

IMPACT OF EVENT SCALE REVISED en français – FRENCH VERSION

Instructions. Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours en ce qui concerne _____. Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés.

		Pas du tout	Un peu	Moyenne- ment	Passable- ment	Extrême- ment
1	Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement					
2	Je me réveillais la nuit					
3	Différentes choses m'y faisait penser					
4	Je me sentais irritable et en colère					
5	Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser					
6	Sans le vouloir, j'y repensais					
7	J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel					
8	Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser					
9	Des images de l'événement surgissaient dans ma tête					
10	J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement					
11	J'essayais de ne pas y penser					
12	J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face					
13	Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés					
14	Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement					
15	J'avais du mal à m'endormir					
16	J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement					
17	J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire					
18	J'avais du mal à me concentrer					
19	Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations					
20	J'ai rêvé à l'événement					
21	J'étais aux aguets et sur mes gardes					
22	J'ai essayé de ne pas en parler					

1	5	4	Assessment
2	7	10	Reassessment
3	8	15	
6	11	18	During treatment
9	12	19	Treatment end
14	13	21	Follow-up
16	17		Other
20	22		
IS:	AS	HS:	

Case No.
Name
Date

TOTAL:
