

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS, profil traumatique des enfants et adolescents) - 7-17 ans

Nom_

Date_

Beaucoup de gens sont confrontés à des événements stressants ou effrayants. Voici une liste d'événements stressants ou effrayants pouvant survenir occasionnellement. Coche OUI si cela t'est déjà arrivé. Coche NON si cela ne t'est jamais arrivé.

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Catastrophe naturelle grave comme une inondation, une tornade, un ouragan, un tremblement de terre ou un incendie | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Accident ou blessure grave comme un accident de voiture, une chute à vélo, une morsure de chien, une blessure liée à la pratique d'un sport | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Vol sous la menace de la violence ou d'une arme | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Tu as été giflé(e), frappé(e) ou battu(e) par un membre de ta famille. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Tu as été giflé(e), frappé(e) ou battu(e) par quelqu'un qui ne fait pas partie de ta famille. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Tu as été témoin d'une personne se faisant gifler, frapper ou battre au sein de ta famille. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Tu as été témoin d'une personne se faisant gifler, frapper ou battre au sein de la communauté. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Une personne plus âgée a touché tes parties intimes alors qu'elle n'aurait pas dû. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Une personne t'a contraint(e) ou incité(e) à avoir une relation sexuelle, ou tu n'as pas pu lui dire non. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Décès subit ou violent d'un proche | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 11. Tu as été victime d'une agression, d'un coup de poignard, d'un tir ou d'une blessure grave. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 12. Tu as été témoin d'une agression ou tu as vu une personne se faire poignarder ou tirer dessus, être gravement blessée ou se faire tuer. | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 13. Traitement médical stressant ou effrayant | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 14. Vie dans un environnement en guerre | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 15. Autre événement stressant ou effrayant ? | 】 Oui <input type="checkbox"/> Non |

Décris-le :

Lequel de ces événements te contrarie le plus ? _

Si tu as coché au moins un événement stressant ou effrayant, tourne la page et réponds aux questions suivantes.

Indique combien de fois les choses suivantes t'ont contrarié(e) au cours des deux dernières en utilisant les chiffres 0, 1, 2 ou 3 correspondant à l'échelle suivante :

0 Jamais / 1 Rarement / 2 Souvent / 3 Presque tout le temps

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Tu penses à des choses ou à des images en lien avec ce qui s'est passé. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Tu fais des cauchemars à propos de ce qui s'est passé. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Tu as l'impression que ce qui s'est passé se reproduit tout le temps. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Tu te sens très contrarié(e) quand tu repenses à ce qui s'est passé. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Ton corps réagit fortement lorsque tu repenses à ce qui s'est passé (tu transpires, ton cœur bat très vite, tu as mal au ventre). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Tu essaies de ne pas penser à ce qui s'est passé. Ou de ne rien ressentir par rapport à ça. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Tu évites tout ce qui risque de te rappeler ce qui s'est passé (des gens, des lieux, des choses, des situations, des discussions). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Tu ne te rappelles pas de certaines parties de ce qui s'est passé. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Tu as des pensées négatives à propos de toi ou des autres. Des pensées comme « je n'aurai pas une belle vie, on ne peut faire confiance à personne, le monde entier est dangereux ». | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Tu t'en veux pour ce qui s'est passé. Ou tu en veux à quelqu'un d'autre qui n'est pas responsable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tu as souvent des sentiments désagréables (peur, colère, culpabilité, honte). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Tu ne veux pas faire les choses que tu avais l'habitude de faire. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Tu ne te sens pas proche des gens. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Tu n'arrives pas à avoir des sentiments agréables et joyeux. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Tu es en colère. Tu as des accès de colère et tu l'exprimes sur les autres. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Tu fais des choses dangereuses. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Tu es excessivement prudent(e) (tu vérifies tout le temps qui est autour de toi). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Tu es nerveux / nerveuse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Tu as du mal à te concentrer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tu as du mal à t'endormir ou à dormir. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Coche OUI ou NON si les problèmes que tu as cochés ont des conséquences sur :

- | | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
| 1. Tes relations avec les autres | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 4. Tes relations familiales | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Tes centres d'intérêt / tes loisirs | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 5. Ta bonne humeur en général | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Ta scolarité ou ton travail | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |