

## 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? <span style="float: right;"><b>mois/année:</b> _____</span>  <span style="float: right;"><b>lieu:</b> _____</span>
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 ?**