

Inventaire de Traumatismes d'Essen
Tagay S., Stoelk B., Möllering A., Erim Y., Senf W
Übersetzung von: Eric Francescotti, Jörg M. Fegert und Christian Perler
LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg – Essen
© 2009

ITE

Inventaire de Traumatismes d'Essen

Référence/Nom: _____

Âge: _____

Date de l'enquête: _____

Consigne: Vous trouverez ci-après une liste d'événements graves auxquels un individu peut assister dans sa vie. Veuillez cocher, pour chaque événement, si vous l'avez vécu (**OUI**) ou non (**NON**). Lorsque vous répondez par **OUI**, veuillez préciser si vous l'avez vécu **personnellement** ou en tant que **témoin**. Si vous avez vécu un événement grave personnellement et également en tant que témoin, veuillez cocher ces deux mentions. Nous vous informons que toutes vos réponses sont soumises au secret médical. Veuillez répondre à toutes les questions.

	NON	OUI	
		Person- nellement	Témoin
1. Catastrophe naturelle (par exemple inondation, tempête, tremblement de terre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Accident grave, incendie ou explosion (par exemple accident de la circulation, accident de travail, catastrophe aérienne ou maritime)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Maladie grave (par exemple attaque d'apoplexie, cancer, infarctus, opération lourde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Agression violente par une personne inconnue (par exemple être attaqué(e) physiquement, dévalisé(e), menacé(e) avec une arme à feu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Agression violente par un membre de la famille ou une connaissance (par exemple être attaqué(e) physiquement, dévalisé(e), menacé(e) avec une arme à feu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mort d'une personne de confiance importante (par exemple par accident, suicide, meurtre)			<input type="radio"/>
7. Détention (par exemple détention criminelle, prisonnier de guerre, otage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Abus sexuel étant enfant/adolescent(e) par une personne inconnue (par exemple contact sexuel non consenti ou obligé, viol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Abus sexuel étant enfant/adolescent(e) par un membre de la famille ou une connaissance (par exemple contact sexuel non consenti ou obligé, viol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Intervention militaire lors d'une guerre ou résidence dans un territoire en guerre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Torture (par exemple privation de sommeil plusieurs jours durant, électrochocs, tentatives d'étranglement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Abandon, négligence (par exemple subir un rejet constant, recevoir peu d'affection des parents)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Violence sexuelle étant adulte par une personne inconnue (par exemple viol ou tentative de viol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Violence sexuelle étant adulte par un membre de la famille ou une connaissance (par exemple viol ou tentative de viol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Autre événement grave			

Lequel: _____

Attention Important!

Quelle est la pire expérience que vous ayez vécue ? (Cette question se rapporte aux événements de la liste ci-dessus ; veuillez donner le numéro correspondant. Si vous n'avez coché la case OUI que pour un seul événement, celui-ci est considéré comme « la pire expérience ». Si votre « pire expérience » n'est pas dans la liste ci-dessus, veuillez l'indiquer ici).

16.

Veuillez répondre aux questions suivantes POUR CETTE PIRE EXPÉRIENCE.

17. Quand cette pire expérience a-t-elle eu lieu?

Jours: _____ **Semaines:** _____ **Moins:** _____ **Années:** _____

18. Durant cette pire expérience...?

(merci de cocher OUI ou NON à chaque fois)

	NON	OUI
A1. Vous avez été blessé(e) physiquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. Vous avez pensé que votre vie était en danger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3. Quelqu'un d'autre a été blessé physiquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4. Vous avez pensé que la vie d'une autre personne était en danger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. Vous vous êtes senti(e) sans défense	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. Vous avez eu très peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. Vous étiez horrifié(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8. Vous vous êtes senti impuissant(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consigne: Vous trouverez ci-après une série de problèmes que des individus connaissent parfois après avoir vécu des événements stressants. Veuillez lire attentivement chacun de ces problèmes. Choisissez la réponse (pas du tout (0), rarement (1), fréquemment (2), très souvent (3)) qui décrit le mieux à quel point vous avez été affecté(e) par ce problème durant **LE MOIS DERNIER** (c'est-à-dire dans les quatre dernières semaines jusqu'aujourd'hui compris). Ces questions devront se rapporter à votre **pire expérience**.

	Pas du tout	Rarement	Fréquemment	Très souvent
1. Cet événement a-t-il provoqué des pensées ou souvenirs pénibles et involontaires qui vous restaient à l'esprit, alors que vous ne vouliez pas y penser ?	①	①	②	③
2. Avez-vous essayé de ne pas penser à cet événement, de ne pas en parler ou de refouler les émotions qui y sont liées ?	①	①	②	③
3. Éprouviez-vous des difficultés d'endormissement ou d'autres troubles du sommeil (réveils fréquents)?	①	①	②	③
4. Y a-t-il eu des moments durant lesquels vous ne saviez plus ce qui se passait, ou durant lesquels vous aviez l'impression de ne pas avoir été présent(e) lors d'événements ?	①	①	②	③
5. Aviez-vous des cauchemars en rapport à cet événement ?	①	①	②	③

	Pas du tout	Rarement	Fréquemment	Très souvent
6. Avez-vous essayé d'éviter les situations qui vous font penser à cette expérience ? (par exemple activités, personnes ou lieux)?	①	②	③	④
7. Aviez-vous des accès de colère ou étiez-vous plus facilement irritable ?	①	②	③	④
8. Votre appréciation du temps s'était-elle modifiée, comme si tout semblait se dérouler au ralenti ?	①	②	③	④
9. Avez-vous soudainement eu l'impression que vous alliez revivre cet événement ?	①	②	③	④
10. Étiez-vous incapable de vous souvenir d'un fait important de l'événement ?	①	②	③	④
11. Avez-vous éprouvé des difficultés à vous concentrer (par exemple oublier ce que vous vouliez faire à l'instant, oublier ce que vous veniez de lire ou de voir à la télévision) ?	①	②	③	④
12. L'événement vous a-t-il paru irréel, comme si vous étiez en train de rêver, de regarder un film ou une pièce de théâtre ?	①	②	③	④
13. Cela vous a-t-il stressé pesait-il, quand l'événement était évoqué (vous êtes-vous senti(e) sans défense, en colère, triste ou honteux/euse) ?	①	②	③	④
14. Avez-vous perdu le grand intérêt que vous aviez pour certaines activités qui vous étaient importantes avant l'événement ?	①	②	③	④
15. Avez-vous été particulièrement sur le qui-vive (par exemple vérifier que rien ne vous semble suspect aux alentours, qu'il y ait un téléphone à proximité pour appeler de l'aide rapidement)?	①	②	③	④
16. Vous est-il arrivé de vous voir dans le miroir, sans vous reconnaître ?	①	②	③	④
17. Avez-vous eu des réactions corporelles lorsque vous avez pensé à l'événement (par exemple agitation interne, frissons ou palpitations)?	①	②	③	④
18. Vous êtes-vous senti devenir étranger(ère) ou isolé(e) vis-à-vis de personnes de votre entourage?	①	②	③	④
19. Étiez-vous facilement effrayé(e) ou très nerveux(se) (par exemple à cause de bruits forts)?	①	②	③	④
20. Vous êtes-vous senti désorienté(e) ? Y a-t-il eu des moments où vous n'étiez plus sûr(e) de l'endroit où vous vous situiez et de l'heure qu'il était ?	①	②	③	④
21. Avez-vous eu l'impression d'être émotionnellement insensible (par exemple ne pas pouvoir pleurer, ne pas pouvoir éprouver de sentiments positifs)?	①	②	③	④
22. Avez-vous eu l'impression que vos projets d'avenir et vos espoirs ne se réaliseraient jamais (par exemple que vous n'auriez pas de foyer, que vous auriez moins de bonheur que d'autres dans la vie professionnelle ou privée)?	①	②	③	④
23. Avez-vous eu parfois l'impression que votre corps ne vous appartenait pas ?	①	②	③	④

