

# 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 traumatique que vous avez vécu, ou avez-vous pensé à cet événement alors que vous ne le vouliez pas ?  Non  Oui

2. ... avez-vous essayé de ne pas penser à cet événement traumatique, ou avez-vous fait des efforts pour éviter des situations qui vous ont rappelé cet événement ?  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 traumatique, ou à propos des problèmes causés par cet événement ?  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) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui									
13.	... avez-vous essayé de vous blesser intentionnellement ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui									
16.	... avez-vous eu d'autres difficultés physiques, émotionnelles ou sociales qui vous ont dérangé(e) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui									
18.	... avez-vous essayé de réduire les tensions ressenties en consommant de l'alcool, du tabac, des drogues, ou des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui									
20.	Avez-vous vécu des événements de vie traumatiques <b>pendant votre enfance</b> (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) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui									
21.	Avez-vous <b>déjà</b> 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) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui									
22.	Vous considérez-vous comme une personne <b>généralement</b> résiliente ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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