QUESTIONNAIRE DE STRESS POST TRAUMATIQUE

	Avez-vous été témoin ou confronté à un/des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels votre intégrité physique ou psychique a pu être menacée ?	NON	OUI
	Lors de cet événement avez-vous ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ?	NON	OUI
	Quel était cet événement ? Ou quel était l'événement le plus terrible ou le plus effrayant que vous ayez jamais connu ?		
	Quel âge aviez-vous au moment de l'événement ?		
	Il est survenu à quelle date ? (mois, année)		

Répondez en cochant ce qui vous correspond le mieux

		Non jamais	Très peu Très rarement	Peu Parfois	Un peu Régulièrement	Complètement Souvent	Beaucoup Très souvent	Extrêmement Toujours
1	Est ce que des souvenirs dérangeants à propos de cet événement (A2 ou A3) se sont imposés à votre esprit par moments ?							
2	Avez-vous fait, de façon répétée, des rêves déplaisants à propos de cet événement ?							
3	Avez-vous déjà senti que, ou agi comme si, cet événement se produisait de nouveau ? (flash-backs, hallucinations, illusions, impression de revivre l'événement voire en état d'ivresse ou au réveil)							
4	Est-ce que les choses qui vous ont rappelé cet événement vous ont beaucoup dérangé ?							
5	Avez-vous déjà fait des efforts pour éviter de penser à cet événement ou aux sentiments que vous y associez ?							
6	Avez-vous parfois évité des activités ou des situations qui vous rappelaient cet événement ?							
7	Avez-vous remarqué que vous ne pouviez vous rappeler d'aspects importants à propos de cet événement ?							
8	Avez-vous perdu beaucoup de votre intérêt dans des choses qui étaient importantes pour vous avant cet événement ?							
9	Vous êtes-vous senti par moments plus détaché émotionnellement des autres que vous ne l'étiez avant cet événement ?							
10	Y a-t-il eu des moments où vous avez senti que vous n'exprimiez pas vos émotions autant ou aussi librement que vous ne le faisiez avant ?							
11	Y a-t-il eu des des périodes depuis cet événement où il vous a semblé que votre avenir était ruiné, comme ne pas pouvoir faire carrière, avoir une famille heureuse ou vivre une longue vie satisfaisante ?							
12	Avez-vous eu par moments des difficultés à vous endormir d'un sommeil ininterrompu que vous n'en aviez avant cet événement ?							
13	Avez-vous par moments été plus irritable ou colérique que vous ne l'étiez avant l'événement ?							
14	Y a-t-il eu des périodes depuis cet événement où vous avez plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?							
15	Y a-t-il eu des des moments depuis cet événement où vous étiez plus en alerte, plus vigilant ou particulièrement conscient des bruits menaçants ou autres							
16	Y a-t-il des moments depuis cet événement où des bruits, des mouvements, des touchers vous ont fait sursauter plus que vous ne l'auriez fait auparavant ?							
17	Est-ce que les choses qui vous ont rappelé cet événement vous ont donné des sueurs, vous ont tendu, rendu votre respiration difficile, vous ont fait trembler ou vous ont fait fortement réagir physiquement ?							
18	Depuis cet événement, avez-vous eu ces problèmes plusieurs fois par semaine pendant au moins un mois ?	NON				OUI		
19	Avez-vous eu ces problèmes plusieurs fois par semaines, depuis les quatre dernières semaines ?	NON				OUI		
	A partir de quelle date ces problèmes se sont-ils manifestés pour la première fois ? (mois, année)							