

NE PAS DISTRIBUER SANS PERMISSION

---

**DIAGNOSTIC INFANT AND PRESCHOOL ASSESSMENT (DIPA)  
PTSD Module Likert**

version 05/10/15; DIPA Copyright 2004

**Michaël S. SCHEERINGA, MD, MPH**  
TULANE UNIVERSITY  
1440 CANAL ST., TB52  
NEW ORLEANS, LA 70112  
(504) 988-2167  
mscheer@tulane.edu

DIPA DSM-5 version française (2017) coordonnée par :

**Susanne THÜMLER<sup>1-2</sup>, MD/PhD, Morgane GINDT<sup>1-2,6</sup>, PsyD/PhD, Michèle BATTISTA<sup>1</sup>, MD, Florence ASKENAZY<sup>1-2</sup>, MD/PhD, Thierry BAUBET<sup>3-5</sup>, MD/PhD**

Avec la participation de :

Aurélie BACH<sup>3</sup>, MD  
Stéphanie COLIN<sup>3-4</sup>, MD  
Fanny MARIA<sup>1</sup>, PsyD  
Ophélie NACHON<sup>1,6</sup>, PsyD/PhD  
Anne Pietrasik<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, 57 Avenue de la Californie, 06200 Nice, France

<sup>2</sup> CoBTek, Université Côte d'Azur, France

<sup>3</sup> AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Bobigny, France

<sup>4</sup> EA 4403, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, France

<sup>5</sup> CESP, INSERM U1178, France

<sup>6</sup> Membre du réseau ABC des psychotrauma

<sup>7</sup> Traductrice Interprète Médicale Français/Anglais, Riec Sur Belon, France

Contact : [thummler.s@pediatrie-chulenal-nice.fr](mailto:thummler.s@pediatrie-chulenal-nice.fr); [thierry.baubet@aphp.fr](mailto:thierry.baubet@aphp.fr)

---

**Citation de la version française de la DIPA TSPT Likert:**

Thümmeler S, Gindt M, Battista M, Askenazy F, Baubet T (2017) Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) PTSD Likert (French version 31/07/17 of DIPA DSM-5, Scheeringa 05/10/15). Retrieved from

<http://medicine.tulane.edu/departments/psychiatry/research/dr-scheeringas-lab/manuals-measures-trainings>

**Citation de la version anglaise de la DIPA :**

Scheeringa, M.S. (2004). Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) PTSD Likert (version 05/10/15). Unpublished instrument. Retrieved from <http://www.infantinstitute.com/>

Etude psychométrique publié :

Scheeringa MS, Haslett, N (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 3, 299-312.

---

**Manuel DIPA :**

Scheeringa 2004 (Version 8/18/10), <http://medicine.tulane.edu/sites/g/files/rdw761f/DIPAManual.pdf>

**Propos introductif:** “Cet interview peut durer une demi-heure, une heure, ou peut-être plus, selon ce qu’il y a à dire sur votre enfant. Je vais vous poser un ensemble de questions sur ses émotions et ses comportements.”

## ÉVÉNEMENT DE VIE TRAUMATIQUE

### Version Parent

POUR ÊTRE PRIS EN COMPTE, UN ÉVÉNEMENT DOIT AVOIR ENTRAÎNÉ UNE BLESSURE GRAVE OU UNE MENACE POUR L’INTÉGRITÉ PHYSIQUE DE L’ENFANT, OU BIEN POUR UN ÊTRE AIMÉ ET L’ENFANT DOIT ALORS EN AVOIR ÉTÉ TÉMOIN.

0 = Absent      1 = Présent

		Ecrivez l'âge où cela s'est passé pour la <u>première fois</u> pour votre enfant.	Ecrivez l'âge où cela s'est passé pour la <u>dernière fois</u> pour votre enfant.	Combien <u>de fois</u> cela est arrivé à votre enfant. Si cela s'est produit plusieurs fois, donnez la meilleure estimation possible.
P1. Accident ou crash en voiture, avion ou bateau	0 1	_____	_____	_____
P2. Attaqué par un animal	0 1	_____	_____	_____
P3. Désastres provoqués par l’homme (feux, guerre,...)	0 1	_____	_____	_____
P4. Catastrophes naturelles (ouragans, tornades, inondations), ou un orage	0 1	_____	_____	_____
P5. A vu une autre personne être battue, violée, menacée de violence grave, se faire tirer dessus, être gravement blessée ou tuée	0 1	_____	_____	_____
P6. Maltraitance physique	0 1	_____	_____	_____
P7. Abus sexuel, agression sexuelle ou viol	0 1	_____	_____	_____
P8. Brûlure accidentelle	0 1	_____	_____	_____
P9. A failli se noyer	0 1	_____	_____	_____
P10. Hospitalisation pour une menace vitale, acte médical invasif	0 1	_____	_____	_____
P11. Un de ses événements est arrivé à la personne qui prend soin de l’enfant	0 1	_____	_____	_____
P12. Autres: _____ (e.g. après avoir vécu une tempête)	0 1	_____	_____	_____
<b>P13. S’IL Y A PLUS D’UN ÉVÉNEMENT, DEMANDEZ QUEL A ÉTÉ LE <u>PIRE</u> ÉVÉNEMENT :</b>				

**« D'après vous, lequel de ces événements a entraîné le plus de problèmes émotionnels ou de comportement chez votre enfant ? »**

Écrivez le numéro de l'événement P1-P12 \_\_\_\_\_

**S'IL N'Y A PAS EU D'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE, PASSEZ AU TROUBLE SUIVANT.**

*Ensuite, je vais vous poser une série de questions au sujet des réactions de votre enfant. Certaines de ces questions ne sont pas vraiment adaptées aux enfants qui ne parlent pas encore. Nous essayons de poser toutes les questions de manière à ce qu'elles soient adaptées à l'âge de l'enfant. Je vous prie de bien vouloir être indulgent avec moi si je vous pose une question qui n'est pas tout à fait appropriée à l'âge de votre enfant. »*

### INSTRUCTIONS INTRODUCTIVES

« Maintenant, je vais vous poser une série de questions au sujet de différents types de symptômes que votre enfant aurait pu développer depuis l'(es) événement(s) traumatique(s). Pour que quelque chose soit considéré comme un symptôme, il faut que ce soit anormal. Je vous demanderai souvent si c'est "plus que pour un enfant de son âge habituellement" ». Nous savons que c'est parfois évident et parfois difficile à évaluer ».

**RÈGLE DE TOTALITÉ :** À PARTIR D'ICI, SI UN ENFANT A SUBI PLUS D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE, POSER LES QUESTIONS RESTANTES CONCERNANT LE TSPT POUR L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS, C'EST-À-DIRE QUE LES SYMPTÔMES DOIVENT ÊTRE PRIS EN COMPTE QUEL QUE SOIT L'ÉVÉNEMENT AUQUEL ILS SONT LIÉS.

### P14. SOUVENIRS INTRUSIFS

*"A-t-il/elle des souvenirs intrusifs du trauma ? Les rapporte-t-il spontanément ?"*

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES.

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

#### Fréquence

**Combien de fois cela est-il arrivé durant le dernier mois ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

### P14a. AFFECT LORSQU'IL EN PARLE

- 0 Pas de détresse
- 1 Détresse

### P15. RECONSTITUTION DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE DANS LE JEU

*"Est-ce que X rejoue l'événement traumatique avec ses poupées ou ses jouets ? Cela voudrait dire qu'il/elle joue des scènes qui ressemblent exactement à l'événement traumatique." « Est-ce que qu'il le rejoue seul ou avec d'autres enfants ? »*

PROPOSEZ DES EXEMPLES QUI SONT SPECIFIQUES A L'ÉVÉNEMENT VECU PAR L'ENFANT. DONNEZ AUTANT D'EXEMPLES SPECIFIQUES AUXQUELS VOUS POUVEZ PENSER JUSQU'À OBTENIR L'APPROBATION OU QUE VOUS SOYEZ À COURT D'EXEMPLES.

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

#### Fréquence

**Durant le dernier mois, combien de fois a-t-il rejoué ou répété des choses qui lui sont arrivées ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

### P16. RECONSTITUTION DE L'ÉVÉNEMENT EN DEHORS DU JEU

*« Et à d'autres moments ? Est-ce qu'il/elle rejoue l'événement au supermarché ou pendant le repas par exemple ? »*

PROPOSEZ DES EXEMPLES... MÊME STRATÉGIE QUE POUR p15.

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois est-ce arrive pendant le mois ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le mois dernier, qu'a-t-il fait lorsque ces souvenirs ressurgissaient dans son esprit ou qu'il rejouait l'événement (p15 et p16) ? Est-ce qu'il a été obligé d'arrêter ce qu'il faisait ou bien a-t-il été capable de la continuer ? A-t-il pu arrêter ces souvenirs ou a-t-il réussi à les faire partir s'il le voulait ?**

- 0 Cela n'a pas posé problème, jamais
- 1 Cela a été un léger problème, détresse légère, minimale ou perturbation des activités, a été un peu bouleversé
- 2 Quelques fois, détresse modérée, clairement présente mais gérable, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, détresse sévère, considérable, difficultés à empêcher les souvenirs, perturbations des activités marquées
- 4 Enormément, détresse extrême, invalidante, incapable de rejeter ces souvenirs, incapable de poursuivre ses activités

**P17. CAUCHEMARS : AU SUJET DU TRAUMATISME**

« Fait-il/elle des cauchemars ou des mauvais rêves dont le contenu est en lien avec l'événement traumatique et qui la/le réveillent ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois a-t-il/elle fait des cauchemars comme ça, pendant le mois dernier ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

**P18. CAUCHEMARS : FAIT PLUS DE CAUCHEMARS/THÈMES SANS RAPPORT AVEC L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE**

« Est-ce que X fait plus de cauchemars qu'auparavant, mais sans que vous sachiez si c'est au sujet de l'événement traumatique ou non ? »

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois a-t-il/elle fait des cauchemars comme ça, pendant le mois dernier ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.

- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, à quel point ces cauchemars (P17 & P18) l'ont il/elle ennuyé ?**

- 0 Cela n'a pas posé problème, jamais
- 1 Cela a été un léger problème, détresse légère, minimale, sans se réveiller
- 2 Quelques fois, modérée, se réveille angoissé mais retourne facilement au lit
- 3 Beaucoup, détresse sévère, considérable, difficultés à retourner au lit
- 4 Enormément, détresse extrême, invalidante, incapable de retourner au lit

**P19. FLASH-BACKS**

« Depuis "l'événement", a-t-il/elle ressenti qu'il/elle subissait de nouveau "l'événement" alors que ce n'était pas le cas ? C'est quand un enfant agit comme s'il était en train de revivre l'événement traumatique et qu'il n'est plus en contact avec la réalité. C'est assez évident quand cela se produit ».

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES  
IL N'EST PAS NÉCESSAIRE QUE CELA SE SOIT  
PRODUIT DANS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES  
SEULEMENT

CET ITEM EST UNE EXCEPTION A LA REGLE DES 4 SEMAINES  
CODER LA FRÉQUENCE COMME LE NOMBRE TOTAL D'ÉPISODES  
SURVENUS DEPUIS L'ÉVÉNEMENT

Date de début

Fréquence

**Combien de fois est-ce arrivé depuis l'événement ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

**P20. DISSOCIATION**

« Depuis "l'événement", avez-vous constaté des épisodes d'absence chez votre enfant ? Nous appelons cela de la dissociation si lorsque vous avez essayé de le sortir de cet état il est resté sans réaction ».

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Un des meilleurs moyens pour savoir s'il s'agit de dissociation, c'est si vous agitez votre main devant son visage et qu'il/elle ne cille pas. Avez-vous essayé cela ? »

Si plus d'explications sont nécessaires, demandez : « Avez-vous essayé de le/la toucher à l'épaule pour le sortir de cet état ? »

IL N'EST PAS NÉCESSAIRE QUE CELA SE SOIT PRODUIT DANS LES QUATRE  
DERNIÈRES SEMAINES SEULEMENT

CET ITEM EST UNE EXCEPTION A LA REGLE DES 4 SEMAINES  
CODER LA FRÉQUENCE COMME LE NOMBRE TOTAL D'ÉPISODES SURVENUS  
DEPUIS L'ÉVÉNEMENT

Date de début

Fréquence

**Combien de fois cela s'est passé depuis l'événement ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.

- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, comment était-ce lorsqu'il ne réagissait pas (P19 & P20) ?**

- 0 Cela n'a pas posé problème, jamais
- 1 Cela a été un léger problème, plus réaliste que simplement d'y penser
- 2 Quelques fois, modéré, indéniable mais passagère, toujours conscient de son environnement, comme un rêve éveillé
- 3 Beaucoup, sévère, dissociation forte (en rapport avec les images, les sons ou les odeurs) mais conservant un peu de conscience
- 4 Enormément, dissociation extrême, complète (flashback), pas de conscience de l'environnement, peut être sans réponse, amnésie de l'épisode possible (blackout)

PROPOSEZ DES EXEMPLES QUI SONT SPECIFIQUES A L'EVENEMENT VECU PAR L'ENFANT. DONNEZ AUTANT D'EXEMPLES SPECIFIQUES AUXQUELS VOUS POUVEZ PENSER JUSQU'A OBTENIR L'APPROBATION OU QUE VOUS SOYEZ A COURT D'EXEMPLES.

**P21. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE LORSQUE L'ENFANT EST SOUMIS À QUELQUE CHOSE QUI LUI RAPPELLE LE TRAUMATISME**

« Est-ce qu'il/elle a eu l'air bouleversé après avoir été exposé à quelque chose qui lui a rappelé l'événement traumatique ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois cela s'est-il déroulé ce mois-ci ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le mois passé, à quel point a-t-il été bouleversé quand il pensait ou qu'il se rappelait l'événement ? A quel point a-t-il été mal le dernier mois ?**

- 0 Cela n'a pas posé problème, jamais
- 1 Cela a été un léger problème, détresse légère, minimale
- 2 Quelques fois, détresse modérée, clairement présente mais gérable, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, détresse sévère, considérable, difficultés à empêcher les souvenirs, perturbations des activités marquées
- 4 Enormément, détresse extrême, invalidante, incapable de continuer ses activités

**P22. REACTIVITE PHYSIOLOGIQUE LORS DE L'EXPOSITION À DES STIMULI ASSOCIÉS AU TRAUMATISME**

« Est-ce qu'il/elle présente des signes physique de détresse quand il/elle est confronté à quelque chose qui lui rappelle l'événement traumatique ? Comme des palpitations cardiaques, les mains qui tremblent, des sueurs, une respiration haletante ou des douleurs abdominales ? »

PROPOSEZ DES EXEMPLES... MÊME STRATÉGIE QUE POUR P21.

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois a-t-il eu des sensations dans son corps quand quelque chose lui rappelait ce qui s'est passé dans le mois dernier ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, à quel point a-t-il été malade ou s'est-il senti quand quelque chose lui rappelait ce qui s'est passé ?**

- 0 Jamais
- 1 Un peu, léger, réaction minimale
- 2 Quelques fois, modérée, réactivité physique clairement présente, qui peut être durable si l'exposition est continue
- 3 Beaucoup, sévère, réactivité physique marquée, continue durant l'exposition
- 4 Enormément, réactivité physique extrême, considérable, excitation soutenue même si l'exposition est finie

**P23. EVITEMENT DES ACTIVITES, DES LIEUX OU DES OBJETS**

*«Essaie-t-il d'éviter les choses ou les lieux qui peuvent lui rappeler le trauma ? Je veux dire, avez-vous l'impression qu'il/elle essaie d'éviter ce qui pourrait lui rappeler le trauma pour éviter que cela ne le/la bouleverse ? »*

PROPOSEZ DES EXEMPLES... MÊME STRATÉGIE QUE POUR P21.

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « *Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ?* »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois a-t-il essayé de rester loin de ces lieux ou de ces choses, pendant le dernier mois ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, à quel point a-t-il essayé de rester loin de ces endroits ou de ces choses qui lui rappellent l'événement ? A quel point s'est-il senti mal le mois dernier ?**

- 0 Pas du tout, aucun
- 1 Un peu, difficulté légère, minimale, légère ou pas de perturbation des activités
- 2 Quelques fois, modérée, quelques efforts, évitement clairement présent, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, sévère, effort considérable, perturbation marquée des activités ou dans certaines activités engagement de stratégies d'évitement
- 4 Enormément, extrême, effort drastique pour l'évitement, incapable de continuer des activités ou engagement excessif dans certaines activités des stratégies d'évitement

**P24. EVITEMENT DES PERSONNES, DES CONVERSATIONS OU DES SITUATIONS INTERPERSONNELLES**

*« Est qu'il essaie d'éviter les personnes qui lui rappellent le trauma ? »*

*« Est-ce qu'il essaie d'éviter les conversations qui pourraient lui rappeler l'évènement ? »*

PROPOSEZ DES EXEMPLES... MÊME STRATÉGIE QUE POUR P21.

