



## DOSSIER BONNES PRATIQUES

# IDENTIFIER UN TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

## Comment identifier un TSPT ou un TSPT complexe ? Avec quels outils ?

*Guide à destination des professionnels et des chercheurs*



### ➤ Sommaire

[Avant-propos](#)

[Les questionnaires de dépistage](#)

[Comment s'assurer de la fiabilité d'un questionnaire ?](#)

[Quels sont les avantages et les inconvénients de l'usage des questionnaires ?](#)

[Les questionnaires d'évaluation diagnostique](#)

[Comment choisir un questionnaire ?](#)

[Quelles précautions prendre lors de l'utilisation d'un questionnaire dans une évaluation psychologique ?](#)

[Références bibliographiques](#)



## AVANT-PROPOS

**Vous êtes professionnel de santé ou psychologue et vous accompagnez une personne qui remplit au moins l'un des critères suivants :**

- a vécu un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques,
- présente des signes d'alerte d'une détresse ou d'une souffrance psychotraumatique,
- présente un ou plusieurs trouble(s) de santé mentale fréquemment associé(s) au TSPT,
- appartient à une population à risque en raison de sa profession ou de son histoire de vie.

→ Dans ce contexte, vous souhaitez approfondir l'identification du TSPT.

**Vous êtes chercheur et vos travaux :**

- portent sur le TSPT ou le TSPT complexe qui peuvent constituer votre critère de jugement principal, un critère de jugement secondaire, un facteur à prendre en compte dans votre analyse,
- impliquent de ne pas inclure des personnes présentant un TSPT ou un TSPT complexe.

→ Dans ce cadre, vous recherchez des instruments adaptés à vos objectifs

Des outils sont à votre disposition pour faciliter votre démarche. Ils relèvent de deux catégories et remplissent des objectifs différents :

- le dépistage,
- l'évaluation diagnostique.

Pour retrouver les questionnaires mis en page par le Cn2r, cliquez sur les liens disponibles sur les titres



## ➤ Les outils de dépistage

Les outils de dépistage permettent de détecter l'existence probable d'un trouble mais ne permettent pas de poser un diagnostic.

Aujourd'hui, les seuls outils de dépistage du TSPT disponibles sont des questionnaires d'auto-évaluation. Chez l'adulte, ils sont remplis par la personne concernée elle-même. Chez l'enfant, leur administration varie en fonction de l'âge et des capacités de compréhension. En cas d'empêchement de l'enfant, ils sont remplis par les personnes de référence (parents notamment).

Ces questionnaires évaluent des manifestations post-traumatiques ou symptomatiques du TSPT. Pour chacune d'entre elles, le répondant est invité à coter sa fréquence de survenue ou son intensité, parfois sur une période donnée. Selon la méthode de cotation de l'échelle, les individus qui présentent un score supérieur ou égal à un seuil sont identifiés comme à haut risque de présenter le trouble ou le construit psychologique.

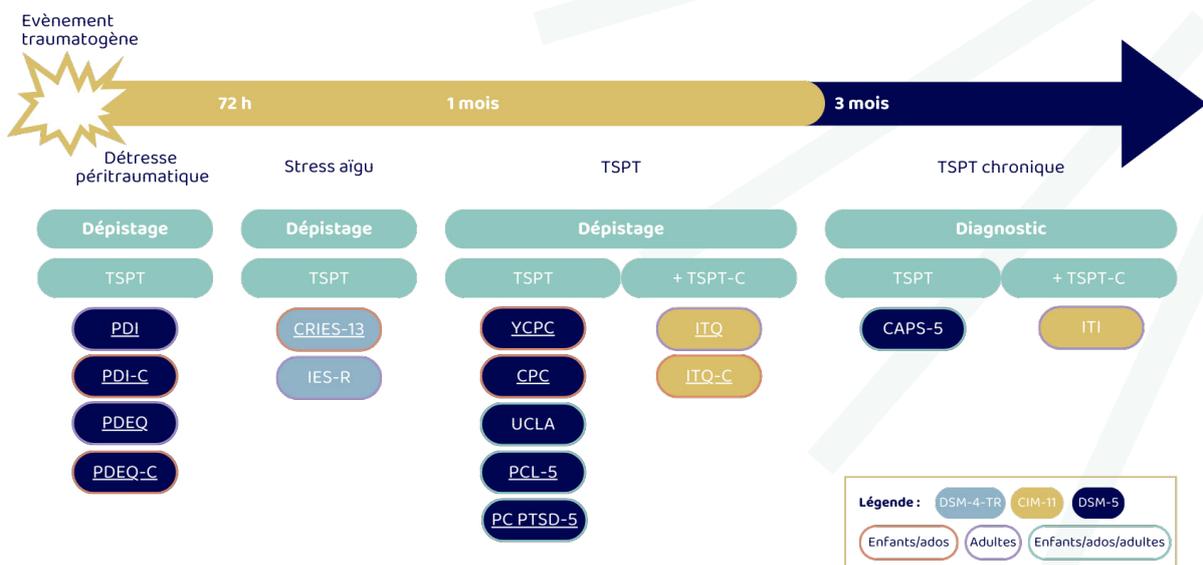
## ➤ Les outils d'évaluation diagnostique

Les outils d'évaluation diagnostique viennent en appui de la démarche diagnostique d'un trouble et permettent de confirmer sa présence et parfois sa sévérité mais ils n'apportent aucune information sur le diagnostic différentiel ou l'évaluation clinique globale de la personne bénéficiaire dont l'établissement demeure obligatoire.

Aujourd'hui, les outils d'évaluation diagnostique du TSPT se présentent sous la forme d'entretiens semi-structurés hétéro-administrés qui évaluent la fréquence et l'intensité des symptômes du TSPT sur une période donnée. Selon la méthode de cotation de l'outil, les individus qui présentent un score supérieur ou égal à un seuil présentent le trouble. Souvent, des seuils de sévérité peuvent être calculés, ce qui donne une idée de la gravité du trouble.

Leur passation est complexe et fait appel à l'expertise du professionnel qui les utilise. Les connaissances requises portent sur le trouble évalué ainsi que sur les principes de l'évaluation psychométrique et de l'interprétation des tests. Leur maîtrise exige un entraînement.

## ➤ Les questionnaires de dépistage et d'évaluation diagnostique





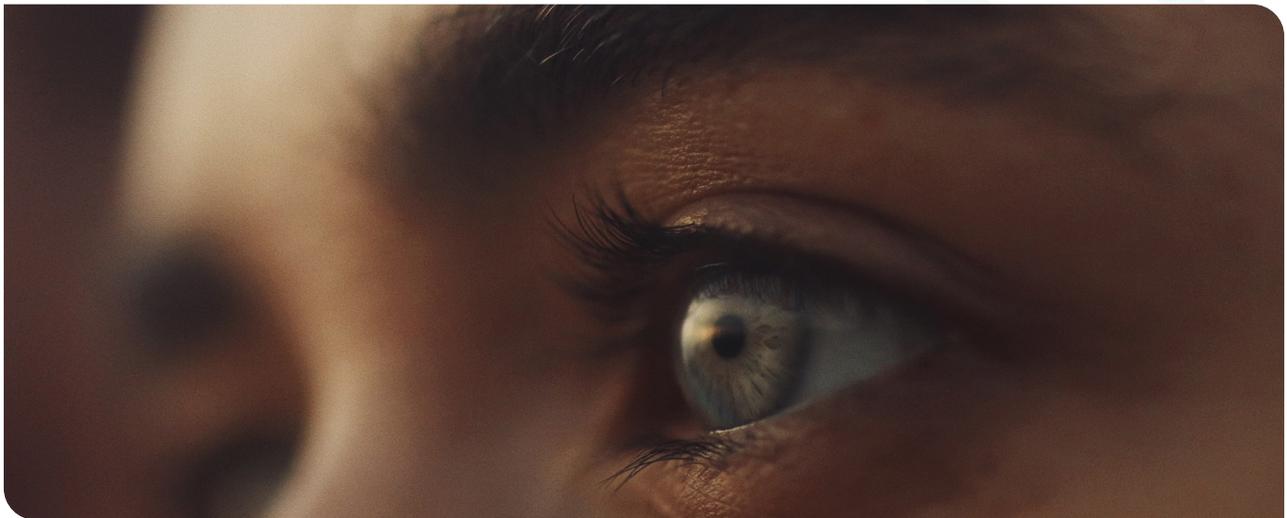
## LES QUESTIONNAIRES DE DEPISTAGE

De nombreux outils ont été développés pour aider au dépistage d'une détresse post-traumatique aiguë ou du TSPT. Seuls sont présentés ici ceux les plus communément utilisés et, idéalement, ceux validés par leurs qualités psychométriques et pour lesquels une version française est disponible.

Le choix de l'outil dépend du délai écoulé entre le moment de son administration et celui de survenue de l'événement potentiellement traumatique. On distingue ainsi trois grands types de questionnaires. Ceux administrés :

- dans les 48 à 72 heures suivant la survenue de l'événement,
- dans le mois suivant la survenue de l'événement,
- après le premier mois suivant la survenue de l'événement.

→ **Selon les questionnaires, différentes versions sont disponibles : adulte et enfant et adolescent, adulte uniquement, enfant et adolescent uniquement.**



### ➤ **Au décours immédiat de l'événement**

Certains outils ont été développés afin d'identifier le niveau de détresse ou de dissociation au décours direct de l'exposition traumatique. C'est à ce moment-là que leur validité prédictive est la plus élevée.

Un niveau élevé de détresse ou de dissociation péritraumatique est un facteur prédictif de TSPT, mais il est important de garder à l'esprit que l'absence de détresse ou de dissociation péritraumatique n'exclut pas l'apparition ultérieure d'un TSPT.

A distance de l'événement, l'utilisation de ces questionnaires peut aider la personne concernée à mieux cerner son vécu traumatique. Cependant, l'évaluation rétrospective est souvent entachée de biais, le répondant ayant tendance à minimiser ou, au contraire, à maximiser l'intensité des manifestations péritraumatiques selon la gravité de son état clinique actuel.



## Peritraumatic Distress Inventory – [PDI](#)

Le PDI est un questionnaire d'auto-évaluation qui mesure l'intensité des réactions émotionnelles et physiologiques ressenties lors de l'exposition traumatique ou dans les heures qui suivent.

Il est composé de 13 items mesurant, par rapport à un événement potentiellement traumatique donné, le niveau de différents facteurs comme les émotions négatives, la menace perçue ou l'agitation. Pour chaque proposition, les répondants évaluent sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai) dans quelle mesure celle-ci s'est appliquée à leur expérience au cours ou au décours immédiat de l'événement.

Le score total est compris entre 0 et 52. Sa passation s'effectue en cinq minutes. Sa validité prédictive est maximale quand il est administré dans les 48 heures suivant l'événement traumatique.

Sa version originale, développée par Brunet et al. (2001), a

été traduite et validée en français par Jehel et al. (2005). Cette dernière version présente une bonne cohérence interne ( $\alpha$  de Cronbach = 0.83), une fidélité test-retest ainsi qu'une validité convergente satisfaisantes.

Les propriétés psychométriques du PDI ont été peu étudiées jusqu'à présent. Une étude menée sur la version française de l'outil (Guardia et al., 2013) a examiné la capacité du PDI à prédire la probabilité de développer six semaines après un accident de la route, un TSPT répondant aux critères diagnostiques du DSM-4-TR. Les auteurs ont identifié un seuil de 14, associé à une sensibilité de 84 % et une spécificité de 47 %.

Plus récemment, une autre étude (Bunnell et al., 2018) s'est penchée sur la validité prédictive de l'outil pour un TSPT répondant aux critères diagnostiques du DSM-5. Réalisée auprès de patients hospitalisés pour des blessures graves, ses résultats ont permis d'établir un seuil de 23, avec une sensibilité de 71 % et une spécificité de 73 %.

→ Une version pour les enfants âgés entre 6 à 16 ans, le Peritraumatic Distress Inventory – Children ([PDI-C](#)), a été validée par Bui et al. (2011). Celle-ci contient les mêmes items que chez l'adulte mais dont la formulation est adaptée à l'enfant. Les auteurs ont montré une fidélité test-retest, une validité convergente et une cohérence interne de bonne qualité. Comme chez l'adulte, l'échelle est corrélée aux symptômes et au diagnostic ultérieurs du TSPT.

## Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire – [PDEQ](#)

Le PDEQ est un questionnaire d'auto-évaluation qui mesure l'intensité des expériences de dissociation vécues pendant ou dans les quelques heures qui suivent l'exposition traumatique. Il est constitué de 10 propositions.

Pour chacune d'entre elles, les répondants évaluent sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai) dans quelle mesure celle-ci s'est appliquée à leur expérience au cours ou au décours immédiat de l'événement.

Le score total est compris entre 10 et 50. Sa passation s'effectue en cinq minutes.

Sa version originale, développée par Marmar et al. (1997; 2004), a été traduite et validée en français par Birmes et al. (2005). Cette dernière version a démontré une fidélité test-retest et une cohérence interne ( $\alpha$  de Cronbach de 0.79 et de 0.78 pour respectivement chacun des 2 groupes expérimentaux). Les corrélations significatives entre le PDEQ et les symptômes de stress aigu et post-traumatique indiquent une validité convergente modérée à élevée.

Les auteurs estiment qu'un score supérieur à 15 indique une dissociation significative. La sensibilité et la spécificité du PDEQ n'ont pas été décrites.

→ Il existe également une version pour les enfants de 6 à 16 ans, le Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire – Children ([PDEQ-C](#)). Cette adaptation a été évaluée comme fiable et valide par Bui et al. (2011) avec une fidélité test-retest, une validité convergente et une cohérence interne de bonne qualité. Il a également été retrouvé une corrélation avec les symptômes et le diagnostic ultérieurs du TSPT.

## ➤ Dans le premier mois suivant l'événement

Le diagnostic de TSPT ne peut être établi qu'à partir d'un mois après la survenue de l'événement traumatique. Toutefois, durant ce premier mois, certaines personnes peuvent déjà présenter des symptômes cliniques qui évoquent fortement un TSPT. Pour qualifier ces réactions initiales, la CIM-11 utilise le terme de « réaction de stress aiguë », tandis que le DSM-5 emploie celui de « trouble de stress aigu (TSA) ».

Il est aujourd'hui scientifiquement établi que la présence de ces réactions précoces n'est que faiblement prédictive de l'évolution ultérieure vers un TSPT (Bryant, 2011, 2017). Cependant, elle peut être associée à une souffrance significative qu'il importe de considérer. Actuellement, il n'existe aucun outil validé en français évaluant la détresse aiguë dans le premier mois et s'appuyant sur le DSM-5. L'unique échelle validée en langue française est l'échelle révisée d'impact événementiel (IES-R), élaborée selon les critères diagnostiques du DSM-4-TR.

### Échelle révisée d'impact événementiel (Impact of Event Scale – Revised – **IES-R**)

L'IES-R est un questionnaire d'auto-évaluation de la détresse subjective dans le mois qui suit l'événement, en s'appuyant sur les symptômes du TSPT dans le DSM-4-TR. Il est composé de 22 propositions réparties en trois sous-échelles qui, par rapport à un événement potentiellement traumatique donné, mesurent respectivement les symptômes d'intrusion, d'évitement/d'engourdissement et d'hypertonie neurovégétative.

Pour chaque proposition, les répondants évaluent sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) dans quelle mesure celle-ci s'applique à leur expérience au cours des sept derniers jours.

Le score est compris entre 0 et 88. Sa passation s'effectue en cinq à dix minutes.

La version révisée a été développée par Weiss et al. (1997) et traduite et validée en français par Brunet et al. (2003). De nombreuses études se sont attachées à décrire les propriétés psychométriques de l'IES-R, sans parvenir à se mettre d'accord sur le seuil optimal (entre 22 et 44).

L'étude la plus récente, menée auprès d'un vaste échantillon de personnes confrontées à des événements traumatiques pendant la guerre des Balkans définit un seuil à 34, associé à une sensibilité de 86% et une spécificité de 81% (Morina, 2013). Dans la littérature, les seuils les plus utilisés se situent entre 32 et 34.

### Children's Revised Impact of Events Scale - **CRIS-13**

La CRIS-13 est un questionnaire d'auto-évaluation adapté aux enfants à partir de 8 ans afin de dépister ceux à risque de trouble de stress post-traumatique (TSPT). La CRIS-13 comporte 13 items répartis en trois sous-échelles : *intrusion* ; *évitement* et *hyperactivation*.

La sous-échelle *intrusion* évalue la fréquence des souvenirs intrusifs liés à l'événement traumatique. La sous-échelle *évitement* mesure la tendance à éviter les pensées, émotions ou situations rappelant le traumatisme. La sous-échelle *hyperactivation* indique la présence de symptômes tels que l'irritabilité, la vigilance excessive ou les troubles du sommeil. Chaque item est noté sur une échelle de Likert en 4 points notés 0, 1, 3 et 5.

Le score total est compris entre 0 et 65. Un score  $\geq 30$  (sensibilité = 91% ; spécificité = 65%) est considéré comme indicatif d'un risque élevé de TSPT (Perrin et al., 2005). Il n'y a pas de seuil clinique pour les sous-échelles.

Ce questionnaire a été élaboré par la *Children and War Foundation* (Perrin et al., 2005). Il est en accord avec les critères du TSPT établis par le DSM-5, qui était la référence lors de sa création et de sa validation. Bien qu'il reste pertinent même après la publication du DSM-5, il ne prend pas en compte la catégorie des altérations cognitives et de l'humeur introduite par ce dernier.

Les propriétés psychométriques de la CRIS-13 n'ont pas fait l'objet de nombreuses études. Celles existantes ont montré une cohérence interne et une fidélité test-retest modérées à excellentes ainsi qu'une validité discriminante et une validité convergente satisfaisantes (Deeba et al., 2014 ; Smith, Perrin, Dyregrov et Yule, 2003).

Il existe également une version à 8 items (CRIS-8) qui est aussi performante que la CRIS (13) pour dépister les enfants à risque de développer un TSPT. Pour cette version, un score seuil de 17 a été retenu avec une sensibilité de 94% et une spécificité de 59% (Perrin et al., 2005).



## ➤ Un mois après l'événement et au-delà

Parmi les outils de dépistage disponibles pour aider à la détection des cas de TSPT, deux catégories existent qui évaluent :

- pour la première, les symptômes du TSPT tels que définis dans le DSM-5 et,
- pour la seconde, ceux du TSPT et du TSPT complexe tels que définis dans la CIM-11.

### PTSD Checklist for DSM-5 – [PCL-5](#)

La PCL-5 est un questionnaire d'auto-évaluation des symptômes du TSPT selon le DSM-5. Il comporte 20 propositions. Pour chacune d'entre elles, les répondants évaluent sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) dans quelle mesure celle-ci s'applique à leur expérience au cours du dernier mois. Sa passation dure de cinq à dix minutes.

La PCL-5 peut être administrée selon l'une des trois modalités suivantes :

- sans l'évaluation du critère A, cette modalité convient lorsque l'exposition traumatique est mesurée par une autre méthode,
- après une brève évaluation du critère A,
- après une évaluation étendue du critère A à l'aide de la *Liste des événements potentiellement traumatiques révisée pour le DSM-5 (Life Events Checklist - [LEC-5](#))*.

La PCL-5 génère un score de sévérité symptomatique avec une fourchette comprise entre 0 et 80. Des scores de sévérité peuvent également être calculés pour chaque groupe de symptômes : B, C, D et E.

Un diagnostic probable de TSPT peut être posé en considérant chaque item côté 2 ou plus comme un symptôme avéré et en appliquant ensuite les algorithmes diagnostiques du DSM-5.

La version originale a été développée par Blevins et al. (2015) et traduite et validée en français par Ashbaugh et al. (2016).

La PCL-5 a fait l'objet d'un grand nombre d'études. Des seuils entre 28 et 37 ont été proposés (Ibrahim, 2018). Dans l'étude de Ashbaugh et al., (2016), validant la version française, un seuil de 31 est proposé pour dépister le TSPT, avec une sensibilité de 85% et une spécificité de 95%.

➔ La PCL-5 peut être utilisée chez l'adolescent à partir de l'âge de 14 ans.

### Primary Care PTSD Screen for DSM-5 – [PC-PTSD-5](#)

La PC-PTSD-5 est un questionnaire d'auto-évaluation qui implique d'interroger la personne sur l'existence d'une exposition antérieure à un ou des événements traumatiques, de façon explicite, en citant des exemples.

Si la personne répond négativement, l'évaluation s'arrête.

Si la personne répond positivement, cinq questions sont posées à la recherche de symptômes de TSPT.

Si la personne répond « oui » à au moins trois de ces questions, le test est positif (sensibilité : 95% ; spécificité : 85%) et nécessite d'orienter le répondant pour confirmation diagnostique. Cet outil particulièrement court peut aider au dépistage rapide, notamment en contexte de médecine générale (Prins, 2016).

Bien que non validé en français, le test présente de bonnes propriétés psychométriques dans sa version originale, et est déjà utilisé dans la pratique en France (Simart, 2020).



## International Trauma Questionnaire – [ITQ](#)

L'ITQ est un questionnaire d'auto-évaluation des symptômes du TSPT et du TSPT complexe d'après la CIM-11. Il comporte 18 items répartis en quatre sous-échelles permettant d'évaluer :

1. Les symptômes du TSPT : reviviscence, évitement et perception d'une menace actuelle,
2. Leur retentissement fonctionnel sur la vie sociale, professionnelle et sur d'autres domaines,
3. Les symptômes de désorganisation du soi : difficultés de régulation émotionnelle, perception de soi négative et perturbations dans les relations interpersonnelles,
4. Leur retentissement fonctionnel sur la vie sociale, professionnelle et sur d'autres domaines.

Concernant la passation du questionnaire, les répondants sont d'abord invités à identifier l'expérience la plus perturbante pour eux et à indiquer son délai de survenue. Puis, ils évaluent sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) dans quelle mesure chaque item s'applique à leur vécu au cours du dernier mois. La passation dure entre cinq et dix minutes.

L'ITQ génère un score de sévérité symptomatique pour :

- chaque symptôme, avec une fourchette allant de 0 à 8,
- chaque groupe de symptômes (TSPT et désorganisation du soi) avec une fourchette allant de 0 à 24,
- combiné avec une fourchette allant de 0 à 48.

Un diagnostic probable de TSPT ou de TSPT complexe peut être posé en considérant chaque item des sous-échelles symptomatiques coté 2 ou plus comme un symptôme avéré et chaque item des sous-échelles fonctionnelles coté 2 ou plus comme un retentissement fonctionnel présent et en appliquant ensuite les algorithmes diagnostiques de la CIM-11.

La version originale a été développée par Cloitre et al. (2018) et traduite et validée en français canadien par Cyr, Bélanger & Godbout (2022) et dans un échantillon français (Peraud et al., 2022). Les valeurs de cohérence interne, validité convergente et validité factorielle confortent les qualités psychométriques de la version française de l'ITQ.

- Il existe une version adaptée aux enfants et adolescents âgés entre 7 et 17 ans : l'International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent version ([ITQ-CA](#)). L'ITQ-CA a été validé (Haselgruber et al., 2020a et Haselgruber et al., 2020b) et démontre de bonnes propriétés psychométriques.
- Une version courte de 12 items a également été développée en 2018 (Cloitre et al., 2018). Cette dernière version a été traduite en français par Rolling et Mengin (2022) mais sa validité n'a pas encore été étudiée.
- Une autre version a été élaborée (Lueger-Schuster et al., 2023) et est en cours d'évaluation (Haselgruber et al., 2024) : l'International Trauma Questionnaire – Children ans Adolescents Caregiver version (ITQ-CG). Il s'agit d'une version permettant d'évaluer le TSPT complexe du point de vue d'un tiers. Il n'existe actuellement aucune version française.



## ➤ Chez l'enfant de 6 ans et moins

### Young Child PTSD Checklist – [YCPC](#)

L'YCPC est un questionnaire qui mesure les symptômes de TSPT chez les enfants âgés entre 1 et 6 ans. Il s'agit d'une mesure rapportée par l'adulte qui s'occupe de l'enfant.

Ce questionnaire comporte 42 items.

Les 13 premiers items dépistent les événements traumatisants vécus par l'enfant et constitue le Young Child PTSD Screen (YCPC). Il propose plusieurs types d'événements possibles. Ce questionnaire est parmi les seuls connus à recueillir pour chaque type d'événement, des informations précises sur l'âge du premier événement traumatique, l'âge du plus récent ainsi qu'une estimation du nombre de fois où l'événement s'est produit.

Les 23 items suivants portent sur les symptômes. Ils ont été actualisés pour refléter les modifications apportées au DSM-5. Parmi eux, 18 évaluent les symptômes de TSPT tandis que cinq évaluent des symptômes connexes dont il a été démontré empiriquement qu'ils font suite à une expérience traumatique chez les jeunes enfants : agression physique, anxiété de séparation, régression des compétences développementales et peurs de nouvelles situations non liées au traumatisme (Scheeringa et al., 1995, 2001, 2003). Pour chaque proposition, l'adulte qui s'occupe de l'enfant évalue sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (tous les jours ou presque) la fréquence du symptôme décrit.

Les six derniers items évaluent le retentissement fonctionnel. Pour chaque proposition, l'adulte qui s'occupe de l'enfant évalue sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (quasiment jamais/pas du tout) à 4 (tous les jours) la fréquence de la gêne fonctionnelle décrite.

L'YCPC génère un score de sévérité symptomatique, avec une fourchette variant de 0 à 92 ainsi qu'un score de gêne fonctionnelle avec une fourchette variant de 0 et 24. Un seuil de 26 est retenu pour dépister un probable diagnostic de TSPT. Pour la gêne fonctionnelle, un score supérieur à trois indique que les symptômes de TSPT altèrent significativement le fonctionnement global de l'enfant.

Outre le score seuil, Vasileva et ses collègues (2018) ont proposé un algorithme diagnostique qui utilise uniquement les 18 items correspondant aux critères actuels du DSM-5 pour le TSPT chez les enfants de 6 ans et moins.

L'YCPC a démontré une bonne cohérence interne et une validité de critère concurrente satisfaisante par rapport au module TSPT de la DIPA (Scheeringa, 2020).

Thümmeler et al. (2017) ont élaboré la version française qui n'a cependant pas encore été validée.

## ➤ Chez l'enfant de plus de 6 ans

### Child PTSD Checklist – CPC

Le CPC est un questionnaire qui mesure les symptômes du TSPT selon le DSM-5 chez les enfants âgés de 7 à 18 ans.

Deux versions de l'outil sont disponibles : l'une destinée à l'enfant et l'autre aux parents. Chaque version comprend 40 items, répartis selon un même modèle structuré en trois sous-échelles.

La première sous-échelle, composée de 13 items, permet de dépister les événements traumatiques survenus dans la vie de l'enfant, qu'il y ait été exposé directement ou indirectement. Si au moins un événement est coché, les deux sous-échelles suivantes sont alors proposées.

La deuxième sous-échelle contient 21 items et vise à évaluer les symptômes de TSPT. Pour chaque item, le répondant indique la fréquence du symptôme décrit à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points, allant de 0

(Jamais) à 4 (Quotidiennement).

La troisième et dernière sous-échelle, composée de 6 items, mesure le retentissement fonctionnel. De la même manière, le répondant évalue la fréquence de la gêne fonctionnelle sur une échelle de Likert en 5 points, de 0 (Jamais) à 4 (Quotidiennement).

Le temps de passation est de 15 à 20 minutes.

La version originale a été développée par Scheeringa (2010) et traduite et validée en français par Gindt et al. (2021). Cette dernière version présente de bonnes propriétés psychométriques (cohérence interne, validité concurrente et validité factorielle). Concernant le seuil diagnostique, les auteurs fixent un score seuil de 20 (sensibilité = 73,1% ; spécificité = 84,7%) pour la version enfant et un score seuil de 17 (sensibilité = 77% et spécificité = 80,5%) pour la version adulte.

### UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 - UCLA PTSD RI

L'UCLA PTSD-RI-5 est un questionnaire d'autoévaluation des symptômes du TSPT selon le DSM-5. Il s'adresse aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents.

Il s'organise en 2 parties :

- un inventaire des antécédents de traumatismes et de pertes,
- un inventaire des symptômes de TSPT selon le DSM-5.

L'inventaire des antécédents de traumatismes et des pertes répertorie 23 types d'expériences traumatiques. Pour chacun d'entre eux, une série de questions fermées permet d'en préciser la nature. Ce questionnaire peut être rempli en auto- ou hétéro-évaluation. La passation de ce questionnaire est suivie de celle d'un deuxième appelé « inventaire des détails des traumatismes et des pertes » dédié à explorer les expériences traumatiques déclarées par le répondant. Pour chaque expérience signalée, une première série d'items appelés « détails traumatiques » vise à préciser la nature de l'évènement vécu. Puis le degré d'implication de l'enfant ou de l'adolescent dans l'évènement est défini selon qu'il a personnellement vécu la situation décrite, qu'il en a été témoin ou qu'il a appris qu'un de ses proches ou amis en a été victime. Enfin, l'âge ou les âges que l'enfant ou l'adolescent avait au moment de l'évènement sont précisés. Ce questionnaire est rempli par le thérapeute.

L'inventaire des symptômes de TSPT comprend 27 items pour évaluer les symptômes du TSPT et 4 items supplémentaires pour évaluer le sous-type dissociatif. La fréquence des symptômes du TSPT pendant le mois précédant l'évaluation est mesurée sur une échelle de Likert en cinq points (0 = jamais à 4 = la plupart du temps). Ce questionnaire peut être rempli en auto- ou hétéro-évaluation. L'inventaire des symptômes de TSPT génère un score de sévérité variant de 0 à 108.

La passation de L'UCLA PTSD-RI-5 dure environ 30 minutes.

Initialement développé par Steinberg et al. (2004), l'UCLA PTSD-RI a été actualisé pour répondre aux critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5 (Pynoos et Steinberg, 2013). Le PTSD-RI-5 a montré une bonne cohérence interne et une validité convergente modérée avec les symptômes du TSPT (Elhai et al., 2013 ; Steinberg et al., 2013 ; Kaplow et al., 2020 ; Takada et al., 2018).

Une version en langue française est en cours de validation au sein de plusieurs Centres Régionaux du Psychotraumatisme avec le soutien du Cn2r. Une version pour les enfants de moins de six ans existe et s'adresse aux personnes qui s'occupent de l'enfant (Steinberg et al., 2017).



## COMMENT S'ASSURER DE LA FIABILITE D'UN QUESTIONNAIRE ?

**Un questionnaire de dépistage ou d'évaluation diagnostique est considéré comme fiable lorsque ses résultats permettent d'identifier correctement une maladie chez une personne qui en est porteuse et d'exclure cette maladie chez une personne qui ne l'est pas.**

La fiabilité d'un questionnaire repose sur deux qualités psychométriques principales :

1) **La fidélité (en anglais reliability)**, qui désigne la capacité du questionnaire à fournir une mesure constante d'un même phénomène. Elle renvoie à différentes formes de stabilité de la mesure, notamment :

- la **stabilité dans le temps** (fidélité test-retest),
- la **cohérence interne** ou stabilité entre les questions posées dans le questionnaire.

La cohérence interne est généralement mesurée à l'aide du coefficient  $\alpha$  de Cronbach, dont la valeur varie entre 0 et 1. De manière consensuelle, une valeur égale à 0.7 est jugée satisfaisante. Une valeur supérieure ou égale à 0.9 peut toutefois indiquer une redondance excessive des items, ce qui peut paradoxalement réduire la fiabilité de l'échelle.

2) **La validité extrinsèque** qui renvoie à la capacité du questionnaire à mesurer précisément ce qu'il est censé mesurer. Elle regroupe plusieurs dimensions :

- la **validité de contenu** qui garantit que les items du questionnaire couvrent l'ensemble du domaine conceptuel à évaluer. Ce type de validité inclut : la **validité apparente** qui vérifie si les items du questionnaire, sur la base de leur contenu et du vocabulaire utilisé, apparaissent comme des plausibles du concept mesuré; la **validité de consensus** qui repose sur l'avis d'experts confirmant que le questionnaire couvre de manière adéquate le construit étudié.

- la **validité critérielle** qui permet de s'assurer que la mesure obtenue est corrélée avec d'autres critères externes mesurant le phénomène étudié. Ce type de validité comprend : la **validité concurrente** qui évalue si le questionnaire permet de distinguer entre les individus présentant fortement le critère mesuré et ceux le présentant faiblement; la **validité prédictive** qui permet de s'assurer que le questionnaire peut prédire une valeur sur une mesure validée du concept étudié.

- la **validité nomologique** qui permet de s'assurer que les relations entre les mesures du concept étudié et celles d'autres concepts sont conformes aux théories existantes.

- la **validité conceptuelle** ou de construit qui permet de s'assurer que le questionnaire fournit une bonne représentation du concept étudié. Ce type de validité inclut : la **validité convergente** qui mesure si les items supposés évaluer le même phénomène sont fortement corrélés entre eux; la **validité discriminante** qui mesure si les items supposés évaluer des phénomènes différents sont faiblement corrélés entre eux.

*Aucun questionnaire psychologique ne peut atteindre une fiabilité parfaite. Cependant, un niveau insuffisant de fidélité et/ou de validité externe constitue un signal d'alarme, tout comme l'absence d'information sur ces propriétés dans la description du questionnaire.*

En plus de ces critères, d'autres indicateurs permettent d'évaluer les performances d'un questionnaire, notamment :

- la **sensibilité** qui représente la capacité du questionnaire à donner un résultat positif quand une personne est réellement malade,
- la **spécificité** qui représente sa capacité à donner un résultat négatif quand une personne n'est pas malade.

Ces deux propriétés permettent d'estimer la **validité intrinsèque** du questionnaire. Leur valeur dépend du seuil défini pour discriminer entre porteurs et non-porteurs de la maladie.

Par exemple, avec un seuil à 23, la sensibilité de l'Inventaire de Détresse Péritraumatique est de 71%, et sa spécificité de 73%. Cela signifie que :

- *parmi les malades*, 71% auront bien un test positif, alors que 29% d'entre eux auront un test faussement négatif et ils ne seront pas détectés,
- *parmi les non-malades*, 73% auront bien un test négatif alors que 27% d'entre eux auront un test faussement positif et seront détectés à tort.



## QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVENIENTS DE L'USAGE DES QUESTIONNAIRES ?

### AVANTAGES

Les facteurs sur lesquels les questionnaires portent sont définis à partir des données solides issues de la recherche. Ils sont par ailleurs explorés sur la base de critères opérationnels, ce qui permet de maintenir un certain degré d'accord entre différents évaluateurs. Enfin, la quantification qui sous-tend la cotation des items permet de générer des scores seuils qui normalisent l'évaluation et en améliorent la validité prédictive.

Les questionnaires réduisent ainsi la subjectivité du professionnel et favorisent une analyse plus précise. Enfin, ces outils aident à surmonter l'évitement et la honte souvent ressentis par les répondants, en particulier dans les cas de TSPT.

### INCONVENIENTS

Les questionnaires de dépistage actuels du TSPT, reposent exclusivement sur des mesures statiques : ils ne capturent ni l'évolution ni les fluctuations dans le temps. Les résultats obtenus lors de leur administration ne reflètent donc que l'état de la personne concernée à ce moment précis, sans offrir d'indication sur son évolution future.

De plus, l'évaluation psychologique par des questionnaires peut être influencée par plusieurs biais, notamment le biais de désirabilité sociale. Ce phénomène pousse certaines personnes à répondre en fonction de ce qu'elles pensent être socialement acceptable plutôt qu'en toute honnêteté, faussant ainsi les résultats.

Enfin, une mauvaise interprétation des questions peut altérer la validité des réponses.

Ces limites invitent le clinicien à interpréter les résultats avec précaution et à les intégrer nécessairement dans une évaluation plus globale tenant compte des dynamiques cliniques individuelles.



## LES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

Deux questionnaires d'hétéroévaluation diagnostique du TSPT sont actuellement disponibles : la **Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5**, outil d'évaluation diagnostique du TSPT tel que défini par le DSM-5 ; l'**International Trauma Interview**, outil plus récent d'évaluation diagnostique du TSPT et du TSPT complexe tels que définis par la CIM-11.

### Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 – CAPS 5

Initialement développée en 1989 par Blake et al., la CAPS a fait l'objet de plusieurs ajustements. La CAPS-5 est la version la plus récente et constitue aujourd'hui l'outil de référence en matière d'évaluation du TSPT selon le DSM-5 (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2018). La CAPS-5 consiste en un entretien semi-structuré comprenant 30 items qui permettent d'évaluer pour :

- 1 d'entre eux : l'événement traumatique,
- 20 d'entre-eux : les symptômes du TSPT,
- 4 d'entre-eux : la durée des symptômes, la détresse subjective, le retentissement fonctionnel,
- 3 d'entre eux : la validité, la sévérité et l'amélioration globales
- 2 d'entre eux : les caractéristiques du sous-type dissociatif.

L'évaluation des symptômes nécessite l'identification d'un événement traumatique index qui servira de référence à l'interrogation. La passation de la liste des événements potentiellement traumatiques pour le DSM-5 (*Life Events Checklist*, LEC-5) est recommandée en plus de l'enquête sur le critère A incluse dans la CAPS-5.

Pour chaque symptôme, des questions standardisées sont fournies qui permettent d'en mesurer l'intensité et la fréquence (à l'exception de l'amnésie et de la diminution de l'intérêt qui sont basées sur la quantité et l'intensité). L'analyse conjointe des 2 dimensions sur la base de critères opérationnels permet d'obtenir un score de sévérité en 5 points allant de 0 (absent) à 4 (extrême / incapacitant). La passation de la CAPS-5 dure de 45 à 90 minutes selon la complexité du cas.

#### Cotation de la CAPS-5

La CAPS-5 génère un score de sévérité symptomatique, avec une fourchette allant de 0 à 80. Partant, des seuils de sévérité peuvent être obtenus en divisant le score total par 20. Ces seuils varient de « *TSPT léger* » pour une cote comprise entre 0 et 1 à « *TSPT extrême* » pour une cote comprise entre 3 et 4. Des scores de sévérité peuvent également être calculés pour chaque groupe de symptômes (B, C, D et E) ainsi que pour les symptômes de dissociation.

Un diagnostic de TSPT peut être posé en considérant chaque item associé à un score de sévérité  $\geq 2$  comme un symptôme avéré et en appliquant ensuite les algorithmes diagnostiques du DSM-5.

#### Versions de la CAPS-5

Il existe trois versions de la CAPS-5 qui couvrent des périodes d'évaluation différentes : la semaine écoulée, le mois écoulé et le pire mois (au cours de la vie). Le diagnostic de TSPT actuel est obtenu avec la version du mois précédent et celui de TSPT vie entière avec celle du pire mois.

La version originale de la CAPS-5 a été développée par Weathers et al. (Weathers et al., 2018) et traduite et validée en français par Rivest-Beauregard et al. (Rivest-Beauregard, Brunet & Gaston, 2021). La version française présente une cohérence interne et une validité convergente robustes ainsi qu'une fidélité test-retest élevée.

- La **Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5, Child and Adolescent version – CAPS-CA-5** est une échelle de 30 items administrée par un clinicien, conçue pour les enfants et les adolescents âgés de 7 à 18 ans et basée sur les critères du DSM-5 (Pynoos et al., 2015). Il s'agit d'une version modifiée de la CAPS-5 qui intègre des items adaptés à l'âge et des options de réponse par image. La structure reste la même que la CAPS-5.
- Elle a été développée en anglais (Carrion et al., 2002) et validée interculturellement auprès d'une population néerlandaise, avec des propriétés psychométriques remarquables (Diehle et al., 2013). La CAPS-CA a été mise à jour conformément au DSM-5 (CAPS-CA-5) (Pynoos et al., 2015) et validée interculturellement en portugais (Barroca et al., 2022), néerlandais, japonais (Eizaburo et al., 2024) et tunisien (Kouki et al., 2023) avec une bonne cohérence interne et une validité convergente satisfaisante.
- Il n'existe actuellement aucune version validée en langue française. Toutefois, le Cn2r en propose une traduction.

## International Trauma Interview for CIM-11 - ITI

L'ITI est un entretien semi-structuré en deux parties qui permettent respectivement d'évaluer :

- les symptômes de TSPT : reviviscence, évitement et perception d'une menace actuelle,
- les symptômes de désorganisation du soi : difficultés de régulation émotionnelle, perception de soi négative et perturbations dans les relations interpersonnelles.

L'évaluation des symptômes nécessite l'identification d'une expérience traumatique index qui servira de référence à l'interrogation. La passation de la *Mesure Internationale d'Exposition aux Traumatismes* (ITEM) est recommandée en plus de l'enquête incluse dans le questionnaire.

La partie consacrée aux symptômes de TSPT comporte six items pour l'évaluation du TSPT et sept pour celle du TSPT complexe. Sa structure est basée sur celle de la CAPS-5. Pour chaque symptôme, des questions standardisées sont fournies qui permettent d'en mesurer l'intensité et la fréquence sur le dernier mois. L'analyse conjointe des 2 dimensions sur la base de critères opérationnels permet d'obtenir un score de sévérité en 5 points allant de 0 (absent) à 4 (extrême /incapacitant). Cette partie comprend également deux items sur le retentissement fonctionnel des symptômes sur vie sociale, la vie professionnelle ou d'autres domaines de vie importants. Celui-ci est coté sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (aucun impact négatif) à 4 (impact extrême, peu ou pas de fonctionnement).

La partie consacrée aux symptômes de désorganisation du soi est construite sur la même base et comprend six items pour l'évaluation des symptômes et 2 pour celle du retentissement fonctionnel. Pour chaque symptôme, des questions standardisées sont fournies qui permettent d'en mesurer l'intensité et la fréquence. L'analyse conjointe des deux dimensions sur la base de critères

opérationnels permet d'obtenir un score de sévérité en 5 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement).

Pour contribuer au diagnostic, chaque symptôme doit avoir commencé ou s'être aggravé après la survenue de l'événement traumatique de référence. Les liens fonctionnels entre l'expérience traumatique et les symptômes sont évalués en demandant au répondant si les difficultés qu'il rencontre ont commencé ou se sont aggravées après l'exposition traumatique ou s'il pense qu'elles sont liées à l'événement. Les liens sont évalués comme « *certain* » quand le symptôme peut être clairement rattaché à l'événement index ; « *probable* » quand il est probablement, mais pas définitivement, lié à l'événement index ; ou « *improbable* » quand il peut être attribué à une autre cause que l'événement index. La passation de l'ITI dure de 30 à 90 minutes selon la complexité du cas.

### Cotation de l'ITI

L'ITI génère un score de sévérité symptomatique pour :

- chaque symptôme, avec une fourchette allant de 0 à 8,
- chaque groupe de symptômes (TSPT et désorganisation du soi) avec une fourchette allant de 0 à 24.
- combiné avec une fourchette allant de 0 à 48.

Un diagnostic de TSPT ou de TSPT complexe peut être posé en considérant comme un symptôme avéré tout item associé à un score de sévérité  $\geq 2$  et comme un retentissement fonctionnel présent tout item associé à un score de sévérité  $\geq 2$  et en appliquant ensuite les algorithmes diagnostiques de la CIM-11.

La version originale de l'ITI a été développée par Roberts et al. (2022). Sa traduction française a été effectuée par Bovey, Bonafons, Heim, Mengin, Martz & Dupont (2024). Sa validation en langue française, coordonnée par le Cn2r, est en cours.

## COMMENT CHOISIR UN QUESTIONNAIRE ?

### Utilisation des questionnaires pour l'évaluation du TSPT dans une pratique clinique

Objectif clinique	Population	Condition requise	Contexte spécifique	Outil conseillé
Confirmer une hypothèse clinique en vue d'une orientation vers un spécialiste	Enfant / adolescent	∅	∅	YCPC ou CPC selon l'âge
			Notion de violences interpersonnelles	ITQ-CA
Suivre l'évolution du TSPT lors de la délivrance de soins	Adulte	∅	∅	PCL-5 ou ITQ
			Notion de violences interpersonnelles	ITQ
Réaliser une évaluation diagnostique approfondie du TSPT	Enfant / adolescent	Formation en psychotrauma et aux outils d'évaluation	∅	CAPS-CA-5
			Adulte	Formation en psychotrauma et aux outils d'évaluation
	Notion de violences interpersonnelles	ITI		

### Utilisation des questionnaires pour l'évaluation du TSPT en recherche

Objectif clinique	Population	Condition requise	Contexte spécifique	Outil conseillé
Etudier le TSPT comme critère de jugement secondaire	Enfant / adolescent	∅	∅	YCPC ou CPC selon l'âge
			Notion de violences interpersonnelles	ITQ-CA
Contrôler le TSPT	Adulte	∅	∅	PCL-5 ou ITQ
			Notion de violences interpersonnelles	ITQ
Ne pas inclure de participants présentant un TSPT ou un TSPT complexe	Enfant / adolescent	Formation en psychotrauma et aux outils d'évaluation	∅	CAPS-CA-5
			Adulte	Formation en psychotrauma et aux outils d'évaluation
	Notion de violences interpersonnelles	ITI		



## QUELLES PRECAUTIONS PRENDRE LORS DE L'UTILISATION D'UN QUESTIONNAIRE DANS UNE EVALUATION PSYCHOLOGIQUE ?

**Pour garantir la pertinence et l'efficacité d'une évaluation par questionnaire, il est essentiel de :**

- **Clarifier les objectifs et les modalités de passation avec la personne bénéficiaire.** Cela favorise un climat de confiance et donne du sens à la démarche.
- **Obtenir son consentement éclairé et encourager sa participation active.** Cela constitue un facteur de succès.
- **Créer un espace d'échange bienveillant où la personne se sent écoutée et respectée.** Répondre à ses interrogations et inquiétudes facilite son engagement et encourage une collaboration constructive. Ainsi l'évaluation ne se limite pas à une simple mesure : elle devient une opportunité d'accompagnement, aidant la personne à mieux comprendre son fonctionnement psychologique.
- **Restituer les résultats.** Cela permet d'éclairer la personne sur sa situation et peut l'aider à mieux comprendre son vécu. Pour favoriser cette appropriation, il est recommandé d'utiliser un langage clair et accessible, en adaptant les explications aux spécificités de la personne. Ce moment d'échange gagne en pertinence lorsqu'il met en perspective la demande initiale, les préoccupations exprimées, l'anamnèse et les résultats des questionnaires.
- **Nommer explicitement les symptômes identifiés et, le cas échéant, le diagnostic posé.** Cela peut aider la personne à mieux comprendre ses difficultés psychologiques. Illustrer ces éléments par des exemples concrets tirés de son quotidien, en s'appuyant sur ses propres mots et expériences, permet d'ancrer les résultats dans sa réalité et rendre les conclusions plus compréhensibles.
- **Répondre avec bienveillance aux réactions suscitées par la restitution des résultats :** apaisement, soulagement mais aussi inquiétudes et doutes. Cela favorise un échange constructif et ouvre la voie à des pistes d'accompagnement adaptées.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W. & Brunet, A. (2016) Psychometric validation of the english and french versions of the Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One*, 11(10), e0161645-e0161645.
- Barroca, I., Velosa, A., Cotovio, G., Santos, C. M., Riggi, G., Costa, R. P., ... & Carvalho, P. S. (2022). Translation and validation of the clinician administered PTSD scale (CAPS-CA-5) for Portuguese children and adolescents. *Acta Medica Portuguesa*, 35(13).
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 20(2), 145-151.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5. *PsycTESTS*.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56-61.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., ... & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485.
- Bryant, R. A. (2017). Acute stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 127-131.
- Bryant, R. A., Friedman, M. J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Focus*, 9(3), 335-350.
- Bunnell, B. E., Davidson, T. M., & Ruggiero, K. J. (2018). The Peritraumatic Distress Inventory: Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 8-13.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546.
- Cyr, G., Belanger, C., & Godbout, N. (2022). French translation and validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian community sample. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105627.
- Deeba, F., Rapee, R. M., & Prvan, T. (2014). Psychometric properties of the Children's Revised Impact of Events Scale (CRIES) with Bangladeshi children and adolescents. *PeerJ*, 2, e536.
- Diehle, J., de Roos, C., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2013). A cross-cultural validation of the Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents in a Dutch population. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 19896.
- Elhai, J. D., Layne, C. M., Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Pynoos, R. S. (2013). Psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index. Part II: investigating factor structure findings in a national clinic-referred youth sample. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 10-18.
- Gindt, M., Richez, A., Battista, M., Fabre, R., Thümmeler, S., Fernandez, A., & Askenazy, F. (2021). Validation of the French Version of the Child Posttraumatic Stress Checklist in French School-Aged Children. *Frontiers in Psychiatry*, 12: 678916.

- Guardia, D., Brunet, A., Duhamel, A., Ducrocq, F., Demarty, A. L., & Vaiva, G. (2013). Prediction of trauma-related disorders: A proposed cutoff score for the peritraumatic distress inventory. *The primary care companion for CNS disorders*, 15(1), 10-4088.
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Symptom structure of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the international trauma questionnaire–child and adolescent version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1818974.
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60-73.
- Haselgruber, A., Weindl, D., & Lueger-Schuster, B. (2024). Entwicklung und Validierung des International Trauma Questionnaire–Caregiver (ITQ-CG): Erfassung der (K) PTBS nach ICD-11 bei Kindern und Jugendlichen aus Fremdperspektive. *Trauma und Gewalt*.
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 67-71.
- Kouki, N., Bourgou, S., Rezgui, H., Naffet, A., Hamdoun, M., & Belhadj, A. (2023). Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, child and adolescent version: Clinical characteristics of paediatric population. *European Psychiatry*, 66(S1), S737-S738.
- Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Otte, C. (2004). *The peritraumatic dissociative experiences questionnaire*. New York : The Guilford Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J.P. Wilson & C.R. Marmar (Eds.). *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder* (p. 412-428). New York : The Guilford Press.
- Morina, N., Ehring, T., & Priebe, S. (2013). Diagnostic utility of the impact of event scale–revised in two samples of survivors of war. *PLoS one*, 8(12), e83916.
- Newman, E., Weathers, F. W., Nader, K., Kaloupek, D. G., Pynoos, R. S., & Blake, D. D. (2004). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M. J., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European journal of psychotraumatology*, 13(2), 2152109.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R. et Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487-498.
- Prins, A., Bovin, M. J., Smolenski, D. J., Marx, B. P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M. A., ... & Tiet, Q. Q. (2016). The primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a veteran primary care sample. *Journal of General Internal Medicine*, 31(10), 1206-1211.
- Pynoos, R. S., & Steinberg, A. M. (2013). *UCLA PTSD reaction index for children/adolescents–DSM-5*. Los Angeles, CA: National Center for Child Traumatic Stress.
- Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., ... & Kriegler, J. A. (2015). Clinician-administered PTSD scale for DSM-5—child/adolescent version. Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).
- Kaplow, J. B., Rolon-Arroyo, B., Layne, C. M., Rooney, E., Oosterhoff, B., Hill, R., Steinberg, A. M., Lotterman, J., Gallagher, K. A. S., & Pynoos, R. S. (2020). Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A Developmentally Informed Assessment Tool for Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 186–194.

- Rivest-Beauregard, M., Brunet, A., Gaston, L., Al Joboory, S., Trousselard, M., Simson, J. P., ... & El-Hage, W. (2022). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) structured interview for PTSD: A French language validation study. *Psychological Assessment, 34*(3), e26.
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J., & Brewin, C. R. (2019). International trauma interview (ITI) for ICD- 11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.2).
- Rolling, J. & Mengin, A. (2022). Traduction du Questionnaire International du Trauma d'après la CIM 11 version enfant-adolescent.
- Rust, J., Kosinski, M., & Stillwell, D. (2021). *Modern Psychometrics: The science of psychological assessment*, fourth edition. New York: Routledge.
- Scheeringa, M.S. (2010). YCPC. Tulane University, New Orleans, LA, États-Unis. mscheer@tulane.edu.
- Scheeringa, M. S. (2019). Development of a Brief Screen for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Young Children: The Young Child PTSD Screen. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 40*(2), 105–111.
- Simart, S. (2020). Identify psychotraumatism in people with addictive problems. *Soins. Psychiatrie, 41*(326), 24–29.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality et Individual Differences, 34*(2), 315.
- Steinberg, A. M., Brymer, M., Decker, K., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports, 6*: 96-100.
- Steinberg, A. M., Pynoos, R. S., Lieberman, A. F., Osofsky, A. D., & Vivrette, R. L. (2017). UCLA PTSD reaction index for DSM-5 children age 6 and younger. University of California.
- Takada, S., Kameoka, S., Okuyama, M., Fujiwara, T., Yagi, J., Iwadare, Y., ... & Kato, H. (2018). Feasibility and psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index for DSM-5 in Japanese youth: A multi-site study. *Asian Journal of Psychiatry, 33*, 93-98.
- Tanaka, E., Kameoka, S., Suga, Y., Otsuka, M., Momoda, M., Matsumoto, K., ... & Kato, H. (2024). Cross-cultural validation of the Clinician-Administered PTSD scale for DSM-5, child and adolescent version in Japan. *European Journal of Psychotraumatology, 15*(1), 2424607.
- Thümmler, S., Gindt, M., Maria, F., Nachon, O., Battista, M., & Askenazy, F. (2017). Young Child PTSD checklist (YCPC) (French Version 18/05/17 of YCPC DSM-5, Scheeringa 23/05/14). Retrieved from <http://medicine.tulane.edu/departments/psychiatry/research/dr-scheeringas-lab/manuals-measures-trainings>
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., ... & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment, 30*(3), 383.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-441). New York : The Guilford Press.