

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE
PCL-5**

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe ☐ M ☐ F ☐ X ☐ I	
Ville		Code postal	

► **À quel point ces problèmes vous ont-ils dérangé?**

1. Répondez aux items en fonction du dernier mois ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
2. Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
3. Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Items	0	1	2	3	4
1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là en train de le revivre)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6. L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associés à l'expérience stressante	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Items	0	1	2	3	4
7. L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de parties importantes de l'expérience stressante	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9. Le fait d'avoir de fortes impressions négatives au sujet de vous-même, d'autrui 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 tout à fait dangereux »)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre sévèrement pour l'expérience stressante ou pour ce qui s'est produit par la suite	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Items	0	1	2	3	4
13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour pour vos proches)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16. Le fait de prendre trop de risques ou de faire des choses qui pourraient vous blesser	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant(e) ou sur vos gardes	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
18. Le fait de vous sentir agité(e) ou de sursauter facilement	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
19. Des difficultés de concentration	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 – PCL-5 © 2002 2013 Frank W. Weathers

Questionnaire rempli par :	Date :		
Signature	Année	Mois	Jour

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Section réservée à l'intervenant	
Score total	
Nombre total d'items x	20
Nombre d'items remplis (≥ 18)* /	
Score ajusté =	
Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 27?	☐ Oui ☐ Non
Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :	

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour