

# GUIDE

## National Center for PTSD

### ÉCHELLE DE L'ESPT ADMINISTRÉE PAR LE CLINICIEN (CAPS)

#### FORMULES 1 ET 2

#### Table des matières

Instructions générales.....	2
Description de la CAPS.....	2
Administration.....	3
Évaluation de la fréquence des symptômes.....	4
Évaluation de l'intensité des symptômes.....	5
Scores globaux de la CAPS.....	6
Scores des caractéristiques associées ou hypothétiques.....	6
Codification des scores de la CAPS.....	6
Questionnaire sur les symptômes à vie (CAPS-1 seulement)..	7
Relevé récapitulatif de la CAPS.....	8
Équivalence de la CAPS par rapport au SCID et au WSI.....	8
Préparation de l'intervieweur.....	9
10 règles de base de la CAPS.....	9
Vue d'ensemble des modifications apportées à la CAPS pour le DSM-IV...11	
Algorithmes d'évaluation pour la CAPS.....	15

D. Blake, F. Weathers, L. Nagy, D. Kaloupek, G. Klauminzer, D. Charney et T. Keane  
National Center for Posttraumatic Stress Disorder  
Behavioral Science Division – Boston    Neurosciences Division – West Haven  
Octobre 1990  
(traduction française 2000: Serge Saintonge, Ph.D.©)

*Dans ce guide, la forme masculine est utilisée pour alléger le texte et désigne aussi bien le féminin que le masculin.*

## **ÉCHELLE DE L'ESPT ADMINISTRÉE PAR LE CLINICIEN (CAPS)**

### **FORMULES 1 ET 2**

#### **Instructions générales**

La CAPS est en soi une entrevue clinique structurée destinée à évaluer les dix-sept symptômes d'un état de stress post-traumatique (ESPT) décrit dans le DSM-III-R, ainsi que huit caractéristiques associées. Elle doit être utilisée par des spécialistes de la santé mentale habitués à effectuer des entrevues diagnostiques et possédant une connaissance élémentaire de la psychopathologie et du DSM-III-R. Ce guide devrait être étudié et consulté par toute personne qui désire employer les formules 1 et 2 de la CAPS.

En règle générale, les scores devraient se baser sur le compte rendu fait par le patient. Cependant, le score final devrait être fixé à partir d'une appréciation globale du compte rendu du patient, de la confiance de l'intervieweur en ce compte rendu et du comportement du patient pendant l'entrevue. La période de référence d'évaluation de chaque point correspond au mois précédent ou à une période d'un mois suivant le trauma, dans le cas de la formule 1 (version Diagnostic actuel et à vie) ou à la semaine précédente dans le cas de la formule 2 (version Condition symptomatique sur une semaine).

#### **Description de la CAPS**

La CAPS permet d'évaluer : a) la fréquence et l'intensité de chaque symptôme, b) l'incidence des symptômes sur le fonctionnement social et professionnel du patient, c) la sévérité globale de l'ensemble des symptômes, d) l'amélioration globale du patient depuis le début et e) la validité des scores obtenus.

La formule 1 de la CAPS permet à l'intervieweur clinicien d'établir des diagnostics actuels et à vie de l'ESPT du DSM-III-R, tandis que la formule 2 lui permet d'évaluer la condition symptomatique actuelle de l'ESPT.

Les CAPS-1 et CAPS-2 peuvent être utilisées autant pour les patients hospitalisés que pour les patients en consultation externe. Sous réserve d'indication à cet effet, elles renferment toutes les deux les éléments suivants :

Relevé d'évaluation des événements traumatisants : Critère A (ajout : cf. Liste de vérification des événements de la vie, etc.)

Symptômes de l'ESPT

Critère B : éléments 1 à 4

Critère C : éléments 5 à 11

Critère D : éléments 12 à 17

Instructions sur les diagnostics à vie (CAPS-1 seulement)

Scores globaux de la CAPS : éléments 18 à 22

Caractéristiques associées ou hypothétiques (facultatif) : éléments 23 à 30

Étant donné que les raisons qui motivent l'utilisation des CAPS peuvent varier, les deux versions peuvent être personnalisées en éliminant moins d'éléments pertinents. Toutefois, cette personnalisation devrait se limiter à des modifications qui ne

compromettent pas les caractéristiques psychométriques de l'échelle, comme, par exemple, l'ajout ou la suppression de points d'ancrage de l'échelle.

### Administration

Avant de commencer l'entrevue, on devrait remettre au patient la consigne générale suivante :

**«J'aimerais connaître les problèmes que vous pourriez vivre présentement. Pour y arriver, je vais vous poser des questions à propos de 25 symptômes différents. J'aimerais savoir si vous avez déjà fait l'expérience de chacun de ces symptômes et, le cas échéant, à quelle fréquence approximative ils se sont présentés au cours de la semaine dernière (formule 2) ou du mois dernier (formule 1). J'aimerais donc connaître l'intensité de chaque symptôme vécu. Je vais également vous demander de quelle façon ces symptômes ont affecté votre vie sociale et votre travail. Veuillez essayer de répondre le plus brièvement et le plus précisément possible. Lorsque je ne serai pas sûr de bien comprendre un problème que vous vivez, je vais vous poser d'autres questions jusqu'à ce que je sois sûr.**

**Avez-vous des questions ?»**

Les éléments devraient être évalués en fonction principalement de la réponse verbale du patient aux questions-guides ou à des variantes comparables. Si, après avoir posé des questions-guides, la réponse du patient ne permet pas d'inscrire un score, la même question peut être reformulée en termes plus familiers pour le patient. Par exemple, la question **«Avez-vous tenté d'éviter des activités ou des situations qui vous rappellent le ou les événements ?»** peut être reformulée de la façon suivante : **«Avez-vous évité de faire des choses ou d'aller dans des endroits qui vous rappelaient des expériences que vous avez vécues au Vietnam (ou pendant l'attaque, le tremblement de terre, etc.) ?»** L'intervieweur peut alors poser d'autres questions pour l'aider à choisir le descripteur le plus précis pour chaque continuum d'évaluation, par exemple : **«Est-ce que vous voulez dire que vous avez eu ces symptômes chaque jour ou plusieurs fois par semaine ?»** Les autres questions peuvent porter sur la réciproque du symptôme en cause, par exemple, un problème de sommeil peut être évalué en demandant au patient combien d'heures il a dormi chaque nuit ou si chaque nuit a été reposante au cours de la période en cause. L'observation clinique peut également fournir de l'information précieuse, notamment en ce qui a trait à l'évaluation de l'engourdissement affectif, de l'inadaptation sociale, de la concentration, etc., et à la détermination de la fiabilité du compte rendu du patient.

**La période de référence de la CAPS varie selon la version que vous utilisez.** La période prévue pour la CAPS-1 correspond à la période d'un mois qui précède l'entrevue (diagnostic actuel) ou la période d'un mois la plus symptomatique qui suit le ou les événements traumatisants (diagnostic à vie). La période relative à la CAPS-2 correspond à la période d'une semaine qui précède immédiatement l'entrevue (condition symptomatique). De légères modifications ont été apportées aux deux versions afin de tenir compte du différentiel, comme on peut le constater dans la détermination de la période de référence qui précède ou suit les questions-guides : cette période suit les questions dans le cas de la CAPS-1, alors qu'elle les précède dans le cas de la CAPS-2. Cette mesure a été prise lorsque des essais sur le terrain ont démontré que la formulation

actuelle était moins ambiguë pour le patient dans chacune des versions. Il faudrait, cependant, faire preuve de jugement clinique dans l'établissement de l'ordre exact ou de la phraséologie des questions-guides. L'intervieweur de la CAPS-1 peut, par exemple, noter très tôt dans l'entrevue que le patient a de la difficulté à confirmer la présence d'un symptôme sans qu'on lui ait spécifié préalablement une période déterminée. Il peut, d'autre part, constater que la période déterminée au début des questions-guides empêche le patient de bien saisir les questions et d'y répondre. Des mesures correctives adaptées à la situation sont permises dans chaque cas.

Les scores devraient être fixés uniquement à partir de l'information obtenue au cours de l'entrevue. L'établissement des scores repose principalement sur les réponses du patient aux questions initiales et de suivi. L'intervieweur doit également faire preuve de jugement clinique dans l'évaluation des symptômes. S'il est convaincu, par exemple, de l'existence d'un symptôme particulier, il ne devrait pas permettre au patient de nier l'existence de ce symptôme sans le confronter à ce sujet. Les questions de suivi devraient servir à fixer le score le plus valable. Si le patient fournit des renseignements non sollicités au cours de l'entrevue, ce complément d'information peut également servir à établir le score.

**Un espace est prévu pour consigner la description des signes et des symptômes du patient.** Chaque élément de la CAPS dispose, à la rubrique «Fréquence», d'un espace situé sous les questions-guides et les choix de réponse pour ajouter à l'évaluation une description des parties essentielles des réponses fournies par le patient. La rubrique «Description/Exemples» permet à l'intervieweur de noter les aspects de la réponse du patient qui ont influé sur l'évaluation de la fréquence et de l'intensité. Lorsque, par exemple, l'intervieweur pose une question sur la réactivité physiologique à des événements qui symbolisent des aspects du trauma (élément n° 17), il peut écrire : «devient crispé lorsqu'il est dans l'obscurité, dans des endroits boisés... son cœur bat plus rapidement, il devient tendu et surexcité» et «très bouleversé, ne peut que quitter ou attendre de se calmer». Cet espace peut également servir à consigner des exemples fournis par le patient, comme une description de ce qu'il considère être une expérience de flashback (élément n° 3); cette information peut servir à déterminer si le symptôme du patient possède les caractéristiques de qualité et d'intensité de cette expérience dissociative extrême. L'élément relatif à la perturbation du sommeil (élément n° 12) se distingue, toutefois, du format libre prévu pour la consignation d'information recueillie pendant l'entrevue. Dans ce cas, en raison de la nature particulière du problème, on pose des questions précises pour bien juger de l'intensité du symptôme.

**Les réponses jugées imprécises ou non valables devraient être consignées.** S'il est évident que le compte rendu du patient est déformé, extrêmement imprécis ou autrement non valable, la nullité soupçonnée de tous les éléments en cause devrait être notée en encerclant la mention «VD» (Validité douteuse) à la droite des questions-guides; une évaluation globale de la validité (élément n° 22) devrait être faite après l'évaluation des symptômes fondamentaux de l'ESPT (voir «Codification des scores de la CAPS» ci-dessous).

### **Évaluation de la fréquence des symptômes**

L'évaluation de la fréquence doit être faite selon un continuum en cinq points, soit de la fréquence la plus faible (jamais) à la fréquence la plus élevée (tous les jours ou presque). L'intervieweur devrait fixer le score le plus précis possible par rapport à ce continuum en

posant d'abord des questions-guides et, au besoin, des variantes comparables (c.-à-d., des questions formulées en termes plus familiers) propres à chaque élément.

### Fréquence

Questions-guides **Avez-vous déjà tenté d'éviter certaines activités ou situations qui vous rappelaient le ou les événements ? Combien de fois au cours du mois dernier ?**

Continuum de choix de scores

- 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**

Si les questions-guides et les questions de suivi ne permettent pas d'obtenir la précision recherchée, la prochaine étape consiste à offrir au patient des **choix de réponse** en désignant les descripteurs des points d'ancrage qui semblent refléter le plus fidèlement l'état du patient (comme en témoignent ses réponses préalables aux questions-guides). D'autre part, il ne sera pas nécessaire de poser toutes les questions-guides si la première permet d'établir un score précis.

### Évaluation de l'intensité des symptômes

L'évaluation de l'intensité, qui révèle à la fois **l'intensité des symptômes** et le **degré de diminution du fonctionnement**, est également basée sur une échelle en cinq points, soit de l'intensité la plus faible (aucunement ou symptôme sans problème) à l'intensité la plus élevée (extrêmement, paralysante). L'intervieweur devrait aussi poser d'abord les questions-guides, puis poursuivre avec les questions de suivi appropriées.

#### Intensité

Questions-guides **Vous êtes-vous efforcé d'éviter des activités ou des situations reliées à l'événement ou aux événements ? [Évaluer toutes les tentatives d'évitement comportemental, par ex., un vétéran qui évite les activités organisées pour les vétérans, les films de guerre, etc.]**

Continuum de choix de scores

- 0 Aucunement**
- 1 Légèrement, effort minimum**
- 2 Modérément, certains efforts, évitement nettement présent**
- 3 Sérieusement, efforts considérables, évitement marqué**
- 4 Extrêmement, tentatives radicales d'évitement**

Si les questions-guides ne permettent pas de fixer un seul score adéquat, l'intervieweur peut alors demander au patient de choisir le score ou la description la plus appropriée parmi deux choix possibles ou plus. Si la fréquence d'un symptôme est de «0», le score par défaut de l'intensité doit également être «0», et l'intervieweur devrait passer au symptôme suivant.

## **Scores globaux de la CAPS**

Après avoir accordé un score à chacun des dix-sept symptômes fondamentaux de l'ESPT, l'intervieweur devrait répondre aux cinq questions portant sur le degré global de diminution du fonctionnement du patient, son amélioration depuis une évaluation précédente et la validité estimative des réponses du patient au cours de l'entrevue. Comme dans le cas des autres scores de la CAPS, les scores fixés par l'intervieweur sont basés sur une échelle en cinq points. Les éléments s'établissent comme suit :

18. **Incidence sur le fonctionnement social** : Utiliser des questions-guides pour déterminer l'incidence des symptômes de l'ESPT sur le fonctionnement social. Cotation de 0 (aucune incidence négative) à 4 (incidence extrême). Dans le cas des patients hospitalisés, les scores devraient être basés sur le rapport traitant de leurs activités sociales et de leurs interactions à l'hôpital.
19. **Incidence sur le fonctionnement professionnel** : Utiliser des questions-guides pour déterminer l'incidence des symptômes de l'ESPT sur le fonctionnement professionnel. Cotation de 0 (aucune incidence négative) à 4 (incidence extrême). Dans le cas des patients hospitalisés, les scores devraient être basés sur l'importance, selon l'intervieweur, qu'a eu l'ensemble des symptômes de l'ESPT sur la situation d'emploi du patient au cours de la période en cause.
20. **Amélioration globale** : Évaluer l'amélioration globale existante **depuis la dernière évaluation**, qu'elle soit attribuable ou non à un traitement donné. Cotation de 0 (asymptomatique) à 4 (aucune amélioration).
21. **Validité de l'évaluation** : En se basant en partie sur le nombre de mentions VD (validité douteuse de l'évaluation de l'élément) encerclées sur le formulaire d'entrevue, l'intervieweur devrait évaluer la validité des scores obtenus. Cette évaluation est basée sur une échelle de 0 (excellente) à 4 (réponses non valables).
22. **Sévérité globale** : Opinion de l'intervieweur sur la sévérité globale de la maladie du patient. Cotation de 0 (asymptomatique) à 4 (symptômes extrêmes, diminution du fonctionnement envahissante).

## **Scores des caractéristiques associées ou hypothétiques**

Huit autres symptômes ont été ajoutés aux formules CAPS-1 et CAPS-2 aux fins d'évaluation. Leur ajout a pour objet l'examen des caractéristiques associées à l'ESPT (comme en font état le DSM-III-R et la documentation sur la recherche clinique). Leur évaluation devrait s'apparenter à celle des 17 premiers symptômes (voir la rubrique Administration ci-dessus). Bien que facultatifs, ces symptômes peuvent faciliter l'évaluation des changements reliés aux traitements pharmacologiques et psychosociaux. L'information obtenue sur ces symptômes peut accroître notre compréhension générale de l'ESPT en tant qu'entité clinique.

## **Codification des scores de la CAPS**

À la droite de chaque élément de la CAPS, il y a un bloc vertical qui renferme les lettres «VD», «F» et «I», soit les abréviations de «Validité douteuse», «Fréquence» et

«Intensité». Après avoir établi les scores relatifs à un symptôme donné (c.-à-d., encerclé le chiffre à gauche du descripteur choisi), l'intervieweur devrait inscrire ces chiffres dans l'espace en blanc au-dessus de «F» et de «I». Lorsque l'intervieweur a des réserves sérieuses quant à l'exactitude ou à la véracité de la réponse du patient, il doit encercler la mention «VD»; cette information sera utilisée plus tard dans l'estimation de la validité globale des réponses du patient au cours de l'entrevue de la CAPS.

**\*\*\*\*: Le passage suivant ne convient plus pour la récente version du CAPS :**

(Il existe, pour chaque symptôme de la version Diagnostic actuel et à vie de la CAPS (CAPS-1), un bloc de codification à double colonne à la droite des questions-guides. La colonne de gauche, portant la lettre «A» pour Condition symptomatique actuelle (mois dernier), sert à codifier les réponses aux questions fondamentales sur la condition diagnostique actuelle. Sous chaque bloc, il y a un espace en blanc qui sert à inscrire un crochet ou un «X», ou à noircir, si les critères minimums pour chaque symptôme ont été respectés (c.-à-d., un «1» ou plus pour la fréquence et un «2» ou plus pour l'intensité). Cette façon de procéder accélérera l'établissement du résumé après l'entrevue.

La colonne de droite, portant la lettre «V», pour Condition symptomatique à vie. Cette seconde colonne n'est codifiée que lorsque le patient ne respecte pas les critères de diagnostic relatifs à l'ESPT actuelle et que l'intervieweur veut évaluer l'ESPT à vie. L'intervieweur inscrit des codes dans cette colonne au cours de la seconde série de questions sur les symptômes de la CAPS, après avoir soumis le patient au «Questionnaire sur les symptômes à vie».)

**Questionnaire sur les symptômes à vie (CAPS-1 seulement)**

On peut procéder à l'évaluation de la situation de l'ESPT à vie lorsque des patients ne satisfont pas présentement au critère de diagnostic. Une fois l'évaluation des symptômes actuels effectuée, posez les questions-guides sur les symptômes à vie en observant les instructions suivantes :

**Questionnaire sur les symptômes à vie**

**Y a-t-il eu une période depuis l'événement traumatisant pendant laquelle vous avez été beaucoup plus troublé qu'au cours du dernier mois par les symptômes sur lesquels je vous ai posé des questions tantôt ?**

**NON OUI**

**Est-ce que cette ou ces périodes ont duré au moins un mois ?**

**NON OUI**

**Quand cette ou ces périodes ont-elles commencé et se sont-elles terminées approximativement ?**

\_\_\_\_ **au** \_\_\_\_  
 \_\_\_\_ **au** \_\_\_\_  
 \_\_\_\_ **au** \_\_\_\_

**(Dans le cas de périodes multiples) :**

**Pendant quelle période avez-vous été le plus troublé**

ou avez-vous eu le plus grand nombre de symptômes ? \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Une fois ces questions répondues, l'intervieweur devrait revenir sur chaque élément de la CAPS et s'enquérir de la présence de chaque symptôme au cours de la période identifiée.

**\*\*\*Ajout : Cette façon de faire n'est plus maintenue dans la version récente.**

(L'intervieweur peut utiliser l'instruction suivante :

**«Au cours du mois que vous avez décrit comme la période la plus difficile, avez-vous souffert de (symptôme) ? À quelle fréquence ?»**

L'intervieweur donne alors un score à l'évaluation de la fréquence du symptôme pour la période en cause, score qui est consigné dans l'espace approprié de la colonne à la droite des scores relatifs aux symptômes.

Enfin, à l'aide de la même méthode employée pour les scores initiaux, l'intervieweur détermine l'intensité des symptômes au cours de la période en cause. Cette évaluation est également consignée dans l'espace désigné sous les scores relatifs aux symptômes (voir ci-dessus).

### **Relevé récapitulatif de la CAPS**

Une fois l'entrevue de la CAPS terminée, tous les résultats devraient être codifiés sur le relevé récapitulatif fourni avec chaque CAPS. Le fait de résumer les données permet une utilisation immédiate des résultats. Cette méthode sert également de contre-vérification afin de déterminer si tous les éléments de la CAPS ont été traités et que les réponses ont été codifiées convenablement. Les données servant à identifier le patient et l'intervieweur peuvent être reprises directement de la page couverture de la CAPS. La nature de l'événement ou des événements traumatisants devrait ensuite être résumée brièvement afin d'indiquer si le critère A a été respecté. Enfin, toutes les données codifiées dans les cases à la droite de chaque élément devraient être recopiées sur le relevé récapitulatif aux endroits indiqués. Les scores inscrits sur le relevé après chaque critère devraient aussi être calculés à ce moment-ci, et les résultats de ces calculs transcrits dans les espaces appropriés du relevé.

### **Équivalence de la CAPS-1 par rapport aux scores du Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) et du War Stress Inventory (WSI)**

Les scores à cinq niveaux des mesures de la fréquence et de l'intensité de la CAPS-1 pris ensemble peuvent être convertis en scores unidimensionnels à trois niveaux («non», «infraliminal» et «oui») pour le SCID et le WSI. Cette équivalence entre la CAPS-1 et les autres tests administrés par le clinicien se reflète dans le tableau suivant :

#### **Scores du SCID et du WSI**

		Non (1)	Infraliminal (2)	Oui (3)
<u>CAPS-1</u>	Fréquence	0	1 à 4	>0
	et	et	et	et
	Intensité	0	0 à 1	>1



### **Préparation de l'intervieweur**

1. Étudiez les instructions générales, la description et les dix règles de base de la CAPS mentionnées dans ce guide.
2. Lisez attentivement tous les éléments de la CAPS en vous assurant de bien comprendre toutes les questions-guides.
3. Lisez les questions-guides de la CAPS à haute voix pour vous y familiariser.
4. Administrez la CAPS avec l'aide d'un collègue dans le rôle de patient.
5. Pratiquez-vous en utilisant la CAPS avec des patients semblables à ceux qui seront soumis à une évaluation plus officielle. Il peut s'agir d'entrevues conjointes, où chaque évaluateur fait sa propre évaluation, qui sont suivies ensuite d'une discussion sur les sources de désaccords sur les scores accordés. Enregistrez, si possible, l'entrevue sur bande audio afin de faciliter la formation (par ex., en réécoutant la bande pour clarifier les réponses du patient).

### **Les dix règles de base de la CAPS\***

1. **EXPLIQUEZ** brièvement au patient l'objectif de l'entrevue avant de commencer. Dans des études de recherche, cela fera habituellement partie de l'obtention du consentement éclairé.

NE VOUS EXCUSEZ PAS d'utiliser une entrevue structurée. («Je dois vous lire ces questions. Plusieurs ne s'appliqueront pas à vous. Je vous prie d'être patient.» «Je dois donner cette entrevue normalisée.»)

2. **ASSUREZ-VOUS** que vous et le patient ciblez bien la même période (et la période appropriée) pour chaque question.

NE PRÉSUMEZ PAS que les symptômes décrits par le patient se regroupent dans le temps à moins que vous en ayez clarifié le moment. Par exemple, le patient peut parler d'un symptôme qu'il a eu il y a un an et d'un autre symptôme qui est apparu la semaine précédente, alors que vous, vous mettez l'accent sur des symptômes concomitants survenus au cours d'une période d'un mois il y a sept ans.

3. **TENEZ-VOUS-EN** aux questions-guides initiales telles qu'elles sont rédigées, sauf lorsque des modifications s'imposent pour tenir compte de ce que le patient a déjà dit, de son niveau de compréhension, ou pour lui demander d'élaborer ou de clarifier.

NE PRÉPAREZ PAS vos propres questions initiales sous prétexte que vous croyez avoir une meilleure façon d'obtenir la même information. La formulation exacte de chaque question a fait l'objet d'énormément d'attention.

4. **ASSUREZ-VOUS** que le patient comprend bien les questions que vous lui posez. Vous devrez peut-être lui demander s'il saisit bien ce que vous lui demandez, et répéter ou reformuler les questions.

N'UTILISEZ PAS des mots que le patient ne comprend pas.

5. **SENTEZ-VOUS** libre de poser d'autres questions pour clarifier certains points, comme : «Avez-vous des difficultés à dormir une fois par semaine ou plusieurs fois par semaine ?».

N'UTILISEZ PAS l'entrevue simplement comme une liste de vérification en vous contentant de lire toutes les options auxquelles le patient donne son consentement.

6. **SERVEZ-VOUS** de votre jugement à l'égard d'un symptôme donné en tenant compte de toute l'information transmise et en confrontant le patient (avec tact et diplomatie) à l'égard des réponses qui ne concordent pas avec l'information fournie précédemment.

N'ACCEPTÉZ PAS nécessairement la réponse d'un patient si elle contredit une autre information ou si vous avez des raisons de croire qu'elle n'est pas valide.

7. **METTEZ L'ACCENT** sur l'obtention de l'information qui permettra d'évaluer tous les détails et le critère à l'étude. Comme vous devrez sans doute poser d'autres questions, n'hésitez pas à utiliser librement l'espace prévu à la section «Description/Exemples».

NE VOUS CONTENTÉZ PAS d'obtenir des réponses aux questions-guides de la CAPS lorsqu'il y aurait lieu de poser d'autres questions.

8. **RESPECTÉZ** la séquence des questions de la CAPS.

NE PASSEZ PAS outre une section sans rien y inscrire sous prétexte que vous êtes persuadé qu'elle n'est pas pertinente.

9. **CHOISISSEZ** un score parmi les scores établis.

NE FIXEZ PAS un score inexistant, comme 3,5, quand le choix offert est 3 ou 4.

10. **REMP LISSEZ** le relevé récapitulatif de la CAPS le plus tôt possible après l'entrevue.

NE REPORTEZ PAS à plus tard l'établissement du diagnostic ou de la condition symptomatique du patient quand cette information pourrait être importante.

\* Basée sur la section correspondante de l'ouvrage Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, révision du 01.06.1988) de Williams, R.L., J.B.W. Gibbon, M. & First, M.B., 1968. New York : Biometrics Research Department of New York State Psychiatric Institute.

## Vue d'ensemble des modifications apportées à la CAPS pour le DSM-IV

1. Désignation et acronyme. À l'origine, la version diagnostic actuel et à vie s'appelait la CAPS-1, et celle qui portait sur la condition symptomatique sur une semaine, la CAPS-

2. Les désignations et acronymes officiels des versions destinées aux adultes de la CAPS pour le DSM-IV s'établissent comme suit :

- a) Échelle de l'ESPT du DSM-IV administrée par le clinicien – version Diagnostic actuel et à vie (CAPS-DX);
- b) Échelle de l'ESPT du DSM-IV administrée par le clinicien – version Condition symptomatique sur une semaine (CAPS-SX).

