



European Network for Psycho-Social Aftercare in Case of Disaster

Programme d'intervention adaptée aux groupes cibles  
Tome I

Mode d'emploi de l'Indice de Risque de Cologne  
- catastrophes

**Robert Bering, Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Michael Kamp, Gottfried Fischer**



Project co funded by the European Commission –  
Grant Agreement N° 07.030601/2006/447903/SUB/A3"



## Project Partners are



City of Cologne  
Office for international Affaires  
The mayor  
Stadt Köln (D)



Institute for Clinical Psychology and Psychological Diagnostics  
University of Cologne



Centre of Psychotraumatology  
Alexianer-Hospital Krefeld



Stichting Impact  
Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care

## **SEPET+D**

Sociedad Española de Psicotraumatología, Estrés Traumático y Disociación  
SEPET+D

Le présent ouvrage fut concue dans le cadre d'un projet promue par l'Union Européenne „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“.

## **Auteurs**

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering; Medecin specialiste en Psychiatrie und Psychotherapie; Directeur du Centre de Psychotraumatologie de l'hôpital Alexianer à Krefeld

Dipl.-Psych. C. Schedlich: Assitante scientifique de l'Institut de Psychologie Clinique et de Diagnostique Psychologique (IKPPD). Directrice de formation pour les conseillers en Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Dipl.-Psych. G. Zurek: Assistante scientifique de l'IKPPD; Chargé de cours dans le cadre des formations en Conseillers specialisés en Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Dipl.-Psych. M. Kamp: Psychologue clinique, membre de l'équipe du Centre de Psychotraumatologie; specialiste en Psychodiagnostique de Rorschach, Système intégré de J.E. Exner; Chargé de cours à l'Université de Cologne.

Prof. Dr. Gottfried Fischer: Directeur de l'Institut de Psychologie Clinique et de Diagnostique Psychologique (IKPPD), Université de Cologne.

## **Remerciements**

EUTOPA fut promue par la Comission Européenne sous le Grant Agreement „N<sup>0</sup> 07030601/2006/447903/SUB/A3“. Nous voudrions remercier le délégués d'EUTOPA pour leur aide, pour la discussion et pour leur support dans notre travail de modification du TGIP – catastrophes.

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Robert Bering, Roman Birvon, Jonathan Bisson, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Paul Cutajar, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Aida Maria dos Santos Dias, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Eva Garossa, George Gawlinski, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Barabara Juen, Michael Kamp, Zafiria Kollia, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Josée Netten, Ágatha Niemyjska, Brigit Nooij, Francisco Orengo, Gerry O'Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Claudia Schedlich, Frederico Galvao da Silva, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood - Heath,, William Yule, Bogdan Zawadzki, Gisela Zurek

Nous remercions la Ville de Cologne pour la coordination du projet EUTOPA.

© 2008 Bering, Schedlich, Zurek, Kamp und Fischer

Le présent ouvrage est protegé par le droit de l'auteur. Cela concerne particulièrement la copie, la traduction et la transformation.

## Préface

Le Mode d'emploi de l'Indice de Risque de Cologne – Catastrophes (Tome I) fut conçue dans le cadre d'un projet promu par l'Union Européenne „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“. La question cruciale qui est discutée dans le cadre du projet est la suivante: Quelles sont les mesures d'intervention en crise qui ont fait ses épreuves pour diminuer le risque de développer un troubles psychique après une catastrophe? Le groupe de travail propose de faire un „screening“ dans le cadre du suivi psychosocial avec l'objectif de pouvoir identifier les survivants avec un risque élevée de développer un trouble posttraumatique chronique. Un screening consiste dans une combinaison de différents paramètres d'enquête. Il s'agit donc d'items pour évaluer les facteurs de risque de développer un trouble de stress posttraumatique, des items pour évaluer le degré de dissociation péritraumatique et des items pour évaluer le degré et la prévalence de symptômes. Un screening n'a pas l'objectif de poser un diagnostic bien déterminé; il s'agit plutôt d'un support dans la prise de décision dans le cadre du concept de l'Intervention orienté vers des groupes cibles (TGIP). Le TGIP formule les procédés et les pas lors de l'intervention en partant du soin psychologique primaire jusqu'à la l'indication de sessions psychothérapeutiques. Les manuels que nous proposons (Tome I à III) proposent une adaptation du concept aux demandes de grandes catastrophes. Tome II contient les modules de l'Intervention orientée vers des groupes cibles. Tome III est un manuel de psychoéducation adaptée aux traumatismes. Notre concept se base sur l'idée qu'il est indispensable de s'orienter aux processus et qu'il est indispensable d'identifier des groupes de risque avant de mettre en route des programme d'intervention en crise effectives. Ce programme fut adapté à différentes types de situations dans le passé. Les projets PLOT et EUTOPA ont l'objectif d'implémenter le concept au niveau européen au moyen de l'internet. Les pages web [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu) et [www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu) ont été conçue à ce fin. Le présent ouvrage (Tome I) constitue un segment central de la TGIP; il traite des bases théoriques et pratiques de l'emploi de l'Indice de Risque de Cologne. Le manuel est destiné aux assistants professionnels et a l'objectif de décrire les possibilités et les limites des concepts décrits.

# Littérature sur l'Intervention orientée vers des groupes cibles (TGIP)

Les traductions des manuels existent en Anglais, Espagnol, Allemand et peuvent être trouvées sur le site:

[www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 13–34).
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115).
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

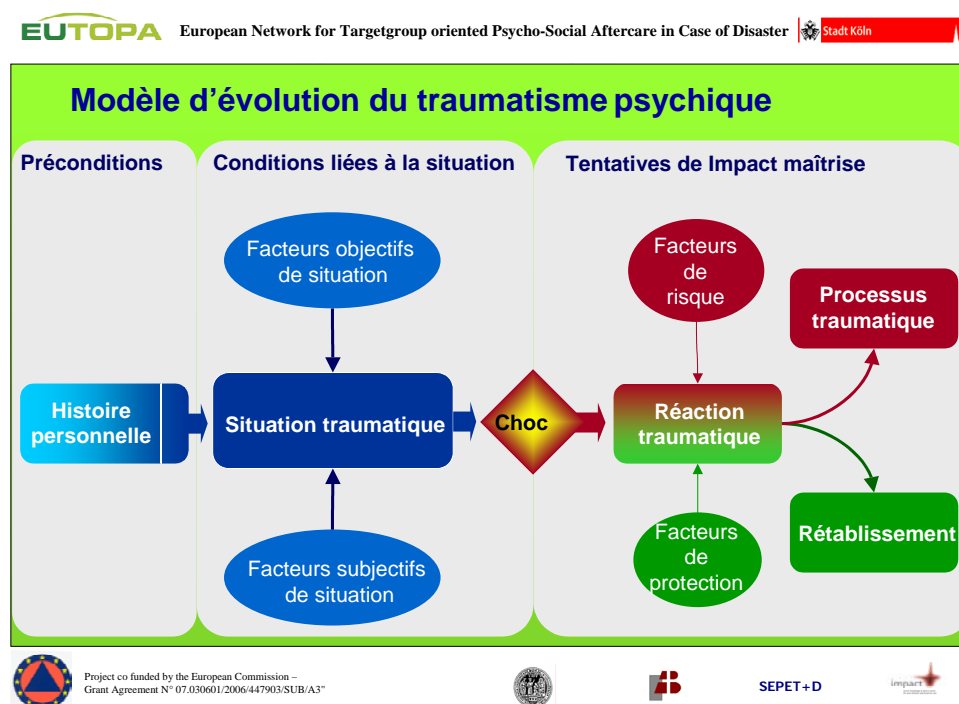
Weiterführende Information über die ZGI in Verbindung mit der psychosozialen Nachsorge von Opfern von Terroranschlägen und für Soldaten nach Auslandseinsätzen finden Sie

[www.ikpp-bundeswehr.de](http://www.ikpp-bundeswehr.de)

[www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu)

# 1. Expériences traumatiques et modes d'élaboration

## 1.1 Le modèle de l'évolution des traumatismes psychiques



**Figure 1: Le modèle de l'évolution des traumatismes psychiques (d'après Fischer Riedesser, 2003).** La situation traumatique, la réaction, le processus

Nos concepts pour le suivi psychosocial des survivants de catastrophes se basent sur le modèle de l'évolution des traumatismes psychiques (figure 1). Le modèle de l'évolution des traumatismes psychiques décrit trois phases (1) la situation traumatique, (2) la réaction traumatique (phase de choc) et (3) les conséquences. On parle d'un *processus traumatique*, si le passage à la phase de repos échoue. A cela correspond également le développement d'un trouble

de stress posttraumatique (PTSD). Le processus posttraumatique peut lui-même être sectionné en *phase d'impact* qui concerne les moments juste après le traumatisme (de 14 jours à 4 semaines) et la *phase de solidification*.

L'évaluation du risque dans le cadre des interventions orientées vers des groupes cibles est basée sur le modèle de l'évolution des traumatismes psychiques (figure 1).

L'intervention orientée vers des groupes cibles se base sur le modèle de l'évolution des traumatismes psychiques

ous discutons plus en détail les différents composants du modèle de l'évolution du traumatisme psychique. Les facteurs de la

situation objectives peuvent être très diverses. Le facteurs de la situation

objectives décrivent les faits et les circonstances de la catastrophe, comme par exemple des attentats terroristes, des inondations, des catastrophes aériennes, des accidents routiers, etc. Les catastrophes impliquent la nécessité de s'occuper immédiatement et par la suite d'un grand nombre de personnes: il s'agit des survivants, des proches des survivants, des scouristes, des témoins et de la population de la commune en question.

L'évaluation subjective de la situation traumatique peut varier très fortement. Des aspects subjectives de la situation traumatique sont par exemple des réactions émotionnelles comme l'impuissance, la détresse, la menace de la vie ou de la santé.

Lors des situations traumatiques on a très souvent affaire à des processus de défense dissociatives. Il s'agit là d'une desintégration des processus de la perception, du souvenirs, de l'émotions et de l'action. Cela peut conduire à une altération de la perception du temps, de

soi-même et de l'espace La pesanteur de la situation traumatique et le degré de dissociation péritraumatique constituent des facteurs de risque pour le développement d'un trouble de stress posttraumatique (Bering et al., 2007). Les survivants peuvent également réagir avec des émotions intenses lors de la phase postexpositoire, la phase de choqe. De la panique et de la surexcitation peuvent persister pour des heures ou même pour des journées entières. D'autres survivants encore expérimentent un état d'insensibilité et d'émoussement émotionnel (numbing).

Lors de la phase de l'impact on peut observer en alternance des phases ou dominant des souvenirs intrusives (comme par exemples des images, des émotions, des pensées et des cauchemars) et des phases ou domine des comportements d'évitement, de dénégation y inclus la défense dissociative. Des conditions préalables (composante préalable) jouent un rôle très importants pour que le processus évolue de la manière décrite.

Dissociation est la desintégration des processus de la perception, de la mémoire, des émotions et des actions.

Lors du processus traumatique peuvent survenir des troubles de sommeil, des réactions dépressives, des états d'épuisement, une rage persistante, un émoussement affectif, des angoisses, des troubles de la concentration et des auto reproches. Les souvenirs de la situation traumatique ne sont disponibles que sous formes fragmentée ou tordues. Il faut ajouter qu'il s'agit là d'abord de réactions normales à des expériences lourdes et qu'on ne peut pas les considérer comme des indicateurs d'une chronification et d'un développement d'un stress

posttraumatique proprement dites. Dans des bonnes circonstances il s'ensuit le repos après la phase de l'impact. On peut donc observer un affaiblissement net et durable des symptômes. Le mouvement de pendule entre évitement et intrusion s'apaise et l'élaboration contrôlée des contenus traumatiques devient possible (vgl. Horowitz, 1976). Les survivants apprennent de parler sur les expériences sans être inondés par des émotions ou sans devoir se défendre de manière dissociative. Il y a des facteurs décisifs qui facilitent le dépassement de la réaction

traumatique, le repos et l'élaboration de l'expérience traumatique. Un entourage social supportif et ouvert à la communication sur l'expérience traumatique et décisif. Des moments de repos et de repli sur soi ainsi que des explications par rapport aux processus traumatiques, l'enseignement d'exercices de stabilisation, de distanciation et de relaxation sont toutes aussi importants.

Si le processus de dépassement échoue, la réaction traumatique passera au processus traumatique qui peut prendre des formes très diverses. Une formes possible est la persistance des symptômes déjà présents lors de la phase de l'impact et le développement d'un trouble de stress posttraumatique. Cela peut également conduire à des troubles psychiatriques commorbides, comme par exemple le développement d'une dépendance du à la tentative d'assoupir des souvenirs intrusives avec de l'alcool, des drogues ou avec des médicaments.

Dans le cas d'une prédominance de manœuvres de défense dissociatives ou

d'évitement il existe le risque de développer une dépression. Une chronification de symptômes de surexcitation mènent à des troubles d'angoisse. La qualité de vie peut diminuer de manière dramatique et de problèmes psychosociaux en peuvent être la conséquence. Le plus fréquentes en sont des problèmes conjugaux, la perte de contacts sociaux, la diminution ou la perte de la capacité de travail, jusqu'à la retraite précoce. Dans le cas de processus traumatiques particulièrement malignes il peuvent avoir lieu des changements profondes dans la personnalité qui sont diagnostiquées en tant que telles dans le ICD-10 (F 62.0 Altération de la personnalité après des expériences extrêmes). Dans le cas d'une telle chronification une aide médicale et thérapeutique est indispensable. Nous savon qu'une situation extrême peut donner lieu à un grand nombre de troubles psychiatriques qu'il faut considérer. Le trouble de stress posttraumatique et l'altération de la personnalité en sont les troubles les plus investigués.

Toutes les mesures de l'intervention orientée vers des groupes cibles ont l'objectif de supporter le processus d'auto - guérison.

## 1.2 Les groupes de risque : les auto – guérisseurs, les instables et le groupe de risque.

Il dépend de différents facteurs si les survivants peuvent ou non surmonter une expérience lourde pendant la phase de l'impact. Des prédicteurs d'une évolution traumatique sont entre autres les facteurs objectives de la situation, la réaction péritraumatique, la réaction de l'entourage et d'autres expériences traumatismes antérieurs. Ainsi, il a été possible d'établir un nombre de facteurs qui peuvent être évalués au moyen de *l'Indice de risque de*

*Cologne* et qui permettent de formuler déjà pendant la phase de l'impact une estimation du risque d'une évolution traumatique du processus. D'après les notions de la domaine de la psychotraumatologie (Fischer et al., 1999; Bering, 2005; Bering et al., 2003, 2007; Schedlich et al. 2008) il est possible de distinguer trois groupes de personnes qui ont été à des expériences lourdes :



**Les auto – guérisseurs:** Il s'agit du groupe de survivants qui dépassent le trauma au cours du temps avec des propres ressources et potentiels sans atteintes durables.

**Les instables:** Le groupe de survivants qui peuvent surmonter l'expérience toute comme les auto – guérisseurs dans le cadre du processus d'élaboration naturel s'ils ne sont pas confrontés à d'autres événements qui peuvent perturber ce processus (comme par exemple des conséquences négatives de l'employeur, des charges familiaux/sociaux, des traumatismes ultérieurs, etc. ). Si de telles facteurs peu favorables ont lieu ces personnes ont tendance de « basculer » vers le groupe de risque qui est en danger de développer des plaintes psychiques durables suite à l'expérience traumatiques.

**Le groupe à risque:** Le groupe de survivants qui ont un risque élevé de développer un trouble de stress posttraumatique chronique et/ou des troubles comorbides comme par exemple

une dépendance d'alcool, une dépression ou un trouble d'anxiété. Ce processus chronifié peut parfois persister pendant des années et/ou il peut également arriver que des symptômes s'ajoutent au tableau clinique, ou que des symptômes apparaissent seulement après quelques années (stress posttraumatique retardé) si les personnes font de nouveau des expériences durs.

Le classement précoce des survivants est important, parce que les développements pronostiqués pour chacune des groupes sont différents et nécessitent ainsi des mesures d'interventions et de support différent pour éviter la chronification. *L'indice de risque de Cologne – Catastrophes* permet le classement des survivants d'une catastrophe dans une des trois groupes. Sur cette base des mesures d'intervention peuvent être adaptés à des groupes cibles dans le cadre du suivi psychosocial.

L'indice de risque de Cologne – Catastrophe est un outil qui permet la reconnaissance précoce et le classement des personnes à une des trois groupes, les auto - guérisseurs, les instables, le groupe à risque et constitue ainsi la base pour l'intervention orientée vers des groupes cibles.

## 2. L'Indice de Risque de Cologne - Catastrophes

### 2.1 Le développement de l'Indice de Risque de Cologne

L'Indice de Risque de Cologne fut conçue pour pouvoir établir une estimation par rapport au risque du processus traumatique. La reconnaissance précoce de développements à risques est une pierre angulaire pour une prévention secondaire efficace.

Au départ l'indice de risque fut conçue et validé dans le cadre du projet d'investigation « *Prévention de troubles chroniques auprès de victimes de violence* » - le Kölner Opferhilfe-Modell (KOM) - (Fischer et al., 1999). *L'indice de risque* permet, au moyen de l'enquête de facteurs de la situation bien déterminés

comme par exemple la lourdeur de la situation traumatique, la présence de dissociation peritraumatique et la présence ou l'absence de facteurs protectives d'établir le risque de développer un trouble posttraumatique.

La version validée de l'indice est utilisée par exemple par la police de Cologne. Les victimes de violence sont interrogés très

## 2.2 Les prédicteurs

Fischer et al. (1999) ont validé le concept de l'indice de risque avec un échantillon de victimes de violence et d'accidents et ont initiés un développement important dans le domaine de l'intervention en crise. Walter (2003) mena a bien en parallèle une investigation sur les facteurs de risques chez des victimes de holdups. Bering et al. (2003) ont développé un indice de risque pour l'armée allemande qui se base sur la dynamique de la situation typique des missions humanitaires et militaires des soldats de la Bundeswehr. Hammel a adapté ce concept à la situation dans laquelle se retrouvaient les survivants de la catastrophe de chemin de fer à Eschede (Hammel, 2005). Bering & Kamp (2007) ont validé l'indice de risque dans le contexte clinique avec un échantillon de clients avec un diagnose de stress post-traumatique. Dans la table 1 vous retrouvez les facteurs de risque identifiés. La méthodologie employée est semblable dans tous les travaux mentionnés. On utilisa des variantes de l'indice de risque qui ont été mises en relation avec des questionnaires de symptômes spécifiques du stress post-traumatique au moyen d'un modèle de régression.

Il existe des points en commun entre ces variantes de l'indice de risque qui se

tôt après l'acte de violence et peuvent être dirigées vers l'ambulance pour des victimes de violence et d'accidents dans le cas que c'est nécessaire.

Le chapitre suivant donnera un aperçue sur les nombreuses variantes de l'indice de risque qui ont été développées depuis. (voir table 1).

regroupent autour du poids des dites facteurs de disposition, de traumatismes antérieurs, de facteurs de la situation et de facteurs de risque et de protection durant la phase d'impact. A ce propos les différents facteurs ont été évalués sur la base des valeurs qu'ils ont pour le résultat final. Ils ont été évalués de manière sémi-quantitatif et marqué avec une à trois étoiles. Une étoile signifie que le facteur a très peu de poids, deux étoiles signifie que le facteurs a un poids moyen et trois étoiles signifie que le facteur a un grand poids dans la version de l'indice de risque en question.

Cet échantillonnage et cette explication des facteurs ne sont pas plus qu'un classement flou qui nous servira seulement d'orientation. Nous acceptons la désavantage de l'inexactitude pour l'avantage de pouvoir représenter les facteurs dans un graphique qui permet une comparaison entre les versions de l'indice de risque. Les résultats indiquent que les groupes de facteurs qui jouent un rôle dans le développement de symptômes de stress post-traumatique sont valides pour toutes les versions de l'indice de risque. Les différents facteurs seront spécifiés plus en détail par la suite : L'item « sexe féminin » fait partie des facteurs *de disposition*. Cet item a été

identifié tant lors de la recherche menée sur les soldats de l'armée allemande, que lors de la recherche menée sur les victimes de holdups. Il n'a pas encore été investigué si des effets de dissimulation ont déterminés ces résultats chez les hommes ou s'il s'agit réellement d'une vulnérabilité spécifique du sexe. Les items « traumatisme antérieur », « chômage » et « formation scolaires » font partie des facteurs pré traumatiques. Le degré de traumatisation antérieure a un grand poids dans toutes les versions de l'indice de risque. Les médecins doivent considérer particulièrement ce facteur. L'item « chômage » qui joue un rôle en tant que facteur de risque dans l'indice de risque pour les victimes de violence et d'accidents n'est évidemment pas important pour les victimes de holdups et pas non plus pour les soldats, parce que le traumatisme avait lieu dans l'entourage professionnel. En plus, l'item « formation scolaires » n'a pas pu être identifié que dans l'indice de risque pour les victimes de violence et d'accidents.

Les *facteurs de situation* peuvent être différenciés en facteurs subjectifs et facteurs objectifs. La peur de mourir expérimentée ou l'évaluation subjective du degré de charge fait partie des facteurs *subjectives* et a pu être identifié en tant qu'item le plus important dans toutes les versions de l'indice de risque.

L'importance des blessures subies, la durée de la situation traumatique et le fait si l'auteur du crime était connu à la victime font partie des *facteurs objectifs* de la situation. Pour ces items il y a des chevauchements. Des blessures jouent un rôle important chez les soldats, chez les victimes d'accidents et de crimes et dans l'échantillon clinique. Dans le cas des holdups on a rarement affaire à des

blessures et pour cette raison le facteur n'est pas inclut dans la version en question. Les facteurs « l'auteur à été connu », « durée de la situation », « avoir causé des dommages à autrui » démontrent des points en communs au travers des différents variantes de l'indice de risque. Le facteur « dissociation péritraumatique » présent une congruité remarquable. Ce facteur prend une place important dans toutes les versions de l'indice de risque. Le maniement des phénomènes dissociatives mérite une attention particulière. Des facteurs de risque et de protection font partie des *facteurs de la phase d'impact* qui concerne plus particulièrement les réactions de l'entourage social (proches, collègues, amies, etc.) et des supérieurs au travail (directeur de la filiale, officiers, etc.) ou des administrations (agents d'investigation, mutualités, etc.). Il devient évident que des réactions négatives dans l'entourage social ont une relation étroite avec le développement de symptômes d'un stress post-traumatique dans toutes les versions de l'indice de risque. La catégorie « mauvaises expériences avec des administrations » peut également être retrouvé dans un grand nombre de versions de l'indice de risque. Le facteur de risque « difficultés de parler sur l'expérience » mérite également une attention particulière. Ce facteur se retrouve tant chez les soldats que dans l'échantillon clinique. Ce facteur a une grande importance pour la psychotraumatologie.

Nous en pouvons déduire que la charge cumulative psycho traumatique, la dissociation péritraumatique, la lourdeur objective de l'évènement, l'évaluation subjective de l'expérience, la réaction de l'entourage social et professionnel peuvent

être considérés comme des facteurs ubiquitaires qui ont une importance lors du développement d'un trouble de stress post-traumatique. Il faut en tout cas mentionner des limites de ce modèle. Le degré de relation ou le degré de détermination qui peut être établie entre les facteurs de l'indice discutés et entre la charge symptomatique se base sur un modèle mathématique qui ne représente la réalité que de manière déficiente. Des méthodes et des instruments psychométriques ne fournissent que des indices. La connaissance de liens de causalité entre les critères des événements et des symptômes est liée à un diagnostic psychotraumatologique qui exige des entretiens dans un cadre clinique.

Pour cette raison il faut comprendre les prédictifs dans le cadre de liens dynamiques. C'est seulement ce dernier pas qui rapproche l'analyse de configuration à la vie et permet un jugement par rapport aux facteurs de disposition aux facteurs de l'histoire de vie, aux facteurs de situation aux facteurs de protection et par rapport aux facteurs de protection et de risque lors de la phase d'impact. Sur la base de ce que nous venons de dire il devient évident que l'indice de risque a une fonction importante dans la prise de décision. Si le sujet fait partie du groupe des instables ou du groupe de risque, il s'ensuit un diagnostic clinique.

Nous pouvons conclure que la charge psychotraumatique cumulative, la dissociation péritraumatique, la lourdeur objective de l'événement, l'évaluation subjective de l'expérience, et les réactions de l'entourage social et professionnel constituent des facteurs ubiquitaires qui sont en relation avec le développement de symptômes d'un stress posttraumatique. Les résultats de nos recherches sont concordants avec les méta analyses par rapport à ce sujet.

La table 1 représente les recherches qui ont conduit à la validation de l'indice de risque. Nous remarquons également que les facteurs de risque sont concordants avec les méta analyses par rapport à ce sujet (Brewin et al., 2000, Ozer et al.,

2003, Abresch & Bering, 2008). D'après le principe de convergence on peut constater que deux recherches basées sur des méthodologies différentes conduisent à des résultats concordants.

<b>Table 1.: Versions de l'indice de risque</b>				
<b>Auteurs</b>	<b>Fischer et al. (1999)</b>	<b>Walter (2003)</b>	<b>Bering (2005)</b>	<b>Bering &amp; Kamp (2007)</b>
<b>Version</b>	<b>Victimes de violence et d'accidents</b>	<b>Holdups</b>	<b>Armée</b>	<b>Echantillon clinique</b>
<b>Facteurs de disposition</b>				
Sexe féminin		*	*	
<b>Facteurs en relation avec l'histoire de vie</b>				
Niveau de formation scolaire bas	*			
Traumatismes antérieurs	**	**	**	*
Chaufrage	*			
<b>Facteurs de la situation</b>				
Ménace de la vie	*	*	*	
Durée de l'expérience	*			
Dissociation	***	**	***	**
Blessures	*		*	*
Stress subjectif	*	*	*	
Le fait que l'auteur était connu	*	*		
Endommagé autrui				*
<b>Facteurs de la phase de l'impact</b>				
Réactions négatives de l'entourage social	*	**	**	**
Pas de possibilité d'avoir des contacts avec le pays d'origine			*	
Mauvaises expériences avec les administrations/ des collègues/ des camarades	*	**	*	
Difficultés de parler de l'expérience			*	*
La table montre qu'il y a des points en commun entre les indices qui peuvent être résumés en groupes de facteurs de disposition, traumatismes antérieurs et facteurs de risque et de protection. Les étoiles notent le poids de chaque facteur. S'il n'y a pas d'étoile, l'item en question n'a pas été étudié.				

### 2.3 Adaptation de l'indice de risque à des catastrophes – L'indice de risque de Cologne Catastrophes

Pour pouvoir adapter l'indice de risque de Cologne à la situation des catastrophes il a été nécessaire de prendre en compte la situation spécifique des survivants de telles catastrophes. Vu que les situations traumatiques différentes constituent des expériences et contextes spécifiques et qu'il existent des risques très diverses de développer des troubles chroniques il faut étudier ces facteurs plus en détail. Nous suivons une double démarche méthodologique. Dans un premier pas nous reprenons les facteurs qui ont été trouvés dans les validations des indices de risque et dans les méta – analyses (Table 1). Deuxièmement nous admettons des facteurs qui, sur un niveau d'hypothèses paraissent avoir une valeur prédictive dans le scénario des survivants de catastrophes. Les hypothèses sont formulées sur base de l'états actuel des investigations.

**Ad 1** L'identification des facteurs de risque nous a montré qu'il faut prendre en compte l'histoire de vie prétraumatique, la dynamique de la situation et des facteurs de protection et de risque durant la phase d'impact. Cela nous oblige alors de prendre distance par rapport au paradigme classique de la médecine d'urgences et de garder toujours un aperçue sur le processus entier pour pouvoir mener à bien des interventions. Cela concerne tant les secouristes que les thérapeutes. C'est donc le cadre théorique avec lequel nous allons nous mettre à l'analyse de la dynamique de la situation typique des catastrophes.

**Ad 2** Le début des investigations systématiques sur les conséquences psychiques des catastrophes naturelles

remonte aux années 70. Ainsi constata B. Barton (1969), que c'est le fait que les catastrophes surviennent soudainement, la durée de la catastrophe et le fait si la commune a été préparée ou non à la catastrophes qui influent sur les réactions psychiques des victimes. Green (1990) faisait une étude à long terme après les inondations au Buffalo Creek 1972. Cette étude tarda plus de 14 ans et analysa surtout des constellations situatives qui paraissent propice pour le développement de conséquences psychologique à long terme. La plupart des études sur les conséquences psychologiques des attentats terroristes se basent sur les résultats d'analyses des événements du 11 septembre 2001 à New York. Des études on démontrés que c'est avant tout les survivants qui ont été blessés eux – mêmes ou qui ont vue des personnes gravement blessées ou mortes qui par la suite ont un risque elevé de développer un trouble posttraumatique (Desivilya, 1997; Grieger et al, 2004, 2005; Pfefferbaum et al., 2001; Ursano et al., 2003). Ces facteurs ont également une conséquence pour le suivi des asistantes psychosociaux (Fullerton et al, 2004; Philbrick, 2003; Ursano et al., 2003). Un prédicteur pour le développement d'un trouble posttraumatique chez les proches et chez les familles des victimes et le fait que quelqu'un dans la famille a décédé à cause de la catastrophe. (u.a. Green 1990; Grieger et al., 2005). Entre les facteurs de la situation objectives il paraît que c'est le degré de blessures subies et observées chez les autres qui a une grande valeur prédictive. Il n'y a que très peu de résultats d'investigations par

rapport à la valeur prédictive des facteurs de la situation subjective telle que la peur de mourir, la défense péritraumatique, ainsi que la signification des données biographiques en tant que facteur de risque ou de protection.

Si nous analysons plus en détail les facteurs de protection et de risque durant la phase d'impact, il faut rappeler qu'il s'agit dans le cas d'une catastrophe tant d'un traumatisme individuel que d'un traumatisme collectif. Il faudra investiguer plus en détail dans le futur si le fait qu'il s'agit d'un traumatisme collectif peut être considérée plus comme un facteur de protection ou comme un facteur de risque. Un traumatisme collectif peut augmenter la disposition de la population à supporter les victimes (Hobfoll et al. 2007). Un traumatisme collectif produit une solidarisation collective. D'autres facteurs de protection ou de risque potentielles durant la phase post hoc qui doivent être étudiés plus en détail sont le rôle des médias, et les rôle des politiciens. On a pu observer que si les médias transmettent des informations d'une manière adéquate et objective cela peut « restaurer » un sentiment de sécurité relative et peut ainsi être considéré comme un potentiel facteur de protection (Hobfoll et al., 2007) Or, le potentiel intrusive des images dans les

informations peut également renforcer le risque.

Une nouvelle version de l'indice de risque a été conçue qui attend sa validation. Dans cette version les facteurs cités ci-dessus seront intégrées. L'indice est par la suite mit à la disposition des organismes et organisations impliqués dans les catastrophes dans une version *online* ([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)). Les données ainsi obtenues serviront de base pour l'adaptation d'un instrument pronostique qui sera de nouveau la base pour l'intervention orientée vers des groupes cibles. L'objectif de l'indice de risque de Cologne n'est pas de mesurer le degré de charge en symptômes posttraumatiques qui peuvent même apparaître chez les dites « auto – guérisseurs ». C'est pour cette raison qu'il est tout à fait justifié d'utiliser l'indice de risque à un moment très précoce du processus traumatique, voir même juste après la phase de choc, parce qu'il ne perd pas sa valeur distinctive. Il y a beaucoup de discussions autour la question si un screening devrait seulement avoir lieu quelques semaines après l'événement. Nous adhérons pas à cette interprétation du screening, parce que pensons qu'on perdrait de la valeur prédictive.

### **3. Instructions et Administration de l'indice de Risque de Cologne - Catastrophes**

L'indice de risque de Cologne – catastrophes existe dans deux versions. Il s'agit d'un questionnaire classique (paper pen) et d'un questionnaire informatisé, accessibles sur la page web [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu). La version informatisée existe dans quatre langues. L'enquête devrait se

faire avec l'assistance d'un thérapeute. Or, dans le cas d'une catastrophe cela peut être parfois impossible. C'est pour cette raison que nous proposons la version informatisée de l'indice de risque qui permet une assistance au travers l'internet ou au travers les assistants de la red.

Deux versions de l'indice de risque : *Paper pen* et version informatisée ([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)). Le questionnaire devrait s'utiliser avec l'assistance de personnel formé.

### 3.1 Le memento pour l'entretien

Le memento de l'entretien de l'indice de risque de Cologne est qu'il s'agit d'un instrument qui permet un pronostic par rapport au risque de développer un trouble posttraumatique. Son utilisation devrait toujours se faire dans le cadre d'une consultation d'assistance individuelle. L'utilisation de l'indice directement après l'événement n'a pas de sens. La conception de l'indice de risque prévoit son utilisation après que les survivants ont reçues des soins primaires et, si possible, après une psychoéducation. A ce fin des conseillers spécialistes en psychotrauma peuvent proposer l'utilisation de la version informatisée. Pour augmenter l'efficacité il est nécessaire que l'utilisation de l'indice de risque soit généralisée. Pour assurer

une utilisation correcte il est nécessaire de former les enquêteurs. C'est nécessaire pour protéger les survivants de traumatisation ultérieure durant les entretiens. Une utilisation standardisée est un présupposé pour de bons résultats. Nous conseillons l'utilisation de l'indice de risque en présence d'un enquêteur bien formé. L'avantage réside dans le fait que l'enquêteur formé a également des capacités d'évaluer la situation. Dans ce cadre il est également possible de parler ouvertement sur des tendances de minimiser, ou d'une défense dissociative. Des mesures nécessaires peuvent directement être décidées sur la base de l'évaluation du risque.

#### **Cadre pour l'administration de l'indice de risque de Cologne - Catastrophes**

- L'enquête devrait avoir lieu dans le cadre d'un entretien individuel dans une ambiance tranquille et confidentielle.
- L'enquête doit avoir lieu au moins 72 heures après l'événement.
- L'endroit où l'enquête a lieu doit être à une certaine distance de l'événement pour transmettre un sentiment de sécurité.
- Il faut au moins prévoir 30 minutes pour l'entretien pour pouvoir discuter également des mesures appropriées. Quelques uns des survivants parlera peut-être d'expériences très durs. Il faut leurs laisser le temps d'en parler, parce que cela peut leur rendre l'impression de pouvoir contrôler leurs actions.

#### **Introduction à l'enquête**

- Il est crucial d'établir une bonne relation de travail.
- Informez le client sur les objectifs de l'enquête et présentez l'indice de risque en tant qu'instrument de soins primaires. N'accentuez pas qu'il s'agit d'une évaluation du risque, mais accentuez plutôt que le sujet peut aider de planifier des mesures adéquates s'il répond bien à tous les items. C'est particulièrement en face de sujets qui paraissent avoir



une tendance marquée de dissimuler qu'il faut éviter des formulations qui prononce le fait qu'on veut établir un profil de risque.

*« Si vous répondez à ces questions vous m'aidez de pouvoir évaluer quelles sont les offertes que nous pouvons vous faire pour que vous puissiez surmonter le plus vite que possible cette expérience horrible. »*

Discutez les appréhensions ouvertement et donnez, si nécessaire quelques explications. Si après tout le sujet a toujours des appréhensions, il peut décider ne pas participer à l'enquête.

- Il est préférable qu'une psychoéducation aura lieu avant l'enquête (Zurek et al., 2008). Informez le sujet brièvement sur le processus naturel de l'élaboration d'un traumatisme. Expliquez les symptômes et les plaintes typiques. Expliquez que les plaintes et les symptômes sont plutôt dus à la situation et aux caractéristiques de la situation qu'à une faiblesse du sujet ou à un manque de volonté de sa part. Les personnes traumatisées ont très souvent peur d'être stigmatisées ou « pathologisées » y inclus la peur de désavantages professionnels.
- Informez le sujet sur le parcours de l'entretien, c'est – à –dire, l'emploi de l'indice de risque devrait être accompagné d'autres modules de l'Intervention adaptée aux groupes cibles. Après un entretien il seront planifiées d'autres interventions dépendants du profil de risque (Schedlich et al., 2008)
- Accentuez le caractère volontaire de l'enquête et demandez la permission du sujet.
- Accentuez la protection des données et le secret professionnel. Les contenues de l'entretien ne peuvent être communiquées à autrui (amies, supérieurs, médecins). Les informations sur le traitement confidentiel des résultats des questionnaires sont indispensables pour s'assurer d'une bonne collaboration des survivants.
- Enregistrez d'abord la date et le code. Lisez `ce propos les instructions sur la dernière page de l'entretien.

### **Administration**

- Adaptez l'entretien à la vitesse du sujet. L'enquête doit toujours avoir un caractère d'entretien et ne pas se résumer à un interrogatoire schématique. Cela exige une bonne connaissance des items. Cela permet également d'obtenir des infos qui manquent.
- Acceptez si quelqu'un ne peut ou veut pas parler sur une partie de l'expérience. Ne le poussez pas.
- Ce qui compte est le vécu subjectif de la personne interrogée. Retenez votre avis personnel et ne discutez pas avec a personne. Encouragez la personne de communiquer ouvertement sa propre évaluation.
- Evitez une communication intense sur l'expérience. Le but n'est pas de dépouiller l'expérience. Cela peut parfois rétraumatiser la personne. Dans le cas qu'un survivant veut à tout moment parler de l'expérience de manière intense, informez-le que cela peut constituer une charge supplémentaire et accentuez la capacité de se distancier et de contrôler.

- Adaptez votre langage au sujet. Evitez un langage trop spécifique. Des termes comme par exemple « expérience dur » sont préférables par rapport aux mots comme par exemple « trauma ».
- Si vous n'êtes pas sûr de bien comprendre un item, vous trouverez des explications dans les annexes de enquête.

### La fin de l'enquête

- A la fin de l'enquête il faut donner quelques conseils. Les survivants seront informés sur l'évaluation du risque et sur les traumatismes et les conséquences de traumatismes. La décision s'il profitera d'interventions ultérieures restera chez le survivant lui-même. Tant la participation au screening que la décision de profiter d'autres offres d'assistance sont volontaires. Il s'agit d'offres proposées aux survivants qui pourra ainsi prendre la décision d'y participer ou pas.

D'habitude les survivants expérimentent l'enquête comme une mesure supportive et se sentent prises au sérieux. Le fait d'interroger les sujets sur les qualités de l'expérience leur aide habituellement de parler d'une manière structurée sur les aspects du vécu ce qui support un

modus de l'élaboration du traumatisme qui est la capacité de verbaliser. Parfois l'enquête peut être vécue de manière que les sujets subissent des souvenirs intrusives, des « flash-backs » et cela même si l'enquêteur a été très prudent.

### Comment traiter les Flash-backs

- Parlez aux sujets assez fortement et d'une manière claire et directe. Dites au sujets où il se trouve actuellement et dites-lui aussi que l'expérience avait lieu dans le passé et qu'il est en sécurité maintenant.
- Demandez-le la date, l'heure, son nom, etc.
- Faites des remarques absurdes comme par exemple le parler avec un faux nom.
- Posez-le des questions absurdes, comme par exemple « 100 moins 7 ? » et après la réponse vous le demandez de nouveaux « 93 moins 7 ? », etc. De telles questions servent de distracteurs. Parfois le sujet se fâche aussi. Il retourne ainsi à la réalité.
- Demandez la personne de se concentrer sur son corps et de sentir que les pieds touchent le sol et de sentir la chaise, etc.

Si lors de le sujet a subi un Flash-Back lors de l'enquête, l'entretien est interrompue et on traite le sujet comme s'il

a obtenu une évaluation de risque élevée. On fixera une date pour un entretien pour pouvoir discuter des mesures ultérieures.

### 3.2 Instructions pour l'indice de risque *online*

L'indice de risque – C est accessible en allemand, en anglais, en espagnol et en

français sur la page web [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu). Le questionnaire sur le site web

([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)) sert à la synchronisation et à la coordination dans le cas de multiples lieux d'intervention après des catastrophes. Cet outil est utile dans les cas d'un grand nombre de victimes et de capacités restreints au niveau du personnel. Choisissez d'abord la langue souhaitée. Vous trouverez le bouton « interactif » sur page principale. Pour continuer vous devez vous

« enregistrer ». Le « log in » est seulement prévue pour les assistants professionnels qui ont reçue une formation dans les concepts de l'indice de risque. Les assistants professionnels enregistrent leurs données personnelles ce qui nous permet de faire une évaluation de la plausibilité. L'administration de l'indice de risque « online » est soumis à certains règles qu'il faudrait expliciter.

### **Cadre**

- L'expérience a eu lieu il y a au moins 72 heures.
- L'endroit de l'enquête est a quelque distance par rapport au lieu de la catastrophe ce qui aidera au sujet de se sentir en sécurité.
- Il faut prévoir au moins 20 minutes pour pouvoir remplir le questionnaire.

### **Instructions et administration de l'indice de risque – C version *online***

- L'utilisation de l'indice de risque *online* exige une introduction adéquate.
- Assurez vous du support d'un assistant professionnel.
- Assurez vous qu'il s'agit d'un outil de prévention. Est-ce l'indice de risque aidera mettre en route une assistance adéquate ?

*„Les réponses à ce questionnaire nous aident d'évaluer comment on peut mieux vous aider et quelles sont les meilleures propositions pour vous assister de surmonter l'expérience que vous avez fait.“*

- Faites une intervention psychoéducative avant de passer au questionnaire ou utilisez la psychoéducation pour les survivants pour informer sur le processus naturel d'élaboration d'un traumatisme psychique.
- L'indice de risque – C n'est pas un outil qui permet de poser un diagnostic. Un diagnostic clinique exige toujours des entretiens avec un thérapeute clinicien.
- L'indice de risque – C aidera prendre des décisions.

### **Fin de l'enquête**

- Une deuxième date sera fixé pour un entretien tête-à-tête pour communiquer les résultats de l'enquête et pour discuter des interventions ultérieurs.
- Le profil individuel de risque ne peut être communiqué que dans un entretien individuel. Cela permettra d'éviter une stigmatisation dans un groupe de survivants et d'éviter des effets de dissimulation.
- Si les survivants se sentent trop mal à l'aise lors de l'entretien il faut interrompre l'entretien.

L'utilisation de l'indice de risque ne peut se faire que par du personnel formé. Le questionnaire sur le site ([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)) sert à la synchronisation et à la coordination de différents lieux d'intervention dans le cas de grandes catastrophes. Cet outil permet une optimisation des capacités au niveau du personnel dans le cas d'un grand nombre de victimes

### 3.3 Enquête des symptômes

L'indice de risque – C mesure des facteurs prédictifs de l'histoire de vie, les facteurs de la situation objectives et subjectives, de la situation péritraumatique et la balance entre facteurs de protection et facteurs de risque. Les symptômes du stress posttraumatique n'y sont pas mesurés. Il y a une raison pour cela : Durant la phase d'impact la plupart des survivants développe des symptômes de stress posttraumatique parce que ça fait partie d'un processus d'auto guérison normal et une chronification n'a pas toujours lieu. C'est seulement le développement ultérieur qui démontrera si les symptômes persistent et qu'on peut parler d'un trouble de stress posttraumatique. Dès lors ce n'est pas un prédicteur valide pour le développement d'un trouble de stress

posttraumatique de mesurer les symptômes durant la phase d'impact (4 à 6 semaines après l'expérience traumatique). Quand même nous conseillons d'accompagner le diagnostic d'un instrument (le PTSS – 10) qui mesure le degré et la présence de symptômes. Parmi les échelles de symptômes c'était le PTSS – 10 qui démontra la meilleure corrélation avec la valeur de l'indice de risque (Bering et al., 2003). Ainsi nous obtenons une fusion d'approches comme c'était déjà proposé par Schüffel et al. (1999), c'est – à – dire une qui mesure les prédicteurs et une qui mesure les symptômes de stress. A la suite du PTSS – 10 sera administré le PDEQ. Il s'agit d'un questionnaire qui mesure la dissociation péritraumatique.

Dans le cadre de l'administration de l'indice de risque, il faudra toujours également administrer une échelle de symptômes, comme par exemple le **PTSS –10**. Pour mesurer le degré de dissociation péritraumatique il faudra utiliser le **PDEQ**.

## 4 Les résultats obtenus au moyen de l'indice de risque de Cologne – Catastrophe

L'indice de risque – C est un outil de prévention qui permet une évaluation du risque de développer un trouble de stress posttraumatique. Il ne s'agit pas d'un outil de diagnostic. L'indice exprime la cumulation de facteurs de risque qui sont liés les uns aux autres et se calcule en faisant la somme des différents facteurs.

Ce modèle se base sur l'hypothèse que les facteurs ont une relation de complémentarité. Dépendant du degré de lourdeur on donne des valeurs entre 0 à 1 aux items identifiés. On fait la somme des points obtenus pour calculer un score total. Sur la base de ce score total on peut classifier les survivants dans une des trois

groupes – auto guérisseurs, instables, groupe à risque. Si l'enquête a eu lieu au travers le cite web (questionnaire informatisé), le résultat sera communiqué par un assistant professionnel formé. Jusqu'à présent l'indice de risque – C a été calibré sur la base d'une intervalidation. Le processus de validation de l'indice de risque – C est en cours et sera toujours mis à jours. Pour cette

raison nous nous limitons à la communication des résultats individuels via internet.

Il est probable que des futures catastrophes fournissent des données importantes pour le processus de validation. C'est la raison pour laquelle nous décidons ne pas publier le schème d'utilisation des différents items.

## 5. Résultats de l'atelier EUTOPA „Facteurs de risque et Screening “.

Des ateliers EUTOPA sur les thème « facteurs de risque et screening » avaient lieu tant au congrès à Cologne (29.11. bis 1.12.2007) qu'au congrès à Amsterdam (25./26.9.2008). Les ateliers furent dirigés par Ask Elklit et Robert Bering. Pour un aperçue

plus détaillé veuillez consulter le cite [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu).

Les résultats des ateliers peuvent être résumés avec les taux de référence suivants :

1. Les délégués sont d'accord qu'un screening est tout à fait utile après une catastrophe.
2. Il faudra différencier les instruments de screening qui mesurent soit le niveau des symptômes, soit les facteurs, soit les fonctions.
3. Une enquête menée auprès des délégués a mis à jour les facteurs de risque échantillonnés suivants : Manque de support social, traumatisme antérieur, dissociation péritraumatique, niveau économique très bas, taille de l'événement traumatique, troubles psychiques, sexe féminin, traits de personnalité, niveau de formation, violence subie, Coping déficitaire, impuissance, perte, être très âgé ou très jeune, des émotions négatives expérimentées, blessures, peur de mourir, durée de la situation traumatique, une auto – estime très bas et des problèmes de relation d'objet avant le traumatisme.
4. Des futures études doivent investiguer plus en détail la dynamique et les interactions entre les différents facteurs.
5. Des futures recherches devraient étudier plus en détail les facteurs protectives ou les facteurs qui favorisent une bonne intégration du traumatisme.
6. Des futures recherches devraient investiguer plus en détail des aspects systémiques du psychotrauma, comme par exemple la famille ou les lieux de travaux.
7. Dans le future il devrait y avoir plus « d'études Baseline » pour pouvoir mieux comparer les états avant et après le trauma.
8. Des recherches futures devraient étudier plus en détail l'influence de style de personnalité et de styles de contrôle.
9. Des recherches futures devraient intégrer plus des facteurs de risque biologiques aux facteurs de risque psychologiques.
10. Des études futures devraient investiguer plus en détail la question de la dissociation. Il s'agit également de distinguer plus en détail la dissociation de tous les jours, la dissociation traumatique, la dissociation péritraumatique et la dissociation persistente.
11. Les avis divergeaient autour de la question quant un screening devrait avoir lieu. Le concept d'une observation attentive a été accepté par la plupart des délégués.
12. Les opinions divergeaient fortement autour de la question des facteurs de risque pour les enfants.

## 6. Bibliographie

- Abresch, K. & Bering, R. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung als Folge eines Terroranschlages: Eine Metaanalyse zu möglichen Risikofaktoren. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität zu Köln.
- Barton, A.H. (1969). *Communities in Disaster. A sociological analysis of collective stress situations.* Garden City, New York.
- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen, Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003 (S. 13–34). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung.* Shaker Verlag: Aachen.
- Bering & Kamp (2007). Valdierung des Kölner Risikoindex an einer Stichprobe von stationären Patienten des Zentrums für Psychotraumatologie in Krefeld. Unveröffentlichtes Manuskript, Zentrum für Psychotraumatologie Krefeld.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11 (1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek & G., Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007.* (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentin, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748–766.
- Desivilya, H. S., Gal, R. & Ayalon, O. (1997). Extent of Victimization, Traumatic Stress Symptoms and Adjustment of Terrorist Assault Survivors: A Long-Term-Follow-Up. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (4), 881–889.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe für schwere seelische Belastungen.* Düsseldorf: Patmos.
- Fischer, G. (2004). Videopräsentation zu „Neue Wege aus dem Trauma“. Köln: DIPT-Verlag.

- Fischer, G., Becker-Fischer, M. & Düchting, C. (1999). Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM). Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. (3. Auflage). München: Reinhardt.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370–1376.
- Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., Gleser, G. C., Leonard, A. C., Korol, M. & Winget, C. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade. Stability of stress Symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 43–54.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S. & Ursano, R. J. (2004). Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatric Services*, 55 (9), 1061–1063.
- Grieger, T. A., Waldrep, D. A., Lovasz, M. M. & Ursano R. J. (2005). Follow-up of pentagon employees two years after the terrorist attack of september 11, 2001. *Psychiatric Services*, 56 (11), 1374–1378.
- Hammel, A. (2005). Entwicklung des Kölner Risikoindex für Betroffene von Verkehrsunfällen. Unveröffentlichte Dissertation, Universität zu Köln.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70 (4), 283–315.
- Horowitz, M. J. (1976). Stress response syndromes. New York: Jason Aronson.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults - a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Flynn, B. W., Ursano, R. J., McCoy, G., DeMartino, R., Julian, W. E., Dumont, C. E., Holloway, H. C. & Noorwood, A. E. (2001). The emotional impact of injury following an international terrorist incident. *Public Health Review*, 29 (2-4), 271–280.
- Philbrick, K.-E. (2003). Emotional Distress in Emergency Service Workers Following a Terrorist Attack: A Test of Model. *Humanities and Social Sciences*, 63 (7A), 2459.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115.).
- Schedlich, C., Zurek, G. & Bering, R. (2008). Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention im Rahmen von Großschadenslagen und Katastrophen. Target Group Intervention Programme Heft II. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Schüffel, W., Schunk, T. & Schade, B. (1999). Forschungsbericht aus der Wehrmedizin. Untersuchungen zu Ressourcen, Belastungen und Stressreaktionen deutscher Soldaten in UN- resp. NATO-Einsätzen - Langzeitverläufen unter gesundheitlichen Aspekten. Druck und Verteilung im Auftrag des Bundesministeriums der Verteidigung. Streitkräfteamt/Abteilung III. Fachinformationszentrum der Bundeswehr (FIZBw).



- Ursano, R. J., Fullerton, C. S. & Norwood, A. E. (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. New York: University Press.
- Walter, C. (2003). *Risikofaktoren psychischer Beeinträchtigung nach Banküberfällen: Validierung und Adaptierung des Kölner Risiko-Index für die spezielle Situation von Banküberfällen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Kultur.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008a). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63 – 74.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). *Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Großschadenslagen. Target Group Intervention Programme Heft III*. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.

## **7. Annexes**

**- Indice de Risque de Cologne - Pour les survivants de catastrophes et pour leurs familles**

## Indice de Risque de Cologne (CRI-D)

### Pour les survivants de catastrophes et pour leurs familles

code: \_\_\_\_\_

date: \_\_\_\_\_

<b>A.</b>	<b>Âge:</b>	<b>Sexe:</b>	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> m
<b>B.</b>	<b>Situation familiale</b>	<input type="checkbox"/> célibataire, sans relation stable	<input type="checkbox"/> marié (e), vivant dans une relation stable	<input type="checkbox"/> divorcé(e), vivant séparément
<b>C.</b>	<b>Avez-vous des enfants ?</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	nombre: _____ âge (séparer par une virgule si il y a plusieurs données)  d'entre eux vivent à la maison:
<b>D.</b>	<b>Avez-vous des frères et sœurs?</b>	<input type="checkbox"/> oui/ nombre: _____	<input type="checkbox"/> non	
<b>E.</b>	<b>Formation scolaire</b>	<input type="checkbox"/> sans diplôme	<input type="checkbox"/> collège	<input type="checkbox"/> lycée
<b>E.</b>	<b>Formation professionnelle</b>	<input type="checkbox"/> sans formation	<input type="checkbox"/> apprentissage terminé avec succès	<input type="checkbox"/> études terminées avec succès
<b>F.</b>	<b>Dernière activité</b>	<input type="checkbox"/> activité spécialisée	<input type="checkbox"/> personnel qualifié/ apprentissage	<input type="checkbox"/> employé(e)
		<input type="checkbox"/> indépendant/ à votre compte	<input type="checkbox"/> élève/étudiant(e)	<input type="checkbox"/> femme au foyer
				<input type="checkbox"/> académicien/ cadre supérieur Autre _____
<b>G.</b>	<b>Activité actuelle</b>	<input type="checkbox"/> activité spécialisée	<input type="checkbox"/> personnel qualifié/ apprentissage	<input type="checkbox"/> employé(e)
		<input type="checkbox"/> indépendant/ à votre compte	<input type="checkbox"/> élève/étudiant(e)	<input type="checkbox"/> femme au foyer
		<input type="checkbox"/> inapte au travail	<input type="checkbox"/> chômeur	<input type="checkbox"/> académicien / cadre supérieur <input type="checkbox"/> retraité(e)
<b>H.</b>	<b>Conditions de Logement</b>	<input type="checkbox"/> locataire appartement/maison	<input type="checkbox"/> propriétaire appartement/maison	<input type="checkbox"/> en ville <input type="checkbox"/> à la campagne
				<input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> colocation <input type="checkbox"/> famille/ami(e) <input type="checkbox"/> chez les parents
<b>I.</b>	<b>Avez-vous déjà été dans un hôpital psychiatrique?</b>	<input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui ↙		
		<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2-3 fois <input type="checkbox"/> 4-6 fois <input type="checkbox"/> 7- 10 fois <input type="checkbox"/> plus de 10 fois		
		la première admission remonte à _____ mois		
		la dernière admission remonte à _____ mois		
<b>J.</b>	<b>Avez-vous déjà consulté un psychothérapeute?</b>	<input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui ↙		
		<input type="checkbox"/> jusqu'à 50 heures <input type="checkbox"/> jusqu'à 80 heures <input type="checkbox"/> plus de 80 heures		
		la thérapie a eu lieu il y a _____ mois		
<b>K.</b>	<b>Est-ce qu'une personne de votre famille souffre de maladies psychiques ?</b>	<input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui		
<b>L.</b>	<b>Vous sentez-vous discriminé(e) par la société en raison de votre appartenance ethnique (par ex. religion, couleur de peau, nationalité)?</b>	<input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui		

