieurs à 4 semaines.

##### **Etat de stress post-traumatique (ESPT):**

- Critères diagnostiques pour le DSM IV – ITE/item 15: A1 = A1,A2,A3,A4 (min. 1 item doit être positif) et A2 = A5,A6,A7,A8 (min. 1 item doit être positif) ;
- De plus les symptômes d'intrusion (1), évitement (3), hypervigilance (2) avec min. 2 réponses "fréquemment" ;
- La durée des symptômes et le temps écoulé depuis l'événement sont supérieurs à 4 semaines.