2. Présentation. D'abord, les instructions ont été éliminées de la page couverture, et elles sont maintenant toutes comprises dans un guide. Les lignes récapitulatives des symptômes après chaque groupe B, C ou D ont ensuite été supprimées. Les symptômes peuvent être résumés après les évaluations globales ou sur le relevé récapitulatif. Enfin, les références relatives au type de caractère ont été modifiées. La majorité de ces références de la CAPS s'apparentent à celles du SCID. Les instructions à l'intention de l'intervieweur sont toutes inscrites en MAJUSCULES ou [EN MAJUSCULES ENTRE ACCOLADES]; les endroits où les «propres équivalents» du répondant devraient être remplacés sont en (EN MAJUSCULES ENTRE PARENTHÈSES); les questions initiales et toutes les autres questions-guides requises sont inscrites en **caractères gras**; et les indications de suivi suggérées sont (*en italiques entre parenthèses*).

3. Critère A. La CAPS-DX comprend maintenant un protocole d'évaluation du critère A en fonction de la définition en deux parties du DSM-IV. L'intervieweur donne un bref aperçu de l'évaluation, puis remet au répondant la Liste de vérification des événements de vie (LVEV) pour qu'il la remplisse. Il fait le suivi des réponses positives à la LVEV et recueille suffisamment d'information pour juger si l'événement répond aux critères A.1 et A.2. Bien que ce protocole pourrait servir à connaître l'histoire complète d'un trauma, sa principale fonction est d'identifier les événements pour le questionnaire sur les symptômes de l'ESPT de la CAPS.

Pour l'évaluation des événements traumatisants, nous recommandons, dans la plupart des cas, de recourir à une mesure exhaustive comme l'«Evaluation of Lifetime Stressors», élaborée ici au National Center, la formule de mesure des traumas Resnick/Kilpatrick, (ajout :\*\*\* le « Life Stressor Checklist-Revised» de Wolfe, Kimerling, Brown, Chrestman & Levin traduit en français) ou encore, dans le cas des personnes ayant souffert de traumas particuliers (vétérans de guerre, victimes de viol, etc.), une formule de mesure spécifique à ces types de trauma. Cependant, comme beaucoup de gens se demandaient pourquoi la CAPS ne comportait pas de questionnaire sur les traumas; nous en avons ajouté un. Ce questionnaire ne sert pas à obtenir des données quantitatives sur les traumas, mais simplement à recueillir suffisamment d'information qualitative pour déterminer si les critères A.1 et A.2 sont respectés et pour vous permettre de poursuivre des recherches du côté des symptômes. Un espace a été prévu pour poser des questions sur trois événements traumatisants possibles, bien que les questions sur les symptômes devraient cibler davantage l'événement ou les deux événements les plus terribles. Il devient très difficile et déroutant tant pour le répondant que pour l'intervieweur d'essayer d'approfondir des symptômes lorsque plus de deux événements sont pris en compte.

4. Ordre des éléments. Les éléments ont été disposés de façon à correspondre à l'ordre des symptômes dans le DSM-IV.

5. Référence «le pire». L'élimination de la référence «le pire» de l'évaluation de l'intensité constitue un changement très important. Cette référence semait la confusion chez les intervieweurs, ceux-ci ne sachant pas s'ils devaient évaluer uniquement l'occurrence du pire symptôme ou celle du symptôme typique. Elle devait servir à l'origine de caractéristique d'essai limite pour inciter les répondants à se focaliser sur la pire pathologie, afin de réduire l'occurrence des réponses réductrices ou défensives; les évaluations finales de l'intensité devaient cependant se fonder sur les fondements à caractère typique pour le répondant.

6. Questions-guides sur la fréquence au critère B-1. En ce qui a trait aux questions-guides sur la fréquence au critère B-1, nous avons supprimé la question qui portait sur les souvenirs avec ou sans indices. Rien dans le critère ne requiert une telle distinction, et je crois qu'elle prêtait à confusion pour les répondants et les intervieweurs. Il existe énormément de chevauchement dans les symptômes de reviviscence en général, et il peut être très difficile, à certains moments, de départager les pensées importunes et la détresse provoquée, les cauchemars au réveil ou les phases annonciatrices ou résiduelles d'épisodes de flashs-back caractérisés.

7. Évaluation des points d'ancrage relativement à l'intensité. Une critique souvent entendue à l'égard de la CAPS initiale portait sur les points d'ancrage applicables à l'évaluation de l'intensité : ils sont incohérents d'un élément à l'autre, et même au sein des éléments eux-mêmes. Certains points d'ancrage comportementaux, par exemple, peuvent porter sur la diminution du fonctionnement, et d'autres, sur la détresse; certains peuvent être trop identifiés à une population et négliger un éventail plus grand de réponses mésadaptées; ou encore, certains peuvent ne pas représenter des intervalles égaux entre les points d'évaluation. La solution à ce problème sous-entendait un examen de la façon dont la sévérité des symptômes est définie en psychopathologie.

Dans la majorité des publications sur l'évaluation de la psychopathologie, quatre aspects décrivent la sévérité globale des symptômes : la fréquence, la durée (lorsque les symptômes surviennent), la détresse subjective et la diminution du fonctionnement. Le SCID-D (SCID pour les troubles dissociatifs), par exemple, s'inspire de ce schème et Steinberg donne, dans le guide, des exemples d'évaluation de la sévérité qui s'inspirent de combinaisons de ces aspects. Comme la CAPS évalue la fréquence à titre d'aspect distinct, il reste la durée, la détresse et la diminution du fonctionnement comme aspects sous-jacents à l'évaluation de l'intensité. Dans le nouveau guide sur la CAPS, nous fournirons des exemples cliniques pour illustrer l'utilisation de l'échelle d'évaluation de l'intensité, mais l'entrevue elle-même ne comporte pas suffisamment d'espace pour fournir des indications élaborées aux évaluateurs. La solution, en ce qui a trait à la CAPS révisée, consistait donc à focaliser sur un ou deux aspects (parfois les trois) qui semblent plus adaptés au symptôme évalué et à la terminologie du DSM. Malheureusement, le DSM fournit peu d'explications sur la sévérité propre à chaque élément, même s'il exige maintenant, dans un sens général, des précisions sur la détresse ou la diminution du fonctionnement au critère F. Nous avons donc déterminé de façon rationnelle lequel des trois aspects définit l'intensité d'un symptôme particulier, puis inclus des questions supplémentaires et les points d'ancrage appropriés.

Après avoir établi quels aspects étaient essentiels à un élément, nous avons tenté de rétablir le lien entre ces aspects et les descripteurs des points d'ancrage d'évaluation. La CAPS initiale faisait déjà état d'une grande partie de tout ceci. Cette révision consistait principalement à clarifier et à rendre plus explicite ce qui était déjà là, ainsi qu'à améliorer la cohérence des points d'ancrage d'évaluation. Les cliniciens devraient toujours garder à l'esprit ces aspects de la sévérité lorsqu'ils font des évaluations, même si la question supplémentaire et les points d'ancrage d'un symptôme donné ne portent pas explicitement sur les trois aspects.

Dans le cas du critère B-1 (souvenirs importuns), l'accent est donc mis sur la détresse subjective et la diminution du fonctionnement (la question-guide tenant compte un tant soit peu du temps nécessaire pour les chasser de l'esprit). Dans le cas du critère B-2 (cauchemars), l'accent, en rapport avec l'évaluation de l'intensité, est mis sur la détresse, et sur une combinaison durée et problème de sommeil. En ce qui a trait au critère B-3 (flashes-back), l'accent, en rapport avec l'évaluation de l'intensité, est mis sur le degré de dissociation et la durée, mais il n'est aucunement question de détresse ou de diminution du fonctionnement. Un évaluateur pourrait tenir compte de la détresse et de la diminution du fonctionnement dans ses évaluations (et devrait le faire, si cela semble pertinent), mais rien dans les questions-guides ou les points d'ancrage ne peut l'aider explicitement à le faire. Quant au critère B-4 (réactivité psychologique), les questions supplémentaires relatives à l'intensité portent principalement sur les trois aspects, bien que les points d'ancrage ne tiennent compte que de la détresse et de la diminution du fonctionnement. Tenter de préciser les durées reliées à chaque niveau d'intensité semble une entreprise semée d'embûches, mais l'évaluation devrait passer par un tel processus. Dans le cas du critère B-5 (réactivité physiologique), les questions supplémentaires relatives à l'intensité ont principalement trait à la durée - la détresse est codifiée au critère B-4, et la diminution du fonctionnement ne semble pas tout à fait appropriée. Dure décision !

Dans le cas des critères C-1 et C-2, l'accent, relativement à l'évaluation de l'intensité, est mis sur la diminution du fonctionnement. La durée ne semble pas pertinente et la détresse subjective est habituellement ce que la personne tente d'éviter. Nous avons quelque peu modifié l'énoncé de ces éléments, à la fois pour leur donner un style plus coulant et pour les adapter aux légères modifications apportées au DSM. Le critère C-3 a subi peu de changements.

À partir du critère C-4, nous avons ajouté la référence «*lié à un trauma ?*» qui oblige les évaluateurs à déterminer si un symptôme est relié fonctionnellement à un événement traumatisant. Cette mesure a été prise en réaction à un problème auquel nous et d'autres avons été confrontés, à savoir, si vous êtes certain que le symptôme est présent (en termes de phénoménologie), mais que la personne est incapable de le relier clairement à un trauma particulier, devriez-vous le codifier comme présent ou non ? Cela se produit souvent, par exemple, dans le cas d'un trauma chronique affectant le développement lorsqu'il y a absence de tout fondement sur lequel s'appuyer pour évaluer un changement à partir d'un niveau précédent de fonctionnement. Nous avons utilisé, en règle générale, la mention «indéniable» dans l'ESPT classique en présence d'un trauma aigu dans lequel la relation fonctionnelle entre les symptômes et le trauma est claire, «probable» a) quand il y a un trauma chronique affectant le développement lorsque le répondant dit : «J'ai toujours été comme cela» et que vous savez qu'il a vécu d'importants traumas au cours de son enfance, ou b) lorsqu'un répondant ne peut établir un lien direct avec un trauma, mais que vous découvrez, par exemple, que les symptômes (p. ex., indifférence ou marginalisation) s'aggravent à l'approche d'anniversaires d'événements, et «peu

probable» lorsqu'un symptôme est évident, mais que le répondant décrit clairement une étiologie non traumatisante à ce sujet.

Dans le cas du critère D-2, nous avons reformulé les questions supplémentaires relatives à l'intensité et aux points d'ancrage de l'échelle d'évaluation afin de tenir compte du fait que la répression peut représenter un problème aussi sérieux que l'expression déclarée de l'agressivité.

8. Conséquemment au SCID, toutes les questions-guides sont rédigées au passé. Cette façon de procéder peut parfois être un peu embarrassante, mais elle est tout à fait appropriée pour les questions portant sur les événements d'une vie entière, et l'intervieweur peut, au besoin, facilement et naturellement les mettre au présent.

9. Nous avons reçu énormément de commentaires sur les évaluations de la VD. Nous avons constaté qu'elles n'étaient pas fiables pour un élément en particulier, cependant, elles sont cliniquement toujours utiles. Nous avons ajouté une instruction relativement à la spécification de la raison d'une évaluation de la VD (p. ex., compréhension, type de réponse, etc.).

10. Nous avons ajouté quelques éléments afin d'aborder de façon explicite les critères E et F, ainsi que les distinctions relatives à l'état de stress aigu/chronique et à la survenue différée, et avons reformulé certaines questions-guides sur la chronologie et la diminution du fonctionnement, notamment à l'élément sur la diminution du fonctionnement professionnelle.

11. Nous avons modifié en profondeur la section des caractéristiques associées. Nous n'avons pas changé les éléments relatifs à la culpabilité et avons ajouté un code S.O. (Sans objet) pour la culpabilité du survivant. Concernant les autres caractéristiques associées, nous en sommes venus à la conclusion que certaines étaient trop reliées à une population particulière, que d'autres étaient difficiles à conceptualiser en tant que symptômes (p. ex., le désenchantement), et, enfin, que certaines caractéristiques étaient mieux évaluées à l'aide d'autres moyens (p. ex., la tristesse et la dépression). Nous avons remplacé les autres caractéristiques associées par des éléments qui évaluent les trois symptômes dissociatifs compris dans les critères de diagnostic de l'état de stress aigu (ESA), de la diminution de la prise de conscience, de la déréalisation et de la dépersonnalisation. Avec ces éléments dissociatifs, les CAPS peuvent servir à mesurer l'ESA, qu'il soit actuel, lorsqu'une personne a subi récemment un trauma, ou qu'il s'agisse d'un ESA mesuré rétrospectivement en revenant sur le moment où s'est produit le trauma. Ces éléments dissociatifs peuvent également être mesurés en tant que symptômes associés actuels de l'ESPT. La signification possible de ces éléments en tant que caractéristiques associées de l'ESPT est supportée par les données de Marmar et Weiss sur la dissociation péri-traumatique et le fonctionnement courant, la reconnaissance de niveaux élevés de symptômes dissociatifs chez ceux qui ont un ESPT, surtout chez les survivants d'un trauma chronique du développement, et l'inclusion de l'ESA dans le DSM-IV.

### Algorithmes d'évaluation pour la CAPS

Vous trouverez ci-dessous une description de plusieurs méthodes de conversion des scores bruts de fréquence et d'intensité pour chaque élément de la CAPS, d'abord en symptômes dichotomiques (présent/absent), puis en un diagnostic dichotomique de l'ESPT suivant la règle de décision du DSM-III-R (1 du groupe B, 3 du groupe C, 2 du groupe D).

#### Fréq(1)-Int(2)

Il s'agit de la règle de travail originale que décrivent le guide de la CAPS et la page couverture de l'entrevue pour la CAPS. Selon cette règle, un élément de la CAPS est considéré comme un symptôme si le score de la fréquence est de 1 ou plus, et le score de l'intensité, de 2 ou plus.

#### Sévérité(4)

Selon cette règle, un élément de la CAPS est considéré comme un symptôme si le score de l'intensité (fréquence + intensité) est de 4 ou plus.

#### Évaluations des cliniciens

Pour en arriver à cette règle d'établissement du score, 25 cliniciens possédant une grande expérience de l'ESPT ont évalué chaque combinaison fréquence-intensité de chaque élément de la CAPS selon le barème suivant : 1 (absent), 2 (infraliminal) ou 3 (liminal ou présent). D'après cette règle, une combinaison fréquence-intensité d'un élément de la CAPS est établie à 3 (liminal ou présent) si elle a reçu la cote 3 par 75 % des cliniciens. De même, une combinaison fréquence-intensité est établie à 1 si elle a reçu la cote 1 par 75 % des cliniciens. Toutes les autres combinaisons de fréquence-intensité reçoivent la cote 2 (infraliminal). Ces cotes sont présentées sous forme de graphique dans le relevé récapitulatif des symptômes de la CAPS.

Les deux règles suivantes ont été établies de façon empirique à partir d'une étude de 123 vétérans du Vietnam à qui deux cliniciens différents, travaillant séparément, ont administré la CAPS et le module de l'ESPT du SCID. Le délai entre les entrevues variait en moyenne de deux à trois jours.

#### Diagnostic étalon vs diagnostic du SCID

Pour établir cette règle d'évaluation, le score lié à la sévérité (fréquence + intensité) le plus efficace pour prédire un diagnostic de l'ESPT basé sur le SCID a été fixé pour chaque élément de la CAPS. Selon cette règle, un élément de la CAPS est considéré comme un symptôme si le score lié à la sévérité est égal ou supérieur au point de coupure optimum. Ces points de coupure sont fixés à 3 pour les éléments 1 à 4, 10, 14, 16 et 17, à 4 pour les éléments 5 à 7, 11 et 12, à 5 pour les éléments 8 et 13, et à 6 pour les éléments 9 et 15.

#### Symptômes étalons vs symptômes du SCID

Pour établir cette règle d'évaluation, le score lié à la sévérité (fréquence + intensité) le plus efficace pour prédire le symptôme correspondant de l'ESPT basé sur le SCID a été fixé pour chaque élément de la CAPS. Selon cette règle, un élément de la CAPS est considéré comme un symptôme si le score lié à la sévérité est égal ou supérieur au point de coupure optimum. Ces points de coupure sont fixés à 2 pour l'élément 2, à 3 pour les éléments 1, 3, 4 et 15 à 17, à 4 pour les éléments 5, 6 et 12 à 14, à 5 pour les éléments 7 à 9, et à 6 pour l'élément 10.