

Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)

Version original: J. Douglas Bremner, Emory University School of Medicine, Atlanta GA
Traduction Française: Sabina Vaccarino Bremner (2009).
Révision de la traduction Française: Alexandra Cyr (2014).

Nom du participant ou numéro d'identification: _____ Date de naissance: _____

Âge: _____ Date de passation: _____

Première partie : Traumatismes d'ordre général, avant l'âge de 18 ans

- | | | | |
|-----|---|-----|-----|
| T1 | Avez-vous déjà été exposé(e) à un désastre naturel mettant votre vie en danger? | OUI | NON |
| T2 | Avez-vous été impliqué(e) dans un accident grave? | OUI | NON |
| T3 | Avez-vous déjà souffert d'une blessure ou d'une maladie grave? | OUI | NON |
| T4 | Avez-vous déjà été confronté(e) au décès de l'un de vos parents ou de votre tuteur légal (i.e. la personne qui avait votre garde)? | OUI | NON |
| T5 | Avez-vous vécu la séparation ou le divorce de vos parents? | OUI | NON |
| T6 | Avez-vous été confronté(e) au décès ou à la maladie grave d'un frère ou d'une sœur? | OUI | NON |
| T7 | Avez-vous déjà été confronté(e) au décès d'un ami? | OUI | NON |
| T8 | Avez-vous déjà été témoin de violence envers quelqu'un, incluant les membres de votre famille? | OUI | NON |
| T9 | Est-ce que quelqu'un dans votre famille a déjà souffert d'une maladie mentale ou psychiatrique ou de dépression? | OUI | NON |
| T10 | Est-ce que vos parents ou votre tuteur légal (i.e. la personne qui avait votre garde) avaient un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments ou de drogue? | OUI | NON |
| T11 | Avez-vous déjà été témoin du meurtre de quelqu'un? | OUI | NON |

Deuxième partie : Mauvais traitements physiques, avant l'âge de 18 ans

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| P1 | Avez-vous déjà été giflé(e) au visage? | OUI | NON |
| P2 | Avez-vous déjà été brûlé(e) avec de l'eau chaude, une cigarette ou quelque chose d'autre? | OUI | NON |
| P3 | Avez-vous déjà reçu un coup de poing ou un coup de pied? | OUI | NON |
| P4 | Avez-vous déjà été frappé(e) avec un objet que l'on vous a lancé? | OUI | NON |
| P5 | Avez-vous déjà été poussé(e) ou bousculé(e)? | OUI | NON |

Troisième partie : Maltraitance psychologique, avant l'âge de 18 ans

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| E1 | Étiez-vous souvent humilié(e) ou ridiculisé(e)? | OUI | NON |
| E2 | Étiez-vous souvent ignoré(e) ou vous a-t-on souvent fait sentir que vous ne comptiez pas? | OUI | NON |
| E3 | Vous disait-on souvent que vous étiez bon(ne) à rien? | OUI | NON |
| E4 | La plupart du temps, étiez-vous traité(e) avec froideur, indifférence ou d'une manière vous faisant sentir que vous n'étiez pas aimé(e)? | OUI | NON |
| E5 | Vos parents ou vos tuteurs légaux (i.e. les personnes qui avaient votre garde) échouaient-ils souvent à vous comprendre vous ou vos besoins | OUI | NON |

Quatrième partie : Abus Sexuels, avant l'âge de 18 ans

- | | | | |
|----|--|-----|-----|
| S1 | Avez-vous déjà été touché(e) sur une partie intime ou privée de votre corps (p.ex. seins, cuisses, parties génitales) d'une manière qui vous a surpris(e) ou fait sentir mal à l'aise? | OUI | NON |
| S2 | Est-ce que quelqu'un a déjà frotté ses parties génitales contre vous? | OUI | NON |
| S3 | Avez-vous déjà été forcé(e) ou contraint(e) de toucher à des parties intimes ou privées du corps d'une autre personne? | OUI | NON |
| S4 | Est-ce que quelqu'un a déjà eu des rapports sexuels génitaux avec vous contre votre volonté? | OUI | NON |
| S5 | Avez-vous déjà été forcé(e) ou contraint(e) d'exécuter un rapport oral (i.e. fellation ou un cunnilingus) sur une autre personne contre votre volonté? | OUI | NON |
| S6 | Avez-vous déjà été forcé(e) ou contraint(e) d'embrasser quelqu'un de façon sexuelle plutôt qu'affectueuse? | OUI | NON |

Si vous avez répondu « OUI » pour l'un des événements ci-dessus, répondez aux questions suivantes en pensant à l'événement qui a eu le plus d'impact sur votre vie. En répondant, considérez comment vous vous sentiez au moment de l'événement.

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Avez-vous senti des émotions de peur intense, d'horreur ou d'impuissance? | OUI | NON |
| 2. | Vous êtes-vous senti(e) comme si vous étiez à en dehors de votre corps ou comme si vous étiez dans un rêve? | OUI | NON |