

French version of the Global Psychotrauma Screen

Examen Psychotraumatique Global (VF-GPS)

□ □ □ □ □

Numéro d'identification du participant

Genre

☐ Féminin

☐ Masculin

☐ Autre

Age (années)

□ □ □ □

Parfois, des situations inhabituelles, effrayantes, horribles, ou traumatiques peuvent survenir.

Décrivez brièvement l'événement ou l'expérience qui vous affecte le plus actuellement :

.....
.....

Cet événement s'est produit : ☐ le mois dernier ☐ il y a 6 mois ☐ l'année dernière ☐ il y a plus longtemps

Cet événement :

☐ était un événement unique survenu, à l'âge de □ □

☐ s'est produit pendant une période plus longue/plusieurs fois, entre les âges □ □ et □ □

Lesquels des éléments ci-dessous caractérisent l'événement (plusieurs réponses possibles) :

Violence physique : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Violence sexuelle : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Abus émotionnel : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Blessure grave : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Menace de mort : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

☐ Décès brutal d'un être cher

☐ Vous avez causé un dommage à quelqu'un d'autre

☐ Corona virus (COVID-19)

En considérant l'événement ci-dessus, au cours du dernier mois,

1. ... avez-vous eu des cauchemars à propos de l'événement(s) traumatique(s) que vous avez vécu(s), ou avez-vous pensé à cet événement(s) alors que vous ne le vouliez pas? ☐ Non ☐ Oui

2. ... avez-vous essayé de ne pas penser à cet événement(s) traumatique(s), ou avez-vous fait des efforts pour éviter des situations qui vous ont rappelé cet événement(s)? ☐ Non ☐ Oui

3. ... avez-vous été constamment sur vos gardes, ou vigilant(e), ou encore avez-vous facilement sursauté? ☐ Non ☐ Oui

4. ... vous êtes-vous senti(e) engourdi(e) ou détaché(e) des autres, des activités ou de ce qui vous entoure? ☐ Non ☐ Oui

5. ... vous êtes-vous senti(e) coupable ou étiez-vous incapable d'arrêter de vous reprocher, ou de reprocher aux autres ce qui s'est passé pendant cet événement(s) traumatique(s), ou à propos des problèmes causés par cet événement(s)? ☐ Non ☐ Oui

6. ... avez-vous tendance à vous sentir inutile? ☐ Non ☐ Oui

7. ... avez-vous manifesté des réactions de colère que vous ne pouviez pas contrôler? ☐ Non ☐ Oui

8. ... avez-vous le sentiment d'être nerveux(se), anxieux(se) ou d'avoir les nerfs à vif? ☐ Non ☐ Oui

9. ... avez-vous été incapable d'arrêter d'être inquiet(e) ou de contrôler votre inquiétude? ☐ Non ☐ Oui

10. ... avez-vous eu le sentiment d'être découragé(e), déprimé(e) ou désespéré(e)? ☐ Non ☐ Oui

11. ... avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses? ☐ Non ☐ Oui

12.	... avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	☐ Non	☐ Oui
13.	... avez-vous essayé de vous blesser intentionnellement?	☐ Non	☐ Oui
14.	... avez-vous perçu ou ressenti différemment le monde ou les autres personnes, de sorte que les choses paraissent étranges ou irréelles, ou ressemblent à des rêves?	☐ Non	☐ Oui
15.	... vous êtes-vous senti(e) comme si vous étiez détaché(e) ou séparé(e) de votre corps (par exemple, vous sentir comme si vous vous regardiez d'en haut, ou comme si vous étiez un observateur extérieur à votre propre corps)?	☐ Non	☐ Oui
16.	... avez-vous eu d'autres difficultés physiques, émotionnelles ou sociales qui vous ont dérangé(e)?	☐ Non	☐ Oui
17.	... avez-vous vécu d'autres événements stressants (comme des problèmes financiers, un changement d'emploi, un déménagement, ou un conflit relationnel dans votre vie professionnelle ou personnelle)?	☐ Non	☐ Oui
18.	... avez-vous essayé de réduire les tensions ressenties en consommant de l'alcool, du tabac, des drogues, ou des médicaments?	☐ Non	☐ Oui
19.	... avez-vous manqué de soutien de la part des personnes sur qui vous pouvez habituellement compter dans les moments difficiles (pour avoir un soutien émotionnel, pour faire garder vos enfants ou vos animaux, pour vous conduire à l'hôpital ou faire des courses, pour vous aider quand vous êtes malade)?	☐ Non	☐ Oui
20.	Avez-vous vécu des événements de vie traumatiques pendant votre enfance (entre 0 et 18 ans) (par exemple, un accident sérieux ou un incendie ; une agression ou abus, physique ou sexuel ; une catastrophe ; observer quelqu'un se faire tuer ou subir une blessure sérieuse ou perdre un proche)?	☐ Non	☐ Oui
21.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic psychologique ou avez-vous déjà reçu un traitement pour des problèmes psychologiques (par exemple, une dépression, de l'anxiété, ou un trouble de la personnalité)?	☐ Non	☐ Oui
22.	Vous considérez-vous comme une personne généralement résiliente?	☐ Non	☐ Oui
23.	Comment évaluez-vous votre fonctionnement actuel (au travail/à la maison)?		
	Mauvais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent		