

## Liste d'évènements potentiellement traumatiques (LEC-5)

Weathers et al., 2013 - Traduction française : Cn2r, 2023

Remettre la liste à la personne interviewée et lui dire : *Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser (vivre). Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que : (a) Vous avez vécu personnellement une telle situation ; (b) Une autre personne a vécu une telle situation et vous en avez été témoin ; (c) Vous avez appris qu'un de vos proches a vécu une telle situation ; (d) La situation ne s'applique pas à vous ; (e) Vous avez été exposé dans le cadre de votre travail (par exemple : ambulancier, agent de police, militaire ou autre premier intervenant); (e) Vous n'êtes pas sûr que cela vous corresponde. Encerclez celui qui fut le plus difficile pour vous. Bien sûr, considérez l'ensemble de votre vie (de l'enfance à l'âge adulte) lorsque vous parcourez la liste des évènements.*

### Evènements traumatiques

	Ce m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Dans le cadre du travail	Je ne suis pas sûr	Ne s'applique pas
1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Attaque à main armée (avoir été menacé ou blessé par une arme à feu, un couteau, une bombe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, accomplir tout acte sexuel par la force ou sous menaces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel dans l'enfance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Souffrances humaines intenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mort subite et accidentelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>