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « *Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ?* »

Date de début



Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois a-t-il essayé de rester loin des personnes, des pensées, des sentiments ou des conversations liés à l'événement ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, à quel point a-t-il essayé de rester loin des personnes, des pensées, des sentiments ou des mots qui lui rappellent l'événement ? A quel point s'est-il senti mal durant le mois ?**

- 0 Pas du tout, aucun
- 1 Un peu, difficulté légère, minimale, légère ou pas de perturbation des activités
- 2 Quelques fois, modérée, quelques efforts, évitement clairement présent, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, sévère, effort considérable, perturbation marquée des activités ou dans certaines activités engagement de stratégies d'évitement
- 4 Enormément, essaye presque n'importe quoi pour rester loin des choses qui lui rappellent l'événement, incapable de continuer des activités ou engagement excessif dans certaines activités des stratégies d'évitement

**P25. AUGMENTATION DE L'ETAT EMOTIONNEL NEGATIF**

*Est-ce qu'il montre une augmentation des émotions négatives, non déclenchées par des souvenirs de l'évènement ?*

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois cela s'est-il produit durant le dernier mois ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, à quel point ses sentiments pour lui étaient ainsi ? A quel point cela l'a-t-il rendu mal ?**

- 0 Cela n'a pas posé problème, jamais
- 1 Cela a été un léger problème, détresse légère, minimale
- 2 Quelques fois, détresse modérée, clairement présente mais gérable, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, détresse sévère, considérable, perturbations des activités marquées
- 4 Enormément, détresse extrême, invalidante, incapable de poursuivre ses activités

**P26. PERTE D'INTÉRÊT POUR LES ACTIVITÉS HABITUELLES**

« Depuis le traumatisme, a-t-il/elle perdu tout intérêt à faire les choses qu'il/elle aimait habituellement faire ? »

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Diriez-vous qu'il/elle ne s'intéressait pas à grand-chose avant le traumatisme, mais que c'est devenu bien pire depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « *Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ?* »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, Combien de fois a-t-il pensait que ce serait moins amusant de faire des choses ?**

- 0 Jamais, autant d'amusement qu'avant
- 1 Un peu d'activités qu'il aime moins ou qui lui font moins plaisir qu'avant (moins de 10%)
- 2 Pour quelques activités qu'il aime moins ou qui lui font moins plaisir qu'avant (approx. 20-30%)
- 3 Pour beaucoup d'activités qu'il aime moins ou qui lui font moins plaisir qu'avant (approx. 50-60%)
- 4 Pour toutes les activités qu'il aime moins ou qui lui font moins plaisir qu'avant (plus de 80%)

Intensité

**Durant le mois dernier, quand il essayé de faire des choses qu'il faisait avant, était-ce amusant une fois commencé ?**

- 0 Pas de perte d'intérêt, pas de changement
- 1 Un peu, perte d'intérêt légère, modérée, vraisemblablement content une fois l'activité commencée
- 2 Quelques fois, perte d'intérêt modérée à certaine, mais à toujours à certain plaisirs pour des activités
- 3 Beaucoup, perte de d'intérêt sévère, marquée pour des activités
- 4 Enormément, perte d'intérêt extrême, complète ou presque complète, ne participe à aucune activité

**P27. DÉTACHEMENT/RETRAIT SOCIAL**

« *Depuis le traumatisme, se montre-t-il/elle plus distant des membres de la famille ou de ses amis ? Je veux dire qu'il/elle n'a pas envie de montrer de l'affection ou même simplement d'être avec les gens ?* »

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« *Diriez-vous qu'il/elle était distant avant le traumatisme, mais que c'est devenu bien pire depuis ?* »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « *Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ?* »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois s'est-il senti seul/moins près des personnes ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois (moins de 10%)
- 2 Parfois (approx. 20-30%)
- 3 Beaucoup de fois (approx. 50-60%)
- 4 La plupart du temps (plus de 80%)

Intensité

**Durant le mois dernier, à quel point s'est-il seul ?**

- 0 Jamais seul, pas de sentiment de détachement ou d'éloignement
- 1 Un peu seul, légère, sentiment de "décalage" avec les autres ou parfois que les autres ne peuvent pas comprendre
- 2 Quelques fois, modérée, sentiment de détachement clairement présent, mais à toujours des relations interpersonnelles
- 3 Beaucoup, impact sévère, détachement ou éloignement marqué pour la plupart des personnes, se sent proche d'une ou deux personnes seulement, pense que la plupart des personnes ne peuvent pas comprendre ses sentiments ou ses expériences
- 4 Enormément, sentiment de détachement extrême ou d'éloignement des autres, complet, n'est proche de personne

**P28. RESTRICTION DU CHAMP DES AFFECTS : PERTE DES AFFECTS POSITIFS**

« *Depuis le trauma est-ce qu'il/elle exprime moins d'émotions heureuses – comme des sourires ou des rires-, ou qu'il/elle les exprime moins intensément qu' il/elle n'en avait l'habitude ?* »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « *Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ?* »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois ne pas avoir de sentiment ou ne pas pouvoir les ressentir ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois (moins de 10%)
- 2 Parfois (approx. 20-30%)
- 3 Beaucoup de fois (approx. 50-60%)
- 4 La plupart du temps (plus de 80%)

Intensité

**Durant le mois passé, à quel point cela a-t-il été dur pour lui d'avoir des sentiments ?**

- 0 Jamais, pas de réduction dans le ressenti émotionnel
- 1 Un peu, légère réduction dans le ressenti émotionnel
- 2 Quelques fois, modéré, suppression certaine
- 3 Beaucoup plus difficile, réduction clairement marquée, sévère du ressenti émotionnel clairement pour au moins deux émotions importantes (e.g., amour, bonheur), sentiment d'engourdissement tout le temps
- 4 Enormément plus difficile, manque de ressenti émotionnel, extrême, complet

**P29. IRRITABILITÉ/COLÈRE/ CRISES DE COLÈRE/AGRESSIVITE**

« S'est-il/elle montré plus irritable, ou a eu des explosions de colère ou a développé des crises extrêmes de colère depuis le trauma ? »

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Diriez-vous qu'il/elle était inhabituellement irritable avant le trauma, mais que c'est devenu bien pire depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois a-t-il ressenti cela ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le mois passé, à quel point s'est-il senti en colère/furieux ?**

- 0 Pas d'irritabilité ou de colère
- 1 Un peu, irritabilité légère à modérée
- 2 Quelques fois, irritabilité modérée à certaine, quelques perturbations d'activités
- 3 Beaucoup, irritabilité sévère, considérable, perturbation des activités marquées
- 4 Enormément, colère généralisée, extrême, incapable de continuer ces activités

**P30. HYPERVIGILANCE**

« Depuis le trauma, est-ce qu'il/elle est plus sur ses gardes quant à la survenue d'un danger ? Je veux dire, est-ce qu'il/elle se retourne souvent comme pour surveiller ou guetter un danger ? »

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Diriez-vous qu'il/elle était hypervigilant avant le trauma, mais c'est devenu bien pire depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois a-t-il ressenti cela ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois (moins de 10%)
- 2 Parfois (approx. 20-30%)
- 3 Beaucoup de fois (approx. 50-60%)
- 4 La plupart du temps (plus de 80%)

Intensité

**Durant le mois dernier, à quel point a-t-il été en alerte au sujet de mauvaises choses qui pouvaient arriver ?**

- 0 jamais, pas d'observation pour le danger, pas d'hypervigilance
- 1 Un peu, hypervigilance légère, minimale, légère augmentation de l'état d'éveil
- 2 Quelques fois, hypervigilance modérée, clairement présente, regard attentive en public (e.g. s'assoit loin des fenêtres)
- 3 Beaucoup, hypervigilance sévère, marquée, très en alerte, scanne l'environnement pour le danger, préoccupations exagérées sur la sécurité pour soi/ la famille/ la maison
- 4 Enormément, hypervigilance extrême, excessive, efforts pour assurer la sécurité consomment significativement le temps et l'énergie et des comportements en lien avec la sécurité et la vérification s'étendent, comportement vigilant marqué pendant l'entretien

**P31. RÉACTION DE SURSAUT EXAGÉRÉE**

« Est-ce que X sursaute plus facilement qu'avant le trauma ? Je veux dire que s'il y a un bruit fort ou si quelqu'un se faufile derrière lui/elle, est-ce qu'il/elle sursaute plus facilement qu'un enfant de son âge ne le fait habituellement ? »

L'INTERVIEWEUR DOIT MONTRER CE QU'EST UNE RÉACTION DE SURSAUT

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Diriez-vous qu'il/elle sursautait facilement avant le trauma, mais que c'est devenu bien pire depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois a-t-il ressenti cela ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le mois de dernier, à quel point à-t-il été nerveux ? Combien de temps fallait-il pour qu'il se sente à nouveau bien ?**

- 0 Jamais, pas de changement dans les réactions de sursaut
- 1 Un peu, réaction de sursaut légère, légèrement plus qu'avant
- 2 Quelques fois, réaction de sursaut modérée, certaine, se sent "nerveux"
- 3 Beaucoup, réaction de sursaut sévère, marquée, excitation soutenue après la réaction initiale
- 4 Enormément, réaction de sursaut extrême, excessive, comportement manifeste de coping (e.g. esquiver et se cacher)

**P32. DIMINUTION DE LA CONCENTRATION**

« Y a-t-il/elle plus de difficultés de concentration qu'avant (l'événement traumatique) ? »

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Avait-il/elle des difficultés de concentration avant le trauma, mais c'est devenu plus difficile depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois était-ce difficile pour lui de faire attention ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois. (moins de 10%)
- 2 Parfois (approx. 20-30%)
- 3 Beaucoup de fois (approx. 50-60%)
- 4 La plupart du temps (plus de 80%)

Intensité

**Durant le mois dernier, à quel point était-ce difficile de faire attention? Est-ce que le fait de ne pas faire attention lui cause des problèmes ?**

- 0 Pas de difficulté de concentration
- 1 Un peu, léger effort de concentration nécessaire, pas ou peu de perturbation d'activité
- 2 Quelque peu, modéré, perte de concentration certaine mais arrive à se concentrer avec des efforts, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, perte de concentration sévère, marquée, même avec des efforts, perturbation des activités marquées, plus de difficulté à faire attention
- 4 Enormément, extrême, incapacité à se concentrer, incapable de s'engager dans une activité, n'arrive pas à se concentrer

**P33. DIFFICULTÉ D'ENDORMISSEMENT**

« A-t-il/elle eu des difficultés à s'endormir depuis le traumatisme ? »

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Avait-t-il/elle des difficultés à s'endormir avant le traumatisme, mais c'est devenu plus difficile depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois a-t-il eu des difficultés à s'endormir ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

**P34. RÉVEILS NOCTURNES**

« Votre enfant a-t-il des difficultés à rester endormi la nuit depuis le traumatisme ? Se réveille-t-il durant la nuit ? »

SI L'ENFANT SE RÉVEILLE À CAUSE DE CAUCHEMARS, COMPTER CAUCHEMARS ET NON REVEIL NOCTURNE ; LES TERREURS NOCTURNES NE COMPTENT PAS COMME DES RÉVEILS NOCTURNES.

