

# OUTILS D'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Les échelles psychologiques suivantes sont scientifiquement recommandées pour évaluer les différents symptômes associés au psychotraumatisme. Leur utilisation doit être adaptée à chaque situation et aux besoins de la victime.

## TABLE DES MATIÈRES

### 1. DOCUMENT D'ANAMNÈSE

*L'anamnèse constitue un ensemble de données servant au suivi psychologique.*

### 2. ANNEXES

#### 2.1 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)

*Échelle d'évaluation (10 items) permettant de mesurer la **consommation d'alcool**, les comportements de consommation et les problèmes liés à l'alcool.*

#### 2.2 PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

*Échelle d'évaluation (20 items) permettant d'identifier les symptômes de **TSPT**. Il peut également être utilisé comme un outil de suivi et/ou de diagnostic provisoire.*

#### 2.3 International Trauma Questionnaire (ITQ)

*Échelle d'évaluation (18 items) permettant d'identifier les symptômes de **TSPT**. Il permet également de faire la distinction entre le TSPT et le TSPTC.*

#### 2.4 Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13)

*Échelle d'évaluation des symptômes de **TSPT** chez les **enfants de 8 à 18 ans**. La version de 13 items (CRIES-13) regroupe trois sous-échelles : évitement, répétition et hyperactivation. Il s'agit d'une courte échelle, utile pour identifier les enfants à risque de développer un TSPT et pour lesquelles une intervention devrait être mise en place. Elle permet également une surveillance active de l'évolution des symptômes.*

## 2.5 Patient Health Questionnaire 9-item scale (PHQ-9)

*Échelle d'évaluation (9 items) permettant d'évaluer le degré de gravité de **dépression**. Il peut aussi être utilisé comme un outil de diagnostic et de suivi.*

## 2.6 Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7)

*Échelle d'évaluation (7 items) permettant d'identifier les symptômes **d'anxiété** et d'en mesurer leur gravité. Il peut aussi être utilisé comme un outil de diagnostic et de suivi.*

# 1. DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES

Nom du/de la psychologue ou prestataire de soins chargé-e de l'anamnèse :

.....

Date anamnèse : .....

*Les aspects ci-dessous sont discutés pendant la séance d'évaluation, après laquelle le/la psychologue ou prestataire de soins les inscrit dans cette liste :*

## 1. ANTÉCÉDENTS

Date (estimée) des derniers faits de violence : .....

Lien avec l'auteur-e :

- Membre de la famille
- (Ex-)partenaire
- Connaissance
- Inconnu-e
- Autre : .....

Plainte à la police pour ces faits :

- Oui
- Non

Si oui, date (estimée) de la plainte : .....

Expériences antérieures de violence et/ou expériences traumatisantes :

- Oui
- Non

La victime at-t-elle des antécédents de problèmes de santé mentale ?

- Oui
- Non

Si oui, quel type de diagnostic ? .....

Si oui, date du diagnostic ? .....

Admission psychiatrique antérieure :

- Oui
- Non

Si oui, motif de l'admission psychiatrique : .....

Si oui, date de la dernière admission psychiatrique : .....

Si oui, médecin traitant et établissement : .....

Assistance antérieure :

- Oui
- Non

Si oui, type d'assistance et date : .....

Réseau d'assistance actuellement existant :

- Oui
- Non

Si oui, type d'assistance et date de début : .....

.....

## 2. SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES AU TRAUMATISME

### 2.1. Victimes majeures

Recours au questionnaire PCL-5 :

- Oui
- Non

Si oui, score PCL-5 : .....

Si non, raisons : .....

Recours au questionnaire ITQ :

- Oui
- Non

Si oui, score ITQ : .....

Si non, raisons : .....

### 2.2. Victimes mineures

Recours au questionnaire CRIES :

- Oui
- Non

Si oui, score CRIES : .....

Si non, raisons: .....

### 3. SYMPTÔMES DISSOCIATIFS

Suspicion de symptômes dissociatifs :

- Oui
- Non
- Inconnu

### 4. DÉPRESSION

Symptômes de dépression :

- Aucun
- Légers
- Sévères
- Inconnu

Recours optionnel PHQ-9 :

- Oui
- Non

Si oui, score sur PHQ-9 : .....

### 5. ANXIÉTÉ

Symptômes d'anxiété :

- Aucun
- Légers
- Sévères
- Inconnu

Recours optionnel GAD-7 :

- Oui
- Non

Si oui, score sur GAD-7 : .....

## 6. COMPORTEMENTS A RISQUES

La victime présente-elle un ou des comportement(s) à risques ?

Si oui, décrivez le(s) type(s) de comportement(s), la raison et la fréquence<sup>1</sup> :

.....

.....

.....

.....

## 7. AUTOMUTILATION

La victime s'est-elle automutilée ou blessée depuis les violences/sa dernière visite à l'hôpital ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez la raison, la fréquence, la méthode et l'intention :

.....

.....

.....

La victime songe-t-elle en ce moment (même de façon passagère) à s'automutiler ou à se blesser ?

- Oui
- Non
- Inconnu

---

<sup>1</sup> Par comportement à risques est notamment entendu la recherche active voire compulsive de situations, de comportements ou de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme. En ce sens, la consommation d'alcool et/ou d'autres substances doit être sondée. En fonction de la situation et en cas de suspicion d'abus de substances problématique, recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 2) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles.

Si oui, décrivez la fréquence, la méthode et l'intensité de ces pensées :

---

---

---

## 8. SUICIDALITÉ

### 8.1. Pensées suicidaires

La victime a-t-elle songé à mettre fin à sa vie depuis les violences/sa dernière visite à l'hôpital ?

- Oui
- Non

Ces derniers jours, la victime a-t-elle pensé au suicide ?

- Oui
- Non
- Inconnu

Si oui, quelle est l'intensité de ces pensées ? :

---

---

---

### 8.2. Tentative de suicide

La victime a-t-elle tenté de mettre fin à sa vie depuis les violences/sa dernière visite à l'hôpital ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez la méthode, la fréquence, la combinaison avec une intoxication et les éventuels soins nécessaires :

---

---

---

### 8.3. Intentions suicidaires actuelles

La victime pense-t-elle en ce moment (même de façon passagère) à mettre fin à sa vie ?

- Oui
- Non

Si oui, fréquence : .....

La victime pense-t-elle qu'elle risque de se suicider avant la prochaine consultation ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez la méthode et l'accessibilité de ces moyens :

.....

.....

## 9. VIOLENCE RÉPÉTÉE EXERCÉE PAR DES TIERS

La victime se plaint-elle de violences répétées exercées par des tiers ou présente-t-elle des symptômes de violences répétées exercées par des tiers ?

- Oui
- Non

## 10. VICTIMISATION SECONDAIRE

Au-delà des faits eux-mêmes, la victime a-t-elle éprouvé une(des) difficulté(s) ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez la(les) difficulté(s) rencontrée(s) :

.....

.....

.....

La victime a-t-elle vécu des réactions et/ou des jugements difficiles de la part d'autrui ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez les réactions difficiles :

---

---

La victime a-t-elle bénéficié du soutien ?

- Oui
- Non

Si oui, le soutien apporté à la victime était-il approprié ?

---

---

De quoi la victime aurait-elle eu besoin et quelle différence cela aurait-il pu faire pour elle ?

---

---

# Questionnaire Audit-C

L'Audit-C est constitué des trois premières questions du questionnaire "Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit)

Le score du questionnaire Audit-C est facile à calculer.

**1- A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**

- Jamais **0 pt**
- 1 fois par mois ou moins **1 pt**
- 2 à 4 fois par mois **2 pts**
- 2 à 3 fois par semaine **3 pts**
- Au moins 4 fois par semaine **4 pts**

**2- Combien de verres standard consommez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous consommez de l'alcool ?**

- 1 ou 2 **0 pt**
- 3 ou 4 **1 pt**
- 5 ou 6 **2 pts**
- 7 à 9 **3 pts**
- 10 ou plus **4 pts**

**3- Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?**

- Jamais **0 pt**
- Moins d'une fois par mois **1 pt**
- Une fois par mois **2 pts**
- Une fois par semaine **3 pts**
- Tous les jours ou presque **4 pts**



## Interprétation du résultat

Un score = ou > à 4 chez la femme et = ou > à 5 chez l'homme, doit faire évoquer un **mésusage de l'alcool**.

## Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx & Schnurr (2013) National Centre for PTSD ©2013

Traduction française et validation par Ashbaugh et al. (2016)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de passation : \_\_\_\_\_

Consigne : Ce questionnaire porte sur des problèmes que vous pouvez avoir eu à la suite d'une expérience très stressante ayant impliqué une mort ou une menace de mort, une blessure grave, ou de la violence sexuelle. Il peut s'agir de quelque chose qui vous est arrivé directement, de quelque chose dont vous avez été témoin, ou de quelque chose qui a été porté à votre connaissance au sujet d'un membre de votre famille ou d'un(e) ami(e) proche.

Voici quelques exemples de ce genre d'expériences : accident grave ; incendie ; catastrophe naturelle comme un ouragan, une tornade, un tremblement de terre ou une inondation ; agression physique ou sexuelle ; guerre ; homicide ; ou suicide.

Pour débiter, veuillez SVP répondre à quelques questions concernant le *pire événement* que vous avez vécu ; celui qui vous perturbe le plus actuellement.

Il peut s'agir d'un des exemples décrit ci-dessus ou d'une toute autre expérience très stressante. En outre, il peut s'agir d'un seul événement (par exemple, un accident de voiture) ou de plusieurs événements similaires (par exemple, des événements stressants répétés dans une zone de guerre ou des agressions sexuelles répétées).

Identifiez brièvement le pire événement (si vous vous sentez en mesure de le faire) :

\_\_\_\_\_

Cela fait combien de temps que c'est arrivé ? (SVP, donnez une estimation si vous n'en êtes pas certain(e))

\_\_\_\_\_

Cet événement a-t-il impliqué une mort ou une menace de mort, une blessure grave ou de la violence sexuelle ?

OUI       NON

Comment avez-vous vécu cet événement ?

Cela m'est arrivé directement

J'en ai été témoin

J'ai appris que c'est arrivé à un membre de ma famille ou à un(e) ami(e) proche

J'ai été exposé(e) de façon répétée à des aspects de cet événement dans le cadre de mon travail (par exemple : ambulancier, policier, militaire ou autre intervenant d'urgence)

Autre (SVP décrivez) : \_\_\_\_\_

Si cet événement est relié à la mort d'un membre de votre famille ou d'un(e) ami(e) proche, était-ce dû à un accident ou à un acte de violence ou était-ce dû à des causes naturelles (vieillesse, arrêt cardiaque, cancer, etc.) ?

Accident ou acte de violence

Causes naturelles (vieillesse, arrêt cardiaque, cancer, etc.)

Ne s'applique pas (l'événement n'a pas impliqué la mort d'un membre de ma famille ou d'un(e) ami(e) proche)

A présent, lisez chacun des énoncés de la page suivante en gardant à l'esprit ce pire événement, puis encerclez le chiffre qui indique à quel point vous avez été perturbé(e) par ce problème au cours du dernier mois.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1.	Des souvenirs indésirables, perturbants et répétitifs de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2.	Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
3.	Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
4.	Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?	0	1	2	3	4
5.	Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?	0	1	2	3	4
6.	Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?	0	1	2	3	4
7.	Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?	0	1	2	3	4
8.	Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?	0	1	2	3	4
9.	Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?	0	1	2	3	4
10.	Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?	0	1	2	3	4
11.	Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	0	1	2	3	4
12.	Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
13.	Vous sentir distant ou coupé des autres ?	0	1	2	3	4
14.	Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	0	1	2	3	4
15.	Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?	0	1	2	3	4
16.	Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
17.	Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
18.	Sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
19.	Avoir du mal à vous concentrer ?	0	1	2	3	4
20.	Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?	0	1	2	3	4

