

Inventaire de Traumatismes d'Essen
Tagay S., Herrmans BE., Düllmann S., Senf W
Übersetzung von: Eric Francescotti, Jörg M. Fegert und Christian Perler
LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg – Essen
© 2009

ITE-EA

Inventaire de Traumatismes d'Essen pour Enfants et Adolescents

Référence/Nom: _____

Âge: _____

Date de l'enquête: _____

ETI

Consigne : Tu trouveras ici une liste d'événements graves auxquels quelqu'un peut assister dans sa vie. Pour chaque événement, coche la case correspondante si tu l'as vécu (**OUI**) ou non (**NON**). Lorsque tu réponds par OUI, précise ta réponse en cochant si tu l'as vécu toi-même **personnellement** ou en si tu l'as vu en tant que **témoin**. Si tu as assisté à un événement grave personnellement et en tant que témoin, coche les deux. Tes réponses resteront secrètes car elles sont protégées par le secret professionnel. Merci de répondre à toutes les questions.

	NON	OUI	
		Person- nellement	observate ur
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 circulation, incendie, catastrophe aérienne ou maritime)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Maladie grave (par exemple cancer, méningite, maladie du cœur, opération lourde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Agression violente par une <u>personne inconnue</u> (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 <u>famille ou une connaissance</u> (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, maladie grave, suicide, meurtre)			<input type="radio"/>
7. Détention (par exemple prison, prisonnier de guerre, otage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Abus sexuel par <u>une personne que tu ne connaissais pas</u> (par exemple contact sexuel que tu ne voulais pas ou qu'on t'a obligé(e) à avoir, viol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Abus sexuel par <u>quelqu'un de ta famille ou un proche</u> (par exemple contact sexuel que tu ne voulais pas ou qu'on t'a obligé(e) à avoir, viol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tu as habité dans une région où il y avait la guerre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Abandon, négligence (par exemple subir un rejet permanent, recevoir peu d'affection des parents)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Autre événement stressant (par exemple harcèlement à l'école (bullying), séparation des parents / de la famille)			

Lequel: _____

**Attention
Important!**

Quel a été pour toi le pire événement ? (la question se rapporte à un des événements de la liste au-dessus ; écris le numéro qui y correspond. Si le « pire événement » pour toi n'est pas dans la liste, écris ici ce que c'est)

13.

Réponds aux questions suivantes CONCERNANT LE PIRE EVENEMENT QUE TU AS VECU.

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

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

15. Durant cette pire expérience...?

(merci de cocher OUI ou NON à chaque fois)

	NON	OUI
A1. tu as été blessé(e) physiquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. tu as pensé que ta 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. tu as pensé que la vie de quelqu'un d'autre était en danger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. tu t'es senti(e) sans défense	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. tu avais très peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. tu étais très tendu(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8. tu étais très agité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consigne: Tu trouveras ici une série de problèmes que les gens ont parfois, quand ils ont vécu un événement marquant. Lis attentivement chaque problème. Choisis la réponse (pas du tout (0), rarement (1), souvent (2), très souvent (3)) qui décrit le mieux à quel point tu as été touché(e) par ce problème AU COURS DU DERNIER MOIS (c'est-à-dire durant les dernières quatre semaines jusqu'à aujourd'hui). Les questions concernent ton pire événement.

	Pas du tout	Rarement	Fréquemment	Très souvent
1. As-tu eu des pensées ou des souvenirs difficiles à propos de cet événement, alors que tu ne voulais pas y repenser ?	①	②	③	④
2. As-tu essayé 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
3. As-tu des problèmes de sommeil ?	①	②	③	④
4. Y a-t-il des moments où tu as l'impression que tu ne fais pas partie de ce qui se passe ?	①	②	③	④
5. Depuis cet événement, fais-tu des cauchemars ?	①	②	③	④
6. As-tu essayé d'éviter des situations qui te font penser à cet événement ? (par exemple des activités, des gens, des lieux)?	①	②	③	④
7. As-tu des accès de colère ou es-tu souvent énervé(e) ?	①	②	③	④
8. As-tu l'impression que le temps passe différemment, comme si tout était au ralenti ?	①	②	③	④
9. As-tu parfois l'impression que tu vas revivre l'événement ?	①	②	③	④
10. Y a-t-il un détail important de l'événement dont tu ne te souviens pas ?	①	②	③	④
11. As-tu des difficultés à te concentrer ?	①	②	③	④
12. As-tu l'impression que l'événement n'était pas réel, comme si tu rêvais ou si tu regardais un film ou une pièce de théâtre ?	①	②	③	④