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Avait-il/elle des difficultés à rester endormi avant le traumatisme, mais c'est devenu plus difficile depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois a-t-il eu des difficultés à rester endormi ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de fois, une ou deux fois.
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Lors du mois dernier, à quel point les problèmes de sommeil ont-ils été négatifs (P33 & P34) ?**

- 0 Pas de problèmes de sommeil
- 1 Un peu, léger, met légèrement plus de temps à s'endormir, ou se réveille une fois pendant un court moment [perte de 30 minutes maximum par nuit de sommeil]
- 2 Parfois, modéré, trouble du sommeil certain, met plus longtemps à aller dormir ou difficulté à rester endormi [30 à 90 minutes de sommeil perdu]
- 3 Beaucoup, sévère, mets beaucoup plus longtemps à aller dormir ou beaucoup plus difficile de rester endormi [90 minutes à 3 heures de sommeil perdu]
- 4 Enormément, extrême, extrêmement difficile d'aller dormir ou de rester endormi [plus de 3 heures de sommeil perdu]

**SYMPTOMES ASSOCIES**

**P35. ANXIÉTÉ DE SÉPARATION**

« A-t-il développé une anxiété de séparation, c'est-à-dire est-il plus accroché à vous, depuis le trauma ? »

SI NON À LA PREMIÈRE QUESTION, DEMANDEZ :

« Diriez-vous qu'il/elle était déjà trop accroché à vous avant le trauma, mais que c'est devenu bien pire depuis ? »

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois s'est-il montré plus collant ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de temps, une ou deux fois
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le mois dernier, à quelle intensité était l'anxiété de séparation ?**

- 0 Pas d'anxiété de séparation
- 1 Un peu, légère anxiété de séparation, légèrement plus collant, ou oppose quelques résistances quand vous le laissez
- 2 Parfois, anxiété de séparation modérée, devient substantiellement plus collant, prend plus longtemps et oppose plus de résistance
- 3 Beaucoup, anxiété de séparation sévère, beaucoup plus long à quitter ou beaucoup plus d'opposition
- 4 Enormément, anxiété de séparation extrême, très difficile d'arriver à le laisser, oppose beaucoup de résistances

**P36. TERREURS NOCTURNES**

« A-t-il/elle déjà eu ce qu'on appelle des terreurs nocturnes ? C'est quand une personne hurle comme si elle faisait un mauvais rêve, mais elle ne se réveille pas et elle ne s'en souvient pas le lendemain ».

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

LES 60 PREMIÈRES MINUTES D'ENDORMISSEMENT. LES CAUCHEMARS SE PRODUISENT EN GÉNÉRAL APRÈS 90 MINUTES D'ENDORMISSEMENT

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Combien de fois a-t-il fait de tels rêves Durant le dernier mois ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de temps, une ou deux fois
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine

4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, à quel point cela a-t-il été un problème?**

- 0 Pas un problème, jamais
- 1 Un petit peu un problème, léger, détresse ou perturbation des activités minimum
- 2 Parfois, détresse modérée clairement présente, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, détresse considérable, sévère, perturbation des activités marquée
- 4 Enormément, détresse extrême, incapable de conduire une activité

**P37. RÉGRESSION DE CERTAINS ASPECTS DU DÉVELOPPEMENT**

« Depuis l'événement, X a-t-il régressé dans son développement ? »

« Y a-t-il des choses qu'il/elle faisait avant le trauma qu'il/elle ne fait plus ? »

CODER 1 seulement si l'enfant avait acquis la compétence, puis qu'après « l'événement », l'enfant n'a plus le même niveau de compétence dans son développement.

« Qu'en est-il de la propreté la journée ? La nuit ? Fait-il/elle pipi au lit ? » 1 0

« A-t-il/elle perdu des acquisitions au niveau du langage ? Parle-t-il/elle de nouveau comme un bébé ? Il/elle ne peut plus dire l'alphabet ? » 1 0

« Des difficultés dans le domaine des acquisitions motrices comme être capable de fermer un bouton pression, un bouton simple, une fermeture éclair » 1 0

« Autre chose au sujet duquel je ne vous ai pas posé de question ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Pendant le mois dernier, combien de fois a-t-il fait des choses comme quand il était plus jeune ou a-t-il fait des choses qu'un enfant plus jeune pourrait faire ?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de temps, une ou deux fois
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**Durant le dernier mois, à quel point cela a-t-il été un problème ?**

- 0 Pas un problème, jamais
- 1 Un petit peu un problème, léger, détresse ou perturbation des activités minimum
- 2 Parfois, détresse modérée clairement présente, quelques perturbations des activités
- 3 Beaucoup, détresse considérable, sévère, perturbation des activités marquée
- 4 Enormément, détresse extrême, incapable de conduire une activité

**P38. NOUVELLES PEURS SANS LIEN ÉVIDENT AVEC LE TRAUMA**

« Depuis le trauma, est-ce que X a développé de nouvelles peurs qui ne semblent pas en lien avec le trauma ? »

« Par exemple aller aux toilettes tout seul ? » 1 0

« A-t-il/elle peur du noir maintenant ? » 1 0

« D'autres peurs ? » Décrivez : \_\_\_\_\_ 1 0

Si non, demandez : « Diriez-vous qu'il/elle avait ces peurs avant le trauma, mais que les choses sont devenues bien pire depuis ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES QUI MONTRENT QUE CE N'EST PAS EN LIEN AVEC LE TRAUMA.

