

## **Efficacité du « débriefing psychologique » dans la prévention des troubles psychologiques post-traumatiques**

*Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders*

M. AULAGNIER<sup>(1)</sup>, P. VERGER<sup>(1, 2)</sup>, F. ROUILLON<sup>(3)</sup>

(1) Observatoire Régional de la Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS – PACA), 23, rue Stanislas-Torrents, 13006 Marseille. Email : aulagnier@wanadoo.fr (*Tirés à part* : M. Aulagnier)

(2) INSERM U379, Marseille.

(3) Hôpital Albert-Chenevier, Créteil.

*Background:* Traumatic events are frequently followed by an acute stress reaction that may develop into a post-traumatic stress disorder. An intervention called psychological debriefing has been proposed to prevent these disorders. Although this method is widely used at present, its preventive effect is controversial. This article consists in a review of the studies which evaluated psychological debriefing efficiency in the prevention of post-traumatic stress disorder and associated disorders in adults.

*Method:* We carried out a bibliographical search on MEDLINE (1966-2001), PASCAL (1987-2001), EMBASE (1988-2001), FRANCIS (1984-2001) and SCIEDIRECT (1967-2001). The key words were posttraumatic stress disorder, debriefing, treatment, psychological follow up, and prevention. We selected the studies with the following criteria: adults, one psychological debriefing session in the month following the event, inclusion of a control group, more than 20 persons per group and evaluation of psychological disorders with standardized instruments more than one month after the trauma.

*Results:* Twenty nine studies were identified and 8 selected. Four studies did not show any intervention effect, 3 suggested a negative intervention effect, and 1 suggested a positive effect on anxiety, depressive symptoms and alcohol dependence.

*Conclusion:* Psychological debriefing implies re-exposure through memory processes to the trauma, which can interfere with the natural course of adjustment and recovery. Several authors have suggested that psychological debriefing may delay the diagnosis and thus the early treatment of post-traumatic stress disorder. Psychological debriefing may not be appropriate to all victims of every type of incident or trauma. We discuss the intervention and its design. This review did not show evidence for psychological debriefing efficiency, as a unique session, in the prevention of posttraumatic reactions. The design and the objectives may be re-examined. Further evaluations following rigorous methods are warranted.

*Psychological Debriefing. Post-traumatic stress disorder. Prevention. Review.*

*Position du problème :* L'impact psychologique d'un événement traumatique se caractérise fréquemment par une réaction de stress aiguë pouvant s'organiser par la suite en syndrome de stress post-traumatique. Le « débriefing psychologique » a été proposé afin de prévenir ou de réduire les symptômes d'état de stress post-traumatique. Bien que largement utilisé actuellement, son efficacité préventive est débattue. Cet article constitue une revue des études évaluant l'efficacité du débriefing

*psychologique dans la prévention de l'état de stress post-traumatique et des troubles associés chez l'adulte.*

*Méthode : Une recherche bibliographique a été réalisée sur les bases de données MEDLINE (1966-2001), PASCAL (1987-2001), EMBASE (1988-2001), FRANCIS (1984-2001) et SCIENCEDIRECT (1967-2001). Les mots-clés utilisés étaient : post traumatic stress disorder (PTSD), debriefing, treatment, psychological follow up, prevention. Les études étaient sélectionnées sur les critères suivants : population d'adultes, une seule séance de débriefing psychologique dans le mois suivant la catastrophe, présence d'un groupe contrôle, effectifs d'au moins 20 sujets par groupe, évaluation des troubles psychologiques par des instruments standardisés dans un délai de plus d'un mois après le traumatisme.*

*Résultats : Sur 29 études répertoriées, 8 répondaient aux critères de sélection. Quatre ne montrent pas d'effet de l'intervention ; 3 suggèrent des effets négatifs de l'intervention sur l'ESPT et 1 étude suggère un effet positif du débriefing psychologique sur les symptômes anxio-dépressifs et d'alcoolodépendance.*

*Conclusion : Le débriefing psychologique implique, par un processus de remémoration, une réexposition au traumatisme et peut interférer avec les processus émotionnels de retour à la normale. Certains auteurs suggèrent que le débriefing psychologique pourrait retarder le diagnostic d'état de stress post-traumatique et donc une prise en charge suffisamment précoce. Il est possible que le débriefing psychologique ne soit pas adapté à tous types de traumatismes et de publics. Ses modalités d'intervention (séance unique ou non, durée de l'intervention, formation des personnes le réalisant) sont discutées. Cette revue n'apporte pas d'argument en faveur de l'efficacité préventive du débriefing psychologique, sous la forme d'une session unique. Le concept et les objectifs de ce modèle mériteraient d'être réexaminés. Des évaluations complémentaires sont nécessaires selon une méthodologie rigoureuse.*

*Débriefing psychologique. Stress post-traumatique. Prévention. Revue.*

## INTRODUCTION

Les violences subies, quelles que soient leurs natures (agressions, accidents de la circulation, guerres ou attentats, catastrophes collectives naturelles ou d'origine humaine...) peuvent entraîner des troubles psychologiques sévères. Il s'agit fréquemment de réactions de stress aiguë dont les symptômes apparaissent et se résorbent dans les 4 semaines suivant le traumatisme [1]. Un état de stress post-traumatique (ESPT) peut leur succéder ou survenir de manière différée. Il est défini comme une réaction pathologique anxieuse survenant à la suite d'une exposition à un événement hors du commun et capable d'induire de la détresse émotionnelle chez la plupart des gens (durée de la réaction supérieure à 1 mois) [1]. Selon les critères du manuel diagnostique et statistique (DSM IV) de l'Association Américaine de Psychiatrie, l'ESPT associe trois types de symptômes : des symptômes d'intrusion (reviviscence de l'événement sous la forme de « flashbacks », cauchemars...), des symptômes d'évitement (fuite de ce qui rappelle l'événement) et des symptômes

d'hyperactivité neurovégétative (hypervigilance, irritabilité, difficultés de concentration, d'endormissement...). L'ESPT peut être qualifié d'aigu si les symptômes disparaissent au bout de 3 mois et de chronique s'ils persistent au delà [1]. Dans 30 à 40 % des cas, l'ESPT persiste plusieurs années [2]. De plus d'autres troubles peuvent être observés à la suite d'un traumatisme psychique, en association ou non à l'ESPT : troubles anxieux, troubles dépressifs [3] ou encore troubles liés à l'usage de produits psycho-actifs [4-6]. La sévérité de ces troubles et le handicap qu'ils entraînent justifient une prise en charge thérapeutique la plus précoce possible [2, 7].

Afin de prévenir ou de réduire la durée et la gravité de l'ESPT et des troubles associés, plusieurs types d'interventions existent, dont le « débriefing psychologique » (DP), de plus en plus utilisé actuellement en France. Celui-ci se fonde sur un entretien semi-structuré dont le principe est de favoriser l'expression du processus émotionnel et de préparer la personne ayant subi un traumatisme psychologique à l'émergence de

symptômes ou de réactions ultérieures. Au cours du DP, une reconstitution détaillée de l'événement traumatique doit être effectuée pour faciliter l'expression des émotions, des sentiments de culpabilité, de faute, de colère et de peur. La technique la plus couramment utilisée est le « Critical Incident Stress Debriefing » (CISD), proposé par Mitchell en 1983 [8] et repris sous le terme « Psychological Debriefing » par Dyregrov en 1989 [9] afin de différencier cette technique des « débriefings » opérationnels militaires. Tel que défini initialement, le DP est entrepris 48 à 72 heures après l'événement traumatique et repose sur une séance unique d'une à plusieurs heures. Elle est conduite par des thérapeutes professionnels qui peuvent être assistés de personnes spécialement formées et se décompose en plusieurs étapes [8, 10, 11] : une introduction sur les principes et le déroulement de la séance, une description de l'événement, une description des réactions émotionnelles et des pensées qui l'ont suivi, une évaluation des symptômes physiques et psychologiques, une information sur les réactions normales aux situations de stress, sur les possibilités d'assistance et d'accès aux soins. Initialement destinée à des groupes (« débriefing » collectif), le DP a également été utilisé de manière individuelle ou auprès de couples ou de familles. Cependant, l'efficacité préventive du DP sous la forme d'une seule session est débattue [10, 12-13-14]. Cet article effectue une revue des études ayant évalué l'efficacité du DP dans la prévention de l'ESPT et des troubles associés.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une recherche bibliographique a été réalisée sur les bases de données MEDLINE (1966-2001), PASCAL (1987-2001), EMBASE (1988-2001), FRANCIS (1984-2001) et SCIENCE DIRECT (1967-2001) avec les mots-clés 'Post traumatic Stress Disorder', 'debriefing', 'treatment', 'psychological follow up', 'prevention'. Elle a été complétée par une recherche à partir des listes de références des principales revues publiées. Les études retenues répondent aux critères suivants : population « cible » âgée de 16 ans ou plus ; séance de DP unique dans le mois suivant l'événement (compte tenu de la définition de l'ESPT, un DP effectué après plus d'un mois n'a pas une vocation préventive mais curative [9]) ; groupe contrôle de sujets n'ayant pas assisté au DP ; effectifs d'au moins 20 sujets par groupe ; évaluation de l'ESPT et des troubles associés par des instruments standardisés (échelles ou outils diagnostiques, voir *annexe I*) dans un délai de plus d'un mois après le traumatisme.

## RÉSULTATS

Vingt-neuf études ont été recensées entre 1979 et 2001 dont 21 n'ont pas été retenues car elles ne répondaient pas aux critères de sélection : pas de groupe contrôle [11, 15-17], DP constitué de plusieurs séances [18-24], ayant eu lieu plus d'un mois après l'événement [25], ne correspondant pas au modèle de Mitchell ou Dyregrov [26, 27] ou dont l'évaluation a été réalisée moins d'un mois après le DP [28], population d'enfants ou adolescents [29-32], effectifs par groupe inférieurs à 20 sujets [33]. Huit études ont été retenues (*tableau I et II*) dont 5 étaient randomisées : les participants y étaient répartis de façon aléatoire dans les groupes DP et contrôle. Divers instruments d'évaluation de l'ESPT et d'autres troubles psychologiques ont été utilisés (*annexe I*). Les résultats détaillés des études sont présentés selon les populations concernées : victimes d'accidents ou de catastrophes collectives (*tableau I*), secouristes et militaires (*tableau II*).

### LES ÉTUDES CONCERNANT LES VICTIMES

Les 5 études concernant les victimes étaient randomisées. Une étude a été effectuée chez 40 accidentés de la route en Irlande [34] admis de façon consécutive au service des urgences d'un hôpital pour des traumatismes n'ayant pas nécessité d'hospitalisation. Le DP a eu lieu en moyenne 7 jours après l'accident pour 18 d'entre eux. Les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, situation professionnelle et familiale) des 2 groupes étaient similaires. Les symptômes et la prévalence d'ESPT ont été évalués au départ et 3 mois en moyenne après l'accident (2-7 mois). Le DP et les évaluations ont été réalisés par le même investigateur. Quel que soit l'instrument utilisé, les scores d'ESPT étaient plus élevés au début du suivi et plus faibles à 3 mois dans le groupe DP que dans le groupe contrôle (*tableau I*) indiquant une diminution plus marquée des scores dans le groupe DP. Mais ces différences n'étaient pas significatives. À l'issue de la période de suivi, l'incidence des cas d'ESPT diagnostiqués ne différait pas entre les groupes (*tableau I*). Cependant, la petite taille de l'échantillon, l'absence d'évaluation en aveugle de l'intervention et d'ajustement des analyses sur les scores initiaux d'ESPT ne permettent pas de conclure.

TABLEAU I. — *Études consacrées aux victimes : essais randomisés.*

Auteurs	n		Population cible	Type de DP	Période DP <sup>b</sup> (en jours)	Période d'évaluation	Outils de mesure <sup>e</sup>	scores moyens		Taux de prévalence de l'ESPT (en %) [IC95 %] (ou incidence <sup>f</sup> )		p <sup>d</sup>
	DP <sup>a</sup>	C <sup>a</sup>						DP	contrôle	DP	contrôle	
Conlon, 1999 [34]	18	22	Accidentés de la route (blessés sans gravité) 16-65 ans	DP individuel de 30 min	3-14	initial	IES CAPS	35,0 37,8	28,5 27,0			ns
Hobbs, 1996 [35]	54	52	Accidentés de la route (blessés graves) 16-65 ans	DP individuel d'1 heure, réalisé par une infirmière ou un travailleur social	1-2	initial	IES	15,1	15,3			p < 0,05
Mayou, 2000 [36]	30	31	Accidentés de la route (blessés graves) 16-65 ans	DP Individuel de 1 heure, réalisé par une infirmière ou un travailleur social	1-2	4 mois	IES BSI-dépres BSI-anxiété	14,9 0,38 0,55	15,9 0,41 0,53			ns
Bisson, 1997 [37]	57	46	Victimes d'incendie 16-65 ans		2-19	initial	IES HADS-anxiété HADS-dépres.	16,3 5,9 3,5	15,4 5,7 2,9			p = 0,79 p = 0,77 p = 0,43
						3 mois	IES HADS-anxiété HADS-dépres. CAPS	20,4 6,4 3,5 12,0	16,2 5,4 2,7 7,0			p = 0,24 p = 0,18 p = 0,32 p = 0,42
						13 mois	IES HADS-anxiété HADS-dépres CAPS	19,5 6,9 3,8 16,0	9,6 4,7 2,0 4,1			p = 0,009 p = 0,02 p = 0,04 p = 0,03
								27,0 [11-43]	29,0 [13-45]			ns
								21,0 [10,4-31,6]	15,0 [4,7-25,3]			ns
								18,2 [0-40,0]	19,0 <sup>f</sup> [2,2-35,8]			ns
								26,0 [14,6-37,4]	9,0 [0,7-17,3]			p = 0,03

<sup>a</sup> DP : « débriefing psychologique » ; C : groupe contrôle ; C1 : groupe contrôle 1 ; C2 : groupe contrôle 2. <sup>b</sup> Après l'événement traumatique. <sup>c</sup> Cf. annexe I. <sup>d</sup> ns : non significatif ; nd : non disponible. <sup>e</sup> ANCOVA sur mesures répétées. <sup>f</sup> Taux d'incidence de l'ESPT.

TABLEAU I (suite). — Études consacrées aux victimes : essais randomisés.

Auteurs	n		Population cible	Type de DP	Période Dp <sup>b</sup> (en jours)	Période d'évaluation	Outils de mesure <sup>c</sup>	scores moyens		Taux de prévalence de l'ESPT (en %) [IC95 %] (ou incidence <sup>b</sup> )				
	DP <sup>a</sup>	C <sup>a</sup>						DP	C2 <sup>a</sup>	DP	C1 <sup>a</sup>	contrôle	C2 <sup>a</sup>	p <sup>d</sup>
Rose, 1999 [38]	54	51 et 52	Victimes d'agressions 18-76 ans	DP individuel (CISD) réalisé par un psychologue ou un travailleur social	9-31	initial	PSS IES	16,8 28,5	15,6 28,0	16,0 24,2	p > 0,10 p > 0,10			
					6 mois		PSS IES BDI	13,8 19,7 12,1	13,0 23,3 13,9	10,9 16,7 9,8	p > 0,10 <sup>e</sup> p > 0,10 <sup>e</sup> p > 0,10 <sup>e</sup>	23 [11,8-34,2]	11 [14-38]	ns [2,5-20]
Lee, 1996 [39]	21	18	Femmes (fausses couches) 19-42 ans	DP individuel (CISD) réalisé par un psychologue	15	Initial	HADS-anxiété HADS-dépres IES-intrusion IES évitem.	8,8 5,5 20,3 20,5	11,5 15,9 12,2	9,6 14,7 8,0	p > 0,10 p > 0,10 p > 0,10			
					4 mois		HADS-anxiété HADS-dépres IES-intrusion IES évitem.	7,4 3,2 13,2 13,5	8,1 4,8 18,1 11,4		ns ns ns ns			

<sup>a</sup> DP : « débriefing psychologique » ; C : groupe contrôle ; C1 : groupe contrôle 1 ; C2 : groupe contrôle 2. <sup>b</sup> Après l'événement traumatique. <sup>c</sup> Cf. annexe I. <sup>d</sup> ns : non significatif ; nd : non disponible. <sup>e</sup> ANCOVA sur mesures répétées. <sup>f</sup> Taux d'incidence de l'ESPT.

TABLEAU II. — *Études consacrées aux secouristes ou aux personnels médicaux : études comparatives.*

Auteurs	n		Population cible	Type de DP	Période DP <sup>b</sup> (en jours)	Période d'évaluation	Outil de mesure <sup>c</sup>	Scores moyens			Taux de prévalence de l'ESPT (en %) [IC95 %]		
	DP <sup>a</sup>	C <sup>a</sup>						DP	Contrôle	p <sup>d</sup>	DP	contrôle	p <sup>d</sup>
Carlier, 1998 [40]	46	59	Secouristes d'un accident d'avion	DP collectif (CISD) réalisé par un psychologue ou un travailleur social	< 2	8 mois	SI-PTSD	?	?		7,0 [2,1-11,9] <sup>e</sup>	ns	
Deahl, 2000 [42]	54	52	Soldats 18-38 ans	DP collectif (CISD), réalisé par des professionnels formés à ces techniques		Initial	IES <sup>m</sup> HADS <sup>m</sup>	0 4	7 6	p = 0,00 p = 0,02			
						3 mois	IES <sup>m</sup> PTSS-10 <sup>m</sup> HADS <sup>m</sup>	2 1 4	2 0,5 5	p = 0,86 p = 0,82 p = 0,33			
						6 mois	IES <sup>m</sup> PTSS-10 <sup>m</sup> HADS <sup>m</sup>	0 0 3	2,5 1 6	p = 0,05 p = 0,14 p = 0,001			
						12 mois	IES <sup>m</sup> PTSS-10 <sup>m</sup> HADS <sup>m</sup>	0 1 3,5	3 2 7	p = 0,19 p = 0,25 p = 0,02	2,0 [0-5,7]	4,0 [0-9,3]	ns
Deahl, 1994 [41]	42	20	Soldats	DP collectif (CISD), réalisé par des psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux ou des prêtres		9 mois	IES GHQ28	15,9 4,9	19,4 4,61	p > 0,2 p > 0,2	50,0 [34,9-65,1] 42,0 [20,5-63,7]	33,3 [12,7-54]	ns ns

<sup>a</sup> DP : « débriefing psychologique » ; C : groupe contrôle. <sup>b</sup> Après l'événement traumatique. <sup>c</sup> Cf. annexe I. <sup>d</sup> ns : non significatif ; nd : non disponible. <sup>e</sup> Taux de prévalence commun aux 2 groupes. <sup>m</sup> Scores médians.

Une autre étude [35, 36] a été menée auprès d'accidentés de la route admis de façon consécutive à l'hôpital (Oxford, Royaume-Uni) pour blessures graves. Les sujets ayant perdu la mémoire ou intoxiqués au cours de l'accident et ceux ne présentant pas de symptômes psychologiques ont été exclus de l'étude. Le groupe contrôle (n = 52) et le groupe DP (n = 54) ont été évalués avant le DP réalisé dans les 48 heures après l'accident, puis à 4 mois par auto-questionnaire et par interview. Pour celui-ci, les auteurs ne précisent pas s'il était effectué en aveugle par rapport à l'intervention. Les caractéristiques socio-démographiques des 2 groupes (sexe, âge) étaient similaires. Les participants au DP présentaient une atteinte somatique plus grave, avaient effectué des séjours hospitaliers plus longs et leurs scores initiaux d'ESPT étaient significativement plus importants que ceux du groupe contrôle (*tableau I*). Des données de suivi à 4 mois ont été obtenues pour 42 (77,8 %) des sujets du groupe DP et 49 (94,2 %) des sujets du groupe contrôle. Mais leurs caractéristiques n'étaient pas différentes de celles de l'échantillon initial. Une diminution significative des scores de symptômes n'a été observée dans aucun des groupes, mais les scores d'anxiété et de dépression étaient significativement augmentés dans le groupe DP (*tableau I*). À 36 mois, 61 (57,5 %) des patients avaient accepté le suivi : 30 (55,6 %) dans le groupe DP et 31 (59,6 %) dans le groupe contrôle [36]. Ces patients ne différaient pas du groupe initial en termes de scores de symptômes initiaux, de caractéristiques socio-démographiques et de durée d'hospitalisation, mais ils avaient été plus sévèrement blessés. Ces mêmes caractéristiques ne différaient pas entre les deux groupes, sauf les blessures des extrémités plus sévères dans le groupe DP. Une diminution significative des scores d'ESPT a été observée sur l'ensemble de l'échantillon ( $p = 0,015$ ), mais l'analyse, ajustée sur les scores d'ESPT initiaux, n'a pas montré d'effet significatif de l'intervention ( $p = 0,16$ ). Par contre, parmi les patients ayant les scores initiaux d'ESPT les plus élevés (scores IES  $\geq 24$ ), les sujets du groupe DP présentaient des scores d'ESPT, d'anxiété et de dépression significativement plus élevés à 4 et à 36 mois que ceux du groupe contrôle ( $p < 0,02$  ; analyses ajustées sur les scores initiaux, la sévérité des blessures et la durée d'hospitalisation).

Une troisième étude randomisée [37] a été menée auprès de 103 victimes admises de façon consécutive dans un service spécialisé pour grands brûlés (Welsh Regional Burns Unit, Royaume-Uni). Un DP a été effectué auprès de 57 personnes entre 2 et 19 jours suivant l'hospitalisation. Les symptômes et la prévalence de troubles psychologiques (ESPT et troubles anxio-dépressifs) ont été évalués à 3 et 13 mois en aveugle. Les caractéristiques socio-démographiques des 2 groupes étaient similaires. Mais dans le groupe DP les antécédents traumatiques étaient 2 fois plus fréquents ( $p = 0,22$ ), la surface corporelle atteinte plus importante ( $p = 0,05$ ) et plusieurs caractéristiques liées à la gravité du traumatisme plus fréquentes que dans le groupe contrôle. À 3 mois, la prévalence et les scores d'ESPT, les scores d'anxiété et de dépression n'étaient pas significativement différents dans les deux groupes (*tableau I*). À 13 mois par contre, les scores d'ESPT et ceux d'anxiété et de dépression étaient significativement plus élevés dans le groupe DP que dans le groupe contrôle après ajustement sur les scores initiaux (*tableau I*). La prévalence de l'ESPT à 13 mois était aussi significativement plus élevée dans le groupe DP. Les caractéristiques du traumatisme dans les groupes n'ayant pas été prises en compte dans l'analyse, il n'est pas possible de conclure à un effet négatif du DP dans cette étude.

L'impact du DP a également été étudié au Royaume-Uni auprès de victimes d'agressions [38], contactées par courrier. La base de sondage, constituée à partir des services de police et des hôpitaux, comportait 2 161 victimes, parmi lesquelles 243 (11,2 %) ont accepté un interview. Parmi ces 243 sujets, 157 (64,6 %) étaient éligibles. Les sujets ayant été agressés par des proches étaient exclus de l'étude. Par rapport à la base de sondage, l'échantillon était légèrement plus âgé, mais ne présentait pas de différences selon les types d'agressions ou de blessures. Trois groupes ont été constitués : suivi simple (51 personnes, groupe contrôle n° 1), séance d'information (52 personnes, groupe contrôle n° 2), et DP (54 personnes). Les caractéristiques socio-démographiques (sexe et âge) des 3 groupes étaient similaires ; mais le second groupe présentait un niveau d'éducation significativement plus élevé que les 2 autres. Le premier interview et le DP ont eu lieu dans le



mois suivant l'agression et les autres évaluations à 6 et 11 mois. Évaluation, information et DP ont été réalisés par les mêmes investigateurs. À 6 mois, la prévalence de l'ESPT, l'évolution des scores d'ESPT et les scores de symptômes dépressifs ne différaient pas significativement entre les 3 groupes (*tableau I*). À 11 mois, le taux de perdus de vue était de 41 % ; la prévalence de l'ESPT avait diminué sur l'ensemble de l'échantillon (12 % ; IC 95 % = 5,4-18,6) mais ne différait pas significativement entre les groupes, de même que les scores d'ESPT et de dépression. Les mêmes analyses effectuées après exclusion de 20 sujets pris en charge sur le plan psychologique à partir de 6 mois ne montraient pas non plus de différence entre les groupes. Le faible taux de réponse dans cette étude reflète une réticence des victimes à parler de leur traumatisme. Il est possible que le DP bénéficie plus à ces victimes qu'aux participants, s'exprimant plus volontiers [38].