## LES QUESTIONS SUIVANTES SE RÉFÉRENT AU MOMENT JUSTE AVANT ET JUSTE APRÈS LA CATASTROPHE

1.	Etiez-vous stressé(e) <b>avant</b> la catastrophe ? (par ex. problèmes familiaux, financiers etc.)  ↳ oui: <ul style="list-style-type: none"> <li>. le stress remonte à plus d'un an</li> <li>. le stress est apparu juste avant ou juste après la catastrophe</li> <li>. le stress est persistant</li> </ul>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
2.	Est-ce que vos <b>relations sociales</b> importantes ont été altéré dans les premiers temps <b>après</b> la catastrophe?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
3.	Vous êtes-vous restreint en raison de vos <b>circonstances de vie</b> particulières <b>après</b> la catastrophe? (par ex. gêné par vos conditions de logement, vivre dans un quartier défavorisé, électricité coupée etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
4.	Est-ce que vos récits sur ces événements stressants ont provoqué dans votre entourage des <b>réactions négatives</b> comme par ex. un désintérêt, incompréhension, curiosité abusive ou énervante, accusation ou dénigrement ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
5.	Avez-vous fait des <b>expériences négatives avec des institutions</b> ?  ↳ oui: <ul style="list-style-type: none"> <li>. police (par ex. avez-vous été interrogé(e))</li> <li>. services de secours</li> <li>. docteurs/cliniques</li> <li>. administrations</li> <li>. autre</li> </ul>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
6.	Est-ce que votre famille, vos amis ou connaissances ont montré <b>peu de compréhension</b> pour votre situation ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
7.	Avez-vous obtenu <b>le soutien (espéré) de la part de vos supérieurs</b> après ces événements stressants?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
8.	Est-ce qu'il vous est <b>difficile de parler ouvertement</b> sur les conséquences de la catastrophe dans votre vie ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

## LES QUESTIONS SUIVANTES SE RÉFÉRENT à LA CATASTROPHE

9.	<b>Où et quand</b> a eu lieu la catastrophe? <b>mois/année:</b> _____  <b>lieu:</b> _____
10.	<b>Comment évaluez-vous cette expérience vécue ?</b> <input type="checkbox"/> extrêmement stressante (2) <input type="checkbox"/> très stressante (2) <input type="checkbox"/> plutôt stressante (1) <input type="checkbox"/> plutôt peu stressante (1) <input type="checkbox"/> légèrement stressante (0)

<b>11. Avez-vous vécu (partiellement) l'événement stressant de façon inhabituelle ?</b>		
a) comme si vous ne faisiez pas partie de l'événement	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
b) vous avez agi automatiquement (par ex. crié) sans l'avoir consciemment décidé	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
c) la notion du temps était différente par ex. comme au ralenti ou en accéléré	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
d) un sentiment de surréalisme (comme un film ou un rêve)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
e) vous étiez confus ou aviez des difficultés à vous orienter dans le temps et l'espace	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
f) c'était comme si votre propre corps n'était pas touché ou que vous ne perceviez plus les douleurs ou les parties de votre corps. Vous avez ressenti votre corps différemment	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
g) c'était comme si vous survoliez au dessus de votre corps	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
h) vous n'avez que des souvenirs fragmentés, incomplets	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
i) votre champ visuel était fortement réduit sur les côtés, comme dans un tunnel	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
j) autres perceptions/vécus	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
<b>12. Quelles étaient les caractéristiques de l'expérience stressante ?</b>		
a) l'événement stressant s'est passé de façon <b>très surprenante et inattendue</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
b) <b>plus d'une demi-heure</b> s'est écoulée avant que je sois en sécurité	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
c) vous même avez vécu une <b>menace de danger mortel</b> / vous avez vécu <b>une angoisse mortelle</b> subjective	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
d) vous avez observé une <b>menace de danger mortel</b> d'une ou plusieurs personnes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
e) vous avez été <b>gravement blessé(e)</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
f) il faut s'attendre à des <b>séquelles physiques</b> (cicatrices, réduction des mouvements, inapte au travail etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
g) vous avez observé de <b>graves blessures chez d'autres personnes</b> ↳ oui: <input type="checkbox"/> étranger(ère) <input type="checkbox"/> étrangers: enfant(s), femme(s), personne(s) âgée(s) <input type="checkbox"/> connaissance <input type="checkbox"/> bon(s) ami(s) <input type="checkbox"/> membre(s) de la famille	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
h) une ou plusieurs personnes sont <b>décédées</b> ↳ oui: <input type="checkbox"/> étranger(ère) <input type="checkbox"/> étrangers: enfant(s), femme(s), personne(s) âgée(s) <input type="checkbox"/> connaissance <input type="checkbox"/> bon(s) ami(s) <input type="checkbox"/> membre(s) de la famille	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
i) Si il y a eu des morts, pouvaient-ils être <b>tous identifiés</b> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> je ne sais pas	
j) vous avez été confronté à la vue d'une <b>personne gravement blessée</b> ou d'un <b>mort</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
k) vous avez été impliqué dans un <b>combat</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
n) Le coupable vous a <b>regardé dans les yeux</b> ou bien vous étiez <b>près de lui</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

13. <b>Avez-vous fait d'autres expériences très stressantes avant la catastrophe ?</b>		
	a) menace/ attaque armée (par ex. braquage)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	b) violence physique (par ex. bagarre)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	c) viol, abus sexuel	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	d) accident	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	e) perte soudaine ou prématurée d'une personne proche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	f) appartement cambriolé	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	h) autre(s) expérience(s) stressante(s)  _____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

<b>Les questions suivantes se réfèrent au comportement des médias et du gouvernement par rapport à la catastrophe</b>		
14.	a) je me sens suffisamment informé par les médias	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	b) je suis stressé par les informations et elles me rappellent l'événement	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	c) je crois qu'on aurait pu éviter la catastrophe	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	d) à mon avis il y avait des indices qui indiquaient un attentat menaçant	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	e) pour moi, les politiciens sont responsables de l'attentat et/ou je crois, qu'ils ont échoués	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	f) je me sens aidé par le gouvernement	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	h) je peux comprendre les motivations des coupables	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

**Avant de terminer nous vous prions de bien vouloir décrire, avec vos propres mots, vos expériences et ce qui vous est important.**

- 1. Quels moments de cette expérience avez vous gardé en mémoire ? (le plus impressionnant)**
  
- 2. Qu'est-ce qui a été pour vous le plus stressant pendant cette expérience ?**
  
- 3. Quelles expériences encourageantes et positives avez-vous vécues après l'attentat ?**
  
- 4. Quelles expériences avez-vous vécues comme un stress supplémentaire après l'attentat ?**
  
- 5. Avez-vous eu recours à une aide thérapeutique ? Si oui, à quelle point vous a-t-elle aidée ?**
  
- 6. Qu'est-ce qui a été utile pour vous après l'attentat lors de l'assimilation de ces expériences ?**
  
- 7. Quel soutien auriez-vous souhaité recevoir ? Qu'est-ce qui aurait pu encore vous aider ?**
  
- 8. Est-ce que l'image que vous avez de vous-même a changée depuis l'attentat ?**
  
- 9. Comment vivez-vous votre entourage depuis l'attentat ?**
  
- 10. Avez-vous encore quelque chose d'important à rajouter ?**