

**Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5, past week) - French Version**

Instruction: Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que des personnes peuvent rencontrer en réaction à une expérience très stressante. Veuillez lire chaque problème attentivement et encrer le nombre indiquant à quel point vous avez été gêné par ce problème durant cette dernière semaine.

Cette dernière semaine, à quel point avez - vous été gêné par:	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, perturbants et indésirables de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et perturbants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. Des sentiments soudains ou des actions comme si l'expérience stressante avait lieu à nouveau (comme si vous étiez en train de la revivre)?	0	1	2	3	4
4. Des sentiments bouleversés lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. Des réactions physiques importantes lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (par exemple, le cœur qui bat très vite, des difficultés à respirer, des sueurs)?	0	1	2	3	4
6. Le fait d'éviter des souvenirs, pensées ou sentiments associés à l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. Le fait d'éviter des rappels extérieurs de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des lieux, des conversations, des activités, des objets ou des situations)?	0	1	2	3	4
8. Des difficultés à vous remémorer des parties importantes de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Une image négative de vous, d'autres personnes, ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que: je suis mauvais(e) , il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est complètement dangereux)?	0	1	2	3	4

10. Le fait de vous rendre responsable vous-même ou quelqu'un d'autre de l'expérience stressante ou ce qui s'est passé après celle-ci?	0	1	2	3	4
11. Des sentiments négatifs forts tels que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité, ou la honte?	0	1	2	3	4
12. Une perte d'intérêt envers les activités que vous aimiez?	0	1	2	3	4
13. Le sentiment d'être éloigné ou exclu par rapport aux autres?	0	1	2	3	4
14. Des difficultés à éprouver des sentiments positifs (par exemple, être incapable de se sentir heureux ou d'avoir des sentiments d'amour envers vos proches)?	0	1	2	3	4
15. Des comportements irritables, des accès de colère, ou une attitude agressive?	0	1	2	3	4
16. Le fait de prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient vous faire du tort?	0	1	2	3	4
17. Le fait d'être excessivement alerte, attentif(ve) ou sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Le sentiment d'être nerveux(se) ou facilement effrayé(e)?	0	1	2	3	4
19. Des difficultés à vous concentrer?	0	1	2	3	4
20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	0	1	2	3	4

© F. Weathers et al. (8/14/2013)

**Lorsque vous avez répondu aux questions de ce questionnaire, vos réponses faisaient-elles référence à l'expérience stressante qui a causé votre traumatisme crânien?**

**oui**

**non**