## FICHE DESCRIPTIVE

<b>Nom</b>	Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)
<b>Auteurs</b>	Weathers et al. (2013)
<b>Traduction</b>	Ashbaug, et al. (2016)
<b>Type de d'évaluation</b>	Questionnaire d'auto-évaluation
<b>Âge</b>	Adolescents-Adultes
<b>Objectif</b>	Surveiller les changements des symptômes pendant et après le traitement Dépister des individus ayant un TSPT (basé sur la DSM V) Faire un diagnostic de TSPT provisoire
<b>Descriptif</b>	Il estime 20 symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT), selon la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)
<b>Nombre d'items</b>	20 items
<b>Cotation</b>	Echelle de Likert en 5 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) Somme des items comprise entre 0 et 52
<b>Seuil ou indication</b>	Un score total $\geq 32$ permet le dépistage du TSPT
<b>Temps de passation</b>	5-10 min
<b>Références</b>	Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W. et Brunet, A. (2016) Psychometric validation of the english and french versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). <i>Plos One</i> , 11(10), e0161645-e0161645. U.S. Department of Veterans Affairs. (2017). PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). To Obtain Scale. Repéré à <a href="https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp">https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp</a>

# International Trauma Questionnaire (ITQ)

Cloitre et al. ©2018

Traduction française et validation par Peraud et al. (2022)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de passation : \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer quelle est l'expérience qui vous perturbe le plus et répondez aux questions par rapport à cette expérience.

Description de l'expérience :

---

---

---

---

Quand l'expérience s'est-elle passée ? (Entourez une réponse)

- il y a moins de 6 mois     1 à 5 ans     10 à 20 ans  
 6 à 12 mois     5 à 10 ans     Il y a plus de 20 ans

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes et de plaintes qu'ont parfois les personnes suite à des expériences de vie stressantes ou traumatiques.

Merci de lire chaque item attentivement, puis entourez un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème le mois dernier.

- |   | Pas du tout | Un petit peu | Modérément | Beaucoup | Extrêmement |
|---|-------------|--------------|------------|----------|-------------|
| P1. Avoir des rêves perturbants où se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience ?                    | 0           | 1            | 2          | 3        | 4           |
| P2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se rejoue ici et maintenant ?                         | 0           | 1            | 2          | 3        | 4           |
| P3. Éviter les ressentis qui rappellent l'expérience (par exemple, pensées, sentiments ou sensations physiques) ?                                 | 0           | 1            | 2          | 3        | 4           |
| P4. Éviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (par exemple, personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations) ? | 0           | 1            | 2          | 3        | 4           |
| P5. Être en état de super-alerte, vigilance ou sur ses gardes ?   | 0           | 1            | 2          | 3        | 4           |
| P6. Réaction exagérée de surprise ou sursaut ?  | 0           | 1            | 2          | 3        | 4           |

Symptômes ci-dessous le mois dernier :

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| P7. Est-ce que cela a affecté vos relations et votre vie sociale ?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

*Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes que peuvent avoir parfois les personnes qui ont connu un événement stressant ou traumatique. Les questions se rapportent à la manière dont vous sentez typiquement, que vous pensez de vous-même typiquement ou les manières dont vous êtes typiquement en relation avec les autres. Répondez à quel point l'énoncé est vrai vous concernant.*

<i>A quel point est-ce vrai pour vous ?</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
C1. Quand je suis contrarié.e, il me faut beaucoup de temps pour me calmer	0	1	2	3	4
C2. Je me sens insensible ou émotionnellement éteint.e	0	1	2	3	4
C3. Je me sens nul.le	0	1	2	3	4
C4. Je me sens sans valeur	0	1	2	3	4
C5. Je me sens distant.e ou coupé.e des autres	0	1	2	3	4
C6. Je trouve qu'il est difficile de rester émotionnellement proche des autres	0	1	2	3	4

<i>Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus relatifs à vos émotions, aux croyances sur vous-même et dans vos relations ont-ils :</i>					
C7. A créé de l'inquiétude ou de la détresse concernant vos relations ou votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
C8. A affecté votre travail ou capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
C9. A affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

## FICHE DESCRIPTIVE

<b>Nom</b>	International Trauma Questionnaire (ITQ)
<b>Auteurs</b>	Cloitre et al. (2018)
<b>Traduction</b>	Peraud, et al. (2022)
<b>Type de d'évaluation</b>	Questionnaire d'auto-évaluation
<b>Âge</b>	Adultes
<b>Objectif</b>	1. Pointage pour un diagnostic de TSPT et TSPT complexe selon la CIM – 11 2. Evaluation dimensionnelle du TSPT et TSPT complexe selon la CIM- 11
<b>Descriptif</b>	<p><b>TSPT</b> : Un diagnostic probable de TSPT (selon la CIM-11) requiert la présence d'au moins un symptôme dans chacune des trois dimensions suivantes : (1) intrusions, (2) évitement et (3) perception de menace constante, ainsi que la présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé à ces symptômes. =&gt; La présence d'un symptôme ou d'une altération fonctionnelle est indiquée par un score <math>\geq 2</math> à un item.</p> <p><b>TSPT Complexe</b> : Un diagnostic probable de TSPT complexe (selon la CIM-11) nécessite que les conditions pour la présence d'un TSPT soit remplies, ainsi qu'au moins un symptôme dans chacune des trois dimensions de Perturbations dans l'Organisation de Soi (POS) : (1) difficultés de régulation émotionnelle, (2) concept de soi négatif et (3) perturbations relationnelles, ainsi que la présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé aux symptômes des POS. =&gt; La présence d'un symptôme ou d'une altération fonctionnelle est indiquée par un score <math>\geq 2</math> à un item.</p> <p>Une personne peut recevoir soit un diagnostic de TSPT, soit un diagnostic de TSPT-C. Si une personne remplit les critères du TSPT-C, elle ne reçoit pas un diagnostic de TSPT en plus. Si une personne ne remplit pas les critères du TSPT, alors elle ne peut pas remplir les critères du TSPT-C.</p>
<b>Nombre d'items</b>	18 items
<b>Cotation</b>	Echelle de Likert en 5 points de 0 (pas du tout) à 4 (Extrêmement)

<b>Seuil ou indication</b>	<b>1. Système de pointage pour le diagnostic du TSPT simple et TSPT Complexe</b>			
	TSPT	Critères	Perturbations dans l'organisation de soi	Critères
	Revivre l'expérience (Re_dx)	P1 ou P2 $\geq$ 2	Régulation Emotionnelle (AD_dx)	C1 ou C2 $\geq$ 2
	Evitement (Av_dx)	P3 ou P4 $\geq$ 2	Perception de soi négative (NSC_dx)	C3 ou C4 $\geq$ 2
	Sentiments de Menace (Th_dx)	P5 ou P6 $\geq$ 2	Déficit dans les relations (DR_dx)	C5 ou C6 $\geq$ 2
	Altération fonctionnelle (AF TSPT)	P7, P8, ou P9 $\geq$ 2	Altération fonctionnelle (AF TSPT)	C7, C8 ou C9 $\geq$ 2
	Critère TSPT =	(Re_dx) + (Av_dx) + (Th_dx) + (AF TSPT)	Critère de perturbations dans l'organisation de soi = (AD_dx) + (NSC_dx) + (DR_dx) + (AFDSO)	
			Critère de TSPT complexe = TSPT + Perturbations dans l'organisation de soi	
	<b>2. Evaluation dimensionnelle pour le TSPT simple et le TSPT Complexe</b>			
	TSPT		Perturbations dans l'organisation de soi	
Revivre l'expérience (Re)	P1 + P2	Régulation Emotionnelle (AD)	C1 + C2	
Evitement (Av)	P3 + P4	Perception de soi négative (NSC)	C3 + C4	
Sentiments de Menace (Th)	P5 + P6	Déficit dans les relations (DR)	C5 + C6	
Pointage TSPT =	(Re) + (Av) + (Th)	Pointage de perturbations dans l'organisation de soi = (AD) + (NSC) + (DR)		
		Pointage de TSPT complexe = TSPT + Perturbations dans l'organisation de soi		
<b>Temps de passation</b>	<b>10 min</b>			
<b>Références</b>	<p>Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... &amp; Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 138(6), 536-546.</p> <p>Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M. J., &amp; Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. <i>European journal of psychotraumatology</i>, 13(2), 2152109.</p>			

## Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES (13))

Smith et al. (2003) ©2003

Traduction française non validée entièrement

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de passation : \_\_\_\_\_

*Ci-dessous se trouvent des commentaires émis par des gens après avoir vécu des événements stressants. Veuillez répondre à chaque question en montrant la fréquence de ces réactions pendant ces sept derniers jours.*

	Pas du tout	Rarement	Quelques fois	Souvent
Y penses-tu même quand tu ne le veux pas ?	0	1	3	5
Essaies-tu de chasser l'événement de ta mémoire ?	0	1	3	5
As-tu des difficultés à être attentif ou à te concentrer ?	0	1	3	5
Ressens-tu soudainement des vagues de sentiments intenses à ce sujet ?	0	1	3	5
T'effraies-tu plus souvent ou te sens-tu plus nerveux qu'avant l'incident ?	0	1	3	5
Essaies-tu de t'éloigner de ce qui peut te rappeler l'événement ? (p. ex. des endroits ou situations)	0	1	3	5
Essaies-tu de ne pas en parler ?	0	1	3	5
T'arrive-t-il d'avoir des images de l'événement à l'esprit ?	0	1	3	5
Est ce qu'il y a d'autres choses qui t'y font penser ?	0	1	3	5
Essaies-tu de ne pas penser à l'événement ?	0	1	3	5
T'irrites-tu facilement ?	0	1	3	5
Es-tu alerte et vigilant même s'il n'y a apparemment pas lieu de l'être ?	0	1	3	5
As-tu des problèmes de sommeil ?	0	1	3	5

## FICHE DESCRIPTIVE

<b>Nom</b>	Children's Revised Impact of Events Scales – CRIES (13)
<b>Auteurs</b>	Smith et al. (2003)
<b>Traduction</b>	La traduction française n'a pas été entièrement validée
<b>Type de d'évaluation</b>	Questionnaire d'auto-évaluation
<b>Âge</b>	A partir de 8 ans
<b>Objectif</b>	Mesurer l'impact des événements sur les enfants
<b>Descriptif</b>	<p>Adaptée de l'IES pour adulte (Horowitz), l'échelle CRIES-13 est une échelle Revisitée pour mesurer l'impact des Evénements sur les enfants.</p> <p>Evalue 3 facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- facteur « intrusion » : 1, 4, 8, 9 ;</li> <li>- facteur « évitements » : 2, 6, 7, 10 ;</li> <li>- facteur « hyperréactivité » : 3, 5, 11, 12, 13.</li> </ul>
<b>Nombre d'items</b>	13 items
<b>Cotation</b>	<p>Echelle de Likert en 4 points dont les scores sont 0, 1, 3 et 5 points</p> <p>Somme des items comprise entre 0 et 65</p>
<b>Seuil ou indication</b>	Score total $\geq$ 30 permet le dépistage de TSPT
<b>Temps de passation</b>	5-10 min
<b>Références</b>	<p>Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. &amp; Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. <i>Personality et Individual Differences</i>, 34(2), 315.</p> <p>Perrin, S., Meiser-Stedman, R. et Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact Of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>, 33(4), 487-498.</p> <p>Children and War foundation. (s.d.). CRIES 13. Instruction and English Version/French version. Repéré à <a href="http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/ies13/">http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/ies13/</a></p>

QUESTIONNAIRE SUR

LA SANTÉ DU PATIENT - 9

( P H Q - 9 )

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
For office coding	0	+	+	+
= Total score				

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) <input type="checkbox"/>	Assez difficile(s) <input type="checkbox"/>	Très difficile(s) <input type="checkbox"/>	Extrêmement difficile(s) <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

COTATION DU QUESTIONNAIRE

Score	1-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Gravité de la dépression	Aucune	Légère	Modérée	Modérée-Sévère	Sévère

## GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e) ?

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

(Veuillez entourer le chiffre correspondant à 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 maîtriser 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 terrible risquait de se produire	0	1	2	3

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