	Pas du tout	Rarement	Fréquemment	Très souvent
13. Est-ce que ça te stresse quand on te fait penser à l'événement (est-ce que tu te sens par exemple sans défense, en colère, triste, honteux/euse) ?	①	②	③	④
14. N'as-tu plus plaisir à faire des activités qui te plaisaient avant l'événement (passe-temps, sport, etc.) ?	①	②	③	④
15. Y a-t-il des moments où tu es angoissé(e) ou inquiet/ète alors qu'il n'y a pas de raison de l'être à ce moment précis ? (par exemple est-ce que tu te méfies des gens autour de toi qui ont l'air louche, vérifies-tu s'il y a un téléphone assez proche pour pouvoir appeler de l'aide rapidement)?	①	②	③	④
16. T'arrive-t-il de te voir dans le miroir et de ne pas te reconnaître ?	①	②	③	④
17. As-tu des réactions physiques quand tu repenses à l'événement ? (par exemple agitation interne, frissons ou palpitations)?	①	②	③	④
18. Depuis l'événement, as-tu l'impression d'être étranger(ère) ou seul(e) face aux personnes de ton entourage?	①	②	③	④
19. Est-ce que tu t'effraies facilement ou es-tu très nerveux/euse (par exemple à cause de bruits forts)?	①	②	③	④
20. Y a-t-il des moments où tu n'es plus sûr(e) de l'endroit où tu te trouves ni de l'heure qu'il est ?	①	②	③	④
21. As-tu parfois l'impression de ne plus éprouver de sentiments (par exemple ne plus pouvoir pleurer, ne plus pouvoir ressentir de sentiments positifs) ?	①	②	③	④
22. As-tu l'impression que tes projets d'avenir et tes espoirs ne se réaliseront pas ? (par exemple que tu n'auras pas de famille, que tu connaîtras moins de bonheur que les autres dans la vie, à l'école ou au travail)?	①	②	③	④
23. As-tu parfois l'impression que ton corps ne t'appartient pas ?	①	②	③	④

24. Depuis combien de temps as-tu les problèmes décrits plus haut (questions 1-23) ? (merci de ne cocher une réponse)

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

25. Combien de temps après cet événement traumatisant les problèmes mentionnés aux questions 1-23 sont-ils apparus ? (merci de cocher une réponse)

- Durant les six mois suivants ①
- Plus de six mois après ②

26. Depuis cet événement, as-tu eu à plusieurs reprises des douleurs corporelles ? Si oui, lesquelles ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- | | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Maux de ventre | <input type="radio"/> | Maux de tête | <input type="radio"/> | Nausées | <input type="radio"/> | Diarrhées | <input type="radio"/> |
| Frissons | <input type="radio"/> | Vertiges | <input type="radio"/> | Palpitations | <input type="radio"/> | Difficultés respiratoires | <input type="radio"/> |
| Crampes | <input type="radio"/> | Autres : si oui : Lesquelles? _____ | | | | | |

27. A quel point l'événement et ses conséquences te stressent-ils actuellement ?

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

28. **Consigne :** Indique si les problèmes mentionnés plus haut t'ont handicapé(e) **AU COURS DU DERNIER MOIS**. Choisis la réponse qui décrit le mieux les difficultés que tu as rencontrées pour chaque catégorie : (1) aucune, (2) peu, (3) moyennement (4) énormément

Difficultés

	aucune	peu	moyennement	énormément
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