Si oui, demandez : « Et avez-vous constaté cela au cours des quatre dernières semaines ? »

Date de début

Fréquence

**Durant le mois dernier, combien de fois a-t-il été effrayé par quelque chose non lié au trauma?**

- 0 Jamais
- 1 Peu de temps, une fois ou deux
- 2 Parfois, une ou deux fois par semaine
- 3 Beaucoup de fois, plusieurs fois dans la semaine
- 4 La plupart du temps, tous les jours ou presque tous les jours

Intensité

**A quel point s'est-il senti mal le mois dernier?**

- 0 Pas un problème, jamais
- 1 Un petit peu un problème, détresse légère, minimale
- 2 Parfois, détresse modérée clairement présente mais encore contrôlable, quelques perturbations
- 3 Beaucoup, détresse sévère, considérable, perturbation des activités marquée
- 4 Enormément, détresse extrême, invalidante, incapable de poursuivre une activité

SI AUCUN ITEM D'ESPT N'A ÉTÉ COCHÉ, PASSEZ AU SYNDROME DÉPRESSIF MAJEUR.

**ÉVALUATION DE COTATION DU RETENTISSEMENT FONCTIONNEL**

REPRENEZ LES FEUILLES DE COTATION POUR LES SYMPTÔMES DE TSPT, ET POSEZ DES QUESTIONS POUR CHACUN DES TROUBLES DÉCRITS CI-DESSOUS EN CONSIDÉRANT LES SYMPTÔMES COMME UN ENSEMBLE.

**INSTRUCTIONS INTRODUCTIVES :**

« *Maintenant, nous allons considérer l'ensemble des symptômes dont nous avons parlé et déterminer s'ils sont à l'origine de retentissements dans la vie de votre enfant. Un retentissement signifie que le symptôme affecte la vie de la personne ; cela empêche de faire des choses que la moyenne des gens sont capables de faire. Cela porte atteinte à la capacité d'une personne à fonctionner normalement* ».

**P39. RELATION AVEC LES PARENTS**

Un enfant devrait pouvoir maintenir des relations relativement harmonieuses avec ses parents pouvant apporter une communication positive et stimulante. Il faut qu'il y ait un changement dans ces relations, temporairement associé avec d'autres symptômes, pour parler de retentissement fonctionnel.

« *Ces symptômes font-ils considérablement obstacle à la façon dont il/elle s'entend avec vous, interfèrent dans votre relation, vous chagrinent ou vous pèsent ?* »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

**Demandez aux parents d'estimer l'impact sur leurs relations**

- 0 Pas d'impact négatif sur la relation avec les parents
- 1 léger impact sur la relation avec les parents, quelques détériorations
- 2 Impact modéré sur la relation avec les parents
- 3 Impact sévère, détériorations marquées, quelques aspects de la relation avec les parents restent intacts
- 4 Impact extrême impact sur la relation avec les parents

**AMÉNAGEMENT :**

« *Faites-vous des aménagements pour qu'il y ait moins de conflits entre vous et votre enfant ?* »

- 0 Aucun
- 1 fait des aménagements parfois, mais pas la plupart du temps (<50% du temps)
- 2 fait des aménagements la moitié du temps (50% environ)
- 3 fait plus d'aménagements (plus de 50% du temps)



#### 4 fait toujours des aménagements

#### P40. RELATIONS DANS LA FRATRIE

Un enfant devrait être capable de vivre dans une relative harmonie avec ses frères et sœurs. Quelques disputes ou bagarres sont à attendre, mais des conversations et des interactions harmonieuses devraient prédominer. Ils ne devraient pas être en compétition permanente pour obtenir l'attention parentale ou pour passer plus de temps avec un parent. Il est nécessaire de noter un changement dans les relations, temporairement associé avec d'autres symptômes pour coder un trouble.

« Ces symptômes font-ils obstacle à la façon dont il/elle s'entend avec ses frères et sœurs, les chagrinent ou leur pèsent ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

#### Demandez aux parents d'estimer l'impact sur les relations dans la fratrie

- 0 Pas d'impact négatif sur la relation avec la fratrie
- 1 léger impact sur la relation avec la fratrie, quelques détériorations
- 2 Impact modéré sur la relation avec la fratrie
- 3 Impact sévère, détériorations marquées, quelques aspects de la relation avec la fratrie restent intacts
- 4 Impact extrême impact sur la relation la fratrie

« Faites-vous des aménagements pour qu'il y ait moins de conflits avec ses frères et sœurs ? »

#### Aménagements :

- 0 Aucun
- 1 fait des aménagements parfois, mais pas la plupart du temps (<50% du temps)
- 2 fait des aménagements la moitié du temps (50% environ)
- 3 fait plus d'aménagements (plus de 50% du temps)
- 4 fait toujours des aménagements

#### P41. RELATIONS AVEC LES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANT L'ESSENTIEL DE LA JOURNÉE OU L'ENSEIGNANT

Une détérioration des relations de l'enfant avec les personnes qui s'occupent de lui l'essentiel de la journée ou ses enseignants est considérée comme un retentissement sur le fonctionnement psychique. La nécessité d'avoir recours à des mesures disciplinaires de plus en plus strictes, ou un retrait relationnel de l'enfant dans la relation avec la personne qui s'occupe essentiellement de lui, avec qui il avait auparavant de bonnes relations sont le témoin de cette dégradation. Cela inclut toutes les personnes qui s'occupent de l'enfant excepté les parents (nourrices par exemple).

« L'enseignant ou l'école vous ont-ils signalé qu'il/elle présente des problèmes de comportement ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

#### Demandez aux parents d'estimer l'impact sur les relations avec les personnes qui s'occupent de l'enfant l'essentiel de la journée ou l'enseignant

- 0 Pas d'impact négatif sur la relation avec les personnes qui s'occupent de l'enfant l'essentiel de la journée ou l'enseignant
- 1 léger impact sur la relation avec les personnes qui s'occupent de l'enfant l'essentiel de la journée ou l'enseignant, quelques détériorations
- 2 Impact modéré sur la relation avec les personnes qui s'occupent de l'enfant l'essentiel de la journée ou l'enseignant
- 3 Impact sévère, détériorations marquées, quelques aspects de la relation avec les personnes qui s'occupent de l'enfant l'essentiel de la journée ou l'enseignant restent intacts
- 4 Impact extrême impact sur la relation avec les personnes qui s'occupent de l'enfant l'essentiel de la journée ou l'enseignant

#### P42. RELATIONS AVEC LES PAIRS

Les enfants devraient être capables d'établir des relations avec un intérêt mutuel et d'entreprendre des activités ensemble (bavarder ou jouer constituent des activités dans ce cadre). La perte des amis ou le retrait des activités avec les pairs indique un dysfonctionnement dans ce domaine.

« Est-ce que ces symptômes font obstacles à ses relations avec ses amis, à la crèche, la garderie, l'école ou dans votre quartier ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

**Demandez aux parents d'estimer l'impact sur les relations avec les pairs**

- 0 Pas d'impact négatif sur la relation avec les pairs
- 1 léger impact sur la relation avec les pairs, quelques détériorations
- 2 Impact modéré sur la relation avec les pairs
- 3 Impact sévère, détériorations marquées, quelques aspects de la relation avec les pairs restent intacts
- 4 Impact extrême impact sur la relation avec les pairs

« Faites-vous des aménagements pour qu'il/elle ait moins de conflits avec ses camarades de jeux ? »

**Aménagements :**

- 0 Aucun
- 1 fait des aménagements parfois, mais pas la plupart du temps (<50% du temps)
- 2 fait des aménagements la moitié du temps (50% environ)
- 3 fait plus d'aménagements (plus de 50% du temps)
- 4 fait toujours des aménagements

**P43. CAPACITÉ À SE COMPORTER DE MANIÈRE APPROPRIÉE À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON OU DE LA GARDERIE /ÉCOLE**

L'enfant peut se rendre dans des lieux extérieurs à la maison (par exemple l'épicerie restaurant, église/synagogue/mosquée) et agir de manière appropriée pour son âge.

« Vous est-il plus difficile, du fait de ses symptômes, de l'emmener dans des endroits publics que cela ne l'est habituellement avec un enfant de son âge ? »

SI OUI, VOUS DEVEZ OBTENIR DES EXEMPLES

**Demandez aux parents d'estimer l'impact sur les capacités de votre enfant à sortir en public**

- 0 Pas d'impact négatif sur le comportement en public
- 1 léger impact sur le comportement en public, quelques détériorations
- 2 Impact modéré sur le comportement en public, mais beaucoup d'aspect du fonctionnement social reste intact
- 3 Impact sévère, détériorations marquées sur le comportement en public, quelques aspects du fonctionnement social restent intacts
- 4 Impact extrême impact sur le comportement en public peu ou pas de fonctionnement social

**Aménagements :**

« Faites-vous des aménagements afin qu'il/elle soit confronté à moins de situations difficiles à l'extérieur de la maison ? »

- 0 Aucun
- 1 fait des aménagements parfois, mais pas la plupart du temps (<50% du temps)
- 2 fait des aménagements la moitié du temps (50% environ)
- 3 fait plus d'aménagements (plus de 50% du temps)
- 4 fait toujours des aménagements

**P44. ÉVALUATION DE LA DÉTRESSE DE L'ENFANT**

L'enfant présente une détresse émotionnelle liée à un ou plus des symptômes dont il souffre. Cette détresse peut être liée au symptôme lui-même, comme dans la détresse associée aux stimuli qui rappellent le traumatisme ou les cauchemars, ou elle pourrait être secondaire, comme un enfant qui serait angoissé d'avoir des difficultés à se concentrer.

« Pensez-vous que ces comportements causent de la peine à votre enfant ? Par exemple, est-ce qu'il se sent mal dans sa peau ou pleure ou a l'air vraiment bouleversé ? »

Si oui, demandez : « Maintenant, j'ai besoin que vous évaluiez la fréquence. Diriez-vous que cela arrive souvent ? »

**Durant le mois dernier, à quel point a-t-il été préoccupé par des pensées et des sentiments causés par les symptômes du TSPT ?**

- 0 Aucun
- 1 Un peu, détresse minimale
- 2 Parfois, détresse clairement présente mais qui reste contrôlable
- 3 Modérée, détresse considérable
- 4 Sévère, détresse invalidante

**P62. SYMPTÔMES PERÇUS COMME PROBLÉMATIQUES**

*« Considérez-vous l'ensemble des symptômes que présente votre enfant comme un problème et comme quelque chose qu'on doit changer ? »*

1 0

**P46. PERCEPTION DE LA NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT**

*« Croyez-vous que ces symptômes nécessitent un traitement ? C'est-à-dire que cela ne passera pas tout seul et que selon vous, il est nécessaire de faire appel à des professionnels ? »*

1 0