Enfin, une étude [39] a évalué l'impact du DP auprès de 60 femmes, âgées de 19 à 42 ans, admises à l'hôpital pour fausse-couche après 6 à 19 semaines d'une grossesse dont la poursuite était désirée (Royaume-Uni) ; 39 (65 %) ont accepté de participer, 21 dans le groupe DP et 18 dans le groupe contrôle. Le DP a eu lieu 15 jours après la fausse-couche et les symptômes anxio-dépressifs et d'ESPT ont été mesurés à une semaine, puis à 4 mois après la fausse-couche. Les auteurs ne mentionnent pas si les évaluations avaient lieu à l'aveugle du DP. Aucune différence n'a été observée entre les 2 groupes concernant leurs caractéristiques socio-démographiques, à l'exception d'une proportion de femmes avec enfants plus faible dans le groupe DP (38,1 % vs 77,8 %,  $p < 0,05$ ). Entre les deux évaluations, une diminution non significative de la prévalence des troubles anxieux et de celle des syndromes dépressifs, similaire dans les deux groupes, a été observée (*tableau I*). La prévalence de l'ESPT avait diminué significativement dans l'ensemble de l'échantillon sans différence significative entre les groupes. Les analyses (ANOVA de mesures répétées) ont également montré une diminution significative des scores d'ESPT avec le temps ( $p < 0,01$ ) mais pas d'effet de l'intervention. On peut se demander si une fausse-couche constitue un événement traumatique [14], mais les scores initiaux d'ESPT étaient

proches de ceux observés chez des patients consultant pour un traumatisme psychique [38]. Le faible effectif de cette étude peut expliquer l'absence de différence observée entre les deux groupes, les scores de symptômes étant légèrement plus élevés dans le groupe contrôle.

#### LES ÉTUDES CONCERNANT DES SECOURISTES OU DU PERSONNEL MÉDICAL

Trois études ont été menées auprès de personnes intervenant lors d'un accident collectif ou d'une catastrophe en tant que secouristes ou personnel médical : aucune n'est randomisée. La première étude [40] a été effectuée auprès de 105 officiers de police qui sont intervenus pour secourir les victimes d'un accident d'avion ayant entraîné 43 décès (Amsterdam 1992). Un DP collectif a pu être réalisé auprès de 46 des intervenants (43,8 % de l'échantillon). Les 59 autres, pour lesquels un DP n'a pu être organisé pour des raisons opérationnelles, ont été inclus dans le groupe contrôle. Aucune différence significative n'a été relevée entre les 2 groupes concernant les caractéristiques socio-démographiques, la durée de l'expérience professionnelle, ou les antécédents de psychothérapie ou d'événements traumatisants. Les évaluations ont été effectuées à 8 et 18 mois en aveugle par rapport à l'intervention, mais une évaluation initiale n'a pu être réalisée. À 8 mois, la prévalence de l'ESPT et celle de l'ESPT partiel (ne présentant pas tous les critères de diagnostic) n'étaient pas significativement différentes dans les deux groupes (*tableau II*). À 18 mois, seuls les symptômes d'hyperactivité neurovégétative étaient significativement plus importants dans le groupe DP (7 % vs 0 % ;  $p < 0,05$ ). La méthode de sélection des participants à cette étude n'est pas précisée et l'on ne peut exclure que certains facteurs comme le niveau d'engagement dans les tâches à accomplir aient, en influençant l'allocation dans les groupes, entraîné un biais de sélection [40].

Une étude [41] a été effectuée auprès de soldats professionnels britanniques servant dans le service de transport des corps des soldats décédés (Army War Grave Service), mobilisés pendant la guerre du Golf et ayant été formés à cette mission sur le plan psychologique. Sur 74 soldats, 62 (83,8 %) ont participé à l'étude. Un DP a été réalisé sur place ou au retour au Royaume-



Uni, lorsque les circonstances opérationnelles le permettaient ( $n = 42$ ). Les caractéristiques des sujets ne sont pas décrites. Neuf mois après le retour du Golf, un auto-questionnaire postal a été adressé aux participants. La prévalence de l'ESPT, celle de la détresse psychologique et les scores correspondants n'étaient pas significativement différents dans les deux groupes (*tableau II*). Ces derniers n'étaient pas non plus différents dans le groupe DP selon que l'intervention avait été réalisée sur place ou au retour au Royaume-Uni. L'absence de randomisation, d'évaluation initiale et d'ajustement sur l'âge et la durée du service, alors que les analyses montraient une corrélation négative à la limite de la significativité entre ces deux variables et les scores de symptômes, limite la portée de ces résultats.

Enfin, une étude [42] porte sur un groupe de 106 soldats britanniques ayant participé à la guerre de Bosnie pendant 6 mois, 54 ayant reçu un DP au retour immédiat de la guerre. Les évaluations ont été effectuées au retour de Bosnie, puis à 3, 6 et 12 mois à l'aveugle de l'intervention. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents familiaux, psychiatriques et traumatiques et les niveaux de préparation opérationnelle et psychologique. La fréquence et les types d'expériences traumatiques étaient similaires dans les 2 groupes. Mais le groupe DP déclarait des expériences de détresse psychologique intense moins fréquemment que le groupe contrôle (7 % vs 25 % ;  $p = 0,01$ ). Globalement, les scores de symptômes étaient très faibles ; durant la période de l'étude, seuls 3 soldats ont développé un ESPT (1 dans le groupe DP et 2 dans le groupe contrôle). Les scores initiaux de symptômes anxio-dépressifs et d'ESPT étaient significativement plus élevés dans le groupe contrôle que dans le groupe DP. À 1 an, les scores de symptômes anxio-dépressifs avaient légèrement augmenté dans le groupe contrôle et étaient significativement plus importants que dans le groupe DP. Les scores d'ESPT étaient initialement plus élevés dans le groupe contrôle que dans le groupe DP et n'étaient plus significativement différents à un an. Une diminution des signes d'alcool dépendance au cours des 12 mois a été observée, nettement plus impor-

tante dans le groupe DP. Il est possible que la préparation des participants avant leur mission en Bosnie ait contribué aux faibles scores de symptômes anxio-dépressifs et d'ESPT observés dans cette étude, qui souffre de l'absence d'évaluation initiale des symptômes et d'ajustement sur la fréquence des expériences de détresse intense.

## SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Au total, quatre études, dont trois randomisées, ne montrent pas d'effet de l'intervention sur l'ESPT [34, 38, 39, 41]. Cependant dans l'une d'entre elles [34], l'évolution des scores de symptômes est plus favorable dans le groupe DP et l'absence d'effet observé est vraisemblablement lié à une faible puissance statistique. Trois études, dont deux randomisées chez des victimes et une non randomisée chez des policiers, suggèrent des effets négatifs de l'intervention sur l'ESPT [35-37, 40]. Cependant, dans les deux études randomisées, les atteintes cliniques étaient plus sévères dans les groupes DP que dans les groupes contrôles, différences non prises en compte dans l'une d'entre elles [37]. Enfin, une dernière étude non randomisée chez des militaires, suggère un effet positif du DP sur les symptômes anxio-dépressifs et d'alcool dépendance [42]. Cependant, la fréquence des expériences de détresse et les niveaux initiaux de symptômes étaient plus faibles dans le groupe DP que dans le groupe contrôle et ceci n'a pas été pris en compte dans les analyses. Dans les 5 études qui ont évalué la présence de troubles anxieux ou dépressifs, toutes sauf une [42] ont observé les mêmes tendances que pour l'ESPT. Dans plusieurs études, les participants étaient satisfaits de ces interventions et les jugeaient utiles, en particulier pour réduire le stress, les sentiments de culpabilité ou encore les aider à la compréhension de leurs réactions [37, 39, 41]. Mais il n'y avait pas de correspondance entre ces perceptions et l'efficacité préventive du DP [12]. Ces résultats n'apportent donc pas d'argument en faveur de l'efficacité du DP sur la prévention des séquelles psychologiques d'événements traumatiques et rejoignent les conclusions de plusieurs autres auteurs [7, 12]. Van Emmerik *et al.* ont effectué une méta-analyse à partir de 7 études évaluant l'efficacité préventive d'un DP (selon le CISTD ou non) réalisé dans le mois suivant un événement traumatique, sur l'ESPT et d'autres

troubles post-traumatiques. Un indicateur moyen de l'amplitude d'évolution des symptômes a été calculé à partir de la différence entre les scores de symptômes des évaluations initiales et finales, ce séparément dans les groupes avec et sans intervention. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes, qu'il s'agisse de l'ESPT ou des autres troubles [14].

#### DE NOMBREUSES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

L'ensemble de ces résultats doit être interprété avec prudence : la plupart des études présentées ici souffre de lacunes méthodologiques. Pour des raisons éthiques et opérationnelles, la randomisation n'était pas toujours possible. On ne peut donc exclure que, dans les études correspondantes, la répartition entre les groupes ait finalement été liée à la sévérité du traumatisme. Par ailleurs, la plupart des études n'ont pas ou ont partiellement pris en compte les facteurs susceptibles d'avoir une influence sur l'issue du traitement : facteurs socio-démographiques, antécédents psychiatriques, antécédents traumatiques, niveau de stress durant l'événement, mais aussi prise en charge psychologique ou pharmacologique et niveau de soutien social dans les suites de l'intervention initiale [12]. Enfin, les effectifs et par conséquent la puissance statistique de plusieurs études étaient limités et les évaluations n'étaient pas toujours réalisées à l'aveugle de l'intervention.

#### LE DP PEUT-IL AVOIR DES EFFETS PARADOXAUX ?

Trois des études présentées dans cet article suggèrent un effet négatif du DP. Il est possible que celui-ci encourage l'expression des symptômes psychologiques [40]. Mais le DP pourrait être contre-productif chez certains sujets [7, 14] et il existe des bases théoriques à l'appui de cette hypothèse. Le DP implique, par un processus de remémoration, une ré-exposition intense au traumatisme peu de temps après celui-ci : il peut ainsi constituer une seconde expérience traumatique chez certains sujets, exacerber leurs symptômes et interférer avec les processus émotionnels et cognitifs « naturels » de retour à la normale [35-36-37]. Il est possible, à l'inverse, que le DP retarde le diagnostic des symptômes d'ESPT et, par conséquent, la mise en place de traitements efficaces [13, 21, 43].

#### UN MODÈLE PEU ADAPTÉ À CERTAINES SITUATIONS ?

Le DP a été conçu originellement pour les professionnels d'urgence et de secours, les policiers ou les soldats, sujets fréquemment confrontés à des situations de stress intense : la sélection, l'entraînement et l'expérience peuvent être des facteurs protecteurs contre le stress traumatique [12]. Mais le DP a aussi été appliqué à des victimes, ce pour quoi il n'est peut être pas adapté. Bien que cette revue ne montre pas de différence nette chez les victimes par rapport aux professionnels (en dehors de l'étude de Deahl [42]), une revue effectuée à partir d'une sélection plus large des études suggère un effet préventif plus fréquent chez les professionnels [12]. Par ailleurs, le CISD est utilisé pour tout type d'événements traumatiques, que ceux-ci impliquent une expérience stressante unique ou de multiples stress (comme, par exemple les catastrophes) [21]. Certains auteurs considèrent que les différents types d'expériences stressantes appellent des interventions spécifiques à des moments différents [13]. Le DP de Mitchell ne prend pas en compte non plus le degré d'exposition des personnes, leur environnement social ou leurs antécédents psychiatriques et traumatiques [13]. Certains auteurs ont introduit un concept de différenciation du DP [35, 44] et préconisent des séances ciblées d'avantage sur des aspects particuliers aux différents traumatismes (par exemple, la phobie de reprendre le volant suite à un accident de la route), intégrant des stratégies de gestion du stress.

#### LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION

Certains auteurs suggèrent que le DP de Mitchell est mis en place trop tôt [25, 37-38, 40]. Une étude réalisée chez des personnes exposées à un ouragan [25], suggère une meilleure efficacité lorsque le DP est réalisé plus tardivement (6 mois) après l'événement. Une intervention trop précoce pourrait interrompre le processus émotionnel normal et accroître la détresse psychologique [45]. Plusieurs auteurs [25, 37, 45] ont ainsi proposé d'attendre, pour réaliser un DP, que l'état physique des patients soit stabilisé ou qu'ils se sentent en sécurité. Mais il ne s'agirait plus alors de prévention. De plus, une durée de séance plus longue serait associée à de meilleurs résultats [12]. Certains auteurs estiment qu'une

intervention unique n'est pas suffisante pour entraîner un changement de l'état psychologique des personnes traumatisées [23, 38] même si des études menées après des interventions incluant plusieurs séances n'ont pas montré d'impact préventif significatif [18, 21, 23]. Il peut néanmoins paraître optimiste qu'une intervention unique, donc très limitée dans le temps, puisse contribuer de façon significative à des différences durables (plusieurs mois ou années) en termes de niveaux de symptômes [12]. Arendt *et al.* [12] ont constaté une tendance à de meilleurs résultats lorsque le DP était réalisé par des spécialistes (psychiatres ou psychologues). Sept des études passées en revue ici, précisent par qui les interventions ont été réalisées (*tableau 1*). Dans 5 d'entre elles, ce sont des spécialistes qui sont intervenus, mais bien souvent des infirmiers ou des travailleurs sociaux intervenaient en parallèle, ce qui ne permet pas de conclure. Enfin, certains auteurs [27, 32, 37] suggèrent d'appliquer le DP uniquement chez les sujets les plus à risque de développer des troubles post-traumatiques. Cependant, Mayou *et al.* [7, 36] ont observé un effet négatif du DP chez les sujets ayant des scores initiaux de symptômes d'ESPT les plus élevés, ce score étant un bon prédicteur de la survenue ultérieure d'un ESPT.

## CONCLUSION

Le DP de Mitchell et Dyregrov et ses variantes rencontrent un succès certain auprès de ceux qui le reçoivent. Plus largement, sa large utilisation dans les pays anglo-saxons, son emploi de plus en plus répandu en France dans diverses formes d'événements traumatiques et sa popularisation au travers des médias l'inscrivent dans un véritable phénomène de société. Malgré cela, cette revue n'apporte pas d'argument positif en faveur de son efficacité préventive sous la forme d'une session unique, rejoignant ainsi les conclusions d'autres revues récemment publiées [7, 12-13-14, 45]. Le concept ou les objectifs de ce modèle mériteraient d'être réexaminés en vue d'une redéfinition. Notamment, le DP devrait pouvoir être utilisé pour dépister des sujets à risque de développer ultérieurement des troubles post-traumatiques afin que leur soit proposés un suivi et une prise en charge adéquats. Des évaluations complémentaires selon une méthodologie rigoureuse sont nécessaires.

REMERCIEMENTS : L'étude a été menée dans le cadre du programme « Risque Inondations 2001 — RIO2 », du Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement (Convention 05/2001).

## RÉFÉRENCES

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th edition (DSM IV). Washington: American Psychiatry Association, 1994.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr* 1995; 52: 1048-60.
3. Keane T, Wolfe J. Comorbidity in post traumatic stress disorders: an analysis of community and clinical studies. *J Appl Soc Psychol* 1990; 20: 1776-88.
4. Gleser G, Green BL, Winget C. Prolong psychosocial effects of disaster: a study of Buffalo Creek. Academic Press Inc, 1981.
5. Beckham J, Kirby AC, Feldman ME, *et al.* Prevalence and correlates of heavy smoking in Vietnam veterans with chronic post traumatic stress disorder. *Addict Behav* 1997; 22: 637-47.
6. Davidson J, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21: 713-21.
7. Mayou R, Farmer A. ABC of psychological medicine: Trauma. *BMJ* 2002; 325: 426-8.
8. Mitchell J. When disaster strikes... The critical incident debriefing process. *JEMS* 1983; 8: 36-8.
9. Dyregrov A. Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Mgmt* 1989; 2: 25-30.
10. Deahl MP, Bisson JI. Dealing with disaster: does psychological debriefing work? *J Accid Emerg Med* 1995; 165: 60-5.
11. Robinson RC, Mitchell JT. Evaluation of psychological debriefing. *J Trauma Stress* 1993; 6: 367-83.
12. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 423-37.
13. Raphael B, Meldrum L, McFarlane AC. Does debriefing after psychological trauma work? *BMJ* 1995; 310: 1479-80.
14. Van Emmerick A, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; 360: 766-71.
15. Campfield K, Hills AM. Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *J Trauma Stress* 2001; 14: 327-40.

16. Shalev A, Peri T, Rogel-Fuchs Y. Historical Group Debriefing after Combat Exposure. *Mil Med* 1998; 163: 494-8.
17. Hytten K, Hasle A. Fire fighters: a study of stress and coping. *Acta Psychiatr Scand* 1989; suppl 355: 50-5.
18. Brom D, Kleber RJ, Hofman, MC. Victims of traffic accident: incidence and prevention of post traumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 1993; 49: 131-40.
19. Foa EB, Hearst ID, Perry KJ. Evaluation of brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consul Clin Psychol* 1995; 63: 948-55.
20. Thompson J, Charlton PFC, Kerry R, Lee D, Turner SW. An open trial of exposure therapy based on deconditioning for post traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol* 1995; 34: 407-16.
21. Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. Stress debriefing and patterns or recovery following a natural disaster. *J Traum Stress* 1996; 9: 37-49.
22. Amir M, Weil G, Kaplan Z, Tocker T, Witztum E. Debriefing with brief group psychotherapy in a homogenous group of non-injured victims of a terrorist attack: A prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 237-42.
23. Carlier IV, Voerman AE, Gersons BPR. The influence of occupational debriefings on post traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *Br J Med Psychol* 2000; 73: 87-98.
24. Jenkins S. Social support and debriefing efficiency among emergency medical workers after a mass shooting incident. *J Soc Behav Pers* 1996; 11: 477-92.
25. Chemtob CM, Tomas S, Law W, Cremniter D. Post-disaster psychological intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatr* 1997; 154: 415-7.
26. Armstrong K, Zatzick D, Metzler T, *et al.* Debriefing of American red cross personnel: Pilot study on participants' evaluations and case examples from the 1994 Los Angeles earthquake relief operation. *Soc Work Health Care* 1998; 27: 33-50.
27. Bunn T, Clarke AM. Crisis intervention: an experimental study of the effects of a brief period of counselling and the anxiety relatives of seriously injured or ill hospital patients. *Br J Med Psychol* 1979; 52: 191-5.
28. Matthews L. Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 207-12.
29. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of post traumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosom Med* 1999; 61: 746-54.
30. Stallard P, Law F. Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life-threatening events. *Br J Psychiatr* 1993; 163: 660-5.
31. Poijula S, Dyregrov A, Wahlberg KE, Jokelainen J. Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. *Int J Emerg Ment Health* 2001; 3: 97-106.
32. Sanci L, Coffey CMM, Veit FCM, *et al.* Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: Randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 224-9.
33. Eid J, Johnsen BH, Weisaeth L. The effects of group psychological debriefing on acute stress reactions following a traffic accident: a quasi-experimental approach. *Int J Emerg Ment Health* 2001; 3: 145-54.
34. Conlon L, Fahy TJ, Conroy R. PTSD in ambulant RTA victims: a randomised controlled trial of debriefing. *J Psychosom Res* 1999; 46: 37-44.
35. Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock P. A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic. *BMJ* 1996; 313: 1438-9.
36. Mayou R, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident. *Br J Psychiatr* 2000; 176: 589-93.
37. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatr* 1997; 171: 78-81.
38. Rose S, Brewin CR, Andrews B, Kirk M. A randomised controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychol Med* 1999; 29: 793-9.
39. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: a preliminary study. *Br J Med Psychol* 1996; 69: 47-58.
40. Carlier I, Lamberts RD, Uchelen AJ, Gersons BP. Disaster-related post traumatic stress in police officers: a field study of the impact of debriefing. *Stress Med* 1998; 14:143-8.
41. Deahl MP, Gillham AB, Thomas J, Searle MM, Srinivasan M. Psychological sequelae following the Gulf War: factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *Br J Psychiatr* 1994; 165: 60-5.
42. Deahl MP, Srinivasan M, Jones N, Thomas, J, Neblett C, Jolly A. Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol* 2000; 73: 77-85.
43. McFarlane AC. The treatment of post traumatic stress disorder. *Br J Med Psychol* 1984; 62: 81-90.

44. Armstrong K, O'Callahan W, Marmar CR. Debriefing Red Cross disaster personnel: the multiple debriefing model. *J Trauma Stress* 1991; 4: 581-93.
45. Rose S, Bisson J. Brief early psychological interventions following trauma: a systematic review of the literature. *J Trauma Stress* 1998; 11: 697-710.
46. Hardy P, Servant D. Échelles d'évaluation de la psychopathologie. France Université Antidépresseurs: Groupe d'études. Document de travail présenté le 12 mars 1999.
47. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41: 209-18.
48. Blake D, Weathers F, Nagy L. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS I. *Behav Ther* 1990; 18: 187-8.
49. Weisaeth L, Mehlum L. People trauma and crisis. Oslo: Norway: Universitetsforlaget, 1993.
50. Foa E, Riggs D, Dancu C, Rothbaum B. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1993; 6: 459-73.
51. Everstine D, Everstine L. The trauma response: treatment for emotional injury. New York: Norton, 1993.
52. Davidson J, Smith R, Kudler H. Validity and reliability of the DSM III criteria for post traumatic stress disorder: experience with a structured interview. *J Nerv Men Dis* 1989; 177: 336-41.
53. Goldberg D, Hillies V. A scaled version of the GHQ. *Psychol Med* 1979; 9: 139-45.
54. Zigmond A, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
55. Beck A, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr* 1961; 4: 561-71.
56. Derogatis, LR. Brief Symptom Inventory: administration, scoring and procedures Manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1982.
57. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatr* 1974; 131: 1121-3.

#### **Annexe I – Instruments utilisés**

Une échelle psychométrique est un outil standardisé d'évaluation d'un ou plusieurs troubles psychologiques ; il peut être administré par un enquêteur ou rempli en auto-passation. Le terme échelle implique le calcul d'un score global résultant de la somme des scores des items et permettant d'évaluer la sévérité et la fréquence des symptômes du trouble étudié. En comparant les scores à des seuils, certaines échelles permettent de classer les sujets selon des catégories de cas probables [46]. Les outils diagnostiques sont des guides d'entretien couvrant un ou plusieurs troubles psychologiques. Ils sont obligatoirement administrés par un enquêteur, spécialisé ou non. Chaque critère diagnostique est défini soit dans les versions successives du Manuel Diagnostique et Statistique (DSM, Association Américaine de Psychiatrie) soit dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10, Organisation Mondiale de la Santé). Certaines échelles sont également construites sur la base de ces critères.

#### **ESPT**

- Impact of Event Scale (IES) : échelle élaborée en 1979 n'évaluant, dans sa 1<sup>re</sup> version, que les symptômes d'évitement et d'intrusion [47] ;
- Clinician-Administered Post traumatic stress disorder Scale (CAPS) : instrument basé sur les critères de la 4<sup>e</sup> version du DSM [48] ;
- Post traumatic Symptom Scale (PTSS-10) [49] ;
- Post traumatic Stress Scale (PSS) : instrument basé sur les critères de la 3<sup>e</sup> version révisée du DSM [50] ;
- Everstine Trauma Response Index : instrument évaluant les symptômes d'hyperactivité uniquement [51] ;
- Structured Interview for PTSD (SI-PTSD) : instrument basé sur les critères de la 3<sup>e</sup> version révisée du DSM [52].

#### **SYNDROMES ANXIO-DEPRESSIFS**

- General Health Questionnaire (GHQ 28) : échelle mesurant les symptômes de psychopathologie générale et comportant 28 items [53] ;
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [54] ;
- Échelle de dépression de Beck (Beck Depression Inventory –BDI) [55] ;
- Brief Symptom Inventory (BSI) [56].

#### **ALCOOLO-DÉPENDANCE**

- CAGE : questionnaire d'évaluation des symptômes d'alcool-dépendance [57].