



ELSEVIER

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Pratiques psychologiques xxx (2017) xxx–xxx

Pratiques
psychologiques

www.em-consulte.com

Psychologie clinique

Validation de contenu de la version francophone du questionnaire Impact of Event Scale-Revised selon les critères du DSM-5

Impact of Event Scale-Revised: Content validity of the French version according to DSM-5 criteria

M. Chiasson^{a,*}, S. Lapierre^a, M.A.A. Balbinotti^a, S. Desjardins^a,
H.-M. Vasiliadis^b

^a Département de psychologie, université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, CP 500, G9A 5H7
Trois-Rivières, QC, Canada

^b Département des sciences de la santé communautaire, faculté de médecine et des sciences de la santé, université de
Sherbrooke, 150, place Charles-LeMoyne, Bureau 200, J4K 0A8 Longueuil, QC, Canada

Reçu le 21 juin 2016 ; accepté le 27 février 2017

Résumé

Cet article présente les résultats d'une évaluation de contenu menée sur la version francophone de l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Un panel de trois juges experts a procédé à l'évaluation des items de l'IES-R en considérant qu'elle serait administrée à une population de personnes âgées. Il a aussi évalué la clarté et la pertinence de tous les énoncés en plus d'associer les items aux symptômes diagnostiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT) du DSM-5. Les résultats indiquent globalement que les énoncés de l'IES-R sont clairs et pertinents sur le plan théorique. Quant à la cotation des items décrivant les critères diagnostiques du TSPT, les experts ont conclu que plusieurs items portaient à confusion. Des recommandations d'amélioration de l'échelle sont présentées.

© 2017 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Impact of Event Scale-Revised ; Trouble de stress post-traumatique ; Validation de contenu ; Examineurs experts ; Critères diagnostiques

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : myriam.chiasson@uqtr.ca (M. Chiasson).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2017.02.002>

1269-1763/© 2017 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Chiasson, M., et al. Validation de contenu de la version francophone du questionnaire Impact of Event Scale-Revised selon les critères du DSM-5. *Pratiques psychologiques* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2017.02.002>

Abstract

This study presented the results of a content validity conducted on the French version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R). A panel of three judges proceeded to the evaluation of the items of the IES-R taking into account that it would be completed by an elderly population. The panel evaluated each item's clarity and theoretical pertinence and classified them according to the diagnostic symptoms of the post-traumatic stress disorder (PTSD) of the DSM-5. Results showed that items of the IES-R are quite clear and pertinent theoretically speaking. Regarding the classification of the items describing the criteria for the diagnosis of PTSD, the experts concluded that many items were confusing. Improvement recommendations are presented.

© 2017 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Impact of Event Scale-Revised; Post-traumatic stress disorder; Content validity; Expert reviewers; Diagnosis criteria

La forte augmentation de la population des aînés au sein de la société nécessite de développer les connaissances actuelles sur la problématique de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez le groupe des 65 ans et plus. Bien entendu, il s'avère pertinent de s'assurer que les cliniciens et les chercheurs aient accès à des outils de dépistage de l'ESPT fiables et adaptés pour les aînés. Néanmoins, les évaluations psychométriques des instruments de mesure de l'ESPT sont souvent menées auprès d'une population générale ou d'adultes de moins de 65 ans (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001 ; de Vries & Olf, 2009). Cependant, les aînés font face à certaines difficultés, entre autres celles liées au vieillissement, qui peuvent influencer l'interprétation par les professionnels de leurs symptômes d'ESPT (Thorp, Sones, & Cook, 2011).

Dans le DSM-IV, le diagnostic de l'ESPT se fait à partir de 17 critères répartis en quatre catégories : l'exposition et l'ampleur de la réaction de la personne (p. ex. peur, horreur) à la suite d'un événement spécifique (critère A), l'intrusion (critère B), les comportements d'évitement et l'émoussement de la réactivité générale (critère C) et l'activation neurovégétative (critère D). Récemment, les critères diagnostiques ont été modifiés avec la publication de la cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5 ; American Psychological Association, APA, 2013). En redistribuant les symptômes entre les critères et en ajoutant une catégorie supplémentaire, soit celle de l'altération négative des cognitions et des affects, le DSM-5 regroupe dorénavant un ensemble de 20 symptômes cliniques liés à l'ESPT qui se nomme maintenant trouble de stress post-traumatique (TSPT). De plus, dans le DSM-IV (APA, 1994), les symptômes décrivant les comportements d'évitement et l'émoussement de la réactivité générale sont regroupés sous le critère C. Le DSM-5 distingue