

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION LONGITUDINALE DE L'EFFICACITÉ D'UNE NOUVELLE
INTERVENTION DYADIQUE, BRÈVE ET PRÉCOCE
VISANT LA PRÉVENTION DU TSPT

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ISABEAU BOUSQUET DES GROSEILLIERS

JUIN 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier spécialement certaines personnes qui ont contribué à l'achèvement de ce projet d'envergure.

Tout d'abord, je veux exprimer toute ma gratitude à mes directeurs Alain Brunet et André Marchand. Tout au long de ce périple, votre soutien tant émotionnel qu'académique et la confiance que vous avez portée en moi m'ont permis d'avancer et de surmonter les embûches. Je suis reconnaissante pour toutes les connaissances théoriques, cliniques, professionnelles et humaines que vous m'avez si généreusement transmises. Je voudrais aussi manifester ma reconnaissance à Jean Bégin qui a réussi à me faire comprendre et apprécier les statistiques, le volet plus aride de mon parcours doctoral. Je veux aussi remercier Serge Charlebois pour son immense sollicitude et son aide.

Parallèlement, je remercie les participants de cette étude pour leur dévouement et leur assiduité dans ce processus de recherche. Malgré leur souffrance, ils ont contribué avec courage à faire un peu plus évoluer la science et la compréhension du trouble de stress post-traumatique. Je voudrais aussi souligner l'apport inestimable de Sabine Defer et Louis-Francis Fortin, coordonnateurs de projet tout comme Maryse Godin, Jane Chambers-Evans, Nancy Moscato, Barbara-Ann Parent et Louise La Rochelle pour leur implication dans ce projet. De plus, merci à toute l'équipe de recherche pour leurs encouragements ; Annie-Claude, Christophe, Joaquim, Julie, Stéphanie, Vivian et Yann.

Je veux exprimer ma reconnaissance à mes parents, Anne et Jacques pour leur soutien, leur encouragement, leur amour, leur confiance et leur écoute sans relâche, depuis mon premier jour d'école. Merci aussi à ma grand-mère Solange pour sa présence. Elle m'a montré, à sa manière, le chemin pour cette grande aventure. Finalement, je tiens à remercier Nicolas Fortin pour son soutien, sa compréhension sans faille et surtout sa patience, chaque jour.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
RÉSUMÉ.....	x
SOMMAIRE	1
Les caractéristiques cliniques du trouble de stress post-traumatique	1
Comorbidité et évolution du TSPT.....	2
Le recours au services et les coûts associés au TSPT.....	2
Les modèles conceptuels du TSPT.....	3
La prévention du TSPT	6
Objectifs de la présente thèse	8
Structure de la thèse.....	9
CHAPITRE I	
LA PREVENTION DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ; TOUT N’A PAS ENCORE ETE TENTE	11
Résumé	13
Abstract	14
Introduction	15
Le débriefing	16
L'efficacité du débriefing	17
Considérations méthodologiques	18
Les limites du débriefing	19
Capacité à atténuer les symptômes à court terme	19
Les effets à long terme	19
Quand intervenir ?.....	20
Le manque de soutien social après l'intervention	21
Les ingrédients actifs du débriefing	22
Le sentiment de prise en charge	22
La psychoéducation.....	22

La thérapie cognitive-comportementale (TCC).....	23
L'efficacité de la TCC.....	23
Limites et inconvénients de la TCC	27
Avantages de la TCC.....	28
L'intégration du soutien social comme stratégie préventive	28
Piste de recherche : une nouvelle forme d'intervention de prévention secondaire	32
Conclusion.....	33
Références	35
CHAPITRE II	
RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF A BRIEF COGNITIVE-BEHAVIORAL DYADIC INTERVENTION DESIGNED TO PREVENT THE DEVELOPEMENT OF PTSD	42
Résumé	44
Abstract	45
Randomized controlled Controlled Trial of a Brief Cognitive-Behavioral Dyadic Intervention Designed to Prevent the Development of PTSD.....	46
Objectives and Hypotheses.....	47
Methodology	48
Study Design and Participants	48
Inclusion and Exclusion Criteria	48
Drop-outs.....	49
Sociodemographic Data	49
Study Measures	50
Trauma Measures	50
Other Measures.....	51
The Brief Dyadic Intervention	52
Procedure	53
Statistical Power	54
Results.....	54
Statistical Analysis	54
Hypotheses 1	55
Hypotheses 2 and 3.....	56
Secondary Analysis	57
Dyadic Partners: who were they?	57

Occupational Functioning and Substance Intake.....	57
Comorbidity and the concurrent interventions.....	57
Discussion	58
Limitations and Future Direction	62
References	64
CHAPITRE III	
TWO-YEAR FOLLOW-UP OF A BRIEF DYADIC COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION TO PREVENT PTSD	78
Résumé	81
Abstract	82
Two-year Follow-up of a Brief Dyadic Cognitive-Behavioral Intervention to Prevent PTSD.....	83
Method.....	85
Participants	85
Dop-outs	87
The interventions	87
Procedure.....	88
Trauma Measures	88
Other Measures.....	89
Results	89
Main Analysis	90
Hypotheses 1	90
Hypotheses 2	91
Hypotheses 3	91
Secondary Analysis	92
Discussion	92
Limitations and Future Directions	94
References	96
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	109
Synthèse des résultats.....	109
Interprétation des résultats.....	110

Implication clinique.....	117
Considérations méthodologiques générale de la recherche.....	118
Forces et limites.....	118
Directions futures	119
Conclusion	122
Bibliographie.....	123
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	125
APPENDICE A	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE:	136
APPENDICE B	
ACCUSÉS DE RÉCEPTION.....	140
APPENDICE C	
QUESTIONNAIRES.....	143
APPENDICE D	
LETTRES D'ACCEPTATION DES COMITÉS D'ÉTHIQUE.....	220
APPENDICE E	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	225
APPENDICE F	
MATÉRIEL DONNÉ AUX PARTICIPANTS	233

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
SOMMAIRE	
1	Modèle cognitif du TSPT de Ehlers et Clark (2000).....5
CHAPITRE I	
1	Modèle de l'atténuation de stress (Guay, Marchand et Billette, 2002. Adapté de Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000).....40
CHAPITRE II	
1	Participants Flow Chart.....70
2	Self-reported mean PTSD symptom scores across time for the two study groups according the IES-R.....71
CHAPITRE III	
1	Participant Flow Chart..... 105
2	Self-reported mean PTSD symptom scores across time for the two study conditions according the IES-R..... 106
3	Proportion of participants who reported receiving negative social support..... 107
CHAPITRE IV	
1	Modélisation de la nouvelle intervention brève et précoce intégrée au modèle cognitif du TSPT de Ehlers et Clark (2000).....114

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
CHAPITRE I	
1	Nombre de personnes ayant un TSPT en fonction de l'intervention reçue.....39
CHAPITRE II	
1	Sociodemographic Data for the Study Groups.....72
2	Brief and Early Dyadic Intervention Summary.....74
3	Means, Standard Deviations and <i>t</i> test of IES-R for every measurement time.....75
CHAPITRE III	
1	Sociodemographic Data.....101
2	Means, Standard Deviations and <i>t</i> test of IES-R for every measurement time..... 103

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ANOVA	Analysis of Variance
ÉSA	État de stress aigu
CAD	Canadian Dollar
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
CBT	Cognitive-behavioral therapy
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CSST	Commission de Santé et Sécurité au Travail
DO	Drop-out
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, volume 4
EMDR	Désensibilisation par mouvement oculaire
IES-R	Impact of Event Scale-Revised
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MVA	Motor Vehicle Accident
PDEQ	The Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire
PDI	Peritraumatic Distress Inventory
PTSD	Posttraumatic stress disorder
RCT	Randomized-controlled trial
SAS-SR	Social Adjustment Scale by Self-Report
SCS	Social Constraints Scale
SD	Standard Deviation
TCC	Thérapie cognitive-comportementale
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

RÉSUMÉ

La présente thèse s'intéresse à l'évaluation de l'efficacité à court et à long terme d'une nouvelle intervention dyadique, brève et précoce ayant pour but la prévention du trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'exposition à un événement traumatique provoque, chez certains individus, une souffrance émotionnelle considérable qui entrave leur fonctionnement quotidien de manière parfois importante. Au cours des deux dernières décennies, des interventions curatives efficaces ont été créées, soit la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et la désensibilisation par mouvement oculaire (EMDR). On remarque cependant un manque criant d'interventions efficaces à court et à long terme qui ont pour but la *prévention* du TSPT, malgré les efforts du débriefing et de la TCC brève en ce sens. Cette thèse vise donc, dans un premier temps, à faire le point sur l'état des connaissances au niveau de l'efficacité des interventions précoces et, dans un deuxième temps, évaluer de manière empirique l'efficacité à moyen (3 mois) et surtout à long terme (2 ans) d'une nouvelle intervention dyadique, brève et précoce pour prévenir le TSPT. La nouvelle intervention dont il est question dans le présent ouvrage se déroule en deux séances et est offerte à la victime et une personne-soutien de son choix par une travailleuse sociale ou une infirmière. Elle met l'accent sur la psychoéducation, l'apprentissage à la communication exempte de soutien social négatif (minimisation, hostilité, impatience, etc.) et sur l'importance de ne pas éviter les stimuli associés à l'événement traumatique.

La thèse comporte quatre chapitres. Le premier propose une recension de la littérature qui met à jour les principales conclusions quant à l'efficacité du débriefing et de la TCC brève pour prévenir le TSPT. Cette recension met en évidence les principales failles méthodologiques et les difficultés d'application de ces interventions. De plus, elle expose le rationnel derrière l'utilisation du soutien social comme ingrédient actif d'une intervention de prévention de ce trouble.

Le second chapitre présente une étude d'efficacité randomisée et contrôlée de l'efficacité de la nouvelle intervention. Soixante-six participants ont été randomisés soit dans la condition intervention ou dans la condition de contrôle. Les résultats ont démontré qu'au post-test de trois mois, les participants de la condition intervention manifestaient des symptômes de TSPT significativement moins intenses que ceux de la condition contrôle. De plus, les participants de la condition intervention rapportent une diminution significative du soutien social perçu, contrairement aux participants de la condition de contrôle qui n'observent pas cette différence. Il est intéressant de souligner que le taux d'abandons en cours de traitement fut équivalent et très bas au sein des deux groupes. Ceci suggère que les participants tolèrent bien cette nouvelle intervention. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes en ce qui a trait à l'occurrence de psychopathologies comorbides.

Le troisième chapitre se veut une relance à 2 ans post-trauma de l'étude présentée au chapitre précédent. Quarante-six des 66 participants ont accepté de prendre part à cette relance. Les résultats révèlent que, deux ans après l'événement traumatique, les participants ayant reçu l'intervention étaient encore beaucoup moins symptomatiques que les participants n'ayant pas reçu cette intervention. Un fait plus qu'intéressant qui ressort de cette étude est qu'aucun participant de la condition intervention ne rapporte un TSPT et cinq participants de la condition contrôle souffrent encore de ce trouble deux ans après l'événement traumatique. Parallèlement, il a été observé que les participants ayant reçu l'intervention perçoivent encore moins de soutien social négatif que ceux de la condition contrôle. À l'instar de ce qui a été

rapporté au post-test de trois mois, les deux groupes ne révèlent pas de différence significative par rapport à la manifestation d'autres affections psychologiques.

Le quatrième et dernier chapitre propose une discussion générale des résultats en fonction des interprétations qui peuvent en être tirées, des différentes forces et limites intrinsèques ainsi que des implications théoriques et cliniques qui peuvent en découler.

Mots-clés : trouble de stress post-traumatique; prévention secondaire; soutien social; étude randomisée et contrôlée; étude longitudinale.

SOMMAIRE

Le trouble de stress post-traumatique

Caractéristiques cliniques du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) se développe consécutivement à l'exposition à un incident provoquant un vif sentiment d'horreur, d'impuissance ou de peur. Ce facteur de stress traumatique implique le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche. Dans le cadre de cette thèse, le terme *événement traumatique* sera utilisé pour définir un tel incident qui peut prendre, de façon non limitative, la forme d'un accident de voiture grave, une agression personnelle violente (agression sexuelle, attaque physique, vol), le fait d'être pris en otage, une attaque terroriste, la torture, le fait de recevoir, une menace de mort, une séquestration ou encore des catastrophes naturelles ou d'origine humaine. Les manifestations psychologiques et physiologiques du TSPT se présentent sous la forme de trois grandes constellations de symptômes; soit les symptômes liés à la reviviscence de l'événement (souvenirs répétitifs et envahissants, rêves, flash-back, etc.), à l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ainsi qu'à l'émoussement émotionnel (évitement des pensées, conversation, situation ou personnes associées à l'événement, perte d'intérêt pour les activités jadis appréciées, restriction des affects, etc.) et à l'activation neurovégétative (irritabilité, difficulté de concentration, hypervigilance, etc.) (*voir* appendice A). Pour poser un diagnostic de TSPT, les symptômes doivent être présents plus d'un mois. Par contre, lorsque ces réactions incluent des symptômes de dissociation et sont limitées à une période se situant entre 2 jours et 4 semaines, on parle plutôt d'état de stress aigu (ÉSA). Ces symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social,

professionnel ou dans d'autres domaines importants (American Psychiatric Association, 2000).

Comorbidité et évolution du TSPT

Au cours de leur vie, près de 60 % des Américains et 51 % des Américaines ont été exposés à un événement traumatique (Breslau et al., 1998). De ce pourcentage, 6.8 % ont développé un TSPT (Kessler et al., 2005). Ce trouble se rencontre très fréquemment en présence d'un autre trouble mental. Près de 6 personnes sur 10 présentent au moins un autre diagnostic DSM-IV au cours de la période des 12 mois où survient le TSPT (Boyer, Guay, & Marchand, 2006). Les troubles les plus fréquemment liés au TSPT sont le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de dépression majeure et de la dysthymie, suivis du trouble d'anxiété généralisée et de la phobie sociale. L'abus et la dépendance à l'alcool semblent moins concomitants avec le TSPT. Généralement, les symptômes de TSPT se résorbent et disparaissent chez un nombre appréciable de victimes ou de survivants quelques années suivant l'événement traumatique. Cependant pour certaines victimes, ce n'est pas le cas. Plus le temps passe, plus les symptômes s'installent, se cristallisent et deviennent difficiles à traiter. En effet, les symptômes de TSPT suivraient une trajectoire de dégénérescence et de chronicité dommageable, souvent jumelés à diverses complications et à une dégradation durable dans la plupart des sphères du fonctionnement psychosocial.

Le recours aux services et les coûts

Les répercussions de ce trouble sur le fonctionnement quotidien sont considérables tant pour la victime que pour son entourage. De plus, les coûts sociaux qui y sont associés sont de l'ordre de plusieurs millions de dollars. Les données provenant d'une étude australienne réalisée auprès des victimes d'accident de la route démontrent que les coûts associés aux frais de gestion de soins de santé ainsi qu'aux pertes salariales étaient significativement plus élevés chez les victimes souffrant d'un TSPT que chez celles qui n'ont pas ce trouble (Chan, Medicine, Air, & McFarlane, 2003). Au Québec, peu de données sont disponibles quant à l'impact économique du TSPT. Cependant, la Commission de Santé et

Sécurité au Travail (CSST) chiffre le montant des indemnités versées aux victimes de TSPT consécutif à un accident de travail survenu en 2006 et 2007 à 17 281 857 \$ (Commission de Santé et Sécurité au Travail, 2008). Il est raisonnable de présumer que les coûts associés à tous les événements traumatiques potentiels (agressions, accidents de voiture, catastrophes naturelles, etc.) dépassent largement les 20 000 000 \$ pour la même période. Parallèlement, les individus souffrant de TSPT sont plus enclins à utiliser les différents services de soins de santé et consomment une plus grande variété de psychotropes (Chan et al., 2003; Switzer et al., 1999). Ceci est plus que concevable lorsque l'on considère qu'entre 60 et 75 % des individus souffrant d'un TSPT souffrent aussi d'au moins un trouble comorbide (Boyer et coll., 2006) et qu'environ 48 % des victimes d'événement traumatique auront un double diagnostic de TSPT et de dépression majeure (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). En fait, plus de la moitié des individus avec un TSPT ont eu recours à un service de santé quelconque au cours de la période de temps définie par l'étude et ils semblent avoir consulté davantage de médecins généralistes que de psychiatres ou d'autres professionnels de la santé mentale. Le nombre de visites est plus élevé pour les ressources de santé mentale non médicales que pour les psychiatres (Boyer et coll., 2006).

Les modèles conceptuels du TSPT

Il existe plusieurs modèles théoriques qui tentent d'expliquer et de préciser les variables étiologiques du TSPT afin de mieux comprendre les facteurs de développement et de maintien et ainsi supporter les différentes stratégies thérapeutiques qui y sont reliées. Un des modèles cognitifs intéressants qui tente d'expliquer la persistance du trouble et de donner un cadre conceptuel aux stratégies thérapeutiques est celui de Ehlers et Clark (2000) (*voir figure 1*). Ce modèle fait une synthèse globale des différentes notions développées dans les modèles antérieurs (Foa & Rothbaum, 1998; Horowitz, 1993; Janoff-Bulman, 1992; Joseph, Williams, & Yule, 1997; van der Kolk & Fivler, 1995). Il englobe les notions d'apprentissage, le traitement cognitif et émotionnel ainsi que les particularités de l'encodage des souvenirs dans la mémoire. Il met également l'accent sur les évaluations négatives liées à l'événement traumatique et à ses conséquences. Plus précisément, ces évaluations négatives se traduisent par des erreurs cognitives qui maintiennent le sentiment de menace ou de danger

et la manifestation de pensées intrusives, de symptômes d'activation neurovégétative et d'émotions parfois très fortes empêchant la victime de considérer l'événement traumatique comme une situation passée et ainsi évoluer vers une rémission. La victime peut entretenir des évaluations négatives entre autres, par rapport aux symptômes ressentis (« je perds la tête », « je ne serai plus jamais capable de ressentir des liens interpersonnels », « j'ai sûrement des séquelles au cerveau »), par rapport à l'occurrence du trauma (« j'attire ce genre de problèmes », « si c'est arrivé une fois, cela peut se reproduire n'importe quand »), par rapport aux comportements de l'entourage (« les autres croient que je suis faible », « je ne peux me fier à personne ») et par rapport aux impacts du trauma sur la vie quotidienne (« je vais perdre mon travail », « je ne pourrai jamais plus avoir une vie normale »). Ces erreurs cognitives donneront lieu à des stratégies comportementales ou cognitives visant à maîtriser ce sentiment de constante menace ou de danger qui, paradoxalement, maintient le TSPT de trois manières distinctes, soit en intensifiant les symptômes (éviter de parler de l'événement freine son intégration émotionnelle et cognitive), en empêchant la modification des évaluations négatives en des évaluations plus réalistes de l'événement ou de ses conséquences (adopter des comportements excessifs assurant la sécurité) et finalement, en empêchant la modification de la nature du souvenir traumatique. En effet, en évitant par exemple certaines situations qui rappellent l'événement traumatique, la victime se coupe de toute possibilité de se rappeler de certains détails moins prégnants qui lui permettraient de le mettre en contexte et l'intégrer comme étant un événement appartenant au passé. Ce modèle est basé sur les notions d'apprentissage et comprend la plupart des données actuelles de la psychologie cognitive et des mécanismes connus de la mémoire. Il met fortement l'accent sur la perception du trauma qu'ont les victimes, expliquant ainsi la diversité des réponses individuelles. Ce modèle justifie les propositions thérapeutiques de thérapie comportementale et cognitive, composée de psychoéducation concernant l'apparition des symptômes courants, de stratégie de restructuration cognitive (aspect cognitif), et d'exposition (aspect comportemental) et explique leur efficacité et leur synergie. Ces stratégies d'interventions, dans l'ensemble, visent toutes à modifier les évaluations négatives faites par la victime et ainsi cheminer vers la guérison.

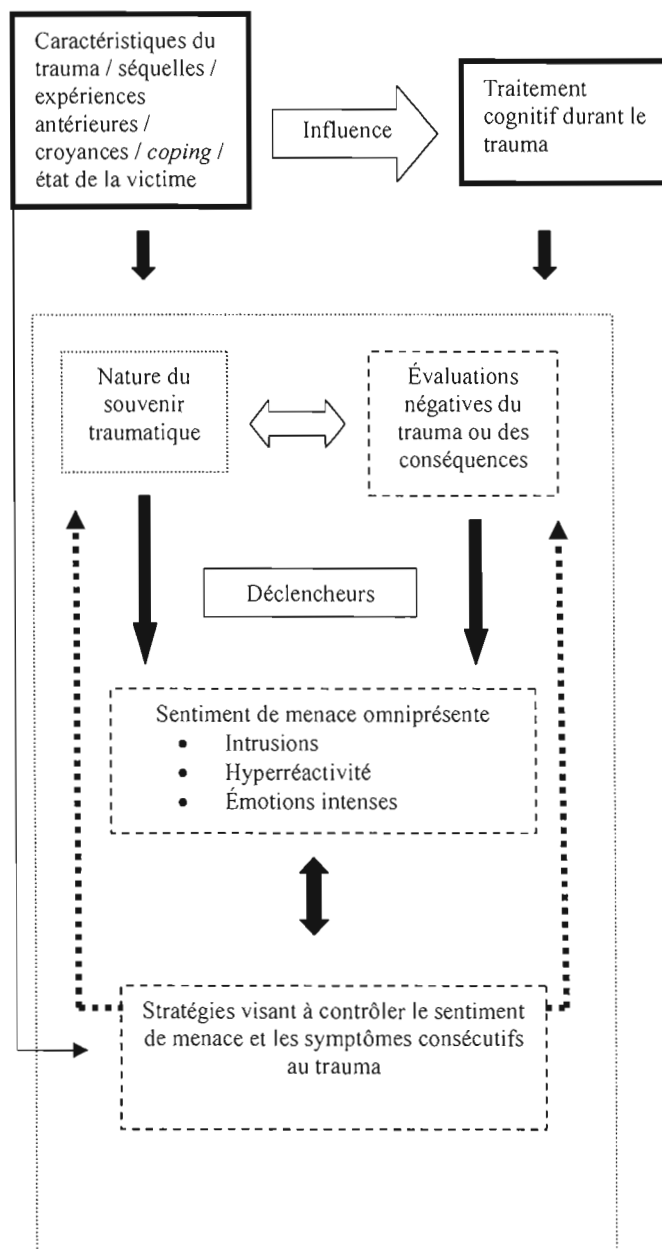


Figure 1.1 Modèle cognitif du TSPT de Ehlers et Clark (2000).

De manière surprenante, le soutien social qui se trouve être une composante de ces modèles est trop rarement intégré dans les interventions préventives ou curatives malgré tout le soutien empirique qu'il a reçu au cours des dernières années. Ehlers et Clark (2000) ainsi que d'autres auteurs (Jones & Barlow, 1992; Joseph et al., 1997) ont introduit dans leurs modèles étiologiques le facteur « soutien social » comme variable modératrice du TSPT et plusieurs recherches ont identifié le manque de soutien social ou encore, le soutien social de

mauvaise qualité ou négatif; empreint de critiques, de blâmes, d'hostilité ou d'évitement comme un puissant prédicteur du TSPT (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Pruitt & Zoellner, 2008; Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999) et de la sévérité des symptômes de TSPT (Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007). Étant donné que le soutien social semble avoir un effet modulateur empiriquement démontré sur les symptômes de TSPT, il est raisonnable de croire que cette composante serait un apport plus qu'intéressant lors de la création de nouvelles interventions de prévention secondaire du TSPT.

La prévention du TSPT

Plusieurs études contrôlées ont évalué l'efficacité de la thérapie d'approche cognitive et comportementale (TCC) ainsi que la désensibilisation par mouvement oculaire et (EMDR) pour traiter le TSPT chronique. De façon générale, les résultats appuient l'efficacité de ces deux formes de thérapies (Bisson & Andrew, 2007). L'importance des interventions curatives n'est pas remise en question. Il est cependant essentiel, voire capital, de développer des interventions qui ont pour but la prévention des symptômes avant que ceux-ci ne se chronicisent (prévention secondaire) et causent des souffrances intenses et peut-être permanentes. Ainsi, en évitant la cristallisation des symptômes on évite – ou du moins limite – le recours aux services de soins de santé, à la pharmacothérapie ou l'absentéisme au travail. Cependant, la communauté scientifique a rencontré plusieurs difficultés lors de tentatives de développer certaines interventions efficaces pour prévenir le TSPT.

Les deux interventions préventives principales mises sur pied furent le débriefing psychologique et la TCC brève. Le débriefing est à l'origine une intervention de groupe prodiguée en une seule séance qui fut très souvent utilisée en contexte individuel. Il vise trois objectifs : la ventilation des émotions, la discussion détaillée à propos de l'événement traumatique et un échange d'informations à propos des symptômes qui peuvent se développer ultérieurement ainsi qu'une orientation vers les ressources psychothérapeutiques offertes si cela s'avère nécessaire (Mitchell, 1983). Les études avec condition contrôle et assignation aléatoire des participants concernant l'évaluation de l'efficacité du débriefing psychologique

individuel en tant qu'intervention préventive ont démontré une efficacité comparable à celle du passage du temps (van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002). De plus, des études prospectives qui comportent ce type de devis ont mis en lumière des effets délétères de cette intervention plus d'un an après son administration (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000). Parallèlement, les études qui trouvent un pouvoir préventif au débriefing psychologique comportent des lacunes méthodologiques notables (Marchand, Bousquet Des Groseilliers, & Brunet, 2006).

La TCC brève quant à elle a donné des résultats plus probants. Se déroulant en quatre à six séances, elle est généralement composée de psychoéducation, de stratégies d'exposition *in vivo* et en imagination, de restructuration cognitive ainsi que de prévention de la rechute. Cette intervention a montré une bonne efficacité à court et moyen terme, mais les résultats plus modestes à long terme. Les quelques études qui comportent une relance montrent que lorsqu'une période de temps de plus d'un an s'écoule entre l'événement traumatique et ladite relance, on constate peu de différence entre les participants qui ont reçu la TCC et ceux qui ne l'ont pas reçue, par rapport à la *fréquence* des symptômes de TSPT ou l'occurrence de certaines psychopathologies comorbides (Bisson, Shepherd, Joy, Probert, & Newcombe, 2004; Bryant, Moulds, Guthrie, & Nixon, 2003; Bryant et al., 2006). Par conséquent, il semble y avoir peu de résultats concluants en ce qui a trait au développement d'intervention brève et précoce visant à prévenir de manière efficace, à court et long terme. La recherche appliquée en psychologie doit poursuivre la conception de stratégies de prévention efficaces.

Ainsi, le TSPT non-traité, évolue communément vers la chronicité et comporte un taux élevé de troubles cooccurrents débilissants. Parallèlement, le TSPT chronique produit des coûts associés aux services de soins de santé qui pourraient être évités en implantant des interventions préventives du TSPT. Cependant, il est préoccupant de constater qu'aucune nouvelle étude portant sur l'efficacité de ce type d'interventions préventives utilisant un protocole de type expérimental et comportant un devis longitudinal n'a été créée depuis la publication des recherches de Bryant et coll. (2006). De plus, les études qui ne portent pas sur une variante de la TCC ou du débriefing psychologique sont rarissimes. Il est donc crucial de poursuivre la création d'études de type expérimental et diversifier les sujets de recherche en

vue de développer des interventions de prévention secondaire du TSPT novatrices. Ces nouvelles recherches doivent se baser sur les acquis des travaux antérieurs tout en ayant l'audace d'innover et d'élargir les ornières conceptuelles. Dans ce contexte, la présente thèse prend tout son sens.

Objectifs de la thèse

L'objectif de la présente thèse consiste à faire le point sur l'état des connaissances au niveau de l'efficacité des interventions précoces et d'évaluer de manière empirique l'efficacité à moyen et surtout long terme, d'une nouvelle intervention dyadique, brève et précoce pour prévenir le TSPT. Les objectifs principaux de cette thèse visent à 1) réaliser une recension critique des écrits sur l'état des connaissances dans le domaine des interventions de prévention secondaire du TSPT; 2) évaluer de manière empirique l'efficacité de cette intervention novatrice à moyen terme (3 mois post-trauma); 3) évaluer de manière empirique les effets de cette intervention deux ans après l'événement traumatique.

La nouvelle intervention manualisée (Cordova & Ruzek, 2000) présentée ici se déroule en deux séances d'une durée respective de 90 minutes et 75 minutes. Prodiguée par une infirmière ou une travailleuse sociale, elle est offerte à la victime d'événement traumatique et à la personne soutien de son choix. L'intervention qui sera évaluée dans ce programme de recherche est composée de psychoéducation à propos de l'événement traumatique, d'apprentissage à la communication adéquate exempte de soutien social négatif et de sensibilisation à l'importance de ne pas éviter des stimuli liés à l'événement.

Ainsi, la présente thèse vise à répondre à la question de recherche suivante : considérant que :

- a) le TSPT est un trouble envahissant qui a des répercussions dans plusieurs sphères de la vie de la victime
- b) le TSPT génère des coûts sociaux et économiques importants

- c) les stratégies de prévention du TSPT montrent des résultats d'efficacité peu concluants, surtout à long terme, et dans certains cas peuvent parfois être néfastes pour la victime
- d) le soutien social négatif qui est reconnu comme étant un prédicteur du TSPT est sous-utilisé dans les interventions préventives

Est-il possible qu'une intervention brève et précoce basée sur l'amélioration du soutien social prévienne efficacement le TSPT et n'engendre pas des effets nuisibles à long terme ?

Structure de la thèse

Le chapitre I comprend le premier des trois articles constituant le programme de recherche de la thèse. Intitulé « La prévention du trouble de stress post-traumatique : tout n'a pas encore été tenté », l'article fut publié dans la revue *Psychologie Canadienne* en novembre 2006. La première partie de cet article théorique recense les études d'efficacité concernant le débriefing et étaye les principales critiques qui ont été faites à son égard. La seconde partie examine l'efficacité d'une TCC brève et précoce afin de prévenir le TSPT. Finalement, l'article se termine par une description des bénéfices de l'apport du soutien social comme stratégie préventive et ouvre la porte à une nouvelle intervention brève et précoce qui fait l'objet des deux études empiriques constituant cette thèse.

Le chapitre II présente le premier article empirique soumis pour publication au *Journal of Traumatic Stress* s'intitule «Randomized Controlled Trial of a Brief Cognitive-Behavioral Dyadic Intervention Designed to Prevent the Development of PTSD». Il n'a pas été accepté pour des fins de publication, mais il sera soumis à nouveau dans un autre périodique sous peu (voir appendice B). Ainsi, cet article vise à évaluer l'efficacité à trois mois post-trauma d'une intervention novatrice brève et précoce au sein d'un échantillon d'individus confrontés à un événement traumatique. Cette étude clinique randomisée et contrôlée tente de répondre aux trois hypothèses suivantes : a) au post-test de trois mois, les participants de la condition intervention manifesteront des symptômes de TSPT de moindre intensité que les

participants de la condition contrôle; b) il y aura un nombre significativement moins important de participants de la condition intervention comparativement au groupe contrôle avec un diagnostic de TSPT au post-test de trois mois; c) une diminution significative du soutien social négatif sera observée entre le pré-test et de post-test de trois mois dans la condition intervention, mais non pas dans la condition contrôle.

Le chapitre III permet d'observer les effets de l'intervention après une période de 24 mois après l'événement traumatique. Ainsi, cette relance permet d'observer l'évolution des participants assignés aux deux conditions expérimentales. Dans un article soumis pour publication au *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* et intitulé «Two-year Follow-up of a Brief Dyadic Cognitive-Behavioral Intervention to Prevent PTSD», les hypothèses suivantes sont formulées: a) les participants de la condition intervention auront moins de symptômes que les participants de la condition contrôle à la relance de deux ans; b) il y aura moins de participants avec un diagnostic de TSPT dans la condition intervention; c) les participants de la condition intervention percevront moins de soutien social négatif de la part de leur confident principal lorsqu'ils discutent de l'événement traumatique. Cet article a aussi été refusé pour publication et sera resoumis autre part sous peu (*voir* appendice B).

Le chapitre IV qui comprend la discussion générale présentera dans un premier temps, une synthèse et une interprétation des résultats découlant des trois articles constituant le programme de recherche, en fonction de leurs forces et leurs limites respectives. Ensuite, les implications cliniques et scientifiques des résultats seront abordées dans l'intention de formuler différentes pistes de recherches pour le futur.

CHAPITRE I

LA PRÉVENTION DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE; TOUT N'A PAS ENCORE ÉTÉ TENTÉ

Article publié dans la revue Psychologie Canadienne en novembre 2006

En-tête : PRÉVENTION DU TSPT : TOUT N'A PAS ENCORE ÉTÉ TENTÉ

La prévention du trouble de stress post-traumatique : Tout n'a pas encore été tenté

Isabeau Bousquet Des Groseilliers et André Marchand

Université du Québec à Montréal

Alain Brunet

Université McGill

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Centre National pour le Stress Opérationnel (Anciens Combattants Canada)

Isabeau Bousquet Des Groseilliers tient à remercier le CRIPCAS pour son soutien financier alors qu'elle travaillait sur ce manuscrit. Alain Brunet, est chercheur-boursier du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Ce travail a été en partie financé par une subvention octroyée par le Conseil québécois de la recherche sociale (subvention No. RS-4370) à Alain Brunet. Adresser les demandes de tirés à part à Isabeau Bousquet Des Groseilliers, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 6875 boul. LaSalle, Montréal (Qc), H4H 1R3, CANADA.

Résumé

La présente recension des écrits examine l'efficacité du débriefing et de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour prévenir le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Étant donné que le débriefing ne semble pas prévenir le développement du trouble de stress post-traumatique et que la thérapie cognitive-comportementale comporte certaines limites au niveau de son accessibilité, il serait opportun de développer de nouvelles formes d'intervention brève et précoce intégrant les ingrédients actifs de ces deux stratégies d'intervention tout en mettant l'accent sur la qualité du soutien social reçu par la victime peu de temps après l'événement traumatique. De plus, cette recension des écrits esquisse les grandes lignes d'une nouvelle modalité de prévention secondaire du TSPT.

Mots-clé : trouble de stress post-traumatique, débriefing, thérapie cognitive-comportementale, soutien social, prévention.

Abstract

This literature review examines the efficiency of debriefing and of a cognitive behavior therapy to prevent post-traumatic stress syndrome (PTSD). Since debriefing does not seem to prevent the development of post-traumatic stress syndrome and that a cognitive behaviour therapy has certain limitations at the accessibility level, it would be appropriate to develop new forms of brief and early interventions incorporating the active ingredients of these two strategies while putting the emphasis on the quality of social support that the victim receives shortly after the traumatic event. Furthermore, this literature review gives a broad outline of a new secondary prevention mode of PTSD.

Key words : Post-traumatic stress syndrome, debriefing, cognitive-behavioral therapy, social support, prevention

En-tête : PRÉVENTION DU TSPT : TOUT N'A PAS ENCORE ÉTÉ TENTÉ

La prévention du trouble de stress post-traumatique :
tout n'a pas encore été tenté

Introduction

Depuis quelques années, les recherches concernant le trouble de stress post-traumatique (TSPT) foisonnent. Il est cependant étonnant de constater le peu d'interventions à caractère préventif rigoureusement testées à l'aide d'études contrôlées (Gray & Litz, 2005). Cette carence est d'autant plus surprenante lorsque l'on considère qu'environ 55% des Américains ont été exposés à un événement traumatique au cours de leur vie et que près de 10% d'entre eux ont développé un TSPT (Breslau et al., 1998). Dans le même ordre d'idées, 80% des individus qui ont des réactions post-traumatiques significatives entre 2 jours et 4 semaines après l'incident développeront un TSPT chronique (Harvey & Bryant, 1998). Ceci illustre l'importance de développer des interventions efficaces, accessibles et à faibles coûts dans l'optique de minimiser les séquelles post-traumatiques à moyen et long terme.

En plus de causer une souffrance psychique importante, le TSPT a des impacts psychosociaux considérables : absentéisme au travail, perte d'emploi, isolement social, conflits interpersonnels (famille, amis, collègues de travail) (Northouse, Cracchiolo-Caraway, & Appel, 1991). Ces conséquences interfèrent, parfois de manière dramatique, avec le fonctionnement professionnel et social de la victime (American Psychiatric Association, 1994), tandis qu'au sein de la famille, les répercussions de l'événement traumatique créent une onde de choc qui menace son équilibre (Vermeiren, 2001). En dépit

de cela, peu d'interventions impliquent l'entourage familial dans la modulation de la réaction post-traumatique.

Cet article tente d'évaluer les forces et les faiblesses des deux principales stratégies de prévention secondaire du TSPT, soit le débriefing psychologique (ou *Critical Incident Stress Debriefing*; (Mitchell, 1983) et la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et propose des pistes afin de bonifier ce genre d'interventions.

La sélection des études concernant la prévention du TSPT discutées dans cet article s'est réalisée en consultant les recensions des écrits dans le domaine et en utilisant les moteurs de recherche PILOTS (01/1980-08/2005) et PsycInfo (01/1980-08/2005) ainsi qu'à l'aide des mots-clé suivants : *debriefing, psychological debriefing, prevention, secondary prevention, early intervention, Posttraumatic Stress Disorder, Acute Stress Disorder, Cognitive-behavioral therapy, et exposition*. Les études retenues devaient évaluer, à l'aide d'instruments fidèles et valides, l'efficacité de l'intervention à prévenir les symptômes de TSPT et utiliser un devis expérimental ou quasi-expérimental.

Le Débriefing

Le débriefing est probablement la technique de prévention du TSPT la plus connue et la plus utilisée dans le milieu industriel/organisationnel. Les fondements de cette modalité d'intervention se sont développés au cours des deux guerres mondiales dans le but de retourner au front un maximum de soldats psychiquement blessés et ce, le plus rapidement possible (Crocq, 1999). Inspiré par cette technique militaire, Mitchell (1983) mit sur pied une intervention, le *Critical Incident Stress Debriefing*, qui vise à dépister et à prévenir l'état de stress aigu et sa conséquence à long terme -- le TSPT -- chez les individus ayant vécu un ou des événements potentiellement traumatisants dans le cadre de leur profession. Prodigé en groupe et de manière précoce (24 à 48 heures après l'événement), il repose sur trois

principes thérapeutiques : (1) la *ventilation* des émotions dans un contexte de groupe, (2) une discussion détaillée du trauma qui vise entre autres à obtenir le soutien et le *réconfort* de la part du groupe et (3) la conclusion qui comprend de l'*information* à propos des symptômes qui peuvent se développer ultérieurement, une mobilisation des ressources disponibles et l'amorce d'un suivi thérapeutique si cela s'avère nécessaire (Mitchell, 1983).

Le débriefing se compose de plusieurs étapes distinctes. L'introduction vise à décrire le processus de débriefing, ses objectifs, ses règles et met en lumière les attentes des participants. Dans un deuxième temps, les participants sont invités à décrire l'événement qu'ils ont vécu. Par la suite, le groupe discute de l'événement décrit et partage leurs réflexions à ce sujet. Ensuite, les membres du groupe discutent de ce qui a été le plus traumatisant pour eux et des symptômes ressentis à la suite du trauma. Les intervenants informent alors les participants des réactions normales qui peuvent être vécues et des stratégies d'adaptation pouvant être utilisées. La dernière étape a pour but de répondre aux questions des participants, distribuer une liste de références et conclure l'intervention (Mitchell, 1983). Même si le débriefing a été créé à l'origine pour être prodigué en groupe auprès d'individus exposés à un événement traumatique dans le cadre de leur travail, il est couramment administré en mode individuel auprès de la population générale (Bisson, 2003).

L'efficacité du débriefing.

Le but du débriefing consiste à atténuer les réactions post-traumatiques, voire même à prévenir le développement du TSPT. Or, plusieurs recensions systématiques des écrits (p. ex., (Bisson, 2003; Marchand, Iucci, Brillon, Martin, & Martin, 2003; Rose, Bisson, & Wessely, 2003) concluent que le débriefing prodigué en modalité individuelle ne parvient pas à prévenir significativement les symptômes de TSPT. En effet, aucune des études qui utilisent un protocole de recherche de type expérimental ou quasi-expérimental pour évaluer

l'efficacité du débriefing selon un mode d'application individuel n'observe un effet préventif et significatif supérieur au passage du temps ou à une condition contrôle. Certaines études rapportent même des effets négatifs dans le cas du débriefing psychologique prodigué en mode individuel (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000). La méta-analyse de van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch et Emmelkamp (2002) confirme l'inefficacité du débriefing à prévenir le TSPT. Chacune des études répertoriées dans cette méta-analyse révèle que le débriefing ne produit pas les changements positifs attendus lorsqu'on le compare à l'absence d'intervention.

Mitchell (1983), le créateur du débriefing dans sa forme actuelle, critique sévèrement les études d'efficacité mentionnées précédemment. Selon l'auteur, la raison pour laquelle le débriefing n'apporte aucun avantage particulier provient du fait qu'il se trouve prodigué selon un mode individuel tout en conservant son format de groupe (Everly & Mitchell, 2000). À ce sujet, il est intéressant d'observer que sur sept études d'efficacité du débriefing appliqué en groupe, cinq rapportent des effets positifs concernant l'intervention (Bohl, 1991, tel que cité dans (Arendt & Elklit, 2003; M. Deahl et al., 2000; Jenkins, 1996; Matthews, 1998; Shalev, Peri, Rogel-Fuchs, Ursano, & Marlowe, 1998), une seule rapporte des effets négatifs (Carlier, Lamberts, Uchelen, & Gersons, 1998) et une ne rapporte aucun effet significatif (M. P. Deahl, Gillham, Thomas, Searle, & Srinivasan, 1994). Cependant, ces études ne comprennent pas d'assignation aléatoire à la condition de traitement, n'ont tout simplement pas de condition contrôle ou n'ont pas de mesure pré-traitement, ce qui limite considérablement l'interprétation de l'efficacité du débriefing en groupe.

Considérations méthodologiques. L'efficacité du débriefing est difficile à examiner non seulement à cause des différences méthodologiques entre les études, mais aussi en raison des différences dans la façon de le pratiquer. L'adhérence des intervenants au protocole n'est

pas toujours vérifiée. Les compétences et la formation des intervenants sont souvent passées sous silence. Le moment choisi pour faire le débriefing et le suivi – quand il y en a un — varie également. Dans le même ordre d'idées, la comparaison des études d'efficacité devient d'autant plus complexe lorsque l'on considère des études qui se basent uniquement sur l'opinion subjective des participants sans toutefois mesurer objectivement l'impact du débriefing sur des réactions spécifiques de stress post-traumatique ni comparer les résultats à un groupe témoin (Iucci, Marchand, & Brillon, 2003; Miller-Burke, Attridge, & Fass, 1999; Robinson & Mitchell, 1993).

Limites du Débriefing

Capacité à atténuer les symptômes de TSPT à court terme. La principale limite du débriefing psychologique provient du fait qu'il ne semble pas prévenir le TSPT à court terme, et ce, malgré le fait que les individus l'ayant reçu la perçoivent comme étant aidante (Ehlers & Clark, 2003; Iucci et al., 2003). Ce n'est pas tout de créer une intervention qui a une bonne validité d'apparence. Il est aussi primordial de bien connaître les effets de cette intervention plusieurs mois après son administration, ce qui n'est pas le cas.

Les effets à long terme. Une autre limite concerne les effets du débriefing à long terme. Bisson et al. (1997) ont étudié les effets du débriefing 3 et 13 mois après son administration. En plus de conclure que le débriefing psychologique ne prévient pas les séquelles psychologiques 3 mois après l'événement traumatique, ils ont observé que la prévalence de TSPT 13 mois après l'intervention était significativement plus élevée dans la condition qui avait reçu le débriefing (26% vs 9%). Dans la même veine, Mayou et al. (2000) ont étudié les effets du débriefing 3 ans après son administration. Les participants qui avaient un score initial élevé de symptômes de TSPT et qui avaient reçu le débriefing étaient toujours symptomatiques 3 ans plus tard, tandis que ceux de la condition contrôle s'étaient

rétablis. De plus, les participants de la condition de débriefing rapportaient des symptômes psychiatriques (dépression, anxiété et trouble obsessionnel-compulsif) plus sévères 3 ans post-intervention que ceux de la condition contrôle, peu importe l'intensité initiale des symptômes de TSPT.

Quand intervenir? On peut également se demander si le débriefing n'est pas prodigué trop tôt après l'événement traumatique. La fatigue, les médicaments contre la douleur, le stress de la situation elle-même et l'émoussement émotionnel rendraient la victime peu disponible mentalement et émotionnellement à recevoir une intervention dans les heures suivant un tel événement (Bisson, 2003). En effet, l'émoussement émotionnel vécu peu après un événement traumatique est peut-être une réaction nécessaire au bon traitement cognitif de l'événement chez certains individus. Tenter d'entraver ce mécanisme de protection en poussant une victime à parler et à exprimer ses émotions pourrait avoir comme effet pervers de ralentir la digestion cognitive et émotionnelle de l'événement (M. J. Horowitz, 1985).

Rose et al. (2003) émettent l'hypothèse qu'une intervention trop précoce provoquerait dans certains cas un traumatisme secondaire. Le débriefing favoriserait une exposition en imagination à l'événement traumatique, mais la courte durée de cette exposition ne permettrait pas un processus d'habituation et d'extinction des symptômes, ce qui pourrait exacerber la détresse psychologique. Pour qu'un individu soit réceptif à un traitement quelconque (débriefing ou autre), il doit être conscient, en premier lieu, que le trauma est bel et bien terminé. Une intervention trop hâtive entraverait la distinction entre l'avant et l'après du trauma (Ehlers & Clark, 2003). Ces raisons pourraient expliquer en partie les effets négatifs du débriefing à long terme.

Manque de soutien social après l'intervention. Une méta-analyse récente (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000) constate que le manque de soutien social après un événement traumatique est un des plus important facteur de risque de développer un TSPT chez les militaires (ampleur de l'effet de l'ordre de $r = 0,43$). Chez les civils, ce même facteur de risque ($r = 0,30$) arrive au deuxième rang derrière les perturbations de la vie quotidienne (*daily hassles*). La méta-analyse de (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003) souligne que la dissociation péritraumatique et la perception de soutien social négatif sont les deux facteurs de risque les plus élevés de développer un TSPT (ampleur de l'effet respectif de $r = 0,26$ et $r = -0,28$). Un fait intéressant ressort de cette étude : lorsqu'une période de 3 ans s'écoule entre l'événement traumatique et l'évaluation de la présence de TSPT, on remarque que la taille d'effet concernant le soutien social comme facteurs prédictifs du TSPT s'intensifie, passant de $r = -0,28$ à $r = -0,42$, soit l'équivalent d'une taille d'effet moyenne. Il apparaît donc que la perception d'un soutien social négatif semble avoir plus de poids dans le développement potentiel du TSPT que plusieurs autres variables étudiées tant sur le plan transversal que longitudinal.

Par ailleurs, le débriefing tel qu'élaboré par (Mitchell, 1983) ne semble pas favoriser une mobilisation du réseau social au quotidien et hors du contexte du travail (p. ex., au niveau familial, social, etc.). De par sa structure et sa conceptualisation, le débriefing favorise indirectement le soutien social de la part des pairs au travail, mais n'oriente pas la prise en charge par l'environnement personnel de la victime. Parallèlement, une fois la séance de débriefing terminée, la victime peut se sentir laissée à elle-même, sans trop savoir comment obtenir le soutien des personnes significatives qui l'entourent et qui, très souvent et de façon vicariante, vivent elles aussi les conséquences de l'événement traumatique. Nous croyons ainsi qu'autant la victime que son entourage risque de se sentir impuissants face à la

détresse vécue, car le débriefing comme intervention précoce ne cible pas et ne tient pas compte de la souffrance émotionnelle de l'entourage familial, ni de leurs capacité à soutenir la victime

Ingrédients Actifs du Débriefing

Certains chercheurs s'entendent pour affirmer qu'il existerait principalement deux ingrédients actifs dans la procédure de débriefing soit le sentiment de prise en charge et la psychoéducation.

Le sentiment de prise en charge. Regehr (2001) soulève l'hypothèse que le débriefing ne serait pas ce qui diminuerait le plus les symptômes de TSPT chez les travailleurs qui oeuvrent en situation d'urgence. Pour ces individus, l'aspect le plus stressant de leur travail proviendrait du milieu organisationnel lui-même, c'est-à-dire la bureaucratie, les procédures, le style de gestion, etc. Une intervention de débriefing organisée par l'employeur serait interprétée comme un signe que la santé mentale des employés est importante et ainsi, validerait leurs difficultés. Ce serait donc la perception d'un soutien et d'une attention particulière à leur situation qui serait un ingrédient actif impliqué dans la satisfaction de l'intervention et dans la rémission des symptômes.

La psychoéducation. La psychoéducation semble être le premier pas vers la normalisation des symptômes. Elle diminue l'anxiété associée à ceux-ci. En psychothérapie d'orientation cognitive-comportementale, cette stratégie est largement utilisée durant les premières séances (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999). Lorsqu'utilisée dans un but de prévention du TSPT, elle vise sensiblement les mêmes buts : donner un sens aux sensations physiques et émotionnelles vécues. Durant le débriefing, on informe la victime des symptômes qui peuvent être ressentis et la raison de leur apparition. Il peut être rassurant pour la victime de savoir que les *flash-backs*, le sentiment omniprésent de peur et de

méfiance, l'insomnie, etc. sont des réactions typiques et passagères à l'événement traumatique et non un signe de folie ou de trouble de santé physique ou mentale sévère (Marchand & Brillon, 1999).

Résumé

En somme, le débriefing psychologique prodigué selon une modalité individuelle ne semble pas supporté empiriquement comme moyen de prévention du TSPT. De plus, les études à long terme portant sur l'efficacité du débriefing rapportent des effets néfastes, ce qui remet en question le bien-fondé de son application systématique en milieu organisationnel/industriel ou autre. Du point de vue conceptuel, le débriefing pourrait être prodigué trop tôt (Rose et al., 2003), ce qui interférerait avec le rythme naturel du traitement cognitif et émotionnel de l'événement critique. Les stratégies de prévention actuelles ne font rien pour favoriser un soutien social positif ou bien d'atténuer les effets du soutien social négatifs. Elles ne favorisent pas la mobilisation du réseau social de proximité, malgré que ces variables soient des facteurs importants dans la rémission des symptômes du TSPT (Ozer et al., 2003). En revanche, le débriefing psychologique comporte certains ingrédients vraisemblablement utiles ou appréciés, par exemple le sentiment de prise en charge, ainsi que la psychoéducation. Ces deux éléments méritent d'être conservés dans l'élaboration de futurs protocoles de prévention des symptômes de TSPT.

La thérapie cognitive-comportementale (TCC)

L'efficacité de la TCC

La thérapie cognitive-comportementale est une technique d'intervention empiriquement validée permettant de traiter efficacement le TSPT (Foa, Keane, & Friedman,

2002). Depuis peu, celle-ci se trouve également utilisée afin de traiter le précurseur du TSPT, soit l'état de stress aigu. Selon le modèle de Foa et Kozak (1986), le but de la TCC consiste à créer de nouveaux apprentissages. En effet, à l'aide des stratégies d'exposition et de restructuration cognitive l'objet qui jadis provoquait une émotion désagréable sera désormais associé à une autre émotion qui n'est pas porteuse de détresse (par exemple, la sécurité et le plaisir). Cette modification se réalise à la suite d'une activation de la structure de peur à l'aide de l'exposition en imagination au souvenir traumatique, par exemple, ainsi que par l'acquisition de nouvelles informations concernant la perception du monde. Cette combinaison vient alors altérer la signification qu'un individu donne à l'événement et aux stimuli associés (Foa & Kozak, 1986). L'évitement des stimuli associés à l'événement traumatique empêche la modification de la structure de peur, ce qui maintient les symptômes de TSPT (Holeva, Tarrrier, & Wells, 2001). De ce point de vue, la TCC appliquée dans les jours ou semaines suivant le traumatisme vise la prévention des comportements d'évitement, de réviviscence et de réactions affectives en exposant la victime à l'objet traumatique avant que les réponses conditionnées de souffrance émotionnelle ne se cristallisent, tout en incorporant de nouvelles informations au souvenir traumatique à l'aide de restructuration cognitive.

Foa, Hearst-Ikeda et Perry (1995) (Foa, Hearst-Ikeda, & Perry, 1995) furent des pionniers dans l'élaboration et l'évaluation de l'efficacité de la TCC brève et précoce pour prévenir le TSPT. Les participantes, toutes victimes d'agressions sexuelles, furent assignées aléatoirement soit dans la condition expérimentale (quatre rencontres hebdomadaires de 2 heures) soit dans la condition contrôle (les participantes étaient uniquement évaluées). Le protocole d'intervention comprenait a) de la psychoéducation, b) un entraînement à la relaxation et à la respiration, c) de l'exposition en imagination, d) de l'exposition *in vivo* et

finalement e) de la restructuration cognitive. Entre les séances, la participante devait quotidiennement répéter l'exposition en imagination à l'aide d'un enregistrement audio fait pendant les séances, s'exercer aux techniques de respiration et de relaxation ainsi que remplir un journal de bord afin de noter ses pensées négatives et son niveau de détresse émotionnelle.

Cette étude contrôlée montrait que ce protocole d'intervention utilisant la TCC prévenait significativement la symptomatologie post-traumatique. En effet, 2 mois post-trauma, un nombre significativement moins élevé de participantes rencontrait un diagnostic de TSPT dans la condition de traitement que dans la condition contrôle (respectivement 10% vs 70%, voir le tableau 1). Cependant, cette différence n'était plus significative 5 mois après l'intervention. En revanche, les participantes de la condition de traitement rapportaient moins de symptômes dépressifs à tous les moments de mesure (Foa et al., 1995). Selon les auteurs, la difficulté à détecter une différence de groupe dans la mesure des symptômes de TSPT à 5 mois serait due, en partie, à la faible puissance statistique liée à la petite taille échantillonnale ($n = 20$).

Dans le dessein de tester plus rigoureusement la TCC préventive, Bryant, Harvey, Dang, Sackville et Basten (1998) (Bryant, Harvey, Dang, Sackville, & Basten, 1998) ont repris le protocole de Foa et al. (1995) en le mesurant à une thérapie de soutien non-directive et en ne recrutant que des participants ayant un diagnostic d'état de stress aigu résultant d'un accident de la route. Les participants assignés aléatoirement dans des conditions de traitement et de contrôle recevaient cinq séances de TCC. Les participants de la condition contrôle recevaient cinq séances de soutien non-directif. Au post-test et à la relance de 6 mois, les participants de la condition de traitement avaient significativement moins de symptômes d'intrusion, d'évitement et de dépression que les participants de la condition

contrôle. De plus, il y avait significativement moins de participants ayant un diagnostic de TSPT dans la condition de traitement (17%) que dans la condition contrôle (67%). (voir le tableau 1).

Ce protocole de recherche fut répliqué auprès de victimes d'accident de la route souffrant d'un traumatisme craniocérébral léger découlant de cet accident. Il ressort significativement que 58% des participants de la condition contrôle et 8% de la condition TCC avaient un TSPT au post-test et 17% des participants de la condition TCC et 58% de la condition contrôle avaient développé un TSPT à la relance de 6 mois (Bryant, Moulds, Guthrie, & Nixon, 2003).

Suite à la démonstration de l'efficacité de la TCC pour prévenir le TSPT à court et moyen terme, Bryant, Moulds et Nixon (2003) testèrent le maintien des effets préventifs des interventions 4 ans après son administration. Cette démarche s'avère nécessaire pour s'assurer que la TCC ne provoque pas d'augmentation des symptômes de TSPT à long terme comme il a été observé avec les études d'efficacité contrôlées du débriefing (Bisson et al., 1997; Mayou et al., 2000). Après 4 ans, 8% des participants de la condition de traitement (TCC) avaient toujours un TSPT et 25% des participants de la condition contrôle recevaient ce diagnostic (voir le tableau 1). De plus, les participants ayant reçu la TCC rapportaient des symptômes d'évitement significativement moins intenses que ceux ayant reçu la thérapie de soutien non-directive. La TCC semble donc efficace tant à court qu'à long terme. Cependant, le faible taux de rétention des participants dans l'étude (64%) peut ne pas refléter adéquatement le patron de rémission de tout l'échantillon initialement recruté, ce qui limite la généralisation de ces résultats (Bryant, Moulds, & Nixon, 2003).

Insérez le tableau 1 ici

Limites et inconvénients de la TCC

Un des inconvénients de la TCC provient du fait qu'elle ne peut être administrée en une seule séance, ce qui augmente le risque d'abandon en cours de traitement. De plus, la TCC doit être prodiguée par un psychologue bien formé à cette approche et accessible. Ces deux limites rendent la TCC difficile à implanter dans certains milieux industriels/organisationnels, car elle peut être prodiguée par des membres provenant des programmes de pairs-aidants, n'ayant pas les compétences nécessaires ou par des professionnels non formés à cette approche soit en CLSC ou en milieu hospitalier, par exemple. Il est possible que l'accès à ce type d'intervention spécialisée dans certaines régions soit également impossible à obtenir.

Aucune étude ne semble avoir démontré si l'efficacité de la TCC pour prévenir le TSPT est affectée par la faible observance aux devoirs prescrits entre les séances. Le manque de motivation, la douleur physique et émotionnelle suite au trauma ou le manque de temps sont autant de variables qui peuvent interférer avec la réalisation et l'efficacité de cette stratégie d'intervention brève, précoce et intensive.

S'exposer en imagination *ou in vivo* au souvenir traumatique peut causer une souffrance émotionnelle parfois importante, voire même dans de rares cas, provoquer des épisodes dissociatifs (Bryant & Harvey, 2000). Pousser de manière trop rapide un client à ne plus recourir à l'évitement peut provoquer une augmentation de symptômes anxieux. Dans ce cas-ci, il est préférable d'adopter une stratégie basée sur le soutien et l'écoute pour diminuer

l'anxiété avant d'entreprendre l'exposition. De plus, l'exposition doit être utilisée avec prudence et parcimonie dans les cas d'attaques de panique, de troubles dissociatifs, de personnalité limite, de troubles psychotiques, d'accès de colère chroniques, de trauma antérieur non résolu, de dépression majeure ou de risque suicidaire (Bryant & Harvey, 2000). Lors de l'exposition, ces conditions peuvent causer une exacerbation des symptômes de TSPT et favoriser l'apparition de symptômes liés à d'autres troubles psychologiques (Pitman et al., 1991).

Avantages de la TCC

L'avantage majeur de la TCC sur les autres approches est sans contredit son efficacité pour prévenir les symptômes de TSPT. Contrairement au débriefing, la TCC a su démontrer de manière empirique son pouvoir préventif à court, moyen et long terme. De plus, la structure même de l'intervention crée un sentiment de prise en charge par un professionnel, ce que le débriefing ne fait pas automatiquement.

Intégration du soutien social comme stratégie préventive

Le soutien social est un construit multidimensionnel qui se définit par les ressources offertes par l'entourage de la victime afin de favoriser sa rémission (Tarrier & Humphreys, 2003). Le soutien peut être émotionnel (manifestation d'affection, d'empathie, d'amour), instrumental (prêt d'argent, d'automobile ou de tout autre bien matériel), informationnel (donner des conseils, un avis, une information) ou appréciatif (donner de la rétroaction, des encouragements) (House, 1981). Cependant, le soutien social est un concept difficile à mesurer de par sa subjectivité. D'ailleurs, il y a parfois un écart important entre le soutien reçu et le soutien perçu. Cette inadéquation peut résulter, entre autres, des traits de personnalité, les expériences de vies ou tout simplement l'état émotionnel de l'individu qui

perçoit ce soutien (Tarrrier & Humphreys, 2003). Il n'en reste pas moins qu'à notre avis, la perception qu'un individu a du soutien social qu'il reçoit de son entourage est en lien avec les relations qu'il entretient avec ces derniers et peut témoigner de sa souffrance émotionnelle.

Le soutien social semble de plus en plus reconnu pour son effet modérateur (Baeyens & Philippot, 2003). Les effets négatifs du stress sur la santé physique et mentale sont réduits chez les personnes qui ont un soutien social adéquat ou qui perçoivent une adéquation de ce soutien social (Cohen & Wills, 1985). Le modèle de l'atténuation du stress de Guay, Marchand et Billette (2002) (voir figure 1) illustre bien cet effet. Selon cette conceptualisation, le soutien social atténuerait les effets négatifs du stress de trois façons. Dans un premier temps, la perception du soutien social aurait un impact positif sur la perception que la victime a de ses capacités d'adaptation et des ressources disponibles pour favoriser sa rémission. Cette meilleure connaissance de ses capacités permettrait à la victime d'avoir une perception plus juste du stress vécu en favorisant une évaluation objective de l'impact du trauma sur sa vie. Dans un deuxième temps, l'environnement social de la victime agirait de façon à réduire la quantité de cognitions dysfonctionnelles et l'impact des émotions négatives, ce qui diminuerait certains comportements inadaptés, comme l'évitement et l'isolement. Finalement, le soutien social réduirait les réponses physiologiques liées au stress tout en prévenant les maladies physiques et psychiatriques (Guay, Marchand, & Billette, 2002).

Insérez la figure 1 ici

Par contre, le modèle de Guay et al. (2002) ne précise pas l'impact de la valence du soutien, c'est-à-dire s'il est positif ou négatif. Les effets bénéfiques du soutien social ne se limitent pas à sa présence ou son absence. La qualité de ce dernier est aussi très importante. Il apparaît dans les écrits scientifiques qu'un soutien social « négatif », c'est-à-dire empreint de critique (« depuis l'accident tu pleures toujours »), d'impatience, de déni, de banalisation (« tout le monde passe par des périodes plus difficiles... »), d'évitement (« chasse ça de ton esprit ») ou de minimisation (« ce n'est pas si grave, tu aurais pu mourir dans cet accident ») risque d'augmenter les symptômes de stress et demeure plus dommageable que l'absence de soutien (Bousquet Des Groseilliers, Cordova, Ruzek, & Brunet, 2004; Lepore, 2001). Le soutien social négatif manifesté par l'entourage n'est pas nécessairement un signe de mauvaise foi. Ces comportements sont souvent une tentative maladroite de réconfort de la victime. L'entourage veut aider la victime en détresse au mieux de sa connaissance, mais ironiquement contribue à maintenir la symptomatologie.

Ce phénomène peut s'expliquer à partir du modèle du traitement social-cognitif des émotions liées à un événement traumatique de Lepore, Silver, Wortman et Wayment (1996). Ce modèle précise la relation entre le soutien social négatif et le traitement émotionnel-cognitif d'un stressor important. Il se base sur la théorie d'Horowitz (1986) qui postule que le traitement émotionnel-cognitif d'un événement traumatique se caractérise par une alternance de cycles d'évitement (tenter de ne pas penser et/ou parler de l'événement) et d'intrusion (images de l'événement qui ressurgissent sans le vouloir) qui prennent place peu de temps après l'exposition au trauma et constituent une façon de l'intégrer cognitivement et émotionnellement.

Bien que dérangeantes, les pensées intrusives sont une tentative d'assimilation cognitive et émotionnelle des événements. Celles-ci perdureront jusqu'à ce que l'événement

soit intégré. La détresse causée par les intrusions pousse certaines victimes à s'engager dans des comportements d'évitement cognitif et/ou comportemental excessifs pour ne pas se sentir submergé émotionnellement ce qui a pour effet d'entraver le traitement cognitif et maintenir la souffrance liée à l'événement traumatique (Horowitz, 1986).

D'autres victimes, au contraire, ressentent un besoin impératif de parler de l'événement. Ce besoin de parler qui est une réaction normale et adaptative fréquente a comme objectif l'intégration cognitive et émotionnelle du trauma. Cependant, dans certains cas, la victime d'événement traumatique désire parler des émotions provoquées par les images intrusives et de l'événement même, mais l'environnement social freine, souvent involontairement, la verbalisation des émotions. Le modèle de Lepore et al. (1996) postule que l'effet positif de parler de l'événement se trouve modéré par la réponse de l'environnement à ce dévoilement. La victime éviterait de parler de l'événement non pas parce qu'elle ne veut pas être en contact avec les émotions vécues, mais plutôt parce que son entourage réagit négativement ou de manière inadéquate à ce dévoilement en critiquant, invalidant, minimisant ou en manifestant de l'exaspération envers la victime. Un cercle vicieux apparaît donc : le soutien négatif favorise l'apparition de comportements d'évitement, qui maintiennent l'émergence des images intrusives, provoquant une détresse émotionnelle qui ne peut être verbalisée pleinement à cause de cet environnement rébarbatif et a pour effet de ralentir le traitement cognitif et émotionnel de l'événement traumatique, ce qui maintient l'apparition des intrusions.

Une étude de Lepore et al. (1996) rapporte que le soutien social négatif était corrélé positivement avec les pensées intrusives ($r = 0,31$), mais corrélé négativement avec le désir de parler ($r = -0,39$) chez un échantillon de mères dont l'enfant est décédé des suites du syndrome de la mort subite du nourrisson. Ce modèle est aussi soutenu par une étude menée

au sein d'une population de casques bleus postés au Liban (Dirkzwager, Bramsen, & van der Ploeg, 2003). En effet, les résultats de cette étude longitudinale démontrent que la sévérité des symptômes de TSPT est positivement reliée à un soutien social négatif ($r = 0,54$), et de manière plus modérée, négativement liés au soutien social positif ($r = -0,23$).

Lepore et Helgeson (1999) ont testé l'efficacité d'une intervention qui met l'accent sur le soutien social et la psychoéducation auprès d'hommes atteints du cancer de la prostate. Globalement, il en ressort que les participants de la condition intervention ont une meilleure santé mentale en général, rapportent moins de conflits interpersonnels et moins de détresse émotionnelle par rapport aux pensées intrusives suite à l'intervention. De plus, les hommes bénéficiant le plus de ce type d'intervention étaient ceux qui rapportaient le plus de soutien social négatif au pré-test.

Étant donné que le conjoint (ou la conjointe) et la famille sont les principaux pourvoyeurs de soutien social (Denkers, 1999), on peut se demander pourquoi le débriefing et la TCC n'abordent pas ou peu cette dimension. Une des limites communes du débriefing et de la TCC provient de la non-intégration du soutien social de manière systématique et de l'emphase sur ce dernier comme stratégie de prévention du TSPT.

Piste de recherche : une nouvelle forme d'intervention de prévention secondaire

À la lumière des connaissances sur les effets bénéfiques du soutien social adéquat, il nous semble primordial d'intervenir de manière plus active à ce niveau lors d'intervention post-immédiate, étant donné qu'un soutien déficient ou absent risque d'interférer avec les processus de rémission du TSPT. Nous recommandons ainsi la création d'interventions de prévention secondaire du TSPT qui mettent une emphase toute particulière sur la psychoéducation à propos des réactions de TSPT ainsi que sur un soutien social adéquat (sans minimisation, colère, impatience). Tout comme le débriefing, en utilisant un format

bref et précoce (deux séances d'une heure environ une semaine après l'événement traumatique) cette intervention pourrait être implantée en milieu industriel-organisationnel ou autre.

L'intervention reçue par les victimes se ferait en présence d'une personne soutien de son choix (un conjoint, un ami ou un collègue, par exemple.) et aurait pour objectif de donner des outils de communication pour bonifier le traitement cognitif et émotionnel de l'événement dans son quotidien et non pas au moment de l'intervention comme c'est le cas avec le débriefing, ainsi que de normaliser les émotions et sensations ressenties par les deux parties. En bref, cette nouvelle intervention devrait montrer aux victimes d'événement traumatique comment parler des émotions ressenties et à la personne-soutien à bien recevoir cette charge émotive ainsi qu'à écouter de manière active et supportante (sans soutien social négatif). Ainsi, contrairement au débriefing et à la TCC qui ne ciblent pas systématiquement le soutien social comme stratégie préventive, les individus exposés à un événement traumatique dans le cadre de leur travail pourraient apprendre rapidement les bases d'une communication soutenante et la mettre en pratique dans leur milieu de travail suite à l'incident critique ainsi que dans leur milieu familial.

Conclusion

La promotion d'un soutien social adéquat suite à un événement traumatique mériterait donc de faire partie intégrante des interventions thérapeutiques destinées à prévenir le développement du TSPT. De plus, encourager la verbalisation des émotions dans un contexte soutenant et sécurisant, favorise indirectement une exposition en imagination répétée aux souvenirs traumatiques. Promouvoir à la maison et au travail un environnement propice à des discussions dépourvues de soutien social négatif à propos des émotions, des

souvenirs et des sensations liées à l'événement traumatique ne peut qu'être positif et pourrait même contribuer à prévenir l'émergence de symptômes de TSPT chez la victime d'événement traumatique (Cordova, Ruzek, Benoît, & Brunet, 2003). Parallèlement, impliquer activement les membres de l'entourage immédiat dans l'instauration de stratégie d'intervention pour prévenir le TSPT peut réduire le sentiment d'impuissance ressenti par ces derniers ainsi que minimiser les comportements d'exaspération et de critique. À l'heure actuelle, des travaux sont en cours pour tenter d'évaluer l'efficacité d'une intervention brève et précoce pour prévenir le TSPT basée sur le soutien social et la psychoéducation.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 4th edition): Washington, DC : Author.
- Arendt, M., & Elklit, A. (2003). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 423-437.
- Baeyens, C., & Philippot, P. (2003). La prévention secondaire du syndrome de stress post-traumatique: les debriefings psychologiques en question. . *L'Encephale, 29*(6), 535-544.
- Bisson, J. I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review, 23*(3), 481-499.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry, 171*, 78-81.
- Bousquet Des Groseilliers, I., Cordova, M. J., Ruzek, J. I., & Brunet, A. (2004, Novembre). *Social support needs in PTSD patients vary according to gender: Preliminary results*. Poster presented at the International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans, LA.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, 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.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2000). Treatment Obstacles. In R. A. Bryant & A. G. Harvey (Eds.), *Acute Stress Disorder. A Handbook of Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 135-146). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 862-866.
- Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R., & Nixon, R. D. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 160*(3), 585-587.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 41*(4), 489-494.

- Carlier, I. V., Lamberts, R. D., Uchelen, A. J., & Gersons, B. P. (1998). Disaster related stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine, 14*, 143-148.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Cordova, M. J., Ruzek, J. I., Benoît, M., & Brunet, A. (2003). Promotion of emotional disclosure following illness and injury: A brief intervention for medical patients and their family. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 359-372.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychique de guerre*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology, 73* (Pt 1), 77-85.
- Deahl, M. P., Gillham, A. B., Thomas, J., Searle, M. M., & Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry, 165*(2), 60-65.
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization: needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *Journal of Social Psychology, 139*(2), 191-201.
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study *Personality and Individual Differences, 34*, 1545-1559.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biological Psychiatry, 53*(9), 817-826.
- Everly, G. S., Jr., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency and Mental Health, 2*(4), 211-225.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 948-955.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2002). *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New-York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.
- Gray, M. J., & Litz, B. T. (2005). Behavioral interventions for recent trauma: empirically informed practice guidelines. *Behavior Modification, 29*(1), 189-215.

- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*, 165-184.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 507-512.
- Holeva, V., TARRIER, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. *Behavior Therapy, 32*, 65-83.
- Horowitz, M. J. (1985). Disasters and psychological response to stress. *Psychiatric Annals, 15*, 161-167.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes (2nd Ed.)*. New York: Jason Aronson.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Iucci, S., Marchand, A., & Brillon, P. (2003). Pouvons-nous diminuer ou prévenir l'apparition des réactions de stress post-traumatique ? Analyse critique de l'efficacité du debriefing. *Psychologie Canadienne, 44*, 477-492.
- Jenkins, S. (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavior and Personality, 11*, 477-492.
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J. M. (1999). *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale*. Boucherville, QC.: Gaëtan Morin éditeur.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Anderson (Eds.), *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1999). Psychoeducational support group enhances quality of life after prostate cancer. *Cancer Research, Therapy and Control, 8*, 81-91.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 271-282.
- Marchand, A., & Brillon, P. (1999). Le trouble de stress post-traumatique. In J. M. Boisvert (Ed.), *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale* (pp. 149-182). Boucherville, QC: Gaëtan Morin éditeur.
- Marchand, A., Iucci, S., Brillon, P., Martin, M., & Martin, A. (2003). Intervention de crise et debriefing: controverses et défis. *Revue francophone du stress et du trauma, 3*, 141-154.
- Matthews, L. R. (1998). Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Services, 49*(2), 207-212.

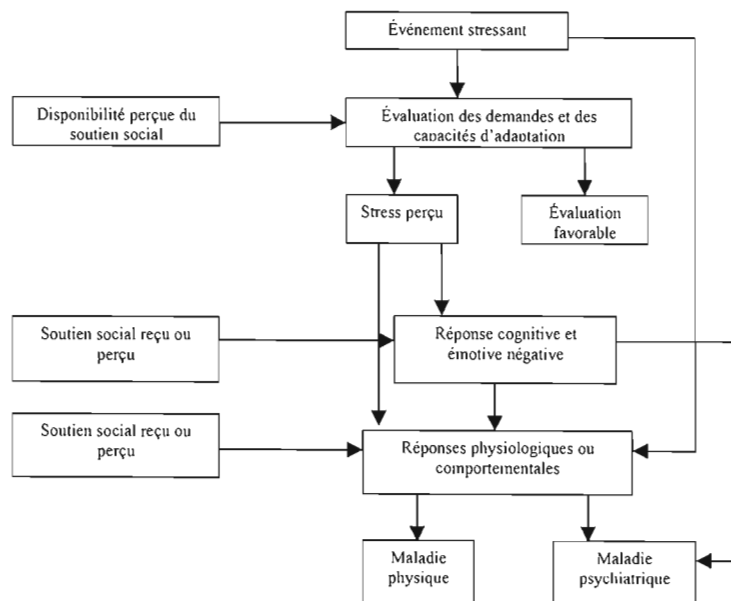
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 589-593.
- Miller-Burke, J., Attridge, M., & Fass, P. (1999). Impact of traumatic events and organization response. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *41*, 73-83.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, *8*(1), 36-39.
- Northouse, L. L., Cracchiolo-Caraway, A., & Appel, C. P. (1991). Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Seminars in Oncology Nursing*, *7*(3), 216-223.
- 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.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E., et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*(1), 17-20.
- Rauch, S. A. M., & Cahill, S. P. (2003). Treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *Primary Psychiatry*, *10*, 60-65.
- Regehr, C. (2001). Crisis Debriefing Groups for Emergency Responders: Reviewing the Evidence. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *1*(2), 87-100.
- Robinson, R. C., & Mitchell, J. T. (1993). Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 367-382.
- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *72*(4), 176-184.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Rogel-Fuchs, Y., Ursano, R. J., & Marlowe, D. (1998). Historical group debriefing after combat exposure. *Military Medicine*, *163*(7), 494-498.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: the development of social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *17*(2), 187-198.
- Vermeiren, É. (2001). Abord thérapeutique des troubles psychotraumatiques. Implication de l'entourage familial et extra-familial. *Revue francophone du stress et du trauma*, *1*, 261-271.

Tableau 1. Nombre de personnes ayant un TSPT en fonction de l'intervention reçue

Étude et T-E	N	Taux de TSPT											
		TCC			TCC+GA			TSND			Liste d'attente		
		Post ^a	6 ^b	48 ^c	Post ^a	6 ^b	48 ^c	Post ^a	6 ^b	48 ^c	Post ^a	6 ^b	48 ^c
Foa et al., 1995 A.S.	20	10%	11%								70%	22%	
Bryant et al., 1998 Acc.	24	8%	17%				83%	67%					
Bryant et al., 1999 Acc.	45	14%	15%		20%	23%	56%	67%					
Bryant et al., 2003b Acc.	24	8%	17%				58%	58%					
Bryant et al., 2003a Acc.	80			8%							25%		

Note. ^a Proportion de participants ayant un diagnostic de TSPT au post-test ^b Proportion de participants ayant un diagnostic de TSPT à la relance de 6 mois. ^c Proportion de participants ayant un diagnostic de TSPT à la relance de 48 mois. N = taille de l'échantillon. T-E. = Type d'échantillon; A.S. = Agression Sexuelle; Acc. = Accident de la route; TCC = Thérapie cognitive-comportementale; TCC + GA = Thérapie cognitive-comportementale et gestion de l'anxiété; TSND = Thérapie de soutien non-directive. Tableau adapté de Rauch et Cahill(2003).

Figure 1



Légende de *la Figure 1*

Figure 1 Modèle de l'atténuation de stress (Guay, Marchand et Billette, 2002. Adapté de Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000).

CHAPITRE II

RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF A BRIEF COGNITIVE-BEHAVIORAL
DYADIC INTERVENTION DESIGNED TO PREVENT THE DEVELOPMENT OF PTSD

*Article soumis pour publication au
Journal of Traumatic Stress
Le 7 Mai 2009*

Running Head: A NEW DYADIC EARLY INTERVENTION FOR PTSD

Word count: 7325

Randomized Controlled Trial of a Brief Cognitive-Behavioral Dyadic Intervention

Designed to Prevent the Development of PTSD

Alain Brunet

Isabeau Bousquet Des Groseilliers

Matthew J. Cordova

&

Josef I. Ruzek

Author notes : This study was funded by a grant to the first and last author from the *Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC)*. A.B. acknowledges a salary award (*Chercheur-boursier*) from the *Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ)*. While working on this project, I.B.D.G. received fellowships from the *Institut Robert-Sauvé de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST)* and the Social Science and Humanities Research Council (SSHRC). Requests for reprints should be addressed to Dr. Alain Brunet, Ph.D., 6875 LaSalle Boulevard, Montréal (Qc), Canada H4H 1R3, or via e-mail alain.brunet@douglas.mcgill.ca. We thank Sabine Defer, Louis-Francis Fortin, Maryse Benoit, Maryse Godin, Jane Chambers-Evans, Nancy Moscato, Barbara-Ann Parent, and Louisette La Rochelle for their help on this project.

Résumé

Dans le domaine de la psychologie clinique, un manque flagrant d'interventions efficaces pour prévenir le TSPT est constaté. L'objectif de cet article est d'évaluer l'efficacité d'une nouvelle intervention dyadique brève et précoce de prévention du TSPT. Cette intervention offerte par une travailleuse sociale ou une infirmière en deux séances, 26 jours et 40 jours après l'événement traumatique vise la diminution du soutien social négatif, la psychoéducation et l'apprentissage à la communication. Soixante-six participants (n=32 liste d'attente, n=34 condition intervention) équivalents au niveau des principales variables socio-démographiques ont été évalués 10 jours, un mois et trois mois post-trauma. Au post-test, les participants de la condition intervention manifestaient des symptômes de TSPT significativement moins intenses que ceux de la condition contrôle (22.75 vs 30.32, $p = 0.05$). L'ANOVA à mesures répétées a démontrée un effet d'interaction significatif, $F(1, 64) = 4.46$, $p = 0.013$. De plus, les participants de la condition intervention ont rapporté une diminution du soutien social négatif entre le pré-test et le post-test $\chi^2(2); 10.40$, $p = 0.006$, mais cette différence n'est pas observable au sein de la condition de contrôle $\chi^2(2); 1.20$, $p = 0.55$. Une taille d'effet contrôlée pour le passage du temps de $d = 0.51$. Ainsi, une intervention dyadique brève et précoce peut atténuer de manière significative l'intensité des symptômes de TSPT.

Mots-clés : Trouble de stress post-traumatique, prévention, soutien social, intervention brève, événement traumatique, canadiens.

Abstract

There is a dearth of effective interventions to mitigate the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). We aimed to evaluate the effectiveness of a new dyadic two-session cognitive-behavioral intervention through a randomized-controlled trial involving trauma-exposed individuals recruited at the hospital's emergency room, randomly assigned to either the no-intervention group ($n = 32$) or the intervention group ($n = 34$). Compared to the controls, participants in the intervention group had less PTSD symptoms at the post-test, but not at the pre-test or at mid-treatment, $F(1, 64) = 4.46, p = 0.013$. Controlling for the improvement observed in the no-intervention group, the intervention yielded a net effect size of $d = 0.51$. From a public health perspective, the rate of PTSD among individuals presenting to the emergency room could be reduced if this new, easy to deliver, dyadic intervention was offered on a routine basis as part of regular care.

Key words: Traumatic stress, posttraumatic stress disorder, prevention, motor vehicle accidents, early intervention, Canadians.

Randomized Controlled Trial of a Brief Cognitive-Behavioral Dyadic Intervention
Designed to Prevent the Development of PTSD

Exposure to traumatic events such as motor vehicle accidents (MVAs), physical and sexual assaults, unexpected losses of loved ones, and natural and man-made disasters is common and associated with significant levels of post-event problems that include posttraumatic stress disorder (PTSD) and associated functional impairments. Despite the public health impact of such exposure, there have been few empirical demonstrations to date of our capacity to intervene soon after traumatization to effectively prevent development of PTSD. The most widely available early intervention, single-session individual stress debriefing, has been found to be ineffective in preventing PTSD and depression (Bisson, McFarlane, Rose, Ruzek, & Watson, In press). Psychological first aid has been manualized but not yet evaluated (Vernberg et al., In press). The best validated early intervention is a cognitive-behavioral approach developed and tested by Bryant and colleagues (Bryant, Harvey, Dang, Sackville, & Basten, 1998; Bryant, Sackville, Dang, Moulds, & Guthrie, 1999). A strength of this promising intervention is the application of well-validated exposure therapy methods in the context of early preventive intervention. But this may also represent a limitation, in that there is a risk that exposure may be applied inappropriately by non-specialist providers if significant levels of training and support are not provided. There are many other possible approaches to cognitive-behavioral early intervention that require exploration (Ruzek, 2006), especially those that target social support processes. Perceived lack of social support is a risk factor for development and persistence of PTSD (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Negative social support reactions from others have been found to predict PTSD symptomatology (Bolton, Glenn, Orsillo, Roemer, & Litz, 2003) and

deterioration of social support has been associated with declining mental health in disaster survivors. Cordova, Ruzek, Benoit & Brunet (Cordova, Ruzek, Benoit, & Brunet, 2003) recently described development of a brief cognitive-behavioral intervention designed to target social support processes following trauma exposure. Goals of the intervention are to improve patient and significant other knowledge of the process of adjustment to stressful experiences, to increase tolerance for negative emotions (e.g., anxiety, fear, anger), to increase rates of initiation of talking about the trauma and its effects, and to decrease social constraint behaviors (e.g., changing the subject, criticizing, ignoring) in response to disclosure of trauma-related thoughts and feelings. The present study was designed to evaluate this brief intervention.

Objectives and Hypotheses

The main objective of this study was to test the effectiveness of a brief dyadic secondary prevention intervention in reducing PTSD symptomatology. We hypothesized that there would be (a) a time by group interaction whereby self-reported PTSD symptoms would be less severe in the intervention group than in the no intervention control group at the post-test, but not at the pre-test or at mid-treatment. At the post-test, there would also be (b) significantly fewer participants with a formal diagnosis of PTSD in the intervention group than in the control group. A secondary objective was to examine whether this intervention can help decrease perceived negative social support in a dyad. Thus, we hypothesized (c) that there will be a significant decrease of the amount of participants perceiving negative social support in the intervention group but not in the control group. Finally, the effectiveness of the intervention will be tested relatively to other impact measures such as mental health comorbidity and substance use.

Methodology

To ensure methodological rigor in conducting this study, we adopted the seven gold standards outlined by Foa and Meadows (Foa & Meadows, 1997) in their prescription of ideal treatment studies of traumatized populations. Specifically, this study followed these guidelines by ensuring (a) clearly defined target symptoms and comparable pretreatment symptom severity, (b) standardized and reliable assessment procedures, (c) blind assessments, (d) standard training of assessors and interrater reliability checks to ensure standardization, (e) manualized and replicable treatment procedures, (f) random allocation to treatment, and (g) treatment fidelity checks to ensure treatment adherence.

Study Design and Participants

Participants were recruited over a period of 24 months at the emergency rooms of two Montréal hospitals. Using a modified version of the randomly permuted blocks method (Fleiss, 1986), participants in this prospective randomized controlled trial with three measurement times (pre-test, mid-treatment and post-test) were blindly assigned with a 50% chance to one of two treatment conditions: intervention or a no-intervention with periodic assessments.

Inclusion and exclusion criteria. To be included, participants had to have experienced in the last 10 days an event involving a life threat which elicited a peritraumatic reaction of fear, helplessness, or horror. Participants were excluded if they (i) did not speak either French or English, (ii) had or were suspected of having a traumatic brain injury, (iii) had a lifetime diagnosis of psychosis, substance or alcohol dependence, bipolar disorder, or mental retardation, (iv) had been clinically depressed in the last 2 years, (v) were taking psychotropic medication at the onset of the study, (vi) were injured to the extent that they could not

participate in the study, (vii) lived outside of the Montreal metropolitan area, (viii) did not have a significant other (a friend, a spouse or another family member) to bring to the therapy session, or (ix) did not succeed in making an appointment with the therapist in a timely manner (within 30 days after the trauma).

Drop-outs. As shown in Figure 1, 39 participants were randomized to the control group and 44 to the intervention group. Ten participants in the intervention group, and seven in the control group, left the study before the end. The main reason for dropping out was the tight window of opportunity for conducting the intervention (i.e., preferably in the third or fourth week after trauma exposure). This often led to scheduling problems between the therapist (available only on a part-time basis), the study participant (most of whom were working or had other important medical appointments during this period), and the dyadic intervention partner (who had other obligations). Six participants were excluded during the analyses because their questionnaires were not completed correctly or because there were too many missing data. Otherwise, the drop-out rate was very low.

Sociodemographic data. As shown in Table 1, the 66 study completers (32 women and 34 men) were mostly Caucasian, with an average age of 35 years (range : 19-63 years, *SD*: 11.13) and a median (and modal) annual family income between 30,000-50,000 CAD\$. Participants had a median 13 years of schooling and 74 % of them were in a couple relationship. They had been admitted to the hospital's emergency room as result of a MVA ($n = 39$), a work accident ($n = 9$), a leisure accident ($n = 9$) or a physical assault ($n = 9$). There was no statistical difference between the intervention and control groups on the type of traumatic event (not shown in Table 1), sociodemographic variables, injury severity, trauma measures, or amount of negative social support at pre-test assessment. Furthermore, the

groups did not differ on any of the measured comorbid axis I disorders at the pretest. Specifically, there were no differences between the intervention and control groups respectively in the number of people reporting a past episode of major depression (11 vs. 10, $p = 0.57$), mania or hypomania (1 vs. 1, $p = 0.74$), panic disorder with (1 vs. 0, $p = 0.52$) and without agoraphobia (1 vs. 3, $p = 0.28$), agoraphobia without panic disorder (1 vs. 1, $p = 0.74$), social phobia (1 vs. 2, $p = 0.48$), obsessive-compulsive disorder (2 vs. 2, $p = 0.67$), generalized anxiety disorder (0 vs. 3, $p = 0.11$), anorexia nervosa (0 vs. 1, $p = 0.49$), or bulimia (0 vs. 3, $p = 0.11$). Overall, the 2 groups included a similar number of individuals with prior psychopathology (15 vs. 12), $\chi^2(1, N = 66) = 0.30, p = 0.38$.

Study Measures

Trauma measures. The Peritraumatic Distress Inventory (PDI) (Brunet et al., 2001; Jehel, Brunet, Paterniti, & Guelfi, 2005) is a 13-item self-report measure with a Likert scale format ranging from 0 (not at all true) to 4 (extremely true). A score of 3 or 4 on item 1 (fear), item 4 (helplessness) or item 10 (horror) was used to ascertain trauma exposure (criterion A2) according to the DSM-IV-TR criteria (American Psychiatric Association, 2000). The Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) (Birmes et al., 2005; Marmar, Weiss, & Metzler, 1997), a 10-item self-report measure with a Likert scale format ranging from 1 (not at all true) to 5 (extremely true), was used to further gauge the severity of the trauma response across the study groups. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Brunet, St-Hilaire, Jehel, & King, 2003; Weiss & Marmar, 1997), a dimensional 22-item self-report measure using a Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely true) assessing the intensity of PTSD symptoms in the last 7 days, was used as the main outcome measure. The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake et al., 1995) a semi-

structured interview assessing the frequency and intensity of the 17 symptoms of PTSD, was used by two clinical psychologists with extensive training and experience to diagnose current PTSD. The IES-R has been used as the main outcome because it allows a quick and valid self-reported measure of the intensity of trauma symptoms in the last seven days.

Other measures. The Social Constraints Scale (SCS) (Lepore & Ituarte, 1999) measures perceptions of negative social responses to trauma-related disclosure in the last week. The SCS is a 15-item self-report scale ranging from 1 (never) to 4 (often) and yielding a score ranging from 15 (receiving no negative social support) to 60 (receiving a lot of negative social support). Because many participants mentioned no longer receiving any negative social support at the post test (30% of the sample), this created a floor effect. The data were therefore dichotomized using a cutoff score of 16. The 54-item Social Adjustment Scale by Self-Report (SAS-SR) (Weissman & Bothwell, 1976) was used to measure the degree of functioning in six life areas (work or school, unpaid housework, social and leisure, family life outside the home, marital relationship, parental and family unit). Finally, 16 comorbid axis I lifetime or current disorders of the DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) were assessed by a clinical psychologist with extensive training with the semi-structured Mini International Neuropsychiatric Interview (Lecrubier et al., 1997). All the measures used in the study were reliable and valid. A Glasgow Coma Scale (Teasdale & Jennett, 1974) score of less than 13 upon arrival at the emergency room was used to operationalize the construct of ‘suspected or confirmed traumatic brain injury’. The on-line Injury Severity Score (Trauma.org, n.d.) (<http://www.trauma.org/archive/scores/iss.html>) was used to obtain an individual’s score reflecting the severity of the injuries sustained during the traumatic event. Substance intake in the last month was assessed using a home-

made questionnaire composed of six domains (cigarettes, alcohol, caffeine, substances to give energy, to help sleeping and to control anxiety). Mental health help seeking was evaluated by a question asking participants if they had requested help of a mental health professional since the event.

The Brief Dyadic Intervention

Developed and manualized by Cordova and Ruzek (2000) the intervention is fully described elsewhere (Cordova et al., 2003). This two-session dyadic intervention includes elements of psychoeducation and motivational interviewing, and targets communication between the patient and significant other, aiming to facilitate support, promote bi-directional disclosure, reduce disclosure-constraining behaviors, and improve coping. It promotes the disclosure of thoughts and emotions about the trauma in the natural environment of the dyad while attempting to reduce social constraints on disclosure and negative social support interactions. Examples of negative social support include comments directed toward the trauma survivors that may invalidate their experience or discourage future support seeking (e.g., “*Get over it*” or “*Come on, it wasn't that bad*”).

The first intervention session had four objectives: (i) to improve the patient's and the dyadic therapy partner's knowledge of the process of adjustment to traumatic life experiences; (ii) to increase their tolerance to the dysphoric emotions that are inevitably part of this process; (iii) to increase the amount of talking and sharing about the traumatic event, and instill a sense of motivation and self-efficacy for doing so; and (iv) to decrease social constraint behaviors in response the disclosure of thoughts and feelings about the traumatic event. There was no requirement for retelling the traumatic event in detail during the therapy session, or for experiencing strong trauma-related emotions. The second session, with the

trauma survivor and the significant other, was designed to increase the likelihood that the trauma survivor and dyadic partner would implement the objectives outlined in session one. Thus, the format of session two was essentially a review of session one with an emphasis on the stumbling blocks encountered so far. The 10-step intervention (see Table 2) was designed to be offered at least two weeks after trauma exposure. Led by a social worker or a nurse trained and supervised every second week by a clinical psychologist, the initial 90-minute session took place on average 26 days ($SD = 8.27$) after the traumatic event. A 75-minute second session was scheduled two weeks after the initial session. All clinicians (6) received one full-day training on how to conduct the intervention. They were provided with a treatment manual which included a synopsis on how to conduct the interview and on all the elements to cover. Sessions were audio taped to monitor therapist treatment adherence to the treatment manual during the supervision sessions. Adherence was deemed good to excellent.

Procedure

The research protocol was approved by the McGill Research and Ethics Board. Prospective participants were identified by a member of the clinical staff of the hospital on the basis of trauma exposure and asked if they would mind talking with a member of a research team. Willing participants meeting the study criteria were consented and given a set of questionnaires with a stamped return envelope (pre-test). Those returning their package were blindly randomized to either one of the two study conditions. Those randomized to the intervention group received the intervention at the hospital where they had been recruited. Those in the no-intervention group simply filled out the questionnaires. Although they could receive the intervention after having filled out the questionnaires and having completed the diagnostic interview, only one participant in that group requested it. A diagnostic interview

was scheduled at the research center or at the participant's home 3 months after the traumatic event (post-test). All participants completed the questionnaires approximately at the same times, i.e., at 20 days post-trauma (pretest assessment), 35 days post-trauma, which is between the first and second session of the intervention (mid-treatment assessment) and 3 months post-trauma (posttest assessment). Three months after trauma exposure, participants were also assessed with the CAPS. The assessments were audio taped in order to conduct interrater reliability checks; 20% of all the tapes were blindly monitored by a trained research assistant for diagnostic accuracy. A 98% percent diagnostic agreement was obtained. All disagreements were resolved through a second blind evaluation and a consensus was reached for all cases. Participants received 55 CAD\$ for their time and effort.

Statistical power. An *a priori* power analysis based on pilot data was conducted using the Power and Sample Size Calculation software version 2.1.30 (Dupont & Plummer, 1997). With an equal sample size of $n = 35$ per cell we had an 80% chance of detecting an effect size of medium magnitude (i.e., $d = .67$) (Cohen, 1988), in a two-sided *t*-test using an alpha level of .05 with self-reported PTSD symptoms (IES-R) as the outcome measure at the post-test. Because the analytic strategy called for a repeated measure ANOVA which is a more powerful strategy than an independent samples *t*-test, power was deemed higher.

Results

Statistical Analyses

Nine participants had a few (1.1%) missing data points. They were replaced by the participant's mean score for a given questionnaire (Tabachnick & Fidell, 1996). Square root transformation was used to correct for skewed data such as PTSD symptom scores according

to the CAPS and the IES-R. The social constraints data showed a floor effect and consequently the data were dichotomized and a non-parametric approach was selected.

Hypothesis 1. As shown in Figure 2, a repeated measures ANOVA conducted with the PTSD symptom scores according the IES-R showed a main effect for time, $F(1, 64) = 15.68$, $p = 0.001$, but most importantly a time by group interaction, $F(1, 64) = 4.46$, $p = 0.013$, which confirmed our first hypothesis. No main effect for group was detected, $F(1, 65) = 1.50$, $p = 0.22$), which is explained by the fact that the two groups did not differ from each other at baseline (see Table 1), $t(64) = 0.08$, $p = 0.94$) or at mid-treatment, $t(64) = 1.28$, $p = 0.21$. An intent-to-treat analysis was performed using the 17 drop-out IES-R scores and revealed again a significant time by group interaction $F(1, 81) = 3.42$, $p = 0.03$ on the repeated measures ANOVA. Protocol completers and non-completers did not differ on pretest IES-R scores $t(81) = 1.58$, $p = 0.12$).

As hypothesized, group PTSD mean scores differed at the post-test: 30.32 ($SD = 17.95$) for the control group vs. 22.75 ($SD = 18.94$) for the intervention group, $t(64) = 2.00$, $p = 0.049$ (see Table 3). Because there was a significant effect of time in the repeated measures ANOVA, this was taken into consideration in the effect-size calculation. More specifically, we calculated a within-group effect-size for each group using the Cohen's d method (1988) and observed a $d = 0.76$ for the intervention and a $d = 0.25$ for the control group. By subtracting the effect-size observed in the control group from the one observed in the intervention group an effect size of the intervention taking into account the effect of time is obtained. ($0.76 - 0.25 = 0.51$). A medium effect size of $d = 0.51$, controlling for the effect size of time, was obtained.

Insert Figure 2 here

Insert Table 3 here

Hypotheses 2 and 3. In spite of a significant between-group symptom reduction, a Chi-square analysis revealed no significant difference in the number of participants who had a CAPS diagnosis of PTSD in the control group (8/32, 25%) at the post-test compared to that of the intervention group (5/34, 14%), $\chi^2(1, N = 66) = 1.10, p = 0.36$. These results did not change when the IES-R clinical cut off score of 33 for PTSD (Creamer, Bell, & Failla, 2003) was used to classify the participants.

We observed a significant decrease (Cochran's Q test with the SCS) in the number of participants who received some negative social support in the intervention group, $\chi^2(2); 10.40, p = 0.006$, between the pretest and the posttest. This effect was not found in the control group, $\chi^2(2); 1.20, p = 0.55$. At the posttest, 7 participants in the control group reported no longer receiving any negative social support in the last week, while this was the case for 13 participants in the intervention group. The dichotomized negative social support variable assessed at the posttest contributed to 18% ($r = 0.43, p \leq 0.001$) of the variance in the severity of PTSD symptoms reported at the posttest.

Secondary Analyses

Dyadic partners: Who were they? Participants were instructed to come with their spouse or, if they did not have one, with their main source of support. All the participants currently involved in a relationship (23 of the 34 participants) attended the intervention with their partner. Eight single participants came with a family member and 3 came with a friend. A *t*-test failed to find any significant between-group mean difference on the two PTSD symptom measures, namely the CAPS, $t(32) = 1.32, p = 0.20$ and the IES-R, $t(32) = 1.77, p = 0.09$.

Occupational functioning and substance intake. Thirty-eight participants had a job before the traumatic event. A Fisher exact test on the SAS-SR scores demonstrated that significantly more participants in the intervention group than in the control group continue to work between the pretest and the posttest (9 vs.1, $p = 0.01$). Repeated measures ANOVA with the substances use questionnaire scores at pretest and posttest showed no time effect $F(1, 64) = 2.27, p = 0.14$, no group effect $F(1, 64) = 0.82, p = 0.37$ and no time by group interaction, $F(1, 64) = 3.70, p = 0.06$.

Comorbidity and other concurrent interventions. At the post-test, very few participants had developed comorbid problems. A series of Fisher's exact tests showed no significant differences between the two groups on the development of axis I disorders since the traumatic event. In the intervention group, one participant suffered from major depression versus two in the control group ($p = 0.48$). Two participants in the intervention versus one participant in the control group suffered from panic disorder without agoraphobia ($p = 0.52$). One participant in the intervention group and two participants in the control group suffer from panic disorder with agoraphobia ($p = 0.48$). Two participants (both in the control group)

developed social phobia. Only one participant (in the control group) had obsessive-compulsive disorder and one other participant (in the intervention group) had a disorder of generalized anxiety.

Between the pretest and the posttest, 10 (29%) participants in the intervention group and 9 (28%) participants in the control group sought help from other mental health professionals, $\chi^2(1); 0.91, p = 0.56$.

Discussion

The present study aimed to test the effectiveness of a new dyadic brief and early intervention to prevent PTSD symptoms. Individuals who received the intervention were less symptomatic at the end of the study compared to those who did not receive the intervention: PTSD symptoms were less intense in the intervention group than in the control group at the posttest, although this difference did not translate into a significant difference at the diagnostic level in spite of decreasing the PTSD diagnosis rate by almost half (25% vs. 14% PTSD) in the intervention group. Furthermore, we observed a significant decrease in the number of individuals perceiving negative social support from their significant others among those who received the intervention, and this reduction was not observed in the control group.

These encouraging results are in sharp contrast with the results of several previous randomized controlled trials (Rose, Bisson, & Wessely, 2003; Scholes, Turpin, & Mason, 2007; Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier, & Gersons, 2006; Turpin, Downs, & Mason, 2005) which failed to find significant benefits in participating in an early single-session individual post-traumatic prophylactic intervention over the natural rate of recovery. The study's effect size of $d = 0.51$, adjusted for the effect of time, is consistent with that observed for other

non-CISD (Critical Incident Stress Debriefing) effective interventions, or with CISD group interventions (van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002).

Our study is unique in that participants were recruited on the basis of criteria A1 and A2 for PTSD: we included only individuals who reported a significant peritraumatic distress reaction, and did not include individuals for whom the event turned out to be a non-traumatic 'critical incident'. This is also reflected in the relatively high rates of PTSD observed 3 months after trauma exposure. This methodological choice ensured that only those deemed more likely to benefit from an intervention were included in the study. This also reduced the spontaneous improvement rate among the groups compared to other studies and improved our power to reject the null hypothesis. We believe that many studies examining the effectiveness of early interventions were insufficiently powered because of this factor. For ethical reasons, we could not limit use of other mental health resources or psychotropic medications. However, between pretest and posttest, use of other sources of help was equivalent in the two groups.

Contrary to some other types of early intervention, this one was provided on average in the fourth week after trauma exposure. We believe that in the first days following exposure, individuals may be relatively non-receptive toward receiving an intervention to prevent the development of PTSD, for a variety of reasons including the primacy of other pressing health, legal or family concerns. After a few weeks, individuals may be more willing to accept an appointment to see someone once they begin to realize that they are experiencing disturbing PTSD symptoms.

Ideally, early interventions should be effective in reducing development of mental health symptoms and problems in functioning, and also relatively brief to deliver, capable of

application by a wide range of potential helpers, and easy to teach and disseminate. The current intervention was comprised of two contacts lasting less than two hours each. A second session was included due to an established lack of evidence for single-session interventions (Bisson, 2003) with the intent of increasing the commitment to implement the elements discussed in the first session. We believe we achieved this by giving the dyadic partners one to two weeks to try a number of coping strategies and conveying the expectation that they would come back to check in and report on this 'experiment', and make adjustments based on their experience.

Importantly, the intervention was delivered by nurses and social workers of the hospital where the patients had been admitted, so that this study speaks to the effectiveness of the intervention rather than its efficacy because it is provided in a natural setting. Since many patients had medical follow-up appointments at the hospital, from a practical point of view it made sense to plan the intervention at the same institution. We believe an initial rapport had been developed, if not with the nurse or social worker, at least with the institution itself. Furthermore, the relative simplicity of the intervention enabled rapid training (one day of training time) and implementation was adherent to the intervention protocol.

To date, early interventions have focused largely on the individual trauma survivor. The present study departs from this tradition to focus on the survivor and a significant other (usually family members) selected by the survivor. Because the environments in which recovery must occur are social in nature (Lepore, Silver, Wortman, & Wayment, 1996) it may be useful to more actively explore interventions that focus on social interactions, especially since traumas also affect the well-being of those close to the survivor.

As expected, participants from the intervention group reported a decrease of the amount of negative social support from their dyadic partner at posttest, compared to those in the control group who did not reported this reduction. These results are consistent with previous findings that emphasize the importance of social support as a predictor of PTSD symptoms (Brewin et al., 2000; Guay, Billette, & Marchand, 2006; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Although this study was not designed to test the mechanisms underlying the effectiveness of the intervention, the findings are consistent with the hypothesis that the intervention effectively addressed the frequently observed relationship between social support and PTSD to prevent the development of PTSD symptoms.

Finally, it is significant that in addition to reducing PTSD symptoms, the intervention affected workplace functioning outcomes. Significantly fewer individuals in the control condition were working 3 months after the traumatic event which suggests a decrease in absenteeism from work in those who received the intervention. We can infer that decreasing absenteeism might in turn decrease social costs and emotional burden related to sick leave or disabilities which could be a substantial advantage of this intervention at a macroeconomic level. Effects on role functioning and quality of life should receive more attention in early intervention trauma research.

In summary, at the methodological level, we showed that despite a small sample size, a statistically significant effect can be obtained if study participants are recruited on the bases of criteria A1 and A2 rather than on mere exposure to a critical incident with an unknown traumatogenic potential. From a clinical perspective, we showed that a brief, early, and effective intervention *can* be provided by nurses or social workers in hospital settings, at a fairly low cost to individuals presenting to the emergency room as the result of trauma

exposure. Although the study involved mostly MVA survivors, other types of trauma were also included which suggests that the intervention might be useful following exposure to a range of traumas. Furthermore, the fact that slightly more women ($p = .09$) ended up in the intervention group probably worked against confirmation of our main hypothesis since women are known to have a PTSD rate twice as high as that of men and to recover much more slowly (Breslau et al., 1998). Participants in the two groups showed mostly moderate injuries as a result of the trauma. The fact that the two groups were equivalent on this variable suggests that the difference in the intensity of PTSD symptoms between the groups could not be attributable to the potential maintaining effects of physical pain on PTSD symptoms (Asmundson, Coons, Taylor, & Katz, 2002).

Limitations and Future Direction

The current study has several potential limitations. Participants were well aware of whether they were receiving the treatment or not, and this design can introduce a bias because individuals receiving the treatment expect to improve while those in the no-intervention group do not. However, studies of other early interventions that have used wait-list controls (e.g., stress debriefing) have failed to produce significant intervention effects. Participants were relatively uniform in terms of culture/ethnicity and socio-economic status, so that generalization to other groups cannot be assumed. Cultural background may be an especially important factor to explore in an intervention designed to shape interpersonal communication about trauma and its impact. Furthermore, no data were collected about the number of participants who were approached at the ER to participate in the study. This could alter the external validity of the study. However, as a first effectiveness intervention, we prefer to emphasize internal validity. Finally, the short-term follow-up of the present study is

a limitation. A longer follow-up is needed to demonstrate maintenance of effects, given that treatment effectiveness has been shown to decrease with the passage of time for other interventions such as cognitive-behavioral therapy for PTSD (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Furthermore, potentially deleterious effects of debriefing have been found mostly at longer-term follow-up, more than 12 months post-trauma (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000). We are currently gathering follow-up data two years after trauma exposure. Future studies will also have to identify the active ingredients of this new brief and early intervention. Besides the negative social support, others factors like psychoeducation or the decrease of avoidant behaviours also included in the intervention could have contributed to the positive effects observed.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 4th edition): Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. (4th edition., Text Revision): Washington, DC : Author.
- Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry, 47*(10), 930-937.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., et al. (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.
- Bisson, J. I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review, 23*(3), 481-499.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry, 171*, 78-81.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. I., Rose, S., Ruzek, J. I., & Watson, P. J. (In press). Psychological debriefing for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & J. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*(1), 75-90.
- Bolton, E. E., Glenn, D. M., Orsillo, S., Roemer, L., & Litz, B. T. (2003). The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 203-210.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214-227.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, 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.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(1), 56-61.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1480-1485.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 862-866.

- Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, *156*(11), 1780-1786.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordova, M. J., & Ruzek, J. I. (2000). *Promotion of emotional disclosure following illness and injury : a treatment manual for medical patients and their families*. VA Palo Alto Health Care System, 3801 Miranda Avenue (116B), Palo Alto, CA 94304.
- Cordova, M. J., Ruzek, J. I., Benoît, M., & Brunet, A. (2003). Promotion of emotional disclosure following illness and injury: A brief intervention for medical patients and their family. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*, 359-372.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(12), 1489-1496.
- Dupont, W., D., & Plummer, W. D. (1997). PS power and sample size program available for free on the Internet. *Controlled Clinical Trials*, *18*(3), 274.
- Fleiss, J. L. (1986). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: John Wiley and Sons.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology*, *48*, 449-480.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(3), 327-338.

- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). [Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation]. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(1), 67-71.
- Lecrubier, Y., Sheehan, M., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, L. I., Sheehan, K. H., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*(5), 224-231.
- Lepore, S. J., & Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social interactions. *Cancer Research, Therapy and Control, 8*, 165-174.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 271-282.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 176*, 589-593.
- 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.

- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 176-184.
- Ruzek, J. I. (2006). Bringing cognitive-behavioral psychology to bear on early intervention with trauma survivors: Accident, assault, war, disaster, mass violence, and terrorism. In V. F. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for Trauma (2nd Edition)* (pp. 433-462). New York: Guilford Press.
- Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2527-2536.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Trauma.org. (n.d.). Injury Severity Index. Retrieved June 4, 2008, from <http://www.trauma.org/archives/scores/iss.html>
- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 76-82.

- van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, *360*(9335), 766-771.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., et al. (In press). Innovations in disaster mental health: Psychological First Aid. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, *33*(9), 1111-1115.

Figure 1.
Participants Flow Chart.

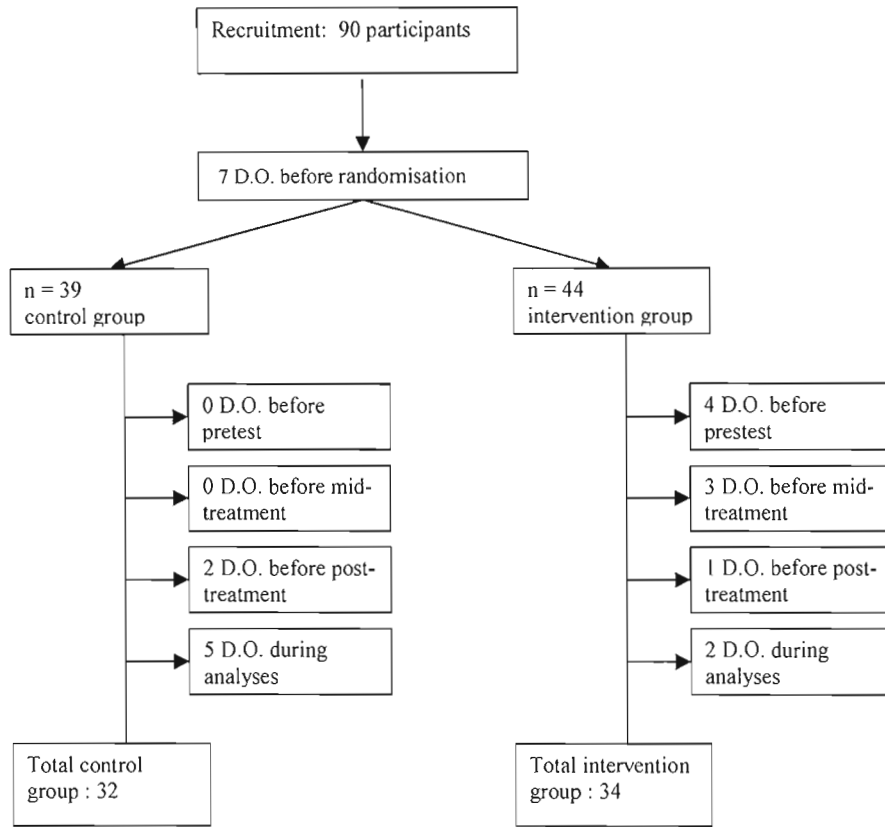


Figure 2.

Self-reported mean PTSD symptom scores across time for the two study groups according the IES-R

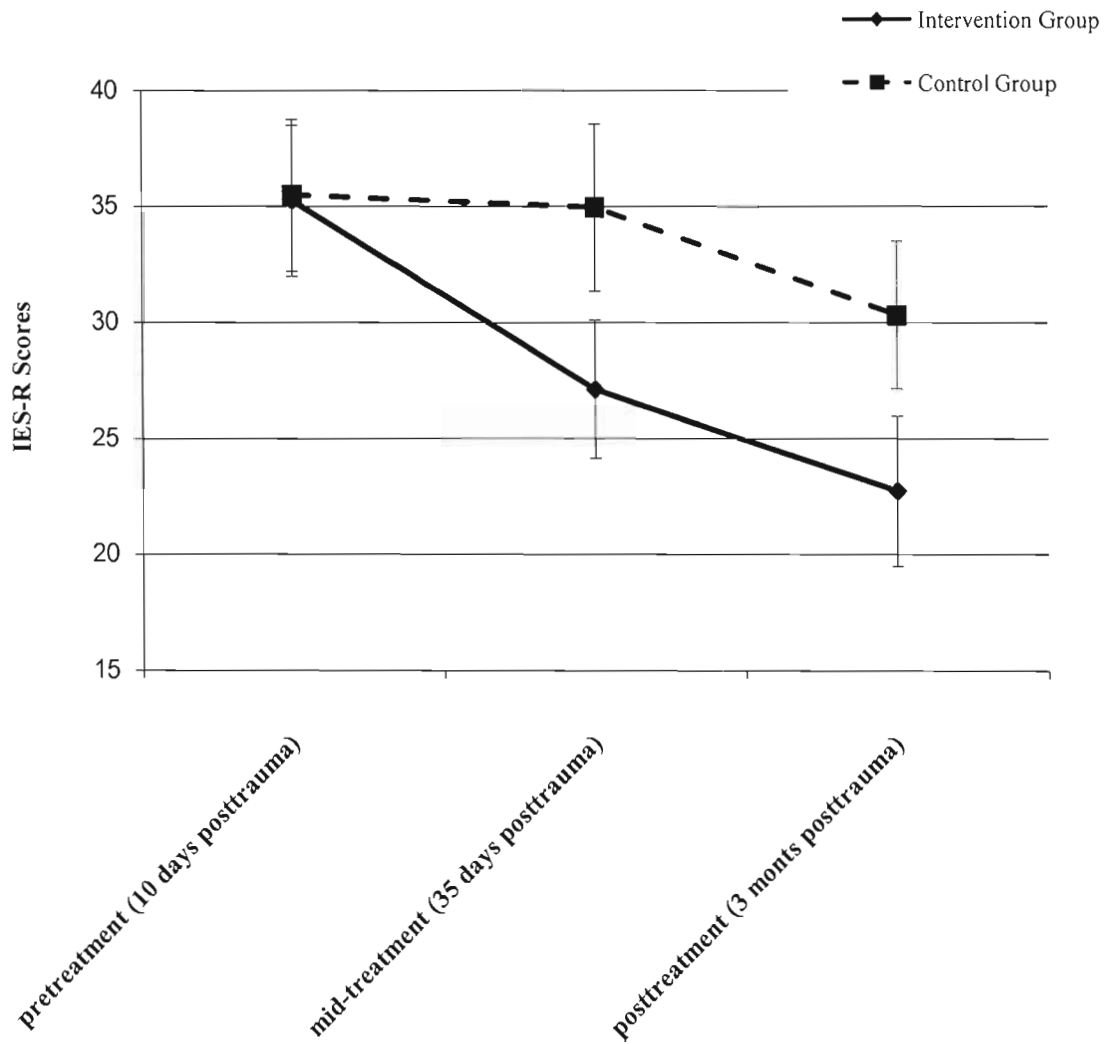


Table 1

Sociodemographic Data for the Study Groups

	Group		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
	Intervention	No-intervention			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Age	37.32 (12.58)	34.03 (9.24)	64	1.21	0.23
Peritraumatic distress ¹	22.70 (7.93)	22.53 (7.48)	64	-0.09	0.92
Peritraumatic dissociation ²	23.53 (7.05)	21.84 (7.16)	64	0.96	0.34
Injury Severity ³	7.47 (6.85)	6.25 (4.82)	64	0.83	0.41
Negative social support at pre-test ⁴	23.38 (8.59)	24.54 (9.21)	64	-0.53	0.60
Annual household income			61	1.19	0.24
Up to \$15 000 CAD	3 (9%)	6 (19%)			
\$15 001 to 30 000	8 (24%)	6 (19%)			
\$30 001 to 50 000	10 (29%)	9 (28%)			
\$50 001 to 70 000	4 (12%)	5 (16%)			
\$70 001 to 90 000	4 (12%)	3 (9%)			
\$90 001 and above	4 (12%)	1 (3%)			
Undisclosed	1 (3%)	2 (6%)			
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>df</i>	χ^2	<i>p-value</i>

Gender			1	3.00	0.09
Female	20 (59 %)	12 (38 %)			
Male	14 (41 %)	20 (63 %)			
Ethnicity			1	0.19	0.75
Caucasian	29 (85%)	26 (81%)			
Non-Caucasian	5 (15%)	6 (19%)			
Marital Status			1	1.59	0.26
Married / Living Together	23 (41%)	26 (66%)			
Separated/Divorced/Single	11 (59%)	6 (34%)			
Education Level			1	0.42	0.62
College graduate or less	17 (50%)	18 (56%)			
Some University and more	17 (50%)	13 (41%)			
Undisclosed	N/A	1 (3%)			

-
1. Peritraumatic Distress Inventory
 2. Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire
 3. Injury Severity Score
 4. Social Constraint Scale

Table 2

Brief and Early Dyadic Intervention Summary

Protocol Component	Description
ORIENTATION	The trauma survivor and the dyadic therapy partner are oriented to the purpose of the meeting: to share some of their reactions to the traumatic event and to anticipate potential problems and solutions during recovery.
COMMON REACTIONS	Description and normalization of a wide variety of emotional or physical responses to trauma.
IMPORTANCE OF DISCLOSING	Introduction and reinforcement of the idea that disclosing traumatic event-related thoughts and feelings to the dyadic therapy partner is a pivotal aspect of recovery.
UNDERSTANDING AVOIDANCE	Discussion about the normal tendency to avoid distressing feelings and the negative impact of inhibiting disclosure.
DO'S AND DON'TS	Ways of initiating disclosure, providing support, and responding to social constraints are discussed.
MOTIVATIONAL INTERVIEW	Pros and cons of discussing traumatic event-related thoughts are examined as an attempt to instill motivation for disclosure and processing.
DISCUSSION	Feedback is elicited from the trauma survivor and the dyadic partner about what they have heard, disagreements and concerns they might have.
REFERRAL INFORMATION	Identify times when professional help should be sought. Referral information is given.
SUMMARY	Review of the major points covered during the intervention.
WRITTEN MATERIAL	Handouts reviewing the take-home messages of the meeting are provided.

Table 3

Means and Standard Deviation of IES-R for every measurement time

	<i>Pretreatment</i> <i>(10 days)</i> <i>M (SD)</i>	<i>p</i> <i>(t test)</i>	<i>Mid-treatment</i> <i>(35 days)</i> <i>M (SD)</i>	<i>p</i> <i>(t test)</i>	<i>Posttreatment</i> <i>(3 months)</i> <i>M (SD)</i>	<i>p</i> <i>(t test)</i>
<i>Control Group</i>	35.48 (18.64)	0.94	34.95 (20.47)	0.21	30.32 (17.95)	0.049
<i>Intervention Group</i>	35.25 (19.07)		27.13 (17.38)		22.74 (18.94)	

Author notes

Alain Brunet, Ph.D., Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University and
Researcher at the Douglas Mental Health University Institute.

6875 LaSalle Boulevard, Montréal (Qc),

Canada H4H 1R3.

Phone : +1 514 761-6131, extension 4348.

Fax : +1 514 762-3049

alain.brunet@douglas.mcgill.ca.

Isabeau Bousquet Des Groseilliers, Ph.D.(c), Université du Québec à Montréal and
Douglas Mental Health University Institute.

6875 LaSalle Boulevard, Montréal (Qc),

Canada H4H 1R3.

Phone : +1 514 761-6131, extension 2375.

Fax : +1 514 762-3049

isabeau.bou@vidoeutron.ca

Matthew J. Cordova, Ph.D., VA Northern California Health Care System and Pacific
Graduate School of Psychology

Matt Cordova, Ph.D., Clinical Psychologist

VA Northern California Health Care System

Martinez Outpatient Clinic - Mental Health

150 Muir Road, Martinez, CA 94553

Phone: (925) 372-2000, x6107

Fax: (925) 372-2830

Email: Matthew.Cordova@va.gov

Josef I. Ruzek, Ph.D., Acting Director
Dissemination and Training Division

National Center for PTSD

VA Palo Alto Health Care System

795 Willow Road

Menlo Park CA 94025

(650) 493-5000 X22977

Josef.Ruzek@va.gov

CHAPITRE III

TWO-YEAR FOLLOW-UP OF A BRIEF DYADIC COGNITIVE-BEHAVIORAL
INTERVENTION TO PREVENT PTSD

*Article soumis pour publication au
Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*

Le 7 mai 2009

Running Head: EARLY INTERVENTION TO PREVENT PTSD: A TWO-YEAR
FOLLOW-UP

Two-year Follow-up of a Brief Dyadic Cognitive-Behavioral Intervention
to Prevent PTSD

Article submitted to *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

Isabeau Bousquet Des Groseilliers
Université du Québec à Montréal, Canada
Douglas Mental Health University Institute, Canada

André Marchand
Université du Québec à Montréal, Canada
Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Canada

Matthew J. Cordova
VA Northern California Health Care System, USA
Pacific Graduate School of Psychology, USA

Josef I. Ruzek
National Center for Posttraumatic Stress Disorder, USA
VA Palo Alto Health Care System, USA

Alain Brunet
McGill University, Canada
Douglas Mental Health University Institute, Canada

Author notes

This study was funded by a grant to A.B. and J.I.R. from the *Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC)*. A.B. acknowledges a salary award from the *Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ)*. I.B.D.G. received student fellowships from the *Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST)* and the Social Science and Humanities Research Council (SSHRC). Requests for reprints should be addressed to Alain Brunet, Ph.D., 6875 LaSalle Boulevard, Montréal (Qc), Canada H4H 1R3, or via e-mail alain.brunet@douglas.mcgill.ca. We thank Maryse Benoit, Jane Chambers-Evans, Julie de Carufel, Sabine Defer, Louis-Francis Fortin, Maryse Godin, Nancy Moscato, Barbara-Ann Parent, and Louisette La Rochelle for their help on this project.

Résumé

Plusieurs études d'efficacité du débriefing ont démontré que cette intervention ne prévient pas adéquatement le TSPT et peut avoir des effets indésirables à long terme. Le présent article vise à évaluer l'efficacité à long terme d'une nouvelle intervention dyadique brève et précoce pour prévenir le TSPT. Cette intervention dyadique qui met l'accent sur le soutien social a été offerte aux victimes et leur confident 26 et 40 jours après l'événement traumatique. Quarante-six participants ont été aléatoirement distribués dans la condition contrôle ($n=20$) ou la condition intervention ($n=26$). Deux ans après l'événement, aucun participant ayant reçu l'intervention ne souffre de TSPT et cinq participants de la condition contrôles ont ce diagnostic ($p=0.01$). Une taille d'effet pondérée pour l'effet du temps montre un d de Cohen de 0.69. Ceci suggère que cette intervention intégrée aux soins de base suite à un événement traumatique pourrait contribuer à diminuer le taux de TSPT.

Mots-clés : événement traumatique, trouble de stress post-traumatique, étude longitudinale, prévention, intervention brève, soutien social, canadiens.

Abstract

Several studies of randomized-controlled trials suggest that individual psychological debriefing has little beneficial effects on PTSD, which could be deleterious at longer follow-up. This article aims to evaluate the long-term effectiveness of a two-session cognitive-behavioral dyadic secondary prevention intervention to prevent PTSD. This intervention delivered by a social worker or a nurse at the emergency room emphasis on social support took initially place 26 and 40 days post-trauma. Forty-six participants were randomized to the no-intervention group ($n = 20$) or the intervention group ($n = 26$). At the two year follow-up, compared to the controls, 0% of those in the intervention group met the criteria for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). The intervention yielded a net effect size of $d = 0.69$. The rate of PTSD among individuals presenting to the emergency room could be reduced if this new, easy to deliver, intervention was offered as part of regular care.

Key words: Posttraumatic stress disorder, follow-up, prevention, brief intervention, Canadians.

Two-year Follow-up of a Brief Dyadic Cognitive-Behavioral Intervention
to Prevent PTSD

Experiencing psychological symptoms in the aftermath of trauma exposure is a normative and transient experience for most people (Harvey & Bryant, 1998). In some cases however symptoms such as those of posttraumatic stress disorder (PTSD) can persist for months to years and seriously impede quality of life and social functioning (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). The proportion of people suffering from PTSD two-year post-trauma who meet the diagnosis of Acute Stress Disorder (ASD) in the first month after trauma exposure can reach 60% (Harvey & Bryant, 1999). This suggests that individuals who experienced high level of PTSD symptoms shortly after the traumatic event tend to develop chronic PTSD overtime. Because of the high frequency of trauma exposure in the general population (Breslau et al., 1998) and since individuals experiencing high levels of traumatic stress symptoms are at risk for developing chronic unremitting PTSD (Galea et al., 2008; Harvey & Bryant, 1999; Mayou, Ehlers, & Bryant, 2002; O'Donnell, Elliott, Wolfgang, & Creamer, 2007), preventing PTSD symptoms in the aftermath of trauma remains a major, unmet challenge for mental health professionals and public health administrators (Martel & Brunet, 2006).

Several preventive interventions for trauma exposed individuals have been proposed so far, but few are regarded as truly effective. Single session individual critical incident stress debriefing, derived from the work of Mitchell (Mitchell, 1983) and others (Raphael, 1986), has yielded disappointing results in randomized controlled trials (van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002). Studies that empirically tested the long-term effects of

this intervention showed that participants who received psychological debriefing were significantly more symptomatic than participants who received no intervention. Precisely, Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister (1997) showed that, 13 months after receiving the psychological debriefing, more participants in the intervention group had PTSD symptoms than participants in the control group. Furthermore, another study demonstrate that 3 years after receiving debriefing, participants in the intervention group manifested more psychiatric symptoms (anxiety and depression) than the control group and participants who has more intense PTSD symptoms in the intervention group at pretest still had significant PTSD symptoms at 3 years follow-up, contrary to participants in the control group who were not significantly symptomatic anymore (Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000).

Early and brief cognitive-behavioral therapy for Acute Stress Disorder, often the precursor of PTSD, showed promising results, but less so when longer follow-up periods were considered (Bisson, Shepherd, Joy, Probert, & Newcombe, 2004; Bryant, Moulds, Guthrie, & Nixon, 2003). Furthermore, cognitive-behavioral therapy typically requires four to six treatment sessions with a highly trained mental health professionals. It is therefore logistically impossible to administer to all casualties on a routine basis. In addition, the exposure component of the CBT approach is not recommended for individuals with comorbid depressive disorder, panic disorder or with dissociative symptoms (Bryant & Harvey, 2000; Marchand, Bousquet Des Groseilliers, & Brunet, 2006).

In a previous publication (Brunet, Bousquet Des Groseilliers, Cordova, & Ruzek, 2008), we reported on the results of a randomized controlled trial on the usefulness of a new dyadic two-session early intervention led by a nurse or social worker. At the three-month

post-test, the treated participants experienced less PTSD symptoms than those on the assessment only/no-intervention group. Treated individuals also reported perceiving less social constraints when they self-disclosed about their trauma experience with their significant other.

Encouraged by those results, and considering the deleterious long-term effects of the psychological debriefing, we sought to examine whether the positive effects of the brief and early intervention would hold after a longer follow-up period. We believe that long-term follow up is probably one of the best methodological avenues to ascertain the effectiveness of a new intervention.

The aim of this research is to test the long-term effect of the new brief and early intervention to prevent PTSD. We hypothesized that the initial benefits of the treatment would be maintained 2 years later. More precisely, we predicted (a) a time by group interaction whereby treated participants would have less PTSD symptoms than those in the control condition. Also, we predicted that (b) there would be fewer treated participants with a diagnosis of PTSD and that (c) they would report receiving less negative social support from their dyadic partner.

Method

Participants

Of the 66 participants who completed the initial trial, 70% (N = 46) took part in the follow-up, 20 participants in the no-intervention control group and 26 in the intervention group. To be included in the initial trial participants had to meet the following criteria (i)

experienced in the last 10 days an event eliciting a peritraumatic reaction of fear, helplessness, or horror, (ii) spoke either French or English, (iii) had no suspected or confirmed traumatic brain injury, (iv) had no lifetime diagnosis of psychosis, substance/alcohol dependence, bipolar disorder, or mental retardation, (v) had not been clinically depressed in the last 2 years, (vi) did not use antidepressant, anxiolytic or mood stabilizer, (vii) were in a medically stable condition, (viii) lived in the Montreal metropolitan area, (viii) had a significant other whom they could bring to the therapy session, and (ix) succeeded at making an appointment with the therapist in the required delays by the follow-up.

Most participants were Caucasian (80%), received an undergraduate level of education (67%), lived with a partner (67%) and had a household annual income of 50 000 CAD\$ or less (59%). The participant's mean age was 37 years old (range: 21-65 years, *SD*: 12.31) and the sample was almost perfectly evenly distributed across gender. There was no statistically significant difference between the two conditions on the sociodemographic variables as well as on the peritraumatic symptoms presented in Table 1. In this sample, 61% of the participants were survivors of a motor vehicle accident, 15% experienced a leisure accident, 13% experienced a physical assault, and 11% reported a workplace accident.

Insert Table 1 about here

Drop-outs

As shown in Figure 1, 12 and 8 participants in the control and intervention conditions respectively could not be included in the follow-up. Most of those simply couldn't be reached by telephone, mail or e-mail. Follow-up completers did not differ from the non-completers on sociodemographic variables, injury severity or initial PTSD symptom severity.

Insert Figure 1 about here

The Intervention

This two-session manualized (Cordova & Ruzek, 2000) dyadic cognitive-behavioral intervention is described in detail elsewhere (Cordova, Ruzek, Benoît, & Brunet, 2003). Briefly, it includes elements of psychoeducation, coping skills training, and motivational interviewing. It targets communication between the patient and significant other, aiming to facilitate bi-directional disclosure and reduce disclosure-constraining behaviors. It promotes the disclosure of thoughts and emotions about the trauma in the natural environment of the trauma survivor and significant other rather than in the therapist's office. It is designed to normalize and increase tolerance of common reactions experienced after a trauma, reduce emotional avoidance, and increase social support so as to facilitate the emotional processing of the event (e.g., by reducing communication that minimizes, criticizes, or trivializes the experience). During the intervention participants were not requested to recount the traumatic event; the focus of the intervention being on the opportunity to learn dyadic ways of coping with the consequences of the trauma. The first session -90 minutes long- took place on average 26 days ($SD = 8.27$) after the traumatic event. The second session last 75 minutes

and took place 2 weeks later. The sessions were led by a social worker or bachelor-level nurse and took place at the hospital where the trauma survivors had been recruited. To ensure the quality of the interventions and the adherence to the protocol, the therapists were trained and gained experience on several pilot subjects. All sessions were audio-taped for weekly supervision by a masters-level psychologist experienced in providing the intervention.

Procedure

Participants in the initial study were contacted by a research assistant and asked to participate in the follow-up. After signing the informed consent form, participants were met for a 2-hour audiotaped clinical interview at the Douglas Hospital Research Center or at their home. Participants also filled-out a number of self-reported questionnaires. The study received approval from the McGill University Institutional Ethic Review Board. Participants received 60 CAD\$ for their time and effort.

Study Measures

Trauma measures. The Impact of Event Scale-Revised (Brunet, St-Hilaire, Jehel, & King, 2003; Weiss & Marmar, 1997), a dimensional 22-item self-report measure using a Likert scale response format ranging from 0 (not at all true) to 4 (extremely true), assesses the intensity of PTSD symptoms in the last week. It was used as one of the main outcome measures. The Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995), a semi-structured interview assessing the frequency and intensity of the 17 cardinal symptoms of PTSD, was used by one of two clinical psychologists with extensive training in diagnosing PTSD. The assessments were audio-taped and 25% of them were blindly rated by a trained research assistant for diagnostic accuracy. A 95% diagnostic agreement rate was obtained for

diagnostic status at the post-test and a 100% agreement was obtained at follow-up. Disagreement was resolved by involving a third rater.

Other measures. The Social Constraints Scale (Lepore & Ituarte, 1999) measures perceptions of negative social responses to trauma-related disclosure in the last week. The SCS is a 15-item self-report scale using a Likert scale response format ranging from 1 (never) to 4 (often) and yielding a score ranging from 15 (receiving no negative social support) to 60 (receiving lots of negative social support). Comorbid axis I DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) psychiatric disorders for the last 2 years were assessed with the structured MINI International Neuropsychiatric Interview (Lecrubier et al., 1997) by one of two experienced clinical psychologists. Substance use was assessed using the MINI supplemented by a home-made questionnaire. Because injury severity has been related to PTSD severity (McKibben, Bresnick, Wiechman Askay, & Fauerbach, 2008; Van Loey, Maas, Faber, & Taal, 2003) and since participants were recruited at the hospital's emergency room, the on-line (<http://www.trauma.org/archive/scores/iss.html>) Injury Severity Score (Baker, O'Neill, Haddon, & Long, 1974) software was used to compare the groups on that variable. Mental help seeking was measured by a single question asking if the participant had sought mental help since the trauma.

Results

The scores on the PTSD symptoms measures as well as the injury severity measure were positively skewed. When conducting the analyses, square root transformation was used to normalize them. The average time elapsed since the trauma was 23.89 months ($SD = 4.89$). Time elapsed since trauma did not differ across groups, $t(44) = 1.50$, $p = 0.14$. The social

constraints data showed a floor effect with 44% of the participants receiving no negative social support. The data was therefore dichotomized using a cutoff score of 16 or more, and a non-parametric approach to testing was selected.

Main Analysis

Hypothesis 1. As expected, a repeated measures ANOVA (2 groups by 4 measurement times: pre-treatment (20 days post-trauma), mid-treatment (35 days post-trauma), posttreatment (3-month post-trauma) and 2-year follow-up yielded a significant Time X Group interaction, $F(3, 46) = 4.11, p = 0.01$, a group effect, $F(1, 46) = 7.33, p = 0.01$ and a significant time effect, $F(3, 46) = 37.95, p < 0.001$ (see Figure 2). At the follow-up, self-reported IES-R PTSD symptoms were more intense in the control ($M = 23, SD = 19.87$) than in the intervention condition ($M = 11.19, SD = 15.39$), $t(44) = 2.69, p = 0.01$. A similar result was observed when the interviewer based PTSD (CAPS) score was used rather than the self-report score (IES-R), symptoms being almost twice as high in the control ($M = 30.42, SD = 30.61$) compared to the intervention condition ($M = 14.65, SD = 12.19$), $t(43) = 2.27, p = 0.03$, at the follow-up. Finally, an intent-to-treat analysis was performed using the 3 months posttest IES-R scores of the 20 non-completers and revealed again a significant time by group interaction $F(3, 64) = 4.20, p = 0.007$ on the repeated measures ANOVA. Follow-up completers and non-completers did not differ on the 3 months posttest IES-R scores $t(64) = 0.68, p = 0.50$.

Insert Figure 2 about here

Insert Table 2 about here

Interestingly, at the follow-up participants in the intervention condition reported less intense symptoms from the intrusion symptoms cluster than those in the control condition ($M = 4.88$, $SD = 6.22$ versus $M = 9.35$, $SD = 7.88$), $t(44) = -2.15$, $p = 0.04$, as well as less intense symptoms in the avoidance symptoms cluster according to the interviewer-based PTSD symptom measure ($M = 3.31$, $SD = 5.77$ vs. $M = 7.70$, $SD = 7.48$), $t(44) = 2.49$, $p = 0.03$. No between-group difference was found for hyperarousal symptoms cluster. The effect-size of change on the self-report PTSD symptom measure from 1 to 24 months post-trauma was computed. An overall medium to large effect-size of $d = 0.69$ (Cohen, 1988) was obtained for the intervention by subtracting the effect size observed in the intervention condition ($d = 1.61$) from that of the control condition ($d = 0.92$). Each group's effect-size has been computed according Cohen's method (1988) using transformed data. This method was privilege to take into account the significant effect of time in the repeated measures ANOVA.

Hypothesis 2. As predicted, none of the participants in the intervention condition met criteria for PTSD at the follow-up whereas in the control group 5 of the 19 participants (26%) did so, Fisher's exact test, $p = 0.01$.

Hypothesis 3. A Cochran's Q test showed a significant reduction in the amount of participants who perceived negative social support (social constraints) among the treated participants, $\chi^2(3, N = 26) = 17.00$, $p = 0.001$ between the pretest and the follow-up, while a non-significant reduction was observed in the control participants, $\chi^2(3, N = 19) = 6.00$, $p =$

0.11 (see Figure 3). Moreover, 15 treated participants reported perceiving no negative social support at the 2-year follow-up compared to 5 control participants, Fisher's exact test, $p = 0.04$.

Insert figure about 3 here

Secondary Analysis

No statistical difference was found between the two treatment conditions on the axis I disorders (mania or hypomania, panic disorder with or without agoraphobia, social phobia, agoraphobia, generalized anxiety disorder, major depressive disorder and substance use) experienced in the last two years. We found no difference between the two conditions on psychotropic medication use. Moreover, there was no difference in the proportion of participants having sought help from a mental health professional in the last 2 years (12 and 9 in the control and intervention condition, respectively), $\chi^2 (1 N = 46); 0.58, p = 0.06$. Furthermore, there was no between group difference with respect to injury severity ($M = 2.35, SD = 1.34$ for the intervention condition vs. $M = 2.14, SD = 1.01$ for the control condition), $t(44) = 0.56, p = 0.58$.

Discussion

This study aimed to evaluate the long-term effects this new brief and early intervention. As we hypothesized, this relatively simple to learn intervention which could be administered on a routine basis to individuals presenting to the emergency room as a result of trauma exposure succeeded at preventing the development of chronic PTSD. Two years after

the traumatic event, no treated participant suffered from PTSD while five control participants did. Even if the treated participants had some residual PTSD symptoms, these were less intense than those of the non-treated control condition. Thus, the intervention seems to have accelerated the remission process: participants in the intervention condition showed the same level of PTSD symptoms at post-treatment assessment as the control participants assessed at 2-years follow-up. In other words, individuals who received the intervention achieved in a few weeks what took more than 22 months to achieve in the control condition.

Another major finding of this study is that, at two-years follow-up fewer participants in the intervention group perceive receiving negative social support (i.e. hostility, blame, etc.) than those who did not receive the intervention. This finding is important considering that the presence of negative social support is a significant risk factors for the development and persistence of PTSD (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Guay, Billette, & Marchand, 2006).

The current dyadic treatment also seems to have a long-term impact on the avoidance symptom cluster. When responding negatively to the trauma survivor's disclosure, the significant other may amplify the feelings of threat and vulnerability (TARRIER & HUMPHREYS, 2003). Consequently, the trauma survivor may withdraw and avoid any trauma reminder. We presume that preventing avoidant behaviors (not thinking/talking about the trauma, avoiding places or people who reminded the trauma, etc.) is incompatible with the persistence of PTSD symptoms. Indeed, trauma survivors using avoidant coping also report more PTSD symptoms 1 year later (Krause, Kaltman, Goodman, & Dutton, 2008) which is consistent with our results.

Our results contrast sharply with several other early intervention studies who failed to find any positive effect and results of concern by indicating that participants who received psychological debriefing experienced more PTSD, anxiety and depressive symptoms than participants in the group control (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000; Rose, Brewin, Andrews, & Kirk, 1999). Our results also contrast with brief and early cognitive-behavioural interventions which had modest effects in preventing PTSD symptoms in the long term (Bisson et al., 2004; Bryant, Moulds, & Nixon, 2003). We found similar PTSD rates as that observed in other treatment studies (Bisson et al., 2004; Bryant, Moulds, & Nixon, 2003) and the two groups did not differ on peritraumatic distress and dissociation. Thus the remission effect observed in the intervention condition cannot be attributed to lower PTSD symptoms at baseline or different trauma severity across the two groups. We can also presume that the positive results of the intervention are not determined by other psychological interventions since there is a trend toward more participants in the control condition –not in the treated condition- consulting a mental health practitioner between the post-test and the follow-up.

Limitations and Future Directions

Even if the attrition rate and sample size in the present study is comparable to other studies with a long follow-up (Blanchard et al., 2004; Mayou et al., 2002), a relatively small sample size can yield unstable results. In such instances, a small number of observations or data points can radically change the study outcome. Caution in interpreting the study's results is therefore advised, and replication using a larger sample size is required. While there was no difference between conditions in the proportion of participants having sought help from a mental health professional in the last 2 years, the nature of additional services was not

characterized in detail and it remains possible that individuals receiving the dyadic intervention received more effective extra-study services than those in the control group. Future follow-up studies should include measures of social functioning and quality of life, not only measures of PTSD symptoms, in order to provide a more complete picture of the impact of this intervention. Finally, future studies will have to examine in detail and isolate the possible active ingredients of this intervention, like the effect of psychoeducation or the prevention of avoidance that could also have an important impact beside the social support.

The dyadic cognitive-behavioral intervention used in this investigation produced substantial clinical benefits. For the first time, a dyadic brief early intervention targeting social support processes was shown to efficiently reduce PTSD symptoms and risk for development of PTSD, and these effects were maintained at 2-year follow-up. This suggests that future intervention plans to prevent PTSD could emphasize or integrate the prevention of negative social support. Furthermore, this suggests that structured exposure sessions could not be required to prevent PTSD and this last therapeutic strategy could be reserved to PTSD treatment. This last advantage could be significant to intervene with particular population for whom the risk of dissociation is important and exposure therapy is contraindicated. Because the intervention can be offered by a nurse or a social worker, it could be administered on a routine basis at hospital emergency rooms. Effective prevention of PTSD could decrease human suffering and, since individuals with PTSD are among the highest utilizers of health services (Chan, Medicine, Air, & McFarlane, 2003; Kessler et al., 2005), such prevention could also reduce the economic burden of exposure to traumatic events.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 4th edition): Washington, DC : Author.
- Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, W., Jr., & Long, W. B. (1974). The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* 14(3), 187-196.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. G. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-69.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, E., et al. (2004). One- and two-year prospective follow-up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 745-759.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, 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.
- Brunet, A., Bousquet Des Groseilliers, I., Cordova, M. J., & Ruzek, J. I. (2008). Randomized controlled trial of a brief dyadic early intervention designed to prevent development of PTSD. *Manuscript submitted for publication*.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56-61.

- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, *158*(9), 1480-1485.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2000). Treatment Obstacles. In R. A. Bryant & A. G. Harvey (Eds.), *Acute Stress Disorder. A Handbook of Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 135-146). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R., & Nixon, R. D. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, *160*(3), 585-587.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(4), 489-494.
- Chan, A. O., Medicine, M., Air, T. M., & McFarlane, A. C. (2003). Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(2), 175-181.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordova, M. J., & Ruzek, J. I. (2000). *Promotion of emotional disclosure following illness and injury : a treatment manual for medical patients and their families*. VA Palo Alto Health Care System, 3801 Miranda Avenue (116B), Palo Alto, CA 94304.
- Cordova, M. J., Ruzek, J. I., Benoît, M., & Brunet, A. (2003). Promotion of emotional disclosure following illness and injury: A brief intervention for medical patients and their family. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*, 359-372.
- Galea, S., Ahern, J., Tracy, M., Hubbard, A., Cerda, M., Goldmann, E., et al. (2008). Longitudinal determinants of posttraumatic stress in a population-based cohort study. *Epidemiology*, *19*(1), 47-54.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(3), 327-338.

- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 507-512.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 985-988.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 21*(1), 83-90.
- Lecrubier, Y., Sheehan, M., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, L. I., Sheehan, K. H., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*(5), 224-231.
- Lepore, S. J., & Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social interactions. *Cancer Research, Therapy and Control, 8*, 165-174.
- Marchand, A., Bousquet Des Groseilliers, I., & Brunet, A. (2006). Psychotraumatismes: stratégies d'interventions psychothérapeutiques postimmédiates. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les Troubles Liés aux Événements Traumatisques Dépistage, Évaluation et Traitements* (pp. 165-190). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.

- Martel, C., & Brunet, A. (2006). L'intervention psychosociale lors de sinistres [Psychosocial Intervention in the aftermath of disaster]. In M. Séguin, L. Leblanc & A. Brunet (Eds.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(6), 665-675.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 589-593.
- McKibben, J. B., Bresnick, M. G., Wiechman Askay, S. A., & Fauerbach, J. A. (2008). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of Burn Care and Research*, *29*(1), 22-35.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, *8*(1), 36-39.
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Wolfgang, B. J., & Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(2), 173-182.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: A handbook for caring profession*. London: Hutchinson.
- Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., & Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, *29*(4), 793-799.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: the development of social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *17*(2), 187-198.
- van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, *360*(9335), 766-771.

- Van Loey, N. E. E., Maas, C. J. M., Faber, A. W., & Taal, L. A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 361-369.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

Table 1

Sociodemographic Data

	Condition		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
	Intervention	No-intervention			
	(<i>n</i> = 26) <i>M</i> (<i>SD</i>)	(<i>n</i> = 20) <i>M</i> (<i>SD</i>)			
Age	39.32 (12.58)	35.35 (9.24)	44	1.08	0.29
Annual household income			43	1.71	0.09
Up to \$15 000 CAD	2 (8%)	6 (30%)			
\$15 001 to 30 000	4 (15%)	4 (20%)			
\$30 001 to 50 000	9 (35%)	2 (10%)			
\$50 001 to 70 000	4 (15%)	4 (20%)			
\$70 001 to 90 000	3 (12%)	2 (10%)			
\$90 001 and above	4 (15%)	1 (5%)			
Undisclosed	-	1 (5%)			
Injury Severity at pretest ¹	2.35 (1.33)	2.14 (1.08)	44	0.56	0.57
Peritraumatic distress at pretest ²	21.92 (6.32)	20.70 (7.38)	44	0.61	0.55

	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>df</i>	χ^2	<i>p</i> -value
Gender			1	0.73	0.55
Female	15 (58%)	9 (45%)			
Male	11 (42%)	11 (55%)			
Ethnicity			1	0.95	0.62
Caucasian	21 (81%)	16 (80%)			
Non-Caucasian	5 (19%)	4 (20%)			
Marital Status			1	0.92	0.36
Married/Living Together	16 (62%)	15 (75%)			
Separated/Divorced/Single	10 (38%)	5 (25%)			
Education Level			1	2.56	0.10
College graduate or less	15 (58%)	16 (80%)			
Some University and more	11 (42%)	4 (20%)			

1. Injury Severity Score (Baker et al., 1974)

2. Peritraumatic Distress Inventory (Brunet et al., 2001)

3. Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (Marmar, Weiss, & Metzler, 1997)

Table 2

Means, Standard Deviations and t test of IES-R for every measurement time

	<i>Pre-treatment (20 days) M (SD)</i>	<i>p (t test)</i>	<i>Mid-treatment (35 days) M (SD)</i>	<i>p (t test)</i>	<i>Posttreatment (3 months) M (SD)</i>	<i>p (t test)</i>	<i>Follow-up (2 years) M (SD)</i>	<i>p (t test)</i>
<i>Control Group</i>	37,82 (16,85)	0.51	39,42 (19,66)	0.01	35,50 (17,78)	0,005	23,00 (19,87)	0,01
<i>Intervention Group</i>	34,52 (19,15)		24,63 (16,02)		20,58 (19,21)		11,19 (15,39)	

Figure Captions

Figure 1. Participants Flow Chart

Figure 2. Self-reported mean PTSD symptom scores (IES-R) across time for the two study conditions.

Figure 3. Proportion of participants who reported receiving negative social support.

Figure 1

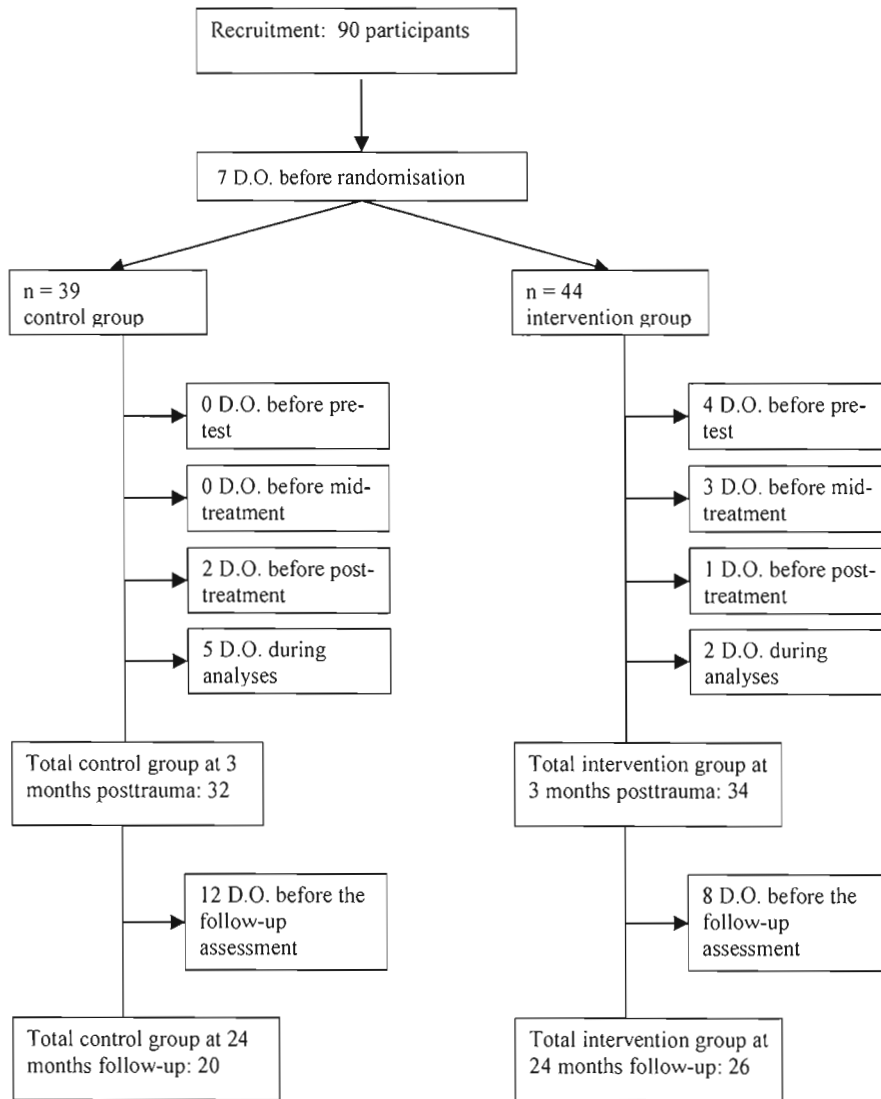


Figure 2

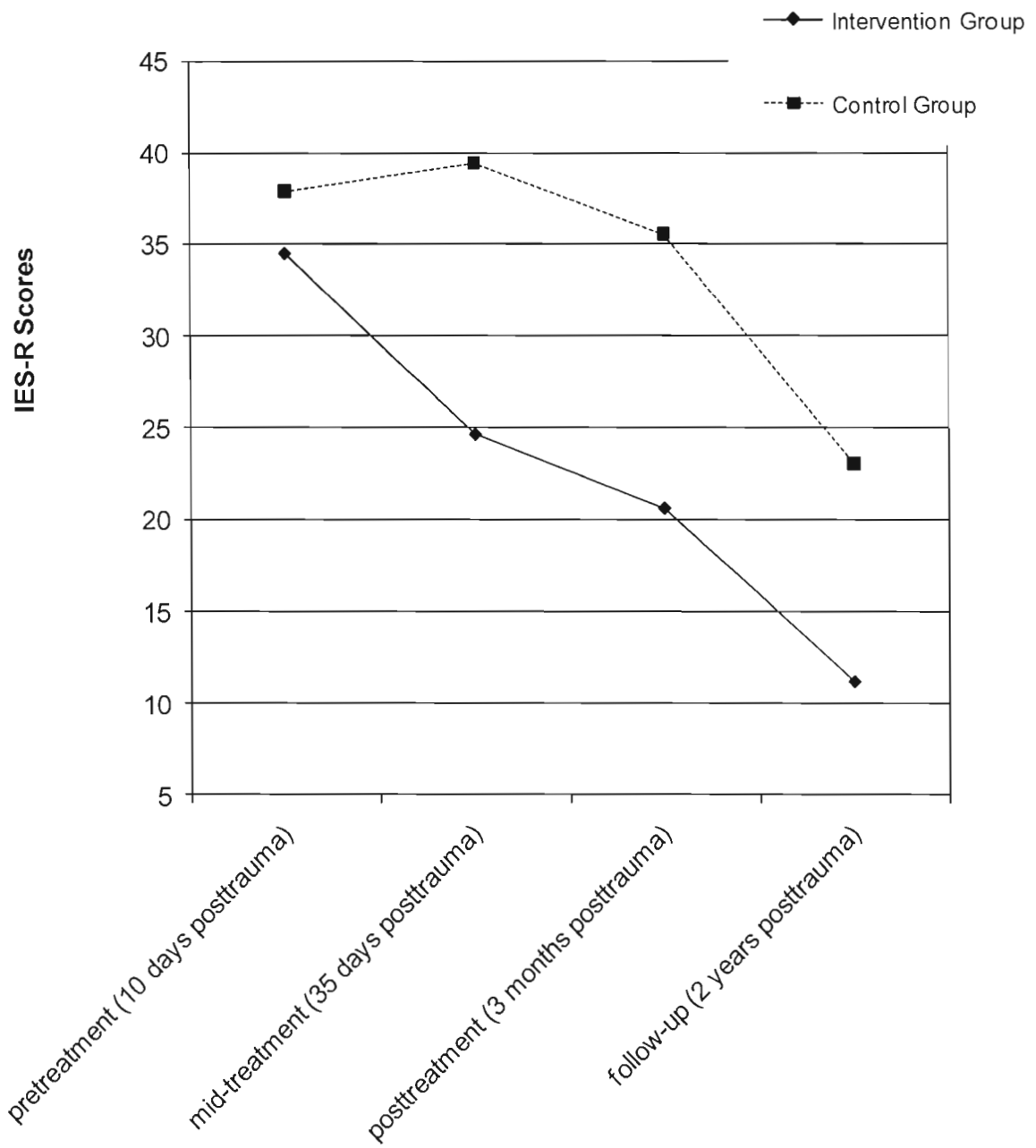
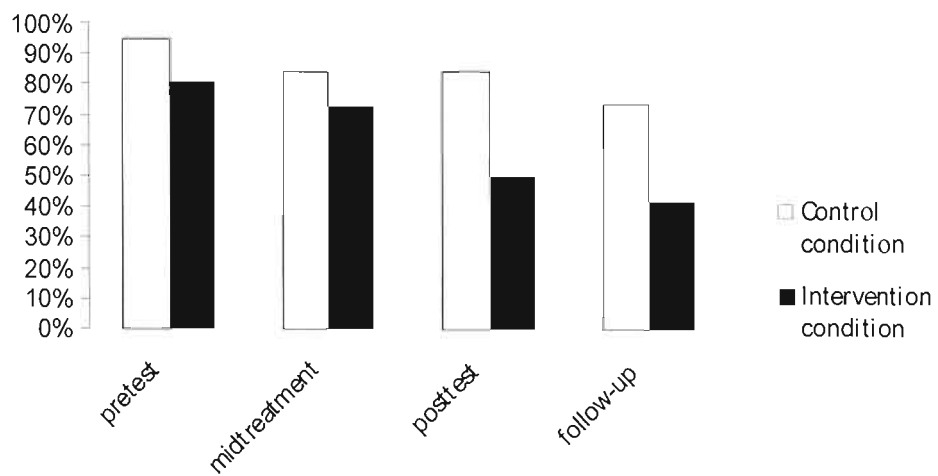


Figure 3



CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Synthèse des résultats

La recension des écrits présentée dans le chapitre I souligne que les interventions actuelles visant à prévenir le TSPT comportent de nombreuses faiblesses, soit en ce qui concerne leurs capacités préventives réelles du TSPT comme dans le cas du débriefing, ou encore par rapport à leur difficulté d'application et des risques encourus lors de l'exposition, et ce, dans le cas de la TCC brève. De plus, cette recension révèle que le développement d'habileté d'interactions sociales positives et la diminution de comportements de soutien social négatif se trouve rarement intégré comme moyen thérapeutique dans les interventions de prévention secondaire.

Le présent programme de recherche que l'on retrouve dans les chapitres II et III démontre, pour la première fois, qu'une intervention dyadique brève et précoce basée sur la prévention du soutien social négatif, c'est-à-dire le soutien social empreint de colère, d'impatience ou encore de blâmes, contribue à prévenir de manière efficace et durable le TSPT. Cette intervention dyadique brève et précoce a pour objectif de prodiguer de l'information à la victime d'événement traumatique et à son partenaire à propos des réactions émotionnelles normales suite à un événement traumatique, de conscientiser la victime et son partenaire sur l'impact de l'évitement des stimuli liés à l'événement, de fournir des outils de communication favorisant l'assimilation émotionnelle et cognitive de l'événement lors des discussions et diminuer les manifestations de soutien social négatif au sein de la dyade (pour plus de détails, voir le chapitre II).

Les résultats observés au post-test de trois mois et à la relance de deux ans confirment les hypothèses avancées quant à la prévention de la chronicité des symptômes de TSPT. Au post-test de trois mois, il a été observé que l'intervention permettait de prévenir de manière statistiquement significative l'exacerbation des symptômes de TSPT apparus au cours du premier mois suivant l'événement traumatique. De plus, elle permettait une diminution des symptômes entre le pré-test et le post-test. Deux ans plus tard, les participants qui ont bénéficié de l'intervention étaient toujours moins symptomatiques que ceux de la condition contrôle. Cependant, lors du post-test de trois mois, aucune différence n'est

observée quant au nombre de participants ayant un diagnostic de TSPT. En contrepartie, à la relance de deux ans, aucun participant de la condition intervention ne rencontre les critères diagnostic de TSPT et cinq participants de la condition contrôle obtiennent encore ce diagnostic. Ainsi, l'intervention permettrait significativement d'atténuer les symptômes de TSPT à court et à plus long terme et de prévenir la chronicité TSPT, ce qui est un avantage non-négligeable pour les victimes d'événement traumatique.

De plus, les résultats concernant l'intervention appuient les conclusions des différents ouvrages portant sur le lien entre le soutien social et le TSPT (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Guay, Billette, & Marchand, 2006; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Au sein de la condition intervention, le nombre de victimes percevant du soutien social négatif de la part de leur confiant principal diminue de manière significative entre le pré-test et la relance de deux ans et cette diminution est absente chez les participants de la condition contrôle. Il est possible dans un premier temps que l'intervention ait un effet réel sur la fréquence du soutien social négatif perçu par la victime. Dans un deuxième temps, ces résultats suggèrent que les habitudes de communications qui sont inadaptées peuvent être rapidement et simplement modifiées au sein d'une dyade. Finalement, les résultats de la condition contrôle indiquent que le soutien social négatif n'évolue pas vers un soutien plus adapté, et ce, en fonction du passage du temps. Ces observations suggèrent que l'on peut intervenir rapidement et de manière précoce sur cette variable et l'utiliser comme ingrédient actif lors d'une intervention préventive.

Interprétation des résultats

L'intervention dyadique brève et précoce semble favoriser une diminution de l'intensité des symptômes de TSPT, prévenir sa chronicité deux ans après l'événement traumatique et réduire de manière durable le soutien social négatif. Ces résultats contrastent avec ceux obtenus lors de l'évaluation de l'efficacité du débriefing psychologique. Effectivement, les études randomisées et contrôlées du débriefing individuel ne parviennent pas à dégager un effet préventif significatif de cette intervention tant à court qu'à long terme (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2001). Les études d'efficacité de la TCC brève

rapportent des résultats plus encourageants, mais contrairement à la présente étude, la TCC brève ne parvient pas à diminuer de manière significative à long terme les symptômes de reviviscence (Bryant, Moulds, & Nixon, 2003) ou d'évitement (Bryant et coll., 2006) et comporte un taux d'abandon presque deux fois plus élevé chez les participants qui ont reçu la TCC brève que chez les participants qui étaient dans la condition de contrôle (Bryant et coll., 2003). Parallèlement, les résultats à long terme de la nouvelle intervention dyadique brève et précoce montrent qu'aucun participant ayant reçu l'intervention ne répond aux critères diagnostiques du TSPT, résultat moins fréquent dans les études d'efficacité de la TCC brève.

Certains facteurs peuvent contribuer à ces résultats divergents. Premièrement, l'intervention dyadique brève et précoce de la présente recherche ne semble pas stigmatiser la réaction émotionnelle de la victime comme le fait le débriefing. Il a été proposé que le débriefing, dans certains cas, étiquette trop rapidement la victime comme souffrant d'une maladie mentale, la maintient dans l'expectative de développer éventuellement un TSPT et paradoxalement dirige son attention de manière sélective vers les sensations qui confirmeraient cette attente (Rose et coll., 2001) et aurait pour effet d'exacerber les symptômes de la victime. La nouvelle intervention dyadique contient, certes, un module de psychoéducation portant sur le TSPT et ses symptômes, mais il est conçu et prodigué dans un cadre informatif pour les victimes et leur partenaire, en prenant soin de mettre l'accent sur le fait que les symptômes ressentis sont normaux et très souvent transitoires. Ainsi, ils sont informés que les contrecoups émotionnels de l'événement traumatique sont des tentatives de l'organisme d'intégrer et d'assimiler ce qui a été vécu. La nouvelle intervention insiste sur l'importance de discuter de l'événement traumatique, selon le rythme naturel de la victime, au sein d'un environnement connu et sécuritaire en impliquant directement la personne soutien. Autrement dit, l'intervention vise à donner des outils aux victimes et à leur partenaire qu'ils seront en mesure d'utiliser au moment opportun. De plus, le caractère « psychiatrisant » de l'intervention est atténué par le fait qu'elle est prodiguée par une travailleuse sociale ou une infirmière, plutôt que par un psychologue ou un psychiatre. Ainsi, le statut implicite d'individu souffrant d'une maladie mentale qui requiert un traitement est évité. Ensuite, le fait qu'elle ne requiert aucune forme d'exposition structurée et hiérarchisée que ce soit dans les jours suivant le trauma peut contribuer aux effets positifs observés.

Estimer la période idéale à laquelle l'intervention devrait être prodiguée est une tâche plutôt difficile et plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, par exemple le type d'événement, la présence ou non de blessures physiques, des pertes matérielles importantes ou encore un deuil (Marchand, Bousquet Des Groseilliers, & Brunet, 2006). Cependant, une intervention de prévention secondaire devrait être offerte entre une semaine et un mois après l'événement traumatique (Litz & Gray, 2004). Offerte plus tôt, l'intervention risque de ne pas porter fruits, car une certaine période de temps doit s'écouler pour que la victime réalise que l'événement appartient maintenant au passé (Ehlers & Clark, 2000) et qu'elle soit ainsi émotionnellement et cognitivement disposée à s'engager dans une telle démarche. De plus, la victime doit, en un certain sens, ressentir l'apparition des symptômes et prendre le temps de réaliser que ces derniers minent sa qualité de vie pour être motivée à s'investir dans le processus thérapeutique. Ainsi, les intervenants ont une fenêtre temporelle de quelques jours pour espérer prévenir le TSPT avec succès. Trop tôt, la victime risque de ne pas être réceptive à l'intervention. Trop tard, les symptômes risquent de se cristalliser et une intervention de type curative deviendrait plus appropriée. Pour ces raisons, le moment auquel la nouvelle intervention brève et précoce a été octroyée, soit en moyenne 26 jours après l'événement traumatique, pourrait être bénéfique pour les victimes. Cependant, ceci reste hypothétique. D'autres études de prévention du TSPT devront se pencher sur le moment d'application optimal d'une intervention précoce.

Différents auteurs affirment que le soutien social perçu après un événement traumatique (Brewin et coll., 2000; Guay et coll., 2006; Ozer et coll., 2003), les comportements d'évitement (Krause, Kaltman, Goodman, & Dutton, 2008) ainsi que les évaluations négatives (*negatives appraisals*) liées à cet événement et au statut de victime (Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Ehlers & Clark, 2000) sont de puissants prédicteurs du développement et du maintien du TSPT chronique. Parallèlement, le fait d'entretenir des évaluations négatives de l'événement ou de sa condition post-traumatique, surtout celles par rapport à soi (*je suis incapable de me protéger des dangers potentiels; je ne serai pas capable de surmonter cette épreuve parce que je suis trop faible*) contribuerait au maintien du TSPT, et ce, plus d'un an après l'événement traumatique (O'Donnell, Elliott, Wolfgang, & Creamer, 2007). Il est possible que la nouvelle intervention vise directement ces prédicteurs par le biais

de ses volets portant sur le soutien social et les effets contre-productifs de l'évitement et, indirectement, à l'aide de la psychoéducation.

Rappelons que le modèle théorique de Ehlers et Clark (2000) concernant le développement et la chronicité du TSPT propose que les individus souffrants de TSPT chronique sont incapables de considérer l'événement traumatique comme un événement passé qui ne se reproduira plus. Le sentiment de menace imminente et omniprésente déclenché par des évaluations négatives par rapport à soi, à l'événement et ses conséquences va provoquer la mise en branle de différentes stratégies de *coping* inadaptées qui vont maintenir les évaluations négatives et ainsi entretenir le cercle vicieux du maintien du TSPT.

En se basant sur le modèle du développement du TSPT de Ehlers et Clark (2000) il devient possible d'illustrer la cible de chaque composante de la nouvelle intervention dyadique brève et précoce et ainsi, mieux comprendre son champ d'action (*voir* Figure 1).

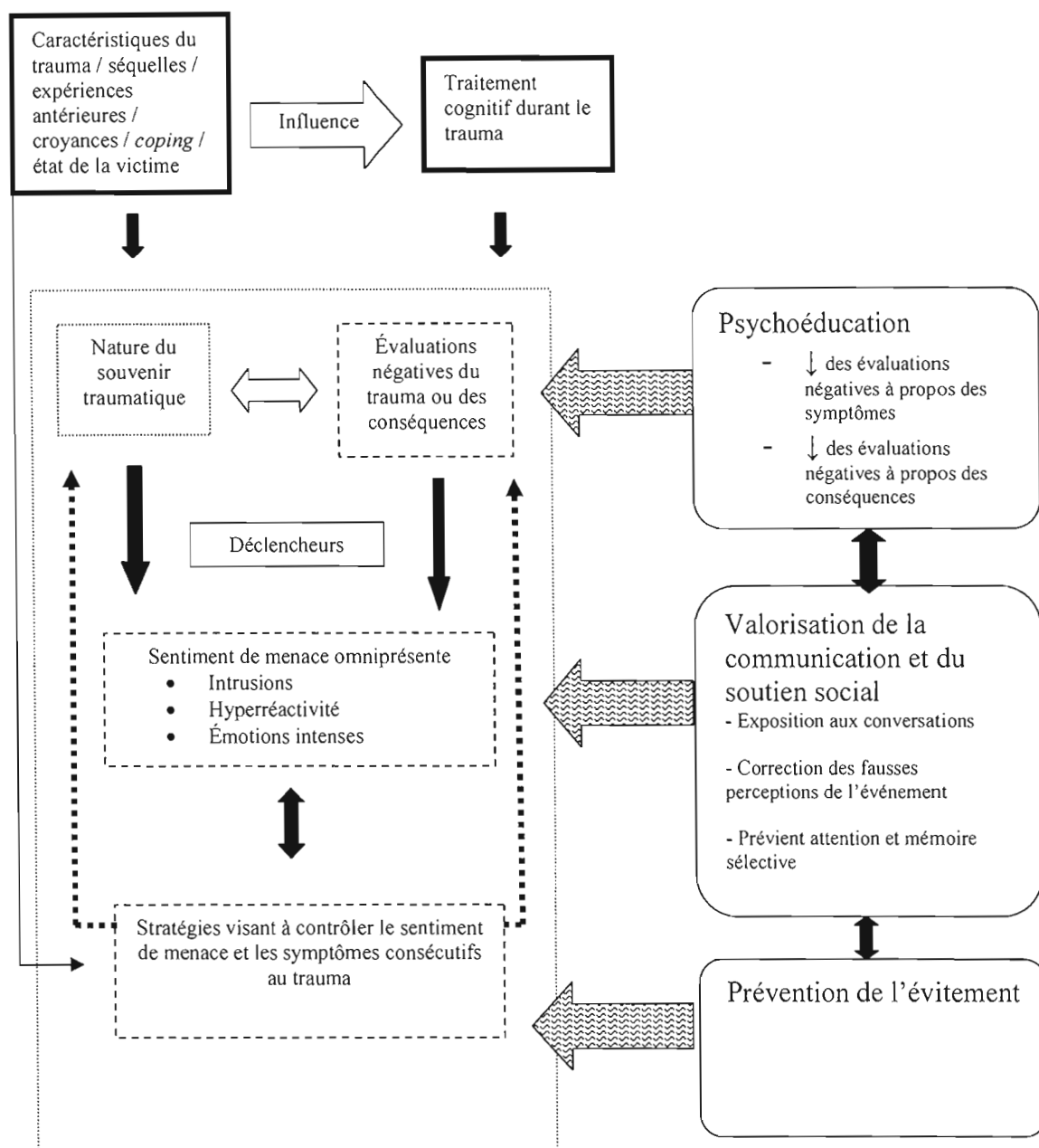


Figure 1. Modélisation de la nouvelle intervention brève et précoce intégrée au modèle cognitif du TSPT de Ehlers et Clark (2000).

Le volet psychoéducatif de la nouvelle intervention qui porte sur la symptomatologie et la normalisation des réactions post-traumatiques viendrait, dans un premier temps freiner la production d'évaluations négatives par rapport à soi, à l'événement et ses conséquences ainsi que les autocritiques et les verbalisations internes autoaccusatrices (Phoenix, 2006) qui sont liées à la sévérité du TSPT (Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007). Parallèlement, le volet psychoéducatif contribuerait à diminuer le soutien social négatif par le biais d'une meilleure compréhension des réactions de TSPT. Les comportements et les attitudes de la personne-soutien à l'égard de la victime sont très souvent dictés par les attributions causales faites à propos des symptômes. Ainsi lorsque la personne-soutien interprète que les symptômes manifestés par la victime sont contrôlables et lui sont propres, elle serait plus encline à manifester de l'hostilité, des critiques et de l'impatience (TARRIER et coll., 2002; TARRIER & HUMPHREYS, 2003), en d'autres termes, du soutien social négatif, ce qui a pour effet de maintenir les symptômes reprochés. De plus, lorsque la personne-soutien manifeste ce soutien social négatif, ceci a pour effet de renforcer le sentiment de vulnérabilité de la victime ainsi que ses évaluations négatives par rapport à soi et aux autres (TARRIER & HUMPHREYS, 2003). Par la suite, ces évaluations négatives par rapport aux autres, par exemple « *personne ne peut m'aider; personne ne comprend ce que je vis* », risquent à leur tour de renforcer de nouvelles croyances en la malveillance du monde et par rapport à sa propre vulnérabilité (voir la *Theory of Shattered Assumption* de Janoff-Bullman, 1992). D'autre part, ces évaluations négatives renforcent les symptômes liés au repli sur soi, à l'isolement et à l'évitement des conversations liées à l'événement qui pourraient être salutaires pour la victime.

La promotion de la communication et du soutien social adapté viendrait aussi influencer le sentiment de menace omniprésente en permettant dans un premier temps une correction des fausses perceptions liées à l'événement. En effet, discuter de l'événement dans un cadre ouvert et propice à la discussion (sans critique, hostilité, impatience, etc.) pourrait contribuer à modifier les évaluations négatives et erronées. Bien souvent, les individus souffrants de TSPT chronique procèdent à un rappel sélectif de l'événement traumatique qui est cohérent avec les évaluations négatives entretenues, ce qui va évidemment maintenir l'occurrence de celles-ci (Ehlers & Clark, 2000). Cependant, lorsque la victime peut discuter

de l'événement de manière constructive avec un proche, ce dernier peut mettre en relief de nouveaux éléments qui font aussi partie intégrante de l'événement traumatique et qui réfutent l'évaluation négative émise par la victime. Ainsi, la nouvelle intervention dyadique permettrait une restructuration cognitive par rapport au réalisme du souvenir traumatique qui influencerait la production d'évaluations négatives et erronées.

La composante de l'intervention qui promeut la communication adaptée et le soutien social contribuerait à diminuer les pensées intrusives. Le traitement émotionnel et cognitif d'un événement traumatique se caractérise par une alternance de cycles d'évitement (tenter de ne pas penser et/ou parler de l'événement) et d'intrusion (images de l'événement qui ressurgissent sans le vouloir) qui prennent place peu de temps après l'exposition au trauma et constituent une façon d'intégrer cognitivement et émotionnellement l'événement. Bien que dérangeantes, les pensées intrusives constituent une tentative naturelle de la part de l'organisme de s'exposer aux souvenirs pénibles dans le but de s'y habituer et de les intégrer tant émotionnellement que cognitivement. Les pensées intrusives perdureront jusqu'à ce que l'événement soit intégré, ce qui est souvent pénible au plan émotionnel (Horowitz, 1986). La communication et le soutien social adapté permettent une exposition à ces pensées et images intrusives liées à l'événement. Parler de l'événement permet un processus d'habituation qui, d'une part, contribuerait à le considérer comme faisant partie du passé et d'autre part à élaborer un souvenir du trauma dans lequel la victime pourra donner un sens à l'expérience et ainsi évoluer vers une intégration cognitive et émotionnelle de l'expérience (Park & Ai, 2006).

La nouvelle intervention dyadique comporte aussi un volet traitant de l'importance de ne pas avoir recours aux stratégies d'évitement dans le but de se soulager de la souffrance. En informant les victimes que l'évitement des pensées, conversations et situations liées à l'événement traumatique a pour effet de bloquer le traitement cognitif, de maintenir la souffrance liée à l'événement traumatique et de contribuer au développement du TSPT, elles sont probablement plus à même d'avoir recours à des stratégies de *coping* adaptées. Ainsi, en manifestant moins de comportements d'évitement, la victime s'expose plus au souvenir traumatique ce qui faciliterait l'intégration cognitive de celui-ci et diminue l'occurrence des

symptômes intrusifs. De plus, ne pas avoir recours à des stratégies d'évitement de situations ou conversations favorise des expériences réparatrices et de succès dans le contexte de l'événement traumatique, ce qui permet une modification adaptée des évaluations négatives faites par la victime.

Implications cliniques

Les implications cliniques du présent programme de recherches sont prometteuses et c'est ce qui fait, en partie, la force et l'intérêt de cette thèse. Les résultats mettent de l'avant l'importance de la diminution du soutien social inadéquat dans les mois suivant un événement traumatique. Ceci permet de faire passer le concept de soutien social et de son impact dans le développement du TSPT d'un état théorique à un état appliqué, ce qui n'a pas été fait jusqu'à maintenant dans le domaine de la prévention du TSPT. En effet, l'intervention dyadique aurait un effet réel sur la diminution de la fréquence du soutien social négatif perçu par la victime et ce résultat permettrait d'observer des habitudes de communication plus saines au sein d'une dyade. Ainsi, l'intervention brève et précoce dyadique pourrait représenter une alternative appropriée et accessible au débriefing psychologique et à la thérapie cognitive-comportementale. Implanter cette nouvelle intervention en milieu de travail ou en milieu hospitalier serait pertinent considérant sa courte durée, le fait qu'elle puisse être prodiguée par différents professionnels et qu'elle mobilise une ressource déjà présente dans l'environnement de la victime, soit le confident principal.

Quant à la question économique, prévenir adéquatement le TSPT peut avoir deux retombées principales. Tout d'abord, en sachant que cette nouvelle intervention a le potentiel de prévenir le TSPT à moyen et surtout à long terme, ceci pourrait engendrer des économies substantielles en ce qui concerne les remplacements de salaire, les frais médicaux ou encore les frais liés à l'absentéisme et aux autres coûts qui s'échelonnent sur plusieurs mois après l'événement traumatique. De plus, contrairement à l'approche cognitive comportementale qui nécessite une formation de plusieurs semaines (Bisson & Cohen, 2006), l'intervention brève et précoce requiert une formation plus courte d'une seule journée et inclut entre 10 et 15

rencontres de supervision. Cette dernière entraînerait potentiellement des coûts de formation moins onéreux.

La présente intervention pourrait devenir une solution de remplacement viable et pertinente aux interventions comportant l'application de stratégies d'exposition. En effet, cette forme d'intervention est parfois déconseillée pour certains types de clientèle, par exemple ceux ayant un trouble dissociatif, un trouble psychotique, un risque suicidaire, un abus de substance ou aux prises avec des crises de panique fréquentes (Bryant & Harvey, 2000; Marchand et coll., 2006). De plus, l'intervention susciterait peu ou pas de réactions anxieuses, parfois déclenchées par la thérapie d'exposition. Dans un même ordre d'idées, parce que la nouvelle intervention précoce ne provoque ou n'exige pas d'exposition en imagination dans les heures suivant l'événement traumatique, les victimes pourraient éviter ainsi un traumatisme secondaire qui exacerberait et maintiendrait la détresse initiale en ne permettant pas un processus d'habituation à l'anxiété (Rose et coll., 2001). Étant donné que l'intervention brève et précoce ne requiert aucune exposition massive au souvenir traumatique dans les heures suivant l'événement, cette dernière pourrait être prodiguée en toute sécurité, en respectant le rythme naturel de la victime.

Considérations méthodologiques générales de la recherche

Forces & limites. La présente thèse repose sur un protocole expérimental randomisé et contrôlé à mesures répétées comportant une relance 2 ans post-trauma. Ce dernier point représente une des forces majeures de ce programme de recherche et la validité interne et externe s'en trouve maximisée.

Par contre, la validité interne de la présente thèse fut quelque peu contaminée par le fait que les évaluateurs au post-test et à la relance n'étaient pas aveugles à la condition de traitement des participants. Cependant, cette lacune méthodologique a été minimisée à l'aide d'accords inter-juges indépendants. Pour ce faire, une assistante de recherche aveugle à la condition de traitement des participants et formée à la passation de la CAPS a réécouté les cassettes audio des évaluations post-test pour confirmer l'adéquation des cotations. Ces

derniers se sont avérés plus que satisfaisants. Sur le plan des instruments de mesure, une limite concerne l'absence de validation française complète de l'échelle de contrainte sociale (*Social Constraint Scale*; SCS). Cependant, la version française « maison » de cette échelle possède une très bonne consistance interne. En effet, un alpha de Cronbach de 0.94 est rapporté pour ce questionnaire. Même si un questionnaire « maison » non-validé sur la consommation de substance a été utilisé, les résultats sont appuyés par le MINI qui est un questionnaire validé. Une autre limite concerne l'absence de mesure pré-test de la dépression et l'anxiété. Pour pallier ce manque, des informations concernant ces conditions ont été recueillies de manière rétrospective. Cependant, l'utilisation du Beck Depression Inventory (BDI) ou State-Trait Anxiety Inventory (STAI) administré en pré-test, et post-test aurait été un apport à la recherche.

Directions futures. Les résultats de ce programme de recherche ouvrent la voie vers de nombreuses pistes de recherches futures et font émerger autant de questionnements. Ainsi, il reste beaucoup à faire, tant au plan clinique que scientifique. Tout d'abord, cette étude d'efficacité randomisée et contrôlée de l'intervention brève et précoce dyadique devrait être répliquée avec un plus grand échantillon de participants et par différentes équipes de chercheurs pour s'assurer de la stabilité de l'effet observé. Ensuite, il serait appréciable de reproduire cette étude au sein de populations différentes et spécifiques, par exemple au sein des forces armées, auprès de groupes d'urgence ou de victimes d'agression sexuelle. Ces populations distinctes recèlent des enjeux thérapeutiques singuliers et il est important d'évaluer dans quelle mesure ces victimes répondent à ce type d'intervention avant de mettre en branle une quelconque implantation. Finalement, il peut s'avérer nécessaire de reproduire la présente étude dans des milieux différents (hôpitaux, milieu de travail, etc.) possédant chacun leur mode de fonctionnement unique. En effet, implanter l'intervention en milieu de travail implique de tenir compte des différents types de relations de travail et de dynamiques de groupe, ce qui est qualitativement différent du type de dyade du présent programme de recherche. Il sera donc nécessaire d'identifier si l'intervention conserve ses effets bénéfiques lorsqu'elle est prodiguée en milieu de travail et lorsque la personne-soutien est un collègue et non un membre de la famille ou un ami.

Dans l'optique de mieux comprendre la modulation des symptômes de TSPT au contact de l'intervention brève et précoce dyadique, il est fortement recommandé d'ajouter d'autres moments de mesures à intervalles plus rapprochés, entre le post-test et la relance. Les résultats de la relance indiquent qu'aucun participant de la condition intervention ne souffre de TSPT et que le quart des participants de la condition contrôle possèdent encore ce diagnostic. Cependant, au post-test de trois mois, autant de participants dans chaque condition avaient un diagnostic de TSPT. Comme le propose Ozer et coll. (2003), les effets bénéfiques du soutien social prendraient de l'ampleur avec le temps. Ainsi, observer l'évolution de la symptomatologie au cours des 21 mois précédents la dernière prise de mesure peut être un apport considérable à la compréhension des mécanismes de rétablissement du TSPT. Cette piste de recherche reste à étudier.

Parallèlement, différents types de mesures, par exemple sur la satisfaction conjugale pourront contribuer à dresser un portrait complet du niveau de fonctionnement des participants en lien avec l'intervention. Étant donné que la personne-soutien reçoit aussi l'intervention, l'impact de celle-ci sur l'entourage de la victime devrait être étudié. En effet, un événement traumatique peut ébranler la relation de couple de plusieurs façons. Premièrement, les symptômes manifestés par la victime, surtout ceux appartenant au critère diagnostique C (American Psychiatric Association, 2000) (perte d'intérêt, sentiment de détachement, difficulté à ressentir les émotions) ont un impact direct sur la relation conjugale (Brillon, 2005). Ensuite, l'entourage de la victime peut aussi ressentir le contrecoup de l'événement en voyant l'être aimé souffrir. Notons que le critère A1 du diagnostic de TSPT (American Psychiatric Association, 2000) s'applique aussi au fait d'être témoin de la souffrance d'un proche et ainsi, il serait possible que la personne-soutien de la victime puisse, elle aussi, ressentir de la détresse et potentiellement développer un TSPT. De plus, investiguer le fonctionnement social, les symptômes d'anxiété ou de dépression chez la personne-soutien de la victime avant et après l'intervention serait une avenue à explorer.

La présente recherche n'expose que quelques dimensions du fonctionnement à long terme de la victime et explore peu les différentes facettes de son fonctionnement quotidien et de sa qualité de vie. En sachant qu'il existerait un lien le TSPT chronique et plusieurs

maladies physiques, telles que l'asthme, l'eczéma, l'arthrite et l'hypertension (O'Toole & Catts, 2008) il serait important d'examiner si la nouvelle intervention précoce a aussi un impact sur le développement de certaines pathologies. De plus, limiter l'évitement pourrait avoir un impact positif sur la mobilité et les activités de loisirs. Une diminution des symptômes dépressifs ou anxieux pourrait avoir une incidence sur les relations d'amitié, de couple, la vie communautaire, l'estime de soi, etc. Finalement, un volet qualitatif pourrait être intégré à une réplication de cette étude en obtenant des informations par rapport à la satisfaction des participants par rapport à l'intervention et déterminer si cette dernière variable a un impact sur le degré de rémission. Dans le même ordre d'idées, il pourrait être avantageux de recueillir des données sur la généralisation des acquis au niveau du fonctionnement, de la communication et du soutien social au sein de la dyade. Puisque les informations données lors de l'intervention peuvent être aussi utiles pour discuter de sujets délicats autres que le trauma, il est raisonnable de croire qu'elle puisse avoir un effet sur d'autres dimensions ou patrons relationnels de la relation dyadique.

Une autre question qui reste ici sans réponse est celle concernant les ingrédients actifs qui entrent en jeu dans l'intervention précoce. Étant donné que plusieurs composantes sont simultanément en jeu (psychoéducation, soutien social, la prévention de l'évitement), il est difficile de déterminer à ce stade l'apport de chacune d'elles. Pour ce faire, de futures études pourraient recueillir des données qualitatives par rapport à leur perception de chaque composante comme étant aidant ou non. De plus, pour évaluer le volet de psychoéducation, des questions par rapport à la rétention des informations contenues dans ce dernier pourraient être mises en lien avec les symptômes de TSPT. Finalement, un questionnaire mesurant l'évitement (ce qui est évité, comment et combien de fois) pourrait être élaboré et aussi mis en lien avec la symptomatologie du TSPT. D'autres études devront se pencher sur cette question dans le but de raffiner l'intervention brève et précoce et la rendre le plus efficace possible.

Conclusion

En conclusion, la présente thèse permet de constater qu'une intervention dyadique précoce et brève de prévention du TSPT basée sur la promotion du soutien social, de la communication et de l'impact de l'évitement prévient le développement et le maintien des symptômes de TSPT 3 mois après l'événement traumatique et prévient aussi la chronicité du TSPT deux ans après ledit événement traumatique, ce qui est une première dans le domaine de l'intervention précoce du TSPT. D'autre part, la nouvelle intervention permet une diminution durable du soutien social négatif provenant de la personne-soutien. Ainsi, de par sa brièveté, sa facilité d'application et parce qu'elle mobilise les ressources indigènes de la victime, cette intervention pourrait s'implanter facilement en milieu hospitalier ou en milieu de travail, ce qui pourrait potentiellement engendrer une diminution de la souffrance des individus, des économies au plan des coûts sociaux et rétablir l'homéostasie émotionnelle des victimes ainsi que de leur famille.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. (4th edition., Text Revision)): Washington, DC : Author.
- Bisson, J. I., & Cohen, J. A. (2006). Disseminating early interventions following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 19*(5), 583-595.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, 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.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* Montréal: Les Éditions Québecor.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2000). Treatment Obstacles. In R. A. Bryant & A. G. Harvey (Eds.), *Acute Stress Disorder. A Handbook of Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 135-146). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 44*(9), 1331-1335.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 41*(4), 489-494.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 39*(9), 1063-1084.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes (2nd Ed.)*. New York: Jason Aronson.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 21*(1), 83-90.
- Litz, B. T., & Gray, M. J. (2004). Early intervention for trauma in adults. In B. T. Litz (Ed.), *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss* (pp. 87-111). New-York: Guilford Press.

- Marchand, A., Bousquet Des Groseilliers, I., & Brunet, A. (2006). Psychotraumatismes: stratégies d'interventions psychothérapeutiques postimmédiates. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les Troubles Liés aux Événements Traumatisques Dépistage, Évaluation et Traitements* (pp. 165-190). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Wolfgang, B. J., & Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 20*(2), 173-182.
- O'Toole, B. I., & Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(1), 33-40.
- 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.
- Park, C. L., & Ai, A. L. (2006). Meaning making and growth: new directions for research on survivor of trauma. *Journal of Loss and Trauma, 11*, 389-407.
- Phoenix, B. J. (2006). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in Psychiatric Care, 43*(3), 123-131.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD000560.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C., Burns, A., & Gregg, L. (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease: the effect on carer burden. *Journal of Abnormal Psychology 111*(2), 340-349.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: the development of social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 17*(2), 187-198.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 821-831.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 4th edition): Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. (4th edition., Text Revision)): Washington, DC : Author.
- Arendt, M., & Elklit, A. (2003). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423-437.
- Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 930-937.
- Baeyens, C., & Philippot, P. (2003). La prévention secondaire du syndrome de stress post-traumatique: les debriefings psychologiques en question. . *L'Encephale*, 29(6), 535-544.
- Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, W., Jr., & Long, W. B. (1974). The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* 14(3), 187-196.
- Bisson, J. I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 481-499.
- Bisson, J. I., Brayne, M., Ochberg, F. M., & Everly, G. S., Jr. (2007). Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1016-1019.
- Bisson, J. I., & Cohen, J. A. (2006). Disseminating early interventions following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 583-595.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. I., Rose, S., Ruzek, J. I., & Watson, P. J. (In press). Psychological debriefing for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & J. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. G. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-69.

- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*(1), 75-90.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, E., et al. (2004). One- and two-year prospective follow-up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy, 42*(7), 745-759.
- Bolton, E. E., Glenn, D. M., Orsillo, S., Roemer, L., & Litz, B. T. (2003). The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 203-210.
- Bousquet Des Groseilliers, I., Cordova, M. J., Ruzek, J. I., & Brunet, A. (2004, Novembre). *Social support needs in PTSD patients vary according to gender: Preliminary results*. Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans, LA.
- Boyer, R., Guay, S., & Marchand, A. (2006). Épidémiologie de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 25-45). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214-227.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, 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.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* Montréal: Les Éditions Québecor.
- Brunet, A., Bousquet Des Groseilliers, I., Cordova, M. J., & Ruzek, J. I. (2008). Randomized controlled trial of a brief dyadic early intervention designed to prevent development of PTSD. *Manuscript submitted for publication*.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(1), 56-61.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1480-1485.

- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2000). Treatment Obstacles. In R. A. Bryant & A. G. Harvey (Eds.), *Acute Stress Disorder. A Handbook of Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 135-146). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 862-866.
- Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R., & Nixon, R. D. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 160*(3), 585-587.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 44*(9), 1331-1335.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 41*(4), 489-494.
- Carlier, I. V., Lamberts, R. D., Uchelen, A. J., & Gersons, B. P. (1998). Disaster related stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine, 14*, 143-148.
- Chan, A. O., Medicine, M., Air, T. M., & McFarlane, A. C. (2003). Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(2), 175-181.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Commission de Santé et Sécurité au Travail. (2008). *Répartition des accidents du travail acceptés survenus de 2006 à 2007 pour la nature 52110, choc nerveux (stress post-traumatique)*: Commission de Santé et Sécurité au Travail (CSST).
- Cordova, M. J., & Ruzek, J. I. (2000). *Promotion of emotional disclosure following illness and injury : a treatment manual for medical patients and their families*. VA Palo Alto Health Care System, 3801 Miranda Avenue (116B), Palo Alto, CA 94304.
- Cordova, M. J., Ruzek, J. I., Benoît, M., & Brunet, A. (2003). Promotion of emotional disclosure following illness and injury: A brief intervention for medical patients and their family. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 359-372.

- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour Research and Therapy, 41*(12), 1489-1496.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour Research and Therapy, 41*(12), 1489-1496.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychique de guerre*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Deahl, M. P., Gillham, A. B., Thomas, J., Searle, M. M., & Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry, 165*(2), 60-65.
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization: needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *Journal of Social Psychology, 139*(2), 191-201.
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study *Personality and Individual Differences, 34*, 1545-1559.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 39*(9), 1063-1084.
- Dupont, W., D., & Plummer, W. D. (1997). PS power and sample size program available for free on the Internet. *Controlled Clinical Trials, 18*(3), 274.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biological Psychiatry, 53*(9), 817-826.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A., & McNally, R. J. (2002). A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy, 40*(12), 1415-1424.
- Everly, G. S., Jr., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency and Mental Health, 2*(4), 211-225.
- Flaherty, J., & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: theoretical perspectives and an empirical test. *Soc Sci Med, 28*(12), 1221-1228.

- Fleiss, J. L. (1986). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: John Wiley and Sons.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 948-955.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2002). *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New-York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology, 48*, 449-480.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). Theoretical bases for PTSD and its treatment. In *Treating the Trauma of Rape: Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Galea, S., Ahern, J., Tracy, M., Hubbard, A., Cerda, M., Goldmann, E., et al. (2008). Longitudinal determinants of posttraumatic stress in a population-based cohort study. *Epidemiology, 19*(1), 47-54.
- Gray, M. J., & Litz, B. T. (2005). Behavioral interventions for recent trauma: empirically informed practice guidelines. *Behavior Modification, 29*(1), 189-215.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.
- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*, 165-184.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 507-512.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 985-988.
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. *Behavior Therapy, 32*, 65-83.

- Horowitz, M. J. (1985). Disasters and psychological response to stress. *Psychiatric Annals*, *15*, 161-167.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes (2nd Ed.)*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J. (1993). Stress response symptoms: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Iucci, S., Marchand, A., & Brillon, P. (2003). Pouvons-nous diminuer ou prévenir l'apparition des réactions de stress post-traumatique ? Analyse critique de l'efficacité du debriefing. *Psychologie Canadienne*, *44*, 477-492.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Toward a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). [Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation]. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(1), 67-71.
- Jenkins, S. (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavior and Personality*, *11*, 477-492.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1992). A new model of posttraumatic stress disorder: Implication for the future. In P. A. Saigh (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Behavioral Approach to Assessment and Treatment*. New York: Allyn and Bacon.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding Post-traumatic Stress. A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chichester: Wiley.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.
- Kimerling, R., Ouimette, P., & Wolfe, J. (2002). *Gender and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(1), 83-90.

- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J. M. (1999). *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale*. Boucherville, QC.: Gaëtan Morin éditeur.
- Lecrubier, Y., Sheehan, M., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, L. I., Sheehan, K. H., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*(5), 224-231.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Anderson (Eds.), *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1999). Psychoeducational support group enhances quality of life after prostate cancer. *Cancer Research, Therapy and Control, 8*, 81-91.
- Lepore, S. J., & Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social interactions. *Cancer Research, Therapy and Control, 8*, 165-174.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 271-282.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 271-282.
- Litz, B. T., & Gray, M. J. (2004). Early intervention for trauma in adults. In B. T. Litz (Ed.), *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss* (pp. 87-111). New-York: Guilford Press.
- Marchand, A., Bousquet Des Groseilliers, I., & Brunet, A. (2006). Psychotraumatismes: stratégies d'interventions psychothérapeutiques postimmédiates. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les Troubles Liés aux Événements Traumatiques Dépistage, Évaluation et Traitements* (pp. 165-190). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marchand, A., & Brillon, P. (1999). Le trouble de stress post-traumatique. In J. M. Boisvert (Ed.), *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale* (pp. 149-182). Boucherville, QC: Gaëtan Morin éditeur.
- Marchand, A., Iucci, S., Brillon, P., Martin, M., & Martin, A. (2003). Intervention de crise et débriefing: controverses et défis. *Revue francophone du stress et du trauma, 3*, 141-154.

- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Martel, C., & Brunet, A. (2006). L'intervention psychosociale lors de sinistres [Psychosocial Intervention in the aftermath of disaster]. In M. Séguin, L. Leblanc & A. Brunet (Eds.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Matthews, L. R. (1998). Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Services, 49*(2), 207-212.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy, 40*(6), 665-675.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 176*, 589-593.
- McKibben, J. B., Bresnick, M. G., Wiechman Askay, S. A., & Fauerbach, J. A. (2008). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of Burn Care and Research, 29*(1), 22-35.
- Miller-Burke, J., Attridge, M., & Fass, P. (1999). Impact of traumatic events and organization response. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 41*, 73-83.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 8*(1), 36-39.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry, 65*(3), 207-239.
- Northouse, L. L., Cracchiolo-Caraway, A., & Appel, C. P. (1991). Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Seminars in Oncology Nursing, 7*(3), 216-223.
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Lau, W., & Creamer, M. (2007). PTSD symptom trajectories: from early to chronic response. *Behav Res Ther, 45*(3), 601-606.
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Wolfgang, B. J., & Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 20*(2), 173-182.

- O'Toole, B. I., & Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(1), 33-40.
- 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.
- Park, C. L., & Ai, A. L. (2006). Meaning making and growth: new directions for research on survivor of trauma. *Journal of Loss and Trauma, 11*, 389-407.
- Phoenix, B. J. (2006). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in Psychiatric Care, 43*(3), 123-131.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E., et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*(1), 17-20.
- Pruitt, L. D., & Zoellner, L. A. (2008). The impact of social support: an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders 22*(2), 253-262.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: A handbook for caring profession*. London: Hutchinson.
- Rauch, S. A. M., & Cahill, S. P. (2003). Treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *Primary Psychiatry, 10*, 60-65.
- Regehr, C. (2001). Crisis Debriefing Groups for Emergency Responders: Reviewing the Evidence. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 1*(2), 87-100.
- Robinson, R. C., & Mitchell, J. T. (1993). Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 367-382.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD000560.
- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics, 72*(4), 176-184.
- Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., & Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine, 29*(4), 793-799.

- Ruzek, J. I. (2006). Bringing cognitive-behavioral psychology to bear on early intervention with trauma survivors: Accident, assault, war, disaster, mass violence, and terrorism. In V. F. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for Trauma (2nd Edition)* (pp. 433-462). New York: Guilford Press.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., Sensky, T., & Buchi, S. (2003). Does patient cognition predict time off from work after life-threatening accidents? *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2025-2031.
- Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2527-2536.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Rogel-Fuchs, Y., Ursano, R. J., & Marlowe, D. (1998). Historical group debriefing after combat exposure. *Military Medicine*, 163(7), 494-498.
- Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 165-172.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
- Switzer, G. E., Dew, M. A., Thompson, K., Goycoolea, J. M., Derricott, T., & Mullins, S. D. (1999). Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 25-39.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics (3rd ed.)*. New York: HarperCollins College Publishers.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C., Burns, A., & Gregg, L. (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease: the effect on carer burden. *Journal of Abnormal Psychology* 111(2), 340-349.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: the development of social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(2), 187-198.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Trauma.org. (n.d.). Injury Severity Index. Retrieved June 4, 2008, from <http://www.trauma.org/archives/scores/iss.html>

- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *187*, 76-82.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(5), 821-831.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(4), 505-525.
- van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, *360*(9335), 766-771.
- Van Loey, N. E. E., Maas, C. J. M., Faber, A. W., & Taal, L. A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(4), 361-369.
- Vermeiren, É. (2001). Abord thérapeutique des troubles psychotraumatiques. Implication de l'entourage familial et extra-familial. *Revue francophone du stress et du trauma*, *1*, 261-271.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., et al. (In press). Innovations in disaster mental health: Psychological First Aid. *Professional Psychology: Research and Practice*. .
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, *33*(9), 1111-1115.
- Wessely, S., Rose, S., & Bisson, J. (2000). Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD000560.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(4), 689-700.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSPT SELON LE DSM-IV

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSPT SELON LE DSM-IV

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- 1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou a des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
- 2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- 1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions
- 2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
- 3) impression ou agissement soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication)
- 4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
- 5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause

C. Évitement persistant du stimulus associé au traumatisme et à l'émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- 1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme
- 2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- 3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- 4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- 5) sentiment de détachement d'autrui et bien de devenir étranger par rapport aux autres
- 6) restriction des affects (p.ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- 7) sentiment d'avenir « bouché » (p.ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- 1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- 2) irritabilité ou accès de colère
- 3) difficulté de concentration
- 4) hypervigilance
- 5) réaction de sursaut exagéré

E. La perturbation (symptômes des critères B,C et D) dure plus d'un mois

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

APPENDICE B

DÉCISIONS DE PUBLICATION



[Main Menu](#) → [Authoring Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in as

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Journal of Traumatic Stress*.

Manuscript ID: JOTS-09-0117

Title: Randomized Controlled Trial of a Brief Cognitive-Behavioral Dyadic Intervention Designed to Prevent the Development of PTSD

Authors: Brunet, Alain
Bousquet Des Groseilliers, Isabeau
Cordova, Matthew
josef, Ruzek

Date Submitted: 07-May-2009

Print Return to Dashboard

ScholarOne Manuscripts™ v4.1.3 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2009. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.
[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy

Manuscript Submission Portal

Manuscript: Two-year Follow-up of a Brief Dyadic Cognitive-Behavioral Intervention to Prevent

Dr. Brunet:

Your manuscript has been sent to the editorial office. Yenys Castillo, our editorial assistant, will send an electronic confirmation, with your manuscript number, when the manuscript file is formally opened in the editorial office.

Journals Back Office is a product of the American Psychological Association, Copyright © 2009.

If you have questions or comments about this site, please send them to jbo@apa.org.

Questions regarding specific manuscripts should be directed to the editorial office of the journal to which it was submitted.

APPENDICE C

QUESTIONNAIRES

Inventaire de Détresse Peritraumatique (PDI)

© A. Brunet, D.S. Weiss, S.R. Best, T.J. Metzler, & C.R. Marmar, 1997,
proposition traduction française L. Jehel

Instructions: Complétez s'il vous plaît les propositions qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement critique. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse « Pas du tout vrai ».					
1	Je ressentais de l'impuissance.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
2	Je ressentais de la tristesse et du chagrin.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
3	Je me sentais frustré(e) et en colère.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
4	J'avais peur pour ma propre sécurité.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
5	Je me sentais coupable.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
6	J'avais honte de mes réactions émotionnelles.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
7	J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
8	J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
9	J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
10	J'étais horrifié(e).				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
11	J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
12	Je sentais que je pouvais m'évanouir.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
13	Je sentais que je pouvais mourir.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai

Questionnaire sur les expériences de dissociation péritraumatique (QEDP)

Instructions: Veuillez répondre aux énoncés suivants en encerclant le choix de réponse qui décrit le mieux vos expériences et réactions *durant* : _____ *et immédiatement après*. Si une question ne s'applique pas à votre expérience, encerclez "Pas du tout vrai".

1. Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté-e ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

2. Je me suis retrouvé-e sur le "pilote automatique" – je me suis mis-e à faire des choses que, je l'ai réalisé plus tard, je n'avais pas activement décidé de faire.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

3. Ma perception du temps a changé - les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

4. Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, ou en train de jouer un rôle.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

5. C'est comme si j'étais le ou la spectateur-trice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observait de l'extérieur.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

6. Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté-e de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

7. J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi -comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

8. J'ai été surpris-e de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

9. J'étais confus-e; c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

10. J'étais désorienté-e; c'est-à-dire que par moment j'étais incertain-e de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était.

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai



59428

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES T4

Date (jj/mm/aaaa):

INSTRUCTIONS: Vous trouverez ci-dessous 6 catégories de substances communément utilisées, incluant cigarettes, caféine, alcool, et drogues diverses. Veuillez indiquer par 'oui' ou 'non' si vous avez utilisé n'importe quelle substance faisant partie de chacune de ces catégories au cours du dernier mois. Si vous indiquez 'non' pour une catégorie, passez à la catégorie suivante. Veuillez noter que les deux dernières questions dans chacune des catégories portent sur les changements au niveau de votre consommation depuis l'événement.

1. Au cours du dernier mois, avez-vous fumé des cigarettes? Non Oui

SI OUI: Combien de cigarettes avez-vous fumé par jour? par jour

Avez-vous fumé plus suite à l'événement? Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à fumer plus qu'avant l'événement? Non Oui

2. Au cours du dernier mois, avez-vous bu des breuvages contenant de la caféine? Non Oui

SI OUI: Combien de chacun des breuvages suivants?

Café

--	--

Tasses par
jour

Thé

--	--

Tasses
par jour

Boissons gazeuses

--	--

Cannes ou
bouteilles par jour

Est-ce que votre consommation de caféine a augmenté suite à l'événement? Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à consommer plus de caféine qu'avant l'événement? Non Oui

EARLY INTERVENTION

Cocher les cases comme ça:

Et non comme ça:



59428

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES T4

--	--	--	--

3. Au cours du dernier mois, avez-vous consommé des boissons contenant de l'alcool?

Non Oui

SI OUI: Combien de chacun des boissons suivantes?

Bière

--	--

Cannes ou bouteilles
par semaine

Vin

--	--

Verres par semaine

Boissons fortes

--	--

Onces par semaine

Est-ce que votre consommation d'alcool a augmenté suite à l'événement?

Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à consommer plus d'alcool qu'avant l'événement?

Non Oui

4. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des substances pour vous donner de l'énergie?

Non Oui

SI OUI: Veuillez indiquer laquelle ou lesquelles:

Amphetamines

Caféine

Ritalin

Cachets pour maigrir

Cocaïne

Autres (spécifiez): _____

Pendant combien de jours avez-vous utilisé cette (ces) substance(s) au cours du dernier mois?

--	--

 jour

Est-ce que votre consommation de cette (ces) substance(s) a augmenté suite à l'événement ?

Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à utiliser cette (ces) substance(s) plus qu'avant l'événement?

Non Oui



59428

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES T4

--	--	--	--

5. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des substances pour vous aider à dormir? Non Oui

SI OUI: Veuillez indiquer laquelle ou lesquelles:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dalmane | <input type="checkbox"/> alcool |
| <input type="checkbox"/> Quaalude | <input type="checkbox"/> Marijuana |
| <input type="checkbox"/> Halcion | <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez): _____ |

Pendant combien de jours avez-vous utilisé cette (ces) substance(s) au cours du dernier mois? jour

Est-ce que votre consommation de cette (ces) substance(s) a augmenté suite à l'événement? Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à consommer ces substances plus qu'avant l'événement? Non Oui

6. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des substances pour vous aider à contrôler votre anxiété pendant le jour? Non Oui

SI OUI: Veuillez indiquer laquelle ou lesquelles:

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Valium | <input type="checkbox"/> Xanax |
| <input type="checkbox"/> Librium | <input type="checkbox"/> Marijuana |
| <input type="checkbox"/> Serax | <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez): _____ |

Pendant combien de jours avez-vous utilisé au moins une de ces substance(s) au cours du dernier mois? jour

Est-ce que votre utilisation de ces substances a augmenté suite à l'événement? Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à utiliser ces substances plus qu'avant l'événement? Non Oui



16790

Impact of Event Scale - Revised T4

Date (jj/mm/aaaa):

		/							

INSTRUCTIONS: Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours après l'événement stressant/dangereux qui vous a amené à l'hôpital.

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

Pas du tout	Un peu	Moyen-nement	Passablement	Extrêmement
-------------	--------	--------------	--------------	-------------

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je me réveillais la nuit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Différentes choses me faisaient y penser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Je me sentais irritable et en colère. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sans le vouloir, j'y repensais. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. J'avais l'impression que rien n'était vraiment arrivé ou que ce n'était pas réel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je me suis tenu loin de ce qui me faisait y penser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'étais nerveux(se) et je sursautais facilement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. J'essayais de ne pas y penser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pas du tout	Un peu	Moyen-nement	Passablement	Extrêmement
-------------	--------	--------------	--------------	-------------

Cocher les cases comme ça:
Et non comme ça:

EI



16790

Impact of Event Scale - Revised T4



Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
-------------	--------	-------------	--------------	-------------

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.
15. J'avais du mal à m'endormir.
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.
18. J'avais du mal à me concentrer.
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.
20. J'ai rêvé à l'événement.
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.
22. J'ai essayé de ne pas en parler.

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
-------------	--------	-------------	--------------	-------------

--	--	--	--

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

INSTRUCTIONS: Pour chacune des questions suivantes, veuillez encercler la réponse qui représente le mieux la fréquence à laquelle ces situations se sont produites au cours de la dernière semaine.
VEUILLEZ RÉPONDRE À CES QUESTIONS EN FAISANT RÉFÉRENCE À L'ÉVÉNEMENT QUI VOUS A CONDUIT (E) À L'HÔPITAL.

Au cours de la dernière semaine, combien de fois votre conjoint(e) ou la personne la plus proche de vous (veuillez spécifier votre relation à cette personne:).

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
--------	----------	---------	---------

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. A changé de sujet quand vous avez voulu discuter de l'événement et de ses effets sur votre vie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ne semblait pas comprendre votre situation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous a évité(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. A minimisé vos problèmes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. A semblé cacher ses sentiments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. A paru inconfortable quand vous avez parlé de l'événement et de ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. A banalisé vos difficultés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. S'est plaint(e) de ses propres difficultés alors que vous auriez voulu parler des vôtres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Essayait de paraître gai(e) pour cacher ses vrais sentiments ou ses inquiétudes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vous a dit de cesser de vous en faire autant à propos de l'événement et de ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vous a dit d'essayer de ne pas penser à l'événement et à ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vous a donné l'impression qu'il (elle) ne voulait pas entendre parler de l'événement et de ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Vous a fait sentir comme s'il vous fallait garder pour vous-même vos sentiments par rapport à l'événement et à ses effets parce que ça le (la) mettait inconfortable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vous a fait sentir comme s'il vous fallait garder pour vous-même vos sentiments par rapport à l'événement et à ses effets parce que ça le (la) mettait en colère? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vous a laissé(e) tomber en ne vous démontrant pas autant d'amour et d'intérêt que vous auriez souhaité? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cochez les cases comme ça:
Et non comme ça:



42025

SAS-SR T4

Date (dd/mm/yyyy):

		/			/

Nous aimerions savoir comment vous vous êtes porté au cours des deux dernières semaines. Nous aimerions que vous répondiez à quelques questions concernant votre travail, vos temps libres et votre vie de famille. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses à ces questions. Avant de répondre aux questions, s'il vous plaît fournir les informations demandées au début de ce questionnaire.

A. Travail Rénuméré

Avez-vous un travail rémunéré de 15 heures ou plus par semaine?

Si OUI, veuillez répondre à la question no. 1. Si NON, passez à la section B. Travail au foyer non rémunéré.

01. Combien de jours de travail avez-vous manqué au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai manqué aucun jour.
 - 2 J'ai manqué un jour.
 - 3 J'ai manqué environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai manqué plus de la moitié du temps mais j'ai travaillé au moins un jour.
 - 5 Je n'ai travaillé aucun jour.
 - 6 Je n'ai travaillé aucun jour en raison de vacances planifiées.

Avez-vous travaillé au moins un jour au cours des deux dernières semaines?

Si OUI, veuillez répondre aux questions 2 à 6. Si NON, passez à la section B. Travail au foyer non rémunéré.

02. Comment avez-vous été capable de bien faire votre travail au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'ai très bien fait mon travail.
 - 2 J'ai bien fait mon travail mais j'ai eu des problèmes mineurs.
 - 3 J'ai eu besoin d'aide dans mon travail et je n'ai pas bien fait mon travail environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'ai pas bien fait mon travail la plupart du temps.
 - 5 Je n'ai pas bien fait mon travail tout le temps.
03. Combien de fois, avez-vous eu honte de la façon dont vous avez fait votre travail au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai jamais eu honte.
 - 2 J'ai eu honte une fois ou deux fois.
 - 3 J'ai eu honte environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai eu honte la plupart du temps.
 - 5 J'ai eu honte tout le temps.
04. Vous êtes-vous disputé avec des collègues de travail au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis pas disputé et je me suis très bien entendu avec eux.
 - 2 Je me suis habituellement bien entendu avec eux mais j'ai eu des disputes mineures.
 - 3 Je me suis disputé plus d'une fois.
 - 4 Je me suis disputé plusieurs fois.
 - 5 Je me disputais toujours.

Cocher les cases comme ça:
Et non comme ça:

EI



42025

SAS-SR T4



05. Combien de fois vous êtes-vous senti perturbé, anxieux ou mal-à-l'aise durant votre travail au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis jamais senti perturbé.
 - 2 Je me suis senti perturbé une ou deux fois.
 - 3 Je me suis senti perturbé environ la moitié du temps.
 - 4 Je me suis senti perturbé la plupart du temps.
 - 5 Je me suis senti perturbé tout le temps.
06. Avez-vous trouvé votre travail intéressant au cours des deux dernières semaines?
- 1 Mon travail était presque toujours intéressant.
 - 2 Mon travail n'a pas été intéressant environ une ou deux fois.
 - 3 Mon travail n'a pas été intéressant la moitié du temps.
 - 4 Mon travail n'a pas été intéressant la plupart du temps.
 - 5 Mon travail n'a jamais été intéressant.

B. Travail au foyer non rémunéré

Est-ce que le travail au foyer non rémunéré constitue une activité significative dans votre vie? Si OUI, veuillez répondre à la question 7. Si NON, passez à la section C. Étudiant.

07. Combien de fois avez-vous fait des travaux ménagers non rémunérés au cours des deux dernières semaines (par exemple, la cuisine, le ménage, la lessive, acheter de la nourriture, ou faire d'autres courses)?
- 1 J'ai fait les travaux ménagers chaque jour.
 - 2 J'ai fait les travaux ménagers presque chaque jour.
 - 3 J'ai fait les travaux ménagers environ la moitié du temps.
 - 4 La plupart du temps, je n'ai pas fait les travaux ménagers.
 - 5 Je n'ai pas été capable de faire les travaux ménagers.
 - 6 Je n'étais pas à la maison durant toutes les deux dernières semaines.

Étiez-vous absent de la maison durant toutes les deux dernières semaines?

Si OUI, passez à la section C. Étudiant. Si NON, veuillez répondre aux questions 8 à 12.

08. Au cours des deux dernières semaines, comment avez-vous été capable de bien faire vos travaux ménagers?
- 1 J'ai très bien fait mon travail.
 - 2 J'ai bien fait mon travail mais j'ai eu des problèmes mineurs.
 - 3 J'ai eu besoin d'aide dans mon travail et je n'ai pas bien fait mon travail environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'ai pas bien fait mon travail la plupart du temps.
 - 5 Je n'ai pas bien fait mon travail tout le temps.
09. Combien de fois avez-vous eu honte de la façon dont vous avez fait votre travail au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai jamais eu honte.
 - 2 J'ai eu honte une fois ou deux.
 - 3 J'ai eu honte environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai eu honte la plupart du temps.
 - 5 J'ai eu honte tout le temps.

10. Vous êtes-vous disputé avec des vendeurs, des réparateurs ou des voisins au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis pas disputé et je me suis très bien entendu avec eux.
 - 2 La plupart du temps, je me suis bien entendu avec eux mais j'ai eu des disputes mineures.
 - 3 Je me suis disputé plus d'une fois.
 - 4 Je me suis disputé plusieurs fois.
 - 5 Je me disputais toujours.
11. Combien de fois vous êtes-vous senti perturbé durant votre travail au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis jamais senti perturbé.
 - 2 Je me suis senti perturbé une ou deux fois.
 - 3 Je me suis senti perturbé environ la moitié du temps.
 - 4 Je me suis senti perturbé la plupart du temps.
 - 5 Je me suis senti perturbé tout le temps.
12. Combien de fois avez-vous trouvé vos travaux ménagers intéressants au cours des deux dernières semaines?
- 1 Mon travail était presque toujours intéressant.
 - 2 Mon travail n'a pas été intéressant environ une ou deux fois.
 - 3 Mon travail n'a pas été intéressant la moitié du temps.
 - 4 Mon travail n'a pas été intéressant la plupart du temps.
 - 5 Mon travail n'a jamais été intéressant.

C. Étudiant

Allez-vous à l'école au moins la moitié du temps?

Si **OUI**, veuillez répondre aux questions 13 à 18. Si **NON**, passez à la section D. Vie sociale et loisirs.

13. Combien de jours de classe avez-vous manqué au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai manqué aucun jour.
 - 2 J'ai manqué un jour.
 - 3 J'ai manqué environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai manqué plus de la moitié du temps mais je suis allé en classe au moins un jour.
 - 5 Je ne suis pas du tout allé en classe.
 - 6 J'étais en vacances lors des deux dernières semaines.
14. Comment avez-vous été capable de bien faire votre travail scolaire, au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'ai très bien fait mon travail.
 - 2 J'ai bien fait mon travail mais j'ai eu des problèmes mineurs.
 - 3 J'ai eu besoin d'aide dans mon travail et je n'ai pas bien fait mon travail environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'ai pas bien fait mon travail la plupart du temps.
 - 5 Je n'ai pas bien fait mon travail tout le temps.



15. Combien de fois avez-vous eu honte de la façon dont vous avez fait votre travail scolaire, au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai jamais eu honte.
 - 2 J'ai eu honte une fois ou deux fois.
 - 3 J'ai eu honte environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai eu honte la plupart du temps.
 - 5 J'ai eu honte tout le temps.
16. Vous êtes-vous disputé avec des gens à l'école au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis pas disputé et je me suis très bien entendu avec eux.
 - 2 La plupart du temps, je me suis bien entendu avec eux mais j'ai eu des disputes mineures.
 - 3 Je me suis disputé plus d'une fois.
 - 4 Je me suis disputé plusieurs fois.
 - 5 Je me disputais toujours.
 - 6 Ça ne s'applique pas: je ne suis pas allé à l'école.
17. Combien de fois vous êtes-vous senti perturbé à l'école au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis jamais senti perturbé.
 - 2 Je me suis senti perturbé une ou deux fois.
 - 3 Je me suis senti perturbé environ la moitié du temps.
 - 4 Je me suis senti perturbé la plupart du temps.
 - 5 Je me suis senti perturbé tout le temps.
 - 6 Ça ne s'applique pas: je ne suis pas allé à l'école.
18. Combien de fois avez-vous trouvé votre travail scolaire intéressant au cours des deux dernières semaines?
- 1 Mon travail était presque toujours intéressant.
 - 2 Mon travail n'a pas été intéressant environ une ou deux fois.
 - 3 Mon travail n'a pas été intéressant la moitié du temps.
 - 4 Mon travail n'a pas été intéressant la plupart du temps.
 - 5 Mon travail n'a jamais été intéressant.
 - 6 Ça n'applique pas: je ne suis pas allé à l'école.

D. Vie sociale et loisirs

Veillez tous répondre aux questions 19 à 27.

19. Combien d'amis avez-vous vu ou avez-vous été en contact (par exemple au téléphone, par E-mail, etc.), au cours des deux dernières semaines?
- 1 Neuf ou plus.
 - 2 Cinq à huit.
 - 3 Deux à quatre.
 - 4 Un ami.
 - 5 Aucun.



20. Combien de fois avez-vous été capable d'exprimer vos sentiments et de parler de vos problèmes avec au moins un ami au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'ai toujours été capable d'exprimer mes profonds sentiments.
 - 2 La plupart du temps, j'ai été capable d'exprimer mes sentiments.
 - 3 J'ai été capable d'exprimer mes sentiments environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'ai habituellement pas été capable d'exprimer mes sentiments.
 - 5 Je n'ai jamais été capable d'exprimer mes sentiments.
 - 6 Ça ne s'applique pas: je n'ai pas d'amis.
21. À combien de reprises au cours des deux dernières semaines êtes-vous sorti socialement avec d'autres personnes, par exemple, visiter des amis; aller au cinéma, jouer aux quilles, aller à l'église ou au restaurant; ou inviter des amis chez vous?
- 1 Plus de trois fois.
 - 2 Trois fois.
 - 3 Deux fois.
 - 4 Une fois.
 - 5 Aucune fois.
22. Combien de temps avez-vous consacré à vos passe-temps ou à vos loisirs au cours des deux dernières semaines? Par exemple, faire du jardinage, du sport, écouter de la musique, lire ou utiliser votre ordinateur.
- 1 J'ai passé la plupart de mon temps libre à mes passe-temps, et ce, tous les jours.
 - 2 J'ai passé beaucoup de mon temps libre à mes passe-temps lors de certains jours.
 - 3 J'ai passé un peu de mon temps libre à mes passe-temps.
 - 4 La plupart du temps, je n'ai pas passé de temps à mes passe-temps mais j'ai regardé la télévision.
 - 5 Je n'ai pas consacré du temps à mes passe-temps et je n'ai pas regardé la télévision.
23. Avez-vous eu des disputes avec vos amis au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis pas disputé et je me suis très bien entendu avec eux.
 - 2 Je me suis habituellement bien entendu avec eux mais j'ai eu des disputes mineures.
 - 3 Je me suis disputé plus d'une fois.
 - 4 Je me suis disputé plusieurs fois.
 - 5 Je me disputais toujours.
 - 6 Ça ne s'applique pas: je n'ai pas d'amis.
24. Si vous êtes senti blessé ou offusqué par un ami au cours des deux dernières semaines, comment l'avez-vous pris?
- 1 Ça ne m'a pas affecté ou ce n'est pas arrivé.
 - 2 Je m'en suis remis après quelques heures.
 - 3 Je m'en suis remis après quelques jours.
 - 4 Je m'en suis remis après une semaine.
 - 5 Ça va me prendre des mois pour m'en remettre.
 - 6 Ça ne s'applique pas: je n'ai pas d'amis.



42025

SAS-SR T4



25. Combien de fois vous êtes-vous senti gêné ou mal-à-l'aise avec les gens au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je me suis toujours senti à l'aise.
 - 2 Je me suis quelquefois senti mal-à-l'aise, mais je réussissais à me détendre après quelque temps.
 - 3 Je me suis senti mal-à-l'aise environ la moitié du temps.
 - 4 Je me suis senti mal-à-l'aise la plupart du temps.
 - 5 Je me suis toujours senti mal-à-l'aise.
 - 6 Ça ne s'applique pas: je n'ai pas rencontré personne.
26. Combien de fois vous êtes-vous senti seul et avez souhaité avoir plus d'amis au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me sentais pas seul.
 - 2 Je me sentais seul quelquefois.
 - 3 Je me sentais seul environ la moitié du temps.
 - 4 Je me sentais habituellement seul.
 - 5 Je me sentais toujours seul et j'ai souhaité avoir plus d'amis.
27. Combien de fois vous êtes-vous ennuyé dans vos temps libre au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis jamais ennuyé.
 - 2 Je ne me suis presque jamais ennuyé.
 - 3 Je me suis ennuyé environ la moitié du temps.
 - 4 Je me suis ennuyé la plupart du temps.
 - 5 Je me suis toujours ennuyé.

Êtes-vous célibataire, séparé, divorcé ou vous vivez seul?

*Si **OUI**, veuillez répondre aux questions 28 et 29. Si **NON**, passez à la section E. La famille à l'extérieur de la maison.*

28. À combien de rendez-vous galants êtes-vous allé au cours des deux dernières semaines?
- 1 Plus de trois.
 - 2 Trois.
 - 3 Deux.
 - 4 Un.
 - 5 Aucun.
29. Avez-vous été intéressé à avoir des rendez-vous galants au cours des deux dernières semaines? Si vous n'en avez pas eu, auriez-vous voulu en avoir?
- 1 J'étais toujours intéressé à avoir des rendez-vous.
 - 2 J'étais intéressé la plupart du temps.
 - 3 J'étais intéressé environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'étais pas intéressé la plupart du temps.
 - 5 Je n'étais pas du tout intéressé.



E. La famille à l'extérieur de la maison

Répondez aux questions 30 à 37 concernant vos parents, frères, soeurs, belle-famille, et enfants ne vivant pas à la maison.

Avez-vous été en contact avec les membres de votre famille au cours des deux dernières semaines? Si **OUI**, veuillez répondre aux questions 30 à 37. Si **NON**, passez à la question 36.

30. Avez-vous eu des disputes avec des membres de votre famille au cours des deux dernières semaines?
- 1 Nous nous entendions très bien.
 - 2 Nous nous entendions habituellement bien mais nous avons eu des disputes mineures.
 - 3 Je me suis disputé plus d'une fois avec au moins un membre de ma famille.
 - 4 Je me suis disputé plusieurs fois.
 - 5 J'avais constamment des disputes.
31. Combien de fois avez-vous été capable d'exprimer vos sentiments et de parler de vos problèmes avec un membre de votre famille au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'étais toujours capable d'exprimer mes sentiments avec au moins un membre de ma famille.
 - 2 J'étais habituellement capable d'exprimer mes sentiments.
 - 3 J'étais capable d'exprimer mes sentiments environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'étais habituellement pas capable d'exprimer mes sentiments.
 - 5 Je n'étais jamais capable d'exprimer mes sentiments.
32. Avez-vous évité de prendre contact avec les membres de votre famille au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'ai contacté des membres de ma famille régulièrement.
 - 2 J'ai contacté un membre de ma famille au moins une fois.
 - 3 J'ai attendu que les membres de ma famille me contactent.
 - 4 J'ai évité de contacter les membres de ma famille, mais ils m'ont contacté.
 - 5 Je n'ai eu de contact avec aucun membre de ma famille.
33. Comptiez-vous sur des membres de votre famille pour de l'aide, des conseils, de l'argent, ou de l'amitié au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai jamais eu besoin de compter sur eux.
 - 2 Je n'avais habituellement pas à compter sur eux.
 - 3 J'avais besoin de compter sur eux environ la moitié du temps.
 - 4 Je comptais sur eux la plupart du temps.
 - 5 Je comptais complètement sur eux.
34. Combien de fois avez-vous voulu faire le contraire de ce que votre famille voulait que vous fassiez pour la mettre en colère, au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai jamais voulu m'opposer à elle.
 - 2 J'ai voulu m'opposer à elle une ou deux fois.
 - 3 J'ai voulu m'opposer à elle environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai voulu m'opposer à elle la plupart du temps.
 - 5 Je me suis toujours opposé à elle.



35. Combien de fois vous êtes-vous inquiété sans raison valable à propos de choses qui arrivent aux membres de votre famille au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je ne me suis pas inquiété sans raison.
 - 2 Je me suis inquiété une ou deux fois.
 - 3 Je me suis inquiété environ la moitié du temps.
 - 4 Je me suis inquiété la plupart du temps.
 - 5 Je me suis tout le temps inquiété.

Veillez répondre aux questions 36 et 37, même si les membres de votre famille ne sont plus en vie.

36. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu l'impression que vous aviez laissé tomber l'un ou l'autre des membres de votre famille ou que vous aviez été injuste envers lui à un moment ou à un autre?
- 1 Je n'ai jamais eu l'impression que je les avais laissé tomber.
 - 2 J'ai habituellement eu l'impression que je ne les avais pas laissé tomber.
 - 3 J'ai eu l'impression que je les avais laissé tomber environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai eu l'impression que je les avais laissé tomber la plupart du temps.
 - 5 J'ai toujours eu l'impression que je les avais laissé tomber.
37. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu l'impression que l'un ou l'autre des membres de votre famille vous avait laissé tomber ou qu'il avait été injuste envers vous à un moment ou à un autre?
- 1 Je n'ai jamais eu l'impression qu'ils m'avaient laissé tomber.
 - 2 J'ai eu l'impression qu'ils ne me laissent habituellement pas tomber.
 - 3 J'ai eu l'impression qu'ils m'avaient laissé tomber environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai eu l'impression qu'ils m'avaient laissé tomber la plupart du temps.
 - 5 Je me sens amer qu'ils m'aient laissé tomber.

F. Relation primaire

Vivez-vous avec votre époux(se), ou vivez-vous avec un(e) partenaire dans une relation intime? Si OUI, veuillez répondre aux questions 38 à 46. Si NON, passez à la section G. Parentale.

38. Avez-vous eu des disputes avec votre partenaire au cours des deux dernières semaines?
- 1 Nous n'avons pas eu de disputes et nous nous sommes bien entendus.
 - 2 Nous nous sommes habituellement bien entendus mais nous avons eu quelques disputes mineures.
 - 3 Nous avons eu plus d'une dispute.
 - 4 Nous avons eu plusieurs disputes.
 - 5 Nous avons constamment des disputes.
39. Combien de fois avez-vous été capable d'exprimer vos sentiments et de parler de vos problèmes avec votre partenaire au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je pouvais toujours exprimer librement mes sentiments.
 - 2 Je pouvais habituellement exprimer mes sentiments.
 - 3 Je pouvais exprimer mes sentiments environ la moitié du temps.
 - 4 Je ne pouvais habituellement pas exprimer mes sentiments.
 - 5 Je n'ai jamais été capable d'exprimer mes sentiments.



42025

SAS-SR T4



40. Combien de fois avez-vous exigé que les choses se fassent à votre manière à la maison au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'insistais pas toujours pour que les choses se fassent à ma manière.
 - 2 Je n'insistais habituellement pas pour que tout se fasse à ma manière.
 - 3 J'insistais pour que tout se fasse à ma manière environ la moitié du temps.
 - 4 J'insistais pour que tout se fasse à ma manière la plupart du temps.
 - 5 J'insistais toujours pour que tout se fasse à ma manière.
41. Combien de fois avez-vous été mené à la baguette par votre partenaire au cours des deux dernières semaines?
- 1 Presque jamais.
 - 2 De temps en temps.
 - 3 Environ la moitié du temps.
 - 4 La plupart du temps.
 - 5 Toujours.
42. À quel point vous êtes-vous senti dépendant de votre partenaire au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'étais indépendant.
 - 2 J'étais habituellement indépendant.
 - 3 J'étais quelquefois indépendant.
 - 4 J'étais dépendant la plupart du temps.
 - 5 J'étais dépendant de mon partenaire pour tout.
43. Comment vous êtes-vous senti vis-à-vis de votre partenaire au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'éprouvais toujours de l'affection.
 - 2 La plupart du temps, j'éprouvais de l'affection.
 - 3 La moitié du temps, j'éprouvais de l'affection et l'autre moitié, je n'éprouvais pas de l'affection.
 - 4 Je n'éprouvais habituellement pas de l'affection.
 - 5 Je n'éprouvais jamais d'affection.
44. Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles avec votre partenaire?
- 1 Plus de deux fois par semaine.
 - 2 Une ou deux fois par semaine.
 - 3 Une fois à toutes les deux semaines.
 - 4 Moins d'une fois par deux semaines, mais au moins une fois au cours du dernier mois.
 - 5 Pas du tout depuis un mois ou plus.
45. Avez-vous eu des problèmes pendant les relations sexuelles, telle que de la douleur au cours des deux dernières semaines?
- 1 Non.
 - 2 Une ou deux fois.
 - 3 Environ la moitié du temps.
 - 4 La plupart du temps.
 - 5 Toujours.
 - 6 Ça ne s'applique pas: aucune relation sexuelle au cours des deux dernières semaines.



42025

SAS-SR T4



46. Comment vous êtes-vous senti concernant le sexe au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'y ai toujours pris plaisir.
 - 2 J'y ai habituellement pris plaisir.
 - 3 Environ la moitié du temps, j'y ai pris plaisir et l'autre moitié, je n'y ai pas pris plaisir.
 - 4 Je n'y ai habituellement pas pris plaisir.
 - 5 Je n'y ai jamais pris plaisir.
 - 6 Ça ne s'applique pas: aucune relation sexuelle au cours des deux dernières semaines.

G. Parentale

Est-ce que des enfants non-mariés, des beaux-enfants, ou des enfants adoptés ont vécu avec vous à la maison au cours des deux dernières semaines?

*Si **OUI**, veuillez répondre aux questions 47 à 50. Si **NON**, passez à la section H. Unité familiale.*

47. Combien de fois vous êtes-vous intéressé à ce que faisaient vos enfants - à l'école, leurs jeux, ou leurs passe-temps - au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'étais toujours intéressé et impliqué activement.
 - 2 J'étais habituellement intéressé et impliqué.
 - 3 J'étais intéressé la moitié du temps et l'autre moitié, non.
 - 4 Je n'étais habituellement non-intéressé.
 - 5 J'étais toujours non-intéressé.
48. Avez-vous été capable de parler à vos enfants et de les écouter au cours des deux dernières semaines? (Incluez seulement les enfants de plus de deux ans.)
- 1 J'étais toujours capable de communiquer avec eux.
 - 2 J'étais habituellement capable de communiquer avec eux.
 - 3 J'étais capable de communiquer avec eux environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'ai habituellement pas été capable de communiquer avec eux.
 - 5 J'étais complètement incapable de communiquer.
 - 6 Ça ne s'applique pas: pas d'enfants de plus de deux ans.
49. Comment vous entendiez-vous avec les enfants au cours des deux dernières semaines?
- 1 Je n'ai eu aucune dispute et je me suis très bien entendu.
 - 2 En général, je m'entendais bien, mais j'ai eu quelques disputes mineures.
 - 3 J'ai eu plus d'une dispute.
 - 4 J'ai eu plusieurs disputes.
 - 5 Je me suis constamment disputé.
50. Comment vous êtes-vous sentis vis-à-vis de vos enfants au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'éprouvais toujours de l'affection.
 - 2 J'éprouvais habituellement de l'affection.
 - 3 J'éprouvais de l'affection environ la moitié du temps.
 - 4 Je n'éprouvais pas d'affection la plupart du temps.
 - 5 Je n'éprouvais jamais d'affection.



H. Unité familiale

Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec un partenaire dans une relation intime ou avez-vous déjà eu des enfants?

*Si **OUI**, veuillez répondre aux questions 51 à 53. Si **NON**, passez à la question 54.*

51. Vous êtes-vous inquiété sans raison à propos de votre partenaire ou de vos enfants au cours des deux dernières semaines, même si vous ne vivez plus avec eux?
- 1 Je ne m'inquiétais jamais.
 - 2 Je me suis inquiété une ou deux fois.
 - 3 Je m'inquiétais environ la moitié du temps.
 - 4 Je m'inquiétais la plupart du temps.
 - 5 Je m'inquiétais toujours.
 - 6 Ça ne s'applique pas: Mon partenaire et mes enfants ne sont plus en vie.
52. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu l'impression que vous aviez laissé tomber votre partenaire ou vos enfants à un moment ou à un autre?
- 1 Je n'ai aucunement l'impression que je les avais laissé tomber.
 - 2 Je n'ai habituellement pas eu l'impression que je les avais laissé tomber.
 - 3 J'ai eu l'impression que je les avais laissé tomber environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai habituellement eu l'impression que je les avais laissé tomber.
 - 5 Je les ai laissé tomber complètement.
53. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu l'impression que votre partenaire ou vos enfants vous avaient laissé tomber à un moment ou à un autre?
- 1 Je n'ai jamais eu l'impression qu'ils m'avaient laissé tomber.
 - 2 J'ai habituellement eu l'impression qu'ils ne m'avaient pas laissé tomber.
 - 3 J'ai eu l'impression qu'ils m'avaient laissé tomber environ la moitié du temps.
 - 4 J'ai habituellement eu l'impression qu'ils m'avaient laissé tomber.
 - 5 Je me sens amer qu'ils m'aient laissé tomber.

Veuillez répondre à la question 54.

54. Avez-vous eu assez d'argent pour subvenir à vos besoins financiers et à ceux de votre famille immédiate au cours des deux dernières semaines?
- 1 J'avais assez d'argent pour nos besoins.
 - 2 J'avais habituellement eu assez d'argent, mais j'ai eu quelques petits problèmes.
 - 3 Je n'avais pas assez d'argent environ la moitié du temps mais je n'ai pas eu à en emprunter.
 - 4 Je n'avais habituellement pas assez d'argent et j'ai dû en emprunter à d'autres personnes.
 - 5 J'avais beaucoup de difficultés financières.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Numéro de dossier

Initiales du client

CAPS

CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE

Version Française

Qu'est ce que la CAPS ?

- La CAPS est une entrevue semi-dirigée permettant de poser un diagnostic actuel ou passé d'État de stress post-traumatique (ESPT) congruent avec la nomenclature DSM-IV (APA, 1994).
- L'entrevue se présente sous la forme d'une série de questions répertoriant chacun des 17 symptômes cardinaux d'ESPT.
- L'entrevue CAPS permet d'évaluer la sévérité de chaque symptôme et de recueillir suffisamment d'information pour poser le diagnostic d'ESPT.
- La CAPS a été développée par le Centre national pour le stress post-traumatique des États-Unis (*National Center for PTSD*), par Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M., Kaloupek D.G., Charney D.S. et Keane T.M.

Dans quel contexte utiliser la CAPS ?

- La CAPS est employée à des fins d'évaluation clinique, scientifique (recherche), ou juridique auprès d'une clientèle adulte et adolescente (15 ans et plus).
- Développée initialement pour évaluer d'anciens militaires, l'entrevue CAPS est maintenant utilisée pour évaluer une multitude de populations exposées à des événements traumatiques (ex. victimes de viols, d'agressions, d'accidents de la route, d'accidents de travail, d'inceste, de maladies graves, de tortures, etc.).

Numéro de dossier

Initiales du client

INSTRUCTIONS

1. Informer la personne interviewée:

« Je vais maintenant vous poser des questions à propos de certaines situations difficiles ou stressantes qui peuvent survenir. En voici quelques exemples: voir ou subir un accident grave, un incendie, un ouragan ou un tremblement de terre; être agressé(e), battu(e) ou attaqué(e) avec une arme, être forcé(e) d'accomplir des actes sexuels contre son gré. Je vais d'abord vous demander de prendre connaissance de la liste de telle situations et de cocher celles qui s'appliquent à votre cas. Ensuite, si l'une des situations s'applique à vous, je vais vous demander de m'expliquer brièvement ce qui s'est passé et ce que vous avez ressenti au moment où c'est arrivé. »

« Il peut être pénible de se rappeler certaines de ces situations qui peuvent rappeler des souvenirs désagréables ou des sentiments douloureux. En parler soulage certaines personnes, mais: c'est à vous de décider ce que vous voulez me dire. Au cours de notre entretien, si vous vous sentez bouleversé(e), dites-le moi et nous pourrons faire une pause pour en parler. Si vous avez des questions à poser ou s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas très bien, veuillez me le dire. Avez-vous des questions avant de commencer l'entrevue? »

2. Remettre la check-list et donner les instructions pour que la personne la complète (voir check-list)

Une fois la liste des événements potentiellement traumatiques complétée, explorer le caractère traumatique de trois événements.

Si plus de trois événements sont cochés comme pertinents: vous devrez déterminer les trois événements à explorer. Par exemple: le premier, le pire et le plus récent des événements, ou les trois pires événements ou, le traumatisme qui peut être d'intérêt, etc...

3. Évaluer le caractère traumatique des événements:

Des événements sont-ils cochés comme pertinents sur la page précédente?

- Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»
- Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»
- Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- Non** - Si «non», le patient n'est pas admissible à l'évaluation.

Numéro de dossier

Initiales du client

Liste des événements potentiellement traumatiques.

Remettre la liste à la personne interviewée et lui dire:

« Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser (vivre). Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que (a) Vous avez vécu **personnellement** une telle situation, (b) Une autre personne a vécu une telle situation et **vous en avez été témoin**; (c) Vous **avez appris** qu'un de vos proches a vécu une telle situation, (d) La situation **ne s'applique pas** à vous. »

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

	Numéro de dossier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du client <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
--	---	--	--

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Premier événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
<p>Que s'est-il passé ?</p> <p>Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?</p>	<p>Description:</p> <p>type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence</p>
<p>Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement?</p> <p>Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?</p>	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

Oui Non

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Deuxième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
<p>Que s'est-il passé ?</p> <p>Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?</p>	<p>Description:</p> <p>type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence</p>
<p>Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement?</p> <p>Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagit sur le plan émotif ?</p>	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

Oui Non

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Troisième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?	Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence
Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement ? Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux ? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance ? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ?	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

 Oui **Non**

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE B : Reviviscence.

1. B1: Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement suscitant de la détresse.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé que des souvenirs de l'événement (images, pensées, perceptions) resurgissent spontanément, sans le vouloir et sans que rien ne les déclenche ? Avez-vous des exemples ? Ces souvenirs sont-ils revenus quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure lorsque les souvenirs de l'événement ne reviennent qu'en rêve -voir B2- ou lorsque les souvenirs sont déclenchés -voir B4-.)

Combien de fois avez-vous eu de tels souvenirs au cours du dernier mois ?

- 0 Jamais
- 1 Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4 Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces souvenirs vous ont-ils causé de la détresse ? Avez-vous pu les chasser de votre esprit et penser à autre chose ? (Cela a-t-il été difficile ?) Dans quelle mesure ces souvenirs ont-ils perturbés vos activités ?

- 0. Nullement : Arrive à chasser les souvenirs, pas de détresse; aucune perturbation dans ses activités
- 1 Légèrement : peu de détresse psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- 2 Modérément : détresse nettement présente mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités.
- 3 Sévèrement : détresse considérable, difficulté à chasser les souvenirs ; perturbation marquée dans ses activités.
- 4 Extrêmement : détresse incapacitante, impossibilité de chasser les souvenirs ; incapacité à poursuivre ses activités

Numéro de dossier

Initiales du client

2. B2: Rêves répétitifs à propos de l'événement, suscitant de la détresse.

Fréquence

Au cours du dernier mois, avez-vous déjà fait des rêves pénibles à propos de l'événement ? Pouvez-vous me décrire un rêve typique (Qu'arrive-t-il dans ces rêves ?) Combien de fois avez-vous fait de tels rêves au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rêves vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ?

Est-il arrivé qu'ils vous réveillent ? Si oui, dans quel état vous êtes vous réveillé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous rendormir ?

(Être à l'écoute de toute indication d'éveil anxieux, de cris, de mise en acte du cauchemar.)

Vos rêves ont-ils déjà affecté une autre personne ? De quelle façon ?

- 0. Pas du tout dérangé(e) ou bouleversé(e).
- 1. Légèrement : peu de détresse psychologique, peut ne pas s'être réveillé(e).
- 2. Modérément : s'est réveillé(e) en détresse, mais s'est rendormi(e) facilement.
- 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à se rendormir.
- 4. Extrêmement : détresse incapacitante, ne s'est pas rendormi(e).

Numéro de dossier

Initiales du client

3. B3: Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait (impression de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs avec flash-back [rappel d'images], incluant ceux qui surviennent au réveil ou en état d'intoxication).

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'agir ou de vous sentir comme si soudainement l'événement survenait à nouveau ? Des images ou des rappels d'images [flash-backs] de l'événement vous sont-ils soudainement revenus ? Quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure si elles ne sont revenues qu'en rêve.)

Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Jusqu'à quel point cela semblait-il comme si l'événement survenait à nouveau ? Dans quelle mesure cela vous semblait-il réel ? (Par exemple, peut-être que vous ne saviez plus très bien où vous étiez, ni ce que vous faisiez ?) Combien de temps cette impression a-t-elle duré ? Qu'avez-vous fait pendant ce temps ? (D'autres personnes ont-elles remarqué votre comportement ? Qu'ont-elles dit ?)

- 0 Événement non revécu.
- 1. Légèrement : impression un peu plus réaliste que de simplement penser à l'événement
- 2. Modérément : état dissociatif présent mais passager, très conscient de l'endroit où il/elle se trouvait, forme de rêve à l'état éveillé.
- 3. Sévèrement : état fortement dissociatif (dit voir des images, entendre des bruits ou sentir des odeurs), tout en restant un peu conscient de l'endroit où il/elle se trouvait.
- 4 Extrêmement : État complètement dissociatif (flash-back), inconscience de l'endroit où il/elle se trouvait, peut-être insensible, amnésie possible de l'épisode (black-out).

Numéro de dossier

Initiales du client

4. B4: Détresse psychologique intense, lorsque la personne est exposée à des indices qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'être bouleversé(e) lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Est-ce que quelque chose a déjà déclenché en vous des sentiments pénibles liés à l'événement ?) Quels genres de choses vous ont rappelé l'événement et vous ont bouleversé(e) ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 4. Tous les jours au presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rappels vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ? Combien de temps ont-ils duré ? À quel point ont-ils affecté votre vie ?

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement peu de souffrance psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément souffrance nettement présente mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévère souffrance considérable ; perturbation marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement souffrance incapacitante ; incapable de poursuivre ses activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

5.B5 : Réactivité physiologique lorsque la personne est exposée à des éléments déclencheurs, internes ou externes, qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé d'avoir des réactions physiques lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Votre corps a-t-il réagi d'une certaine façon lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ?) Pouvez-vous m'en donner des exemples ? Votre cœur s'est-il mis à battre plus fort ou plus vite ? Votre respiration a-t-elle changée ? Avez-vous transpiré, êtes-vous devenu(e) très tendu(e) ou vous êtes-vous mis(e) à trembler ? Quels types d'indices déclenchent de telles réactions ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours au presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de ces réactions physiques ? Combien de temps ont-elles duré ? (Ont-elles persisté même hors de cette situation ?)

- 0. Aucune réactivité physique
- 1. Légèrement : peu de réactivité
- 2. Modérément : réactivité physique nettement présente mais supportable, même si l'exposition aux éléments déclencheurs continue.
- 3. Sévèrement : réactivité physique considérable, qui persiste pendant toute l'exposition aux déclencheurs
- 4. Extrêmement : réactivité physique prononcée dont l'activation persiste même après la fin de l'exposition aux déclencheurs

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE C Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique et émoussement psychique (absent avant le événement).

6. C1: Efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter les pensées, les conversations ou les sensations liées à l'événement ? (Quelles sortes de pensées ou de sensations avez-vous essayé d'éviter ?) Faites-vous des efforts pour éviter d'en parler à d'autres personnes ? (Pourquoi ?) Combien de fois cela vous est-il arrivé au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous efforcé(e) d'éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement ? (Qu'avez-vous fait pour les éviter ? Avez-vous consommé de l'alcool ? Des médicaments ? Des drogues ?) (Considérer de toutes les tentatives d'évitement, y compris les distractions, la suppression et la consommation d'alcool ou de drogues.)

Dans quelle mesure cela a-t-il affecté votre vie ?

- 0. Nullement
- 1. Légèrement peu d'effort, peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément certains efforts, évitement nettement présent, quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévèrement : efforts considérables, évitement marqué, perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- 4. Extrêmement immenses efforts d'évitement, incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier

Initiales du client

7. C2 : Efforts délibérés pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs du traumatisme.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter certaines activités, certaines situations ou certaines personnes qui vous rappellent l'événement ? (Quelle sortes d'activités, de situations ou de gens avez-vous essayé d'éviter ? Pourquoi ?)

Combien de fois au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous fait des efforts pour éviter les activités, les situations ou les gens qui vous rappellent l'événement ? (Qu'avez-vous fait à la place ?) Dans quelle mesure cela vous a-t-il gêné dans votre vie ?

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement peu d'effort, peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément certains efforts, évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités
- 3. Sévèrement : efforts considérables, évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- 4. Extrêmement : immenses efforts d'évitement, incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier

Initiales du client

8. C3 : Incapacité à se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà éprouvé de la difficulté à vous souvenir de certains aspects importants de l'événement ? Dites-moi ce qui se passe (Croyez-vous que vous devriez être capable de vous souvenir de ces choses ? Pourquoi pensez-vous ne pas à y arriver ?)

Au cours du mois dernier, de combien d'aspects importants de l'événement ont échappé à votre mémoire ? (Quels sont les aspects dont vous vous souvenez ?)

- 0. Aucun, se souvient clairement.
- 1. A oublié peu d'aspects (moins de 10 %).
- 2. A oublié certains aspects (environ 20 à 30 %).
- 3. A oublié de nombreux aspects (environ 50 à 60 %).
- 4. A oublié la plupart des aspects ou tous (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir d'aspects importants de l'événement ? (Auriez-vous pu vous souvenir d'un plus grand nombre d'aspects si vous aviez fait des efforts ?)

- 0. Aucune difficulté
- 1. légèrement peu de difficulté.
- 2. Modérément une certaine difficulté, pourrait s'en souvenir avec effort.
- 3. Sévèrement difficulté considérable, même avec effort.
- 4. Extrêmement tout à fait incapable de se souvenir d'aspects importants de l'événement.

Numéro du patient

Initiales du patient

9. C4 : Diminution marquée de la participation à des activités importantes ou perte d'intérêt à l'égard de ces activités.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous ressenti une perte d'intérêt pour des activités auxquelles vous vous adonnez avec plaisir ? (Pour quelles activités avez-vous perdu intérêt ? Y en a-t-il que vous ne faites plus du tout ? Pourquoi ?) (À exclure si la personne n'en a plus l'occasion, si elle est incapable de s'y adonner, ou encore si elle préfère maintenant d'autres activités, à cause d'un changement normal dans son développement.)

Au cours du mois dernier, pour combien d'activités avez-vous ressenti moins d'intérêt ? (Quelles sortes d'activités continuez-vous à aimer faire ?) Quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Après l'événement ?)

- 0. N'a pas perdu intérêt pour ses activités.
- 1. Perte d'intérêt pour peu d'activités (moins de 10 %).
- 2. Perte d'intérêt pour certaines activités (environ 20 à 30 %).
- 3. Perte d'intérêt pour de nombreuses activités (environ 50 à 60 %).
- 4. Perte d'intérêt pour toutes ou presque toutes ses activités (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure aviez-vous perdu de l'intérêt ? (Trouviez-vous les activités agréables après les avoir commencées ?)

- 0. Pas de perte d'intérêt.
- 1. légèrement : légère perte d'intérêt, y trouverait probablement du plaisir une fois commencées.
- 2. Modérément : nette perte d'intérêt, mais éprouve encore un certain plaisir dans ses activités.
- 3. Sévèrement : perte d'intérêt marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement : a complètement perdu intérêt ; ne participe plus à aucune activité.

Numéro de dossier

Initiales du client

10. C5 : Sentiment d'être détaché ou étranger vis-à-vis des autres.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous eu l'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis-à-vis des autres ? Que ressentiez-vous alors ? Quelle fut la durée de cette impression, au cours du mois dernier ? Avez-vous commencé à vous sentir suite à l'événement ?

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10%).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30%).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60%).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80%).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou étranger vis-à-vis des autres ? (De qui vous sentez-vous le plus proche ? Avec combien de personnes êtes-vous à l'aise pour parler de choses personnelles ?)

- 0. Pas d'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis-à-vis des autres.
- 1. Légèrement : il lui arrive de ne pas se « sentir en harmonie » avec les autres
- 2. Modérément : impression de détachement nettement présente, mais sent encore certains liens interpersonnels
- 3. Sévèrement : sentiment marqué d'être détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres, ne se sent proche que d'une ou deux personnes.
- 4. Extrêmement : se sent complètement détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres, ne se sent proche de personne.

Numéro de dossier

Initiales du client

11.C6 : Capacité nettement diminuée à ressentir des émotions

Fréquence

Dans le dernier mois, vous êtes-vous senti(e) insensible sur le plan émotif ? Par exemple, avez-vous eu de la difficulté à ressentir des sentiments, comme l'amour ou la joie ? Comment vous sentiez-vous ? (Quels sentiments avez-vous eu de la difficulté à ressentir ?)

Combien de temps au cours du mois dernier vous êtes-vous senti(e) ainsi ? À partir de quand avez-vous remarqué avoir de la difficulté à ressentir des émotions ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à ressentir des émotions ? (Quelles sortes de sentiments pouviez-vous encore ressentir ?) (Inclure les observations sur la restriction des affects au cours de l'entrevue.)

- 0. Pas de diminution des émotions.
- 1. Légère : légère diminution des émotions.
- 2. Modérée : nette diminution des émotions, mais peut encore en ressentir la plupart.
- 3. Sévère : diminution marquée d'au moins deux émotions fondamentales (par ex., l'amour et la joie).
- 4. Extrême : ne ressent plus aucune émotion.

Numéro de dossier

Initiales du client

12. C7 : Sentiment que l'avenir est bouché.

Fréquence

Dans le dernier mois, y a-t-il eu des fois où vous avez senti qu'il n'était plus nécessaire de faire des plans d'avenir, que votre avenir était d'une certaine façon bouché ? Vous est-il déjà arrivé de penser qu'il ne vous était plus possible d'avoir une carrière, de vous marier, d'avoir des enfants ou d'avoir une durée de vie normale ? Pourquoi ? (Éliminer les risques réalistes tels qu'une maladie mettant la vie en danger.) Combien de temps au cours du mois dernier avez-vous pensé ainsi ? Quand avez-vous commencé à avoir de telles idées ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %)

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu l'impression que votre avenir était bouché ? (Combien de temps pensez-vous vivre ? Dans quelle mesure êtes-vous convaincu(e) d'être voué(e) à une mort précoce ?)

- 0. Pas de sentiment que l'avenir est bouché.
- 1. Faible : légère impression que l'avenir est bouché.
- 2. Modérée : net sentiment que l'avenir est bouché, mais ne fait pas de prédiction particulière quant à sa propre longévité.
- 3. Sévère : sentiment marqué que l'avenir est bouché ; peut faire des prédictions particulières quant à sa propre longévité.
- 4. Extrême : sentiment accablant que l'avenir est bouché ; tout à fait convaincu(e) d'une mort précoce.

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE D

Symptômes persistants d'hyperéveil.

13. D1 : Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e).

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ? Combien de fois au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir de la difficulté à dormir ? (Abant ou après l'événement ?)

- 0 Jamais
- 1 Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Toutes les nuits ou presque.

Difficulté à s'endormir ?

 Oui Non

Réveil au milieu du sommeil ?

 Oui Non

Réveil trop matinal ?

 Oui Non

Nombre total d'heures de sommeil par nuit :

Nombre d'heures de sommeil souhaité par nuit :

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir ? (Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir ? Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ?) Vous êtes-vous souvent réveillé(e) plus tôt que vous le vouliez ? En tout, combien d'heures avez-vous dormi chaque nuit ?

- 0. Pas de trouble du sommeil
- 1. Légère difficulté : délai d'endormissement légèrement prolongé ou un peu de difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil ≤ 30 minutes).
- 2. Difficulté modérée, net trouble du sommeil : délai d'endormissement nettement prolongé ou nette difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil = 30 à 90 minutes).
- 3. Difficulté sévère : délai d'endormissement très prolongé ou difficulté marquée à rester endormi(e) (perte de sommeil = 90 minutes à 3 heures).
- 4. Difficulté extrême : très long délai d'endormissement ou sévère difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil > 3 heures).

Numéro de dossier

Initiales du client

14. D2 : Irritabilité ou accès de colère.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous êtes-vous parfois senti(e) particulièrement irritable ou avez-vous manifesté une grande colère ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement)

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de votre colère ? (Comment l'avez-vous manifestée ? Si la personne affirme l'avoir réprimée: Vous a-t-il été difficile de ne pas montrer votre colère ?) Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous calmer ? Votre colère vous a-t-elle causé des ennuis ?

- 0. Pas d'irritabilité ni de colère.
- 1. Légère irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer rapidement.
- 2. Modérée. nette irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer.
- 3. Sévère irritabilité marquée ou efforts marqués pour réprimer sa colère, peut devenir agressif(ve) verbalement ou physiquement quand il/elle est en colère.
- 4. Extrême : colère profonde ou immenses efforts pour réprimer sa colère, peut avoir des accès de violence physique.

Numéro de dossier

Initiales du client

15. D3 : Difficulté à se concentrer.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous parfois trouvé difficile de vous concentrer sur ce que vous faisiez ou sur ce qui se passait autour de vous ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir des troubles de concentration ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0 Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps au tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Jusqu'à quel point était-ce difficile de vous concentrer ? (Tenir compte des observations sur la concentration et l'attention au cours de l'entrevue.) Dans quelle mesure ce manque de concentration a-t-il affecté votre vie ?

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1 Légèrement : il lui suffisait d'un léger effort pour se concentrer ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément : nette diminution de la concentration, mais aurait pu se concentrer avec effort, quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévèrement : perte de concentration marquée, même avec effort ; perturbation marquée dans ses activités.
- 4 Extrêmement : tout à fait incapable de se concentrer, incapable d'entreprendre des activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

16. D4 : Hypervigilance.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous parfois senti que vous étiez particulièrement en éveil ou vigilant(e), même lorsque ce n'était pas nécessaire ? (Vous sentiez-vous comme si vous étiez toujours sur vos gardes ?) Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Pourquoi ?

À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure faites-vous des efforts pour être attentif(ve) à ce qui se passe autour de vous ? (Tenir compte des observations d'hypervigilance en cours d'entrevue.) Votre hypervigilance vous a-t-elle causé des ennuis ?

- 0. Pas d'hypervigilance.
- 1. Légèrement : hypervigilance minime ; légère hausse de conscience.
- 2. Modérément : hypervigilance nettement présente, reste sur ses gardes en public (par ex., choisit une place sûre pour s'asseoir dans un restaurant ou au cinéma).
- 3. Sévèrement : hypervigilance marquée, très vigilant(e), guette le danger autour de lui/d'elle, exagérément soucieux(ieuse) de sa propre sécurité, de celle de sa famille ou de celle de son foyer.
- 4. Extrêmement : hypervigilance extrême, fait des efforts pour assurer sa sécurité et y consacre beaucoup de temps et d'énergie, ce qui peut comprendre des comportements exagérés de surveillance et de contrôle, est particulièrement vigilant(e) durant l'entrevue.

Numéro de dossier

Initiales du client

17. D5 : Réactions exagérées de sursaut.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé de sursauter fortement ? Quand est-ce arrivé ? (Qu'est-ce qui vous a fait sursauter ?) Combien de fois au cours du mois dernier ? Depuis, quand avez-vous commencé à avoir de telles réactions ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0 Jamais.
- 1. Une ou deux fois
- 2 Une au deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours au presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de ces réactions de sursaut ? (Comment étaient-elles par rapport à celles que l'on éprouve normalement ?) Combien de temps ont-elles duré ?

- 0. Pas de réaction de sursaut.
- 1. Légères réactions minimales.
- 2. Modérées : nettes réactions de sursaut ; se sent nerveux(euse).
- 3. Sévères : réactions de sursaut marquées, reste en état d'alerte après la première réaction.
- 4. Extrêmes : réactions de sursaut excessives, comportement de défense manifeste (par ex., un ancien combattant qui se couche par terre).

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE E

Chronicité de la perturbation (symptômes des critères B, C et D).

18. Début des symptômes

Combien de mois ou d'années se sont écoulés après l'événement avant que les symptômes d'ESPT n'apparaissent?

Mois
Années

Le délai d'apparition a-t-il été ≥ 6 mois ?

Oui Non

19. Durée des symptômes

En tout, combien de mois ou d'années durent (ou ont duré) les symptômes d'ESPT ?

Mois
Années

La durée des symptômes est-elle ≥ 3 mois ?

Oui Non

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE F

La perturbation cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

20. F1 : Souffrance subjective

Dans quelle mesure l'ensemble des symptômes dont nous avons discuté vous ont-ils dérangé(e) ? (Tenir compte de la souffrance signalée aux critères précédents)

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement : peu de détresse psychologique.
- 2. Modérément : détresse psychologique nettement présente mais supportable.
- 3. Sévèrement : détresse psychologique considérable.
- 4. Extrêmement : détresse psychologique incapacitante.

21. F2 : Altération du fonctionnement social

Ces symptômes ont-ils affecté vos relations avec les autres ? Dans quelle mesure ? (Tenir compte de l'altération sociale signalée aux critères précédents.)

- 0. Pas de répercussions défavorables
- 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement social
- 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement social, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts
- 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement social, dont peu d'aspects restent intacts.
- 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement social.

Numéro de dossier

Initiales du client

22. F3 : Altération du fonctionnement au travail ou dans d'autres domaines importants

Travaillez-vous actuellement ?

Oui

Si « oui », ces symptômes ont-ils nui à votre travail ou à votre capacité de travail ? Dans quelle mesure ?

Tenir compte des antécédents de travail, notamment du nombre et de la durée des emplois ainsi que de la totalité et de la nature des relations de travail. Si le fonctionnement au travail avant le trouble n'est pas clair, interroger le sujet à propos de ses expériences de travail avant le traumatisme.

- 0. Pas de répercussions défavorables.
- 1. Légères répercussions, peu d'altération du fonctionnement professionnel.
- 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement professionnel, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts
- 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement professionnel, dont peu d'aspects restent intacts.
- 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement professionnel.

Non

Si « non », ces symptômes vous ont-ils nui dans d'autres domaines importants de votre vie ? Dans quelle mesure ?

Dans ce cas, suggérer des exemples tels que le rôle de parents, la tenue de la maison, les études scolaires, le travail bénévole, passe-temps, etc.

- 0. Pas de répercussions défavorables.
- 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants.
- 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants, mais dont de nombreux aspects toutefois restent intacts.
- 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement dans d'autres domaines importants, dont peu d'aspects restent intacts.
- 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement dans d'autres domaines importants.

Numéro de dossier

Initiales du client

23. Validité globale

Estimer la validité globale des réponses. Tenir compte de facteurs tels que l'observance de l'entrevue, l'état mental (par exemple des difficultés de concentration, de compréhension de certains éléments, de dissociation) et des efforts évidents pour exagérer ou minimiser les symptômes.

- 0 Excellente pas de raison de soupçonner des réponses invalides.
- 1 Bonne présence de facteurs pouvant entacher la validité.
- 2 Passable présence de facteurs qui entachent certainement la validité.
- 3 Mauvaise validité considérablement réduite.
- 4 Réponses invalides état mental sévèrement altéré ou simulation de bien-être ou de « mal-être ».

24. Sévérité globale

Estimer la Sévérité globale des symptômes d'ESPT. Tenir compte du degré de souffrance subjective, du degré d'altération du fonctionnement, des observations sur le comportement pendant l'entrevue et du jugement ayant trait à la manière de répondre aux questions.

- 0. Pas de symptôme cliniquement significatif, ni de souffrance psychologique, ni d'altération du fonctionnement
- 1 Légère peu de souffrance psychologique ou d'altération du fonctionnement.
- 2 Modérée nette souffrance psychologique ou altération du fonctionnement, mais peut, avec effort, fonctionner de façon satisfaisante.
- 3 Sévère souffrance psychologique ou altération du fonctionnement considérables ; fonctionnement limité, même avec effort.
- 4 Extrême souffrance psychologique marquée ou altération marquée du fonctionnement dans au moins deux domaines importants.

Numéro de dossier

Initiales du client

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.1

Transcrire ci-dessous les cotes (notées de 0 à 4) du questionnaire

A. Événements traumatiques

Les décrire

B. Symptômes de reviviscence

Fréquence

Intensité

1. Souvenirs répétitifs et envahissants
2. Rêves pénibles
3. Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait
4. Souffrance psychologique lors d'exposition à des déclencheurs
5. Réactivité physiologique lors d'exposition à des déclencheurs

total + = _____

Le critère B est rempli si au moins un score

est ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité

Critère B satisfait ? Oui Non

C. Symptômes d'évitement et d'émoussement

Fréquence

Intensité

1. Évitement des pensées, des sensations, des conversations
2. Évitement des activités, des situations ou des gens
3. Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme
4. Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités
5. Sentiment d'être détaché ou étranger
6. Capacité réduite de ressentir des émotions
7. Sentiment que l'avenir est bouché

total + = _____

Le critère C est rempli si trois (3) $F \geq 1$ et trois (3) $I \geq 2$ Critère C satisfait ? Oui Non

D. Symptômes d'hyperéveil

Fréquence

Intensité

1. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e)
2. Irritabilité ou excès de colère
3. Difficulté à se concentrer
4. Hypervigilance
5. Réactions exagérées de sursaut

total + = _____

Le critère D est rempli si deux (2) $F \geq 1$ et deux (2) $I \geq 1$ Critère D satisfait ? Oui Non

E. Durée de la perturbation

Le critère E est rempli si la durée est ≥ 3 mois

Critère E satisfait ? Oui Non

TOTAL (B+C+D) = _____

		Numéro de dossier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du client <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
--	--	--	---	--	--

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.2

Transcrire ci-dessous les cotes (notées de 0 à 4) du questionnaire

F. Souffrance subjective

- 1. Souffrance subjective
- 2. Altération du fonctionnement social
- 3. Altération du fonctionnement professionnel

L'état satisfait au critère F si un score ou plus est ≥ 2

Critère F satisfait? Oui Non

L'état du patient satisfait-il à tous les critères?

- Non Le sujet n'est pas admissible pour l'essai
- Oui Répondre aux questions de l'évaluation globale

Signature de l'investigateur

Jour / Mois / Année

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelque soit la forme, compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. 11,6 min., médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'axe I DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une coformation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

• Entretien :

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez lui / d'elle des réponses en oui ou non.

• Présentation :

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si critères diagnostiques sont atteints.

• Conventions :

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot à mot" au patient de façon à standard l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (→) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement d'un diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, en notant « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

• Instructions de cotation :

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le patient dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F 75651 PARIS
FRANCE

tel +33 (0) 1 42 16 16 59
fax +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours de votre vie avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI
A2	Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?	NON	OUI
A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?		→	NON OUI
A3 a	Actuellement, vous sentez-vous particulièrement triste, déprimé(e) ?	NON	OUI
b	Actuellement, avez-vous le sentiment de n'avoir plus goût à rien ?	NON	OUI
Si A3a ET A3b = NON PASSER A A5 ET EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE Si A3a OU A3b = OUI. PASSER A A4			
A4 a	Depuis combien de temps dure cette période ? _ _ _ jours		
b	L'EPISODE ACTUEL DURE-T-IL DEPUIS AU MOINS 14 JOURS ?	NON	OUI
Si A4b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL Si A4b = NON : EXPLORER L'EPISODE PASSE LE PLUS GRAVE			
A5	Durant cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses :		
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de ± 5 %, c. à d. ± 3,5 kg / ± 8 lbs., pour une personne de 70 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI
b	Avez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
f	Avez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A5 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON)		→	NON OUI
A6	Ces problèmes entraînent-ils/entraînaient-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils/gênaient-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→	NON OUI

A7 Est-ce que les symptômes sont dus à la perte d'un proche (deuil) et est-ce que la sévérité et la durée est similaire à ce que la plupart des gens pourraient éprouver dans les mêmes circonstances ?

NON OUI

NON OUI
EPISODE DEPRESSIF
MAJEUR
ACTUEL
PASSE

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :

A8 a Au cours de votre vie, combien de périodes de deux semaines ou plus avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

Nombre d'EDM : /_/_/
EPISODE ACTUEL COMPRIS

b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ?

/_/_/ans (Première fois)

c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ?

/_/_/ans (Dernière fois)

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

- D1 a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NON OUI
 NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.
 SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIT : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.
- SI OUI
- b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ? NON OUI
- D2 a Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NON OUI
 NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.
- SI OUI
- b Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ? NON OUI
-
- D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?** NON OUI

SI D1b OU D2b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL
 SI D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

- D3 Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :
- a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ? NON OUI
- b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil) ? NON OUI
- c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ? NON OUI
- d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ? NON OUI
- e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ? NON OUI
- f Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ? NON OUI

g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsiderés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3
OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→
NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

NON	OUI
<i>EPISODE HYPOMANIAQUE</i>	
ACTUEL	
PASSE	

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>EPISODE MANIAQUE</i>	
ACTUEL	
PASSE	

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE HYPOMANIAQUE OU MANIAQUE :

D5 a Au cours de votre vie, combien de périodes avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement plein(e) d'énergie ou exalté(e) et/ou particulièrement irritable et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

Nombre : /_/_
EPISODE ACTUEL COMPRIS

b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ?

/_/_/ans (Première fois)

c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ?

/_/_/ans (Dernière fois)

E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEignent LEUR PAROXYSME EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI
SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1			
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI
SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1			
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI
SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1			
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :		
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? SI E5 = NON, PASSER A E7	NON	OUI
<i>Trouble Panique Vie entière</i>			
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? SI E6 = OUI, PASSER A F1	NON	OUI
<i>Trouble Panique Actuel</i>			
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI
<i>Attaques Paucisymptomatiques vie entière</i>			

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S). ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVA

E8 a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle crise ?

/_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle crise ?

/_/_/ ans (Dernière fois)

F. AGORAPHOBIE

F1 Avez-vous déjà été anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2 ET EN F3

F2 Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou bien étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontiez seul(e) ou bien encore essayiez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous deviez les affronter ?

NON OUI
*Agoraphobie
Passe*

F3 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ces situations ?

NON OUI
*Agoraphobie
Actuel*

F4 a Quand pour la première fois avez-vous redouté ces endroits/situations ?

/_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous redouté ces endroits/situations ?

/_/_/ ans (Dernière fois)

F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
*TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL*

F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
*TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL*

F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI
*AGORAPHOBIE
sans antécédents à
Trouble Panique
ACTUEL*

G. PHOBIE SOCIALE

- G1 a Avez-vous déjà eu une ou plusieurs périodes où vous redoutiez ou étiez gêné(e) d'être le centre de l'attention ou bien encore où vous aviez peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ? → NON OUI
- b Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ? NON OUI

Si G1b = NON . EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE
 Si G1b = OUI EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

- G2 Pensiez-vous que cette peur était excessive ou déraisonnable ? → NON OUI
- G3 Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous deviez les affronter ? → NON OUI
- G4 Cette peur entraînait-elle chez vous une souffrance importante ou bien vous gênait-elle de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ? → NON OUI
- G5 Cette peur était-elle toujours déclenchée et maintenue par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ? → NON OUI

G5 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
<i>PHOBIE SOCIALE</i>	
<i>ACTUEL</i>	
<i>PASSE</i>	

- G7 a Quand pour la première fois avez-vous redouté ces situations ? /_/ ans (Première fois)
- b Quand pour la dernière fois avez-vous redouté ces situations ? /_/ ans (Dernière fois)

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Avez-vous déjà eu une période où vous aviez souvent des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale **ou** que vous aviez des microbes, **ou** que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, **ou** agir impulsivement **ou** bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépessibles **ou** un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE. A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

Si H1 = NON. PASSER A H4

H2 Aviez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI

Si H2 = NON. PASSER A H4

H3 Pensiez-vous que ces idées qui revenaient sans cesse étaient le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous étaient pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI

H4 Avez-vous déjà eu une période où vous éprouviez, souvent, le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→
NON OUI

H5 Pensiez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs étaient déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

→
NON OUI

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênaient-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prenaient-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

→
NON OUI

H7 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu ce type de pensées/pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs ?

NON OUI

H7 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON C
TROUBLE
OBSESSIONNE.
COMPULSIF
ACTUEL

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIV.

H7 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI
TROUBLE
OBSESSIONNEL
COMPULSIF
PASSE

H8 a Quand pour la première fois avez-vous eu ce type de pensées/comportements ?

/_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois avez-vous eu ce type de pensées/comportements ?

/_/_/ ans (Dernière fois)

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (Ne pas répondre en fonction du dernier événement) : Évalu le trouble de stress- post-traumatique au passé seulement).

- I1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?
 EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...
 → NON OUI
- I2 a Depuis, avez-vous eu une période durant laquelle vous avez souvent pensé de façon pénible à cet événement, ou en avez-vous souvent rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?
 → NON OUI
- I3 Durant cette période:
- a Aviez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou aviez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ? NON OUI
- b Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ? NON OUI
- c Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ? NON OUI
- d Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ? NON OUI
- e Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ? NON OUI
- f Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ? NON OUI
- Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ? NON OUI
- I4 Durant cette période:
- a Aviez-vous des difficultés à dormir ? NON OUI
- b Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ? NON OUI
- c Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON OUI
- d Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ? NON OUI
- e Un rien vous faisait-il sursauter ? NON OUI
- Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ? NON OUI
- I5 Durant cette période, ces problèmes ont-ils entraîné chez vous une souffrance importante ou bien vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ? NON OUI

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S). ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

15 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI
ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
PASSE

- 16 a Quel âge aviez-vous quand vous avez vécu cet événement traumatique ? /_/_/ ans
- b Quand pour la première fois avez-vous eu ce type de problèmes ? /_/_/ ans (Première fois)
- c Quand pour la dernière fois avez-vous eu ce type de problèmes ? /_/_/ ans (Dernière fois)
-

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

- J1 a Au cours de votre vie avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois durant laquelle il vous est arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ? →
NON OUI
- b Cela vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois ? NON OUI

Si J1b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE

Si J1b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

- J2 **Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus importante / Au cours des 12 derniers mois :**
- a Avez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ? NON OUI
- b Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ?
Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? NON OUI
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE
- c Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ? NON OUI
- d Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ? NON OUI
- e Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ? NON OUI
- f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ? NON OUI
- g Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	OUI
DEPENDANCE ALCOOLIQUE	
ACTUEL	
PASSE	

- J2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous buviez et aviez les problèmes dont nous venons de parler ? /_/_/ ans (Première fois)
- i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE
DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

NON → OUI

J3 Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus
important e/ Au cours des 12 derniers mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors
que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-
t-il posé des problèmes ?

NON OUI

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela
était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un
instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?

NON OUI

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une
interpellation ou une condamnation ?

NON OUI

d Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes
avec votre famille ou votre entourage ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON OUI

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

ABUS D'ALCOOL
ACTUEL
PASSE

J3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12
mois durant laquelle vous buviez et aviez les problèmes dont nous venons de
parler ?

/_/_/ ans (Première fo

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

/_/_/ ans (Dernière fo

CARTE DES SUBSTANCES

AMPHETAMINE

ESSENCE

MORPHINE

CANNABIS

ETHER

NEIGE

CAPTAGON

FEUILLE DE COCA

OPIUM

CATOVIT

HASCHICH

PALFIUM

COCAÏNE

HEROÏNE

RITALINE

CODEINE

L.S.D.

SHIT

COLLE

MARIJUANA

TEMGESIC

CRACK

MESCALINE

TOLUENE

ECSTASY

METHADONE

TRICHLORETHYLENE

K. TROUBLES LIÉS A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1 Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si vous avez eu, au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→
NON OUI

ENTOURER CHAQUE PRODUIT CONSOMMÉ :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Téresta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMÉE(S) : _____

b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?

NON OUI

SI J1b = **NON** : EXPLORER LA PÉRIODE PASSÉE LA PLUS SÈVÈRE

SI J1b = **OUI** : EXPLORER LA PÉRIODE ACTUELLE

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :

CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPARÉMENT •

UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMÉE •

- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMÉE :

UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) •

K2 En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], au cours de cette période d'au moins 12 mois :

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?

Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTÔMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?

NON OUI

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES. ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? NON OUI
- d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? NON OUI
- e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI
- f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? NON OUI
- g Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

NON	OUI
<i>DEPENDANCE à une SUBSTANCES(S)</i>	
<i>ACTUEL</i>	
<i>PASSE</i>	

- K2 h Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ? /_/_/ ans (Première fois)
- i Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ? NON OUI

K3 Au cours de cette période d'au moins 12 mois :

- a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NON OUI
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES
- b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? NON OUI
- c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI

d Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S).

NON OUI
ABUS DE SUBSTANC
ACTUEL
PASSE

K3 e Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 12 mois durant laquelle vous preniez cette/ces substance(s) et aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

/_/_/ ans (Première fois)

f Quand pour la dernière fois cela vous est-il arrivé ?

/_/_/ ans (Dernière fois)

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.
NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIEMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIES.
AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

		BIZARRE		
A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.				
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIEMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REpond OUI A LA QUESTION . Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON	OUI	OUI
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	OUI → L8b

- L7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? NON OUI
COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.
- b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? NON OUI

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

- L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ? NON OUI
- L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ? NON OUI
- L10b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ? NON OUI

L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?

NON	OUI
<i>SYNDROME PSYCHOT ACTUEL</i>	

L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « a » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?
(VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MEME TEMPS)
OU
L11 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>SYNDROME PSYCHOT VIE ENTIERE</i>	

L12a Quand pour la première fois avez-vous eu ces pensées/impressions ? /_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ? /_/_/ ans (Dernière fois)

L13a SI L11 EST COTEE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE
UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE)
OU UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

→
NON OUI

b Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?

NON OUI

L13b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>TROUBLE DE L'HUM AVEC CARACTERISTI PSYCHOTIQUES</i>	
ACTUEL	
PASSE	

SI OUI, SPECIFIER SI LES PERIODES EXPLORÉES SONT ACTUELLES OU PASSEES

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a	Combien mesurez-vous ?	_ _ _ _ cm
b	Au cours de votre vie, quel est a été votre poids le plus faible (depuis l'adolescence) ?	_ _ _ _ kg
c	LE POIDS DU PATIENT A-T-IL DEJA ETE INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE	→ NON OUI
M1 d	Avez-vous pesé ce poids dans les 3 derniers mois ? Si M1d = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LE POIDS ETAIT LE PLUS BAS Si M1d = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE Au cours de la période où votre poids était le plus bas / Au cours des trois derniers mois :	NON OUI
M2	Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?	→ NON OUI
M3	Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?	→ NON OUI
M4 a	Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	NON OUI
b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	NON OUI
c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	NON OUI
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	→ NON OUI
M6	POUR LES FEMMES SEULEMENT : Au cours de cette période, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?	→ NON OUI
POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ? POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ? SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE		NON ANOREXIE MENT ACTUEL PASSE
M7 a	Quand pour la première fois avez-vous atteint ce poids tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?	/_/_/ ans (Première foi
b	Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?	/_/_/ ans (Dernière foi

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185
POIDS (kg)	Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54
	Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

N. BOULIMIE

N1 Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins trois semaines où vous aviez des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?

→
NON OUI

N2 a Au cours de cette/ces période(s), aviez-vous de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine ?

→
NON OUI

N2 b Avez-vous eu de telles crises, au moins deux fois par semaine, au cours des 3 derniers mois ?

NON OUI

SI N2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES CRISES DE BOULIMIE ETAIENT LES PLUS FREQUENTES

SI N2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

N3 Durant ces crises de boulimie, aviez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous preniez ?

→
NON OUI

N4 De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?

→
NON OUI

N5 L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?

→
NON OUI

N6 LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE ANOREXIE MENTALE ?

NON OUI

SI N6 = NON, PASSER A N8

N7 Ces crises de boulimie surviennent/survenaient-elles **toujours** lorsque votre poids est/était en dessous de ____ kg* ?

NON OUI

* REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.

N8 N5 EST-ELLE COTEE OUI ET N7 COTEE NON (OU NON COTEE) ?

NON OUI

BOULIMIE
ACTUEL
PASSE

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

N7 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

ANOREXIE MENTALE
Binge-eating / Purging
ACTUEL
PASSE

SI OUI, SPECIFIER SI LES PERIODES EXPLOREES SONT ACTUELLES OU PASSEES

N9 a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 3 mois où vous aviez au moins 2 crises de boulimie par semaine tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?

/_/_/ ans (Première fois)

b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?

/_/_/ ans (Dernière fois)

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 6 mois au cours desquelles vous aviez l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, ou bien au cours desquelles vous vous sentiez excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage ?

→
NON OUI

NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

→
NON OUI

O2 a Vous était-il difficile de contrôler ces préoccupations/ces soucis ou vous empêchaient-ils/elles de vous concentrer sur ce que vous aviez à faire ?

→
NON OUI

O2 b Avez-vous eu de telles/tels préoccupations/soucis, au cours des six derniers mois ?

NON OUI

Si O2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES PREOCCUPATIONS/SOUCIS ETAIENT LES PLUS FREQUENT(E)S
Si O2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

DE O3a A O3f. COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

O3 Au cours de cette période d'au moins six mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:

a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

NON OUI

b D'avoir les muscles tendus ?

NON OUI

c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?

NON OUI

d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?

NON OUI

e D'être particulièrement irritable ?

NON OUI

f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?

NON OUI

O4 Ces préoccupations / soucis ont-elles / ils été provoqué(e)s et maintenues par une maladie physique ou par la prise de médicaments ou de drogue ?

→
NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

SI OUI. SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

NON	O
<i>ANXIETE GENERAL</i>	
ACTUEL	
PASSE	

O4 a Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'anxiété tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?

/_/_/ ans (Première fois

b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?

/_/_/ ans (Dernière fois



42828

GRILLE DE COTATION DU MINI T4

Date (dd/mm/yyyy):



	ACTUEL	PASSÉ
Épisode dépressif majeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisode hypomaniaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisode maniaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble panique sans agoraphobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble panique avec agoraphobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agoraphobie sans antécédents de trouble panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phobie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble obsessionnel compulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépendance à l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépendance à une ou des substance(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abus de substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État de Stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Shade boxes like this: Not like this: 

APPENDICE D

LETTRES D'ACCEPTATION DES COMITÉS D'ÉTHIQUE



Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

June 12, 2007

Dr. Alain Brunet
Douglas Hospital Research Centre
6875 boulevard LaSalle
Verdun, Quebec H4H 1R3

Dear Dr. Brunet,

Re: Study A01-B03-02A entitled “Intervention Brève Suite à un Incident Critique” (formerly entitled “Intervention Précoce Suite à un Incident Critique”).

We are writing in response to your request for continuing review for the study A01-B03-02A entitled “Intervention Brève Suite à un Incident Critique” (formerly entitled “Intervention Précoce Suite à un Incident Critique”).

The progress report was reviewed and we are pleased to inform you that full Board re-approval for the study was provided on **June 11, 2007**, valid until **January 14, 2008**. The certification of annual review has been enclosed.

We ask that you take note of the investigator’s responsibility to assure that the current protocol and consent document are deposited on an annual basis with the Research Ethics Board of each hospital where patient enrolment or data collection is conducted.

Should any modification or unanticipated development occur prior to the next review, please advise the IRB promptly.

Yours sincerely,

Celeste Johnston, RN., D.Ed.
Co-Chair
Institutional Review Board

cc: Vivian Akerib – Douglas Hospital
A01-B03-02A

Institutional Review Board

- Continuing Review Form -

DATE OF I.R.B. APPROVAL JUN 11 2007

Principal Investigator: Alain Brunet

Department/Institution: Douglas Hospital Faculty of Medicine McGill University

IRB Review Number A11-M93-00

Study Number (if any): A01-B03-02A

Review Interval: Annual

Title of Research Proposal: Intervention Brève Suite à un Incident Critique

INTERIM REPORT (PLEASE CHECK OR SPECIFY)

Current Status of Study : Active Study [] On Hold [] Closed to Enrolment [] Interim Analysis [] Final Analysis X Study Not Activated []**

**If the study has not become active at McGill, please enclose correspondence to explain or provide explanation:

McGill hospital(s) where study is being conducted and has received acceptance of local Research Ethics Board(s) (if applicable):

Douglas: X JGH: [] MUHC/MCH (Mtl Children's): [] MUHC/MCI (Mtl Chest Ins): [] MUHC/MGH: X MUHC/MNH-MNI: [] MUHC/RVH: [] Shriners Hospital [] SMH: [] Other: X HÔPITAL SACRÉ-COEUR

McGill hospital(s) where study is being conducted and has NOT received acceptance of local Research Ethics Board(s) (if applicable): N/A

In the case of a clinical trial, has the lead sponsor registered the study in the WHO Clinical Trials Registry http://isrctn.com/ Yes [] No X or the NIH Clinical Trials Registry http://www.clinicaltrials.gov ? Yes [] No X

If study sponsorship or financial support has changed, please provide correspondence to explain; enclosed: No

Total number of subjects to be enrolled in the study: 94 Number of subjects to be enrolled at McGill sites: 84

Number of subjects enrolled by McGill PI to date: 84 Number of subjects enrolled by McGill PI since the last review: 84

Have any of these subjects withdrawn from the study, and if yes, how many? Yes X 28 No []

Has the study been revised since the last review? Yes [] No X

Has the consent form been revised since the last review? Yes [] No X Date of current consent form SEPTEMBER 9TH 2002

Have the study and consent form revisions been submitted and approved by the IRB? Yes X No []

Are there any new data since the last review that could influence a subject's willingness to provide continuing consent?: No

Have there been any Serious Adverse Experiences (SAEs)? Yes [] No X

Have all Serious Adverse Experiences (SAEs) and Safety Reports relevant to the study been reported to the IRB?: Yes [] No [] N/A

SIGNATURES:

Principal Investigator: [Signature]

Date: 23 mai 2007

IRB Chair: [Signature]

Date: June 11, 2007



McGill

Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

June 12, 2007

Dr. Alain Brunet
Douglas Hospital Research Centre
6875 boulevard LaSalle
Verdun, Quebec H4H 1R3

Dear Dr. Brunet:

We are writing in response to the request for continuing review by the Institutional Review Board of study A06-B23-04A entitled "Intervention Précoce Suite à un Incident Critique: Une relance à plus de 12 mois".

The study progress report was reviewed and we are pleased to inform you that full board re-approval for the study was provided on **June 11, 2007**, valid until **June 10, 2008**. The certification of approval (*annual*) has been enclosed.

We ask you to take note of the investigator's responsibility to assure that the current protocol and consent document are deposited on an annual basis with the Research Ethics Board of each hospital where patient enrollment or data collection is conducted.

Should any modification or unanticipated development occur prior to the next review, please inform the IRB promptly.

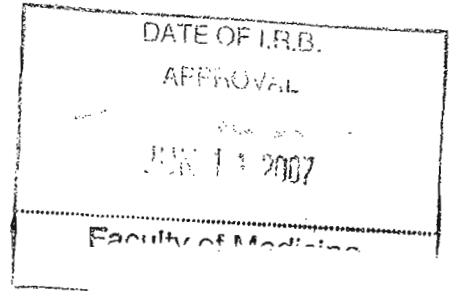
Yours sincerely,

Celeste Johnston, DEd, RN
Co-Chair
Institutional Review Board

cc: Vivian Akerib – Douglas Hospital
A06-B23-04A

Institutional Review Board

- Continuing Review Form -



Principal Investigator: Alain Brunet

Department/Institution: Douglas Hospital

IRB Review Number

Study Number (if any): A06-B23-04A Review Interval: Annual

Title of Research Proposal: Intervention Précoce Suite à un Incident Critique: Une Relance à plus de 12 mois

INTERIM REPORT (PLEASE CHECK OR SPECIFY)

Current Status of Study : Active Study [] On Hold [] Closed to Enrolment []
Interim Analysis [] Final Analysis X Study Not Activated []**

**If the study has not become active at McGill, please enclose correspondence to explain or provide explanation:

McGill hospital(s) where study is being conducted and has received acceptance of local Research Ethics Board(s) (if applicable):

Douglas: X JGH: [] MUHC/MCH (Mtl Children's): [] MUHC/MCI (Mtl Chest Ins.): [] MUHC/MGH: []
MUHC/MNH-MNI: [] MUHC/RVH: [] Shriners Hospital [] SMH: [] Other: []

McGill hospital(s) where study is being conducted and has NOT received acceptance of local Research Ethics Board(s) (if applicable): N/A

In the case of a clinical trial, has the lead sponsor registered the study in the WHO Clinical Trials Registry http://isrctn.com/ Yes [] No X or the NIH Clinical Trials Registry http://www.clinicaltrials.gov ? Yes [] No X

If study sponsorship or financial support has changed, please provide correspondence to explain; enclosed: N/A

Total number of subjects to be enrolled in the study: 66 Number of subjects to be enrolled at McGill sites: 52

Number of subjects enrolled by McGill PI to date: 52 Number of subjects enrolled by McGill PI since the last review: 52

Have any of these subjects withdrawn from the study, and if yes, how many? Yes X 20 No []

Has the study been revised since the last review? Yes [] No X

Has the consent form been revised since the last review? Yes [] No X Date of current consent form : 13/06/04

Have the study and consent form revisions been submitted and approved by the IRB? Yes [] No [] N/A

Are there any new data since the last review that could influence a subject's willingness to provide continuing consent?: NO

Have there been any Serious Adverse Experiences (SAEs)? Yes [] No X

Have all Serious Adverse Experiences (SAEs) and Safety Reports relevant to the study been reported to the IRB?: Yes [] No [] N/A

SIGNATURES:

Principal Investigator: [Signature]

Date: 29 May, 2007

IRB Chair: [Signature]

Date: June 11, 2007

APPENDICE E

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude:

'Intervention brève suite à un incident critique'.

Chercheurs principaux:

Alain Brunet, Ph.D., Département de psychiatrie de l'Université McGill, Centre de recherche de l'hôpital Douglas & Josef Ruzek Ph.D., National Center for PTSD (Californie).

But et description de l'étude:

Vous êtes invités à participer à une étude examinant l'efficacité d'une nouvelle intervention destinée aux personnes ayant vécu un incident critique. Par incident critique nous entendons un événement impliquant une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique accompagnée d'un sentiment intense de peur, d'horreur ou d'impuissance tel qu'éprouvé par exemple au cours d'un accident grave, d'une agression ou d'un désastre naturel.

Comme c'est le cas sur le plan physique, l'exposition à des événements stressants peut parfois nécessiter une période d'ajustement sur le plan psychologique, autant pour la personne ayant été exposée que pour ses proches. Un des ingrédients essentiels à cet ajustement est la communication. Il importe en effet que les individus ayant vécu l'événement ainsi que leurs proches puissent parler ouvertement de ce qui s'est passé et de ce qu'ils éprouvent. L'intervention que nous vous proposons vise à favoriser cette communication en fournissant de l'information sur les réactions courantes suite à un incident critique et sur les stratégies de communication aidantes. *L'intervention implique l'individu exposé à l'événement ainsi qu'une personne proche de son choix.*

Cette étude se déroule au Centre de recherche de l'hôpital Douglas et à l'Hôpital général de Montréal, et est subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)

Description de la recherche:

Dans le cadre de cette étude, nous suivrons, sur une période de 3 mois, 180 participants se présentant à l'urgence après avoir été exposés à un incident critique. Si vous acceptez de participer, nous procéderons d'abord à une entrevue d'évaluation d'environ 30 minutes au cours de laquelle vous parlerez brièvement de l'événement qui vous a amené à l'hôpital. Vous remplirez également quelques questionnaires portant sur votre santé physique et psychologique, sur vos réactions émotionnelles et physiques au moment de l'événement, ainsi que sur votre environnement social.

Cette entrevue d'évaluation nous permettra de déterminer si vous répondez aux critères de participation à l'étude, c'est-à-dire : 1) si vous avez été exposé(e) à un incident critique au cours des deux dernières semaines 2) si vous n'avez pas de condition physique ou psychologique pouvant affecter les résultats de l'étude (troubles cognitifs, maniaque-dépression, psychose, etc.) et si vous pouvez identifier un proche intéressé à vous accompagner.

Les personnes éligibles à participer seront par la suite assignées *au hasard* dans l'un de ces deux groupes : 1. évaluation + intervention précoce ou 2. évaluation + intervention différée. L'assignation à l'un ou l'autre groupe sera communiquée aux participants par contact téléphonique. La moitié des participants recevront l'intervention 2 à 4 semaines après l'événement (intervention précoce), tandis que l'autre moitié la recevra après 12 semaines (intervention différée). L'intervention consiste en deux séances de 50 minutes à deux semaines d'intervalle. Les interventions se font en face à face avec une infirmière clinicienne.

Les participants des deux groupes seront suivis 2, 4, et 12 semaines après l'incident critique afin d'évaluer leur état psychologique et leur santé physique. Nous vous demanderons alors de remplir des questionnaires portant sur votre santé physique et psychologique depuis l'événement, sur votre expérience lorsque vous avez parlé de l'événement avec votre entourage, et sur votre consommation d'alcool, de drogue et de médicaments. Ces questionnaires prennent entre 25 minutes et 1 heure 30 minutes à compléter et seront à nous retourner par la poste. Une entrevue d'évaluation en face à face, d'environ 2h30 minutes, aura lieu 3 mois après l'événement critique, pour les deux groupes de participants.

Préjudices et inconvénients possibles:

Certaines questions pourraient susciter des émotions vives telles que la tristesse, la colère, etc. Il se peut également que vous vous sentiez ennuyé(e) et fatigué(e) par des questions qui vous apparaîtront parfois répétitives.

Mis à part ces inconvénients, votre participation à cette étude ne vous causera aucun préjudice. Cependant, il peut exister des risques dont nous ignorons l'existence pour le moment. Toute nouvelle information pouvant affecter votre condition ou influencer votre désir de poursuivre votre participation à l'étude vous sera communiquée.

Bienfaits possibles:

Il se peut que vous et vos proches bénéficiiez de cette intervention et que celle-ci facilite votre rétablissement. Cependant, nous ne pouvons vous l'assurer. Votre participation pourrait nous permettre de mesurer l'efficacité de l'intervention et contribuer à son amélioration.

Si vos réponses aux questionnaires de suivi nous indiquent que vous avez un trouble diagnostique pour lequel il existe un traitement psychologique et/ou pharmacologique reconnu comme efficace, vous en serez avisé(e) et une liste de professionnels vous sera fournie. Votre participation à l'étude ne sera pas compromise si vous décidez d'entreprendre un autre traitement en cours d'étude.

Confidentialité:

Afin d'assurer la confidentialité des données, un code numérique sera utilisé pour identifier les questionnaires des participants. La liste permettant de faire le lien entre le nom du participant et son code numérique sera gardée séparément des questionnaires. De plus, les questionnaires complétés seront gardés sous clé. Seul le personnel de recherche autorisé aura accès à ces documents. Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée à moins que vous y ayez expressément consenti. Les sessions d'intervention seront enregistrées. Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Si lors de l'intervention ou dans vos questionnaires vous transmettez des informations suggérant que vous représentez un danger pour vous même ou pour les autres, la loi nous oblige à briser la confidentialité et à rapporter ces informations aux autorités compétentes. De même, il est possible en cas de poursuites judiciaires que des dossiers de recherche, incluant les cassettes audio, soient exigées par la cour. La confidentialité est donc respectée dans la mesure où la loi le permet.

Des représentants de l'organisme subventionnant cette étude (CQRS) ainsi que du comité d'éthique de l'Université McGill peuvent, à des fins de contrôle, exiger d'inspecter des dossiers de recherche qui pourraient vous identifier.

Remboursement:

Dans le cadre de cette étude, l'intervention vous sera offerte gratuitement. Vous recevrez également une compensation monétaire de \$20 pour la rencontre initiale, \$30 pour *chacun* des 2 suivis, et de \$50 pour la dernière entrevue, pour un total de \$130 pour votre participation à toute l'étude. Vous recevrez un chèque séparé pour chacune des étapes de l'étude.

Participation volontaire:

Votre participation à cette étude est volontaire. Votre décision de participer ou non n'affectera en aucune manière la qualité des soins que vous recevrez à l'hôpital. Vous pouvez mettre un terme à votre participation n'importe quand sans aucun préjudice. Vous êtes également libre de refuser de répondre à n'importe quelle question.

Il est à noter que le CQRS ou les chercheurs principaux peuvent mettre un terme à votre participation avec ou sans votre consentement.

Consentement:

Pour toutes questions relatives au projet, n'hésitez pas à rejoindre Mme Sabine Defer M.A., psychologue et coordonnatrice du projet, au 761-6131 poste 2368 ou le professeur Alain Brunet, Ph.D., psychologue et chercheur principal, au 761-6131 poste 4348. Si vous avez des questions

concernant vos droits à titre de participant(e) à une étude, contactez l'ombudsman de l'hôpital Douglas au (514) 762-3010.

VOTRE SIGNATURE INDIQUE QUE VOUS AVEZ LU ET COMPRIS LES INFORMATIONS CI-DESSUS, ET QUE VOUS CONSENTEZ LIBREMENT À PARTICIPER AU PROJET SUR LA BASE DES INFORMATIONS QUI VOUS ONT ÉTÉ DONNÉES.

Signature du participant: _____ Date: _____

Nom du participant en lettres moulées : _____

Signature de la personne proche : _____

Date : _____

Nom de la personne proche en lettres moulées : _____

Signature du témoin: _____ Date: _____

Nom du témoin en lettres moulées: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude:

«Intervention brève et précoce suite à un incident critique : une relance à plus de 12 mois».

Chercheurs principaux:

Alain Brunet, Ph.D., Département de psychiatrie de l'Université McGill, Centre de recherche de l'hôpital Douglas & Josef Ruzek Ph.D., National Center for PTSD (Californie).

Étudiante au Doctorat :

Isabeau Bousquet Des Groseilliers, B.Sc. Psychologie, département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, Centre de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.

But et description de l'étude:

Il y a plusieurs mois, vous avez participé à une étude d'efficacité d'une nouvelle intervention destinée aux personnes ayant vécu un incident critique. Par incident critique nous entendons un événement impliquant une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique accompagnée d'un sentiment intense de peur, d'horreur ou d'impuissance tel qu'éprouvé par exemple au cours d'un accident grave, d'une agression ou d'un désastre naturel. Nous désirons maintenant examiner les effets psychologiques à long terme de l'incident que vous avez vécu.

Comme c'est le cas sur le plan physique, l'exposition à des événements stressants peut parfois nécessiter une période d'ajustement sur le plan psychologique. Pour certaines personnes, cette période d'ajustement peut être courte, pour d'autres, plus longue. C'est pour tenter de déterminer quels sont les facteurs psychologiques qui entrent en jeu dans la rémission que nous vous demandons de participer à cette relance

Cette étude se déroule au Centre de recherche de l'hôpital Douglas et à l'Hôpital général de Montréal, et est subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et par le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Description de la recherche:

L'entrevue que nous désirons réaliser avec vous est d'une durée approximative de 3 heures. Nous vous demanderons dans un premier temps de remplir des questionnaires portant sur votre santé physique et psychologique depuis l'incident critique, sur votre expérience lorsque vous avez parlé de l'événement avec votre entourage, sur votre vie sociale et sur votre consommation de drogues, d'alcool et de médicaments. Ensuite, vous passerez une entrevue d'évaluation en face à face avec Isabeau Bousquet Des Groseilliers, B.Sc. Psychologie.

Préjudices et inconvénients possibles:

Certaines questions pourraient susciter des émotions vives telles que la tristesse, la colère, etc. Il se peut également que vous vous sentiez ennuyé(e) et fatigué(e) par des questions qui vous apparaîtront parfois répétitives.

Mis à part ces inconvénients, votre participation à cette étude ne vous causera aucun préjudice. Cependant, il peut exister des risques dont nous ignorons l'existence pour le moment. Toute nouvelle information pouvant affecter votre condition ou influencer votre désir de poursuivre votre participation à l'étude vous sera communiquée.

Bienfaits possibles:

Si vos réponses aux questionnaires de suivi nous indiquent que vous avez un trouble diagnostique pour lequel il existe un traitement psychologique et/ou pharmacologique reconnu comme efficace, vous en serez avisé(e) et une liste de professionnels vous sera fournie. Votre participation à l'étude ne sera pas compromise si vous décidez d'entreprendre un autre traitement en cours d'étude. De plus, vous contribuerez à améliorer la compréhension du développement des séquelles psychologiques potentielles suite à un incident critique

Confidentialité:

Afin d'assurer la confidentialité des données, un code numérique sera utilisé pour identifier les questionnaires des participants. La liste permettant de faire le lien entre le nom du participant et son code numérique sera gardée séparément des questionnaires. De plus, les questionnaires complétés seront gardés sous clé. Seul le personnel de recherche autorisé aura accès à ces documents. Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée à moins que vous y ayez expressément consenti par écrit. L'entrevue sera enregistrée. L'enregistrement sera détruit à la fin de l'étude.

Si lors de l'entrevue d'évaluation ou dans vos questionnaires vous transmettez des informations suggérant que vous représentez un danger pour vous même ou pour les autres, la loi nous oblige à briser la confidentialité et à rapporter ces informations aux autorités compétentes. De même, il est possible en cas de poursuites judiciaires que des dossiers de recherche, incluant les cassettes audio, soient exigés par la cour. La confidentialité est donc respectée dans la mesure où la loi le permet.

Des représentants de l'organisme subventionnant cette étude (CQRS, CRIPCAS) ainsi que du comité d'éthique de l'Université McGill et de l'Université du Québec à Montréal peuvent, à des fins de contrôle, exiger d'inspecter des dossiers de recherche qui pourraient vous identifier.

Compensation financière :

Dans le cadre de cette étude, vous recevrez une compensation financière de 50\$.

Participation volontaire:

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez mettre un terme à votre participation n'importe quand sans aucun préjudice. Vous êtes également libre de refuser de répondre à n'importe quelle question.

Il est à noter que le CQRS, le CRIPCAS ou les chercheurs principaux peuvent mettre un terme à votre participation avec ou sans votre consentement.

Consentement:

Pour toutes questions relatives au projet, n'hésitez pas à rejoindre Mme Isabeau Bousquet Des Groseilliers, B.Sc. Psychologie au (514) 761-6131 poste 2375 ou le professeur Alain Brunet, Ph.D., psychologue et chercheur principal, au 761-6131 poste 4348. Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de participant(e) à une étude, contactez l'ombudsman de l'hôpital Douglas au (514) 762-3010.

VOTRE SIGNATURE INDIQUE QUE VOUS AVEZ LU ET COMPRIS LES INFORMATIONS CI-DESSUS, QUE L'ÉTUDE VOUS A ÉTÉ CLAIREMENT EXPLIQUÉE, QUE VOUS AVEZ REÇU DES RÉPONSES SATISFAISANTES À VOS QUESTIONS ET QUE VOUS CONSENTEZ LIBREMENT À PARTICIPER AU PROJET SUR LA BASE DES INFORMATIONS QUI VOUS ONT ÉTÉ DONNÉES.

Signature du participant: _____

Date: _____

Nom du participant en lettres moulées : _____

Signature du témoin: _____

Date: _____

Nom du témoin en lettres moulées: _____

APPENDICE F

MATÉRIEL DONNÉ AUX PARTICIPANTS ET
SOMMAIRE DE L'INTERVENANT

Sommaire de l'intervenant

IV. SOMMAIRE DE L'INTERVENANT

Cette section résume les points essentiels qui devront être couverts au cours de l'intervention. Une fois que l'intervenant est familier avec l'intervention, ce sommaire peut lui être suffisant.

A. ORIENTATION

1. Les expériences traumatiques ont des conséquences physiques et émotionnelles.
2. But de la consultation : discuter du processus d'adaptation émotionnel et social.
3. Discuter des obstacles pouvant survenir et des façons plus adéquates de les gérer; service de consultation en deux temps, prévoir la manière de faire face aux choses dans le futur, suggérer différentes stratégies d'adaptation, donner la chance de mettre en pratique ensemble de nouvelles habiletés, se rencontrer à nouveau dans deux semaines afin de faire un suivi et voir comment ça se passe pour vous.
4. « J'aimerais que vous me parliez un peu de ce qui vous est arrivé et de ce qui vous amène ici tous les deux aujourd'hui »
Au patient : « Pourriez-vous me parler brièvement ce qui s'est produit pour que vous vous retrouviez à l'hôpital? »
5. **Au proche :** « Comment ça s'est passé pour vous (ou « comment avez-vous vécu l'événement? »)
6. Comparaison avec un itinéraire de voyage; prévoir les obstacles et les défis éventuels.

B. RÉACTIONS COURANTES

1. Une expérience traumatique peut troubler nos conceptions – perte de contrôle, insécurité, incertitudes...
2. Réactions normales mais difficiles : perte d'intérêt, engourdissement émotionnel, se sentir distant, irritable, frustré, avoir des troubles du sommeil, troubles de concentration, ressentir tristesse, peur, confusion, anxiété, colère et préoccupations à propos de sa santé et de l'avenir.
3. **Demander au patient :** « Laquelle ou lesquelles de ces réactions vous semblent familières ? Avez-vous des craintes ou des frustrations vis-à-vis ce qui vous est arrivé ? »
4. **Demander au proche :** « Avez-vous remarqué l'une ou plusieurs de ces réactions chez _____ ? Avez-vous senti ces mêmes réactions? »
5. Autres réactions normales : revivre l'événement, questionnements sur la cause et les conséquences de l'événement, sur la mort, la spiritualité, les priorités, etc.
6. Ce qui importe, c'est la manière dont ces émotions et pensées sont gérées par les personnes affectées.

C. PARLER POUR GUÉRIR

1. Responsabilités dans le processus de guérison : travailler ensemble pour parler activement des réactions.
2. Pouvoir parler de ses sentiments, de décisions pratiques à prendre, de comment vous voyez l'avenir, et des actions à poser.
3. Il est normal d'éviter d'en parler. Toutefois, la communication aide les gens à se comprendre, à donner un sens, à relativiser les préoccupations et les peurs, à se sentir moins seul et isolé, à trouver des solutions, à retrouver un sentiment de contrôle, à trouver un sens.
4. Importance de parler et d'écouter.
5. Analogie avec une blessure physique.

D. CONTRAINTES SOCIALES

1. La façon d'en discuter (ou le comment) est aussi très importante – normal d'avoir des difficultés à communiquer ce qui vous bouleverse, vous effraye ou vous met en colère – essayer de les ignorer, les minimiser, les arrêter ou y mettre un terme.
2. Vous pouvez chercher à éviter d'en parler, avoir peur de déranger ou d'être un fardeau, envoyer des messages confus.
3. Certaines réactions (normales) ferment la porte aux occasions de mieux comprendre, de trouver un sens, de se sentir soutenu.
4. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre)** : « Quelles sont vos façons habituelles de réagir vis-à-vis des choses qui vous bouleversent ou vous dérangent? Gardez-vous les choses en dedans ou en parlez-vous? »
5. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre)** : « J'ai mentionné plus tôt que de parler de vos pensées et de vos sentiments serait une chose importante pour faire face à ce qui vous est arrivé. Qu'en pensez-vous? »
6. Exemples de contraintes : «sois positif, c'est du passé, oublie tout ça, ne t'en fais pas », changer de sujet de conversation, paraître inconfortable, se mettre en colère, essayer de distraire les autres.

Normal de ressentir de la peur/anxiété face à des expériences effrayantes, important d'en parler de façon compréhensive.

E. COMMUNIQUER SES SENTIMENTS : ce qui aide et ce qui n'aide pas

1. Normal d'éprouver des problèmes de communication.
2. Il est parfois difficile d'aborder nos pensées et sentiments douloureux.
Ce qui n'aide pas : ...ne pas en parler pour ne pas déranger les autres, etc.
Ce qui aide : ...Parler de nos pensées et sentiments douloureux même si cela est épouvantable, etc. **ex.** :... « Je me sens _____ (triste, fâché, effrayé, etc.), est-ce que je pourrais t'en parler maintenant? », etc.
Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre): « Est-ce que certaines de ces suggestions vous apparaissent intéressantes ? Qu'est-ce que vous pourriez dire d'autre tout en vous sentant à l'aise? »

3. Il n'est pas toujours facile d'aider même avec de la bonne volonté.
Ce qui n'aide pas :essayer de résoudre sur-le-champ ou de régler les préoccupations ou les émotions de l'autre, etc.
Ce qui aide : ... Simplement écouter et offrir son appui, etc.
 ex.: ... « Cela semble vraiment difficile (épeurant, douloureux, etc.) »
Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre): « Est-ce que certaines de ces suggestions vous apparaissent intéressantes? Qu'est-ce que vous pourriez dire d'autre? »
4. Il est important de faire part aux autres de vos besoins
Ce qui n'aide pas: ...Présumer qu'ils s'en fichent ou qu'ils ne vous aiment pas, etc.
Ce qui aide : ... Les aider à vous aider, etc.
 ex. : ... « Je me sentirais mieux si tu pouvais simplement écouter, au lieu d'essayer de ... », etc.
Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre): « Est-ce que certaines de ces suggestions vous apparaissent intéressantes? Y a-t-il d'autres formules avec lesquelles vous seriez plus à l'aide?»

F. ENTREVUE MOTIVATIONNELLE

1. La plupart des gens ont des anticipations, soit positives, négatives ou mixtes, lorsqu'ils savent qu'ils devront parler de ce qui leur est arrivé. Désavantages (exemples)... Avantages (exemples).
2. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre):** « Je viens de nommer quelques appréhensions que les gens peuvent avoir à parler de leur expérience. Quelles sont vos opinions/préoccupations sur l'utilité ou la nécessité de partager votre expérience ? (EN DISCUTER)
3. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre):** « Quels avantages voyez-vous à parler de votre expérience? » (EN DISCUTER)
4. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre):** « Si vous mettiez dans la balance les avantages et les désavantages à partager vos pensées et vos émotions, qu'est-ce qui en ressortirait? » (DISCUTER de cette comparaison avec comme objectif d'amener le patient vers la décision de partager son expérience).

G. STRATÉGIES D'ADAPTATION : Ce qui aide et ce qui n'aide pas

1. Nous avons quelques suggestions quant aux stratégies s'avérant efficaces ou moins efficaces dans la gestion des émotions.
2. **REVOIR ce qui est aidant dans le processus d'adaptation.**
Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre): « Laquelle ou lesquelles de ces stratégies utilisez-vous?»
Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre): « Laquelle ou lesquelles de ces stratégies voudriez-vous commencer à utiliser? »
3. **REVOIR ce qui est moins aidant dans l'adaptation.**

Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre) : « Lesquels de ces comportements et attitudes vous sont familiers? » **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre) :** « Quels comportements seriez-vous prêts à changer? »

4. **RÉSUMER** les stratégies d'adaptation efficaces que le patient et son proche utilisent déjà, en plus de celles qu'ils essayeront de mettre en pratique sous peu, ainsi que les stratégies moins efficaces qu'ils essayeront de modifier.

H. DISCUSSION

1. « J'ai beaucoup parlé aujourd'hui, et j'aimerais savoir ce que vous pensez de tout cela. »
2. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre) :** « Parmi les choses que j'ai dites, lesquelles ne sont pas claires? Qu'est-ce qui vous apparaît le plus clair? Qu'est-ce qui, dans ce dont nous avons discuté, vous apparaît un peu exagéré ou irréaliste? (DISCUTER de ce qu'ils ont entendu, de leurs préoccupations, etc.) »
3. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre) :** « Avez-vous des questions? »

I. RÉSUMÉ

1. Conséquences physiques et émotives, importance d'en parler, de ne pas éviter, prendre plus conscience de l'influence que vous avez sur la réponse et les réactions des autres.
2. DIRE : « J'espère que cette rencontre vous a donné quelques idées et outils pour vous aider à mieux partager vos pensées et vos sentiments.»
3. **Demander au patient et au proche (Inviter les deux personnes à répondre) :** « Avez-vous envie d'essayer de partager davantage vos pensées et sentiments avec vos proches et croyez-vous que vous arriverez à le faire? »

J. Support matériel écrit

1. Distribuer et réviser le matériel écrit, incluant la feuille de suivi quotidien des stratégies d'adaptation.
2. Ce que contient ce document :
 - Réactions courantes à un événement critique, maladie et blessures.
 - Croyances qui aident et celles qui n'aident pas à propos de l'expression des émotions.
 - Communication des sentiments : *ce qui aide et ce qui n'aide pas.*
 - Stratégies d'adaptation : *ce qui aide et ce qui n'aide pas.*
 - Quand et comment aller chercher l'aide d'un professionnel ? (ne pas en discuter avant la 2^e consultation).
 - Aide-mémoire : Feuille de suivi quotidien des stratégies d'adaptation

Leur suggérer d'afficher l'aide-mémoire sur le réfrigérateur ou un miroir.
Expliquer l'utilisation de la feuille de suivi quotidien des stratégies d'adaptation et insister sur l'importance de la remplir quotidiennement.

K. Planifier la seconde rencontre

1. Expliquer la raison de l'importance d'une rencontre de suivi (45 à 60 minutes) à fixer d'en deux semaines.
2. **FIXER LE RENDEZ-VOUS**

Matériel Écrit à remettre aux participants

RÉACTIONS COURANTES SUITE À UN ÉVÉNEMENT STRESSANT

Les réactions suivantes sont courantes suite à l'exposition à un événement stressant. Elles s'atténuent habituellement avec le temps. Les individus exposés de même que leurs proches sont susceptibles d'éprouver une ou plusieurs de ces réactions.

Réactions courantes :

Avoir des pensées, des sentiments, des souvenirs et des cauchemars reliés à l'événement.

Ruminer sur les causes de l'événement

Se demander si l'événement aurait pu être évité

Réfléchir sur la spiritualité et le sens de la vie

Réfléchir sur les buts personnels, ce qui est important pour vous, ainsi que vos relations interpersonnelles

Se sentir triste et avoir envie de pleurer

Avoir peur et se sentir anxieux(se)

Se sentir irritable ou facilement frustré(e)

Se sentir en colère ou facilement provoqué(e)

Se sentir distant(e) des autres

Avoir perdu intérêt pour les choses

Avoir des difficultés à dormir

Avoir de la difficulté à se concentrer

Se sentir confus(e)

Manquer de confiance en vous-même et en le futur

Se sentir émotivement 'gelé(e)'

Éprouver de l'inquiétude à propos des conséquences de l'événement sur vos activités, vos relations interpersonnelles, votre capacité de travailler, votre futur.

S'inquiéter sur la possibilité que l'événement se reproduise et penser à la mort.

**LES CROYANCES AIDANTES ET NON AIDANTES À PROPOS
DE L'EXPRESSION ÉMOTIONNELLE**

CROYANCES NON AIDANTES	CROYANCES AIDANTES
Si je parle de mes sentiments, ma famille va me vivre comme un poids.	Je pourrais me sentir plus proche de ma famille si je leur parle de mes sentiments.
Si je parle de mes sentiments, je vais être encore plus bouleversé(e).	Je n'ai pas à essayer si fort d'éviter de penser à ce qui s'est passé.
Je dois essayer de garder une attitude positive tout le temps.	Partager ses sentiments réels est important – personne n'est positif tout le temps.
Je dois passer par dessus ce qui s'est passé.	Parler est un façon de s'apaiser dans le présent et dans le futur.
Si quelqu'un est bouleversé, je dois m'occuper de l'aider à ce qu'il ou elle se sente mieux.	Si quelqu'un est bouleversé, cette personne a besoin avant tout d'acceptation et de support.
Si je parle de mes sentiments, je vais perdre le contrôle.	Je vais me sentir mieux, et non pas pire, si je ne garde pas mes sentiments à l'intérieur.
Je vais faire peur à ma famille si je leur montre que j'ai peur	Exprimer mes sentiments va aider les membres de ma famille à négocier plus adéquatement avec leurs propres sentiments.

CE QUI EST AIDANT ET NON AIDANT PAR RAPPORT À L'EXPRESSION DES SENTIMENTS

AU MOMENT D'INITIER LA CONVERSATION :

Non aidant : Assumer que les autres ne veulent pas vous écouter
Ne pas parler parce que vous ne voulez pas bouleverser les autres
Blâmer les autres pour vos sentiments

Aidant : Dire aux autres ce dont vous avez besoin et comment ils peuvent vous aider
Parler des pensées et des sentiments douloureux, même si ça fait peur
Dire aux autres que vous appréciez leur écoute et leur présence

Exemples : 'Je me sens _____ (triste, en colère, apeuré, etc.). Est-ce que c'est un bon moment pour t'en parler?'
'J'aurais besoin de ton support maintenant'
'Je sais que tu es occupé, mais quand tu auras une pause, est-ce qu'on pourrait parler?'

AU MOMENT DE RÉPONDRE :

Non aidant : Essayer de trouver des solutions et régler les pensées et les sentiments de l'autre

Lui demander de parler quand il ou elle ne le souhaite pas
Critiquer son expérience
Changer de sujet quand il ou elle commence à parler
Minimiser l'expérience de l'autre personne

Aidant : Juste écouter et offrir du support
Essayer de tolérer vos propres anxiétés, peurs et inquiétudes
Partager vos sentiments et inquiétudes

Exemples : 'Ça semble vraiment très difficile (souffrant, épouvanté, affreux, etc.)'
'Je me sens _____ (apeuré, en colère, coupable, inquiet, honteux, impuissant, etc.)'
Montrer à l'autre que vous l'écoutez en faisant des signes de têtes ou des 'Mmmm...' etc.

COMMENT FAIRE SAVOIR AUX AUTRES QU'ILS NE VOUS DONNENT PAS CE DONT VOUS AVEZ BESOIN :

Non aidant : Attaquer ou critiquer les autres
Assumer qu'ils ne s'intéressent pas à vous ou qu'ils ne vous aiment pas vraiment
Laisser le ressentiment s'accumuler en gardant les choses à l'intérieur

Aidant : Dire aux autres ce qu'ils peuvent faire pour vous aider
Remerciez-les pour leur écoute
Souvenez-vous qu'ils peuvent être inquiets pour vous mais avoir des difficultés à vous le manifester directement.

Exemples :

'Je me sentirais mieux si tu pouvais simplement m'écouter'
'C'est difficile de montrer sa tristesse; S'il te plaît, laissez-moi parler pour un moment'

inquiétudes'
'Je me sens tellement supportée quand tu me laisses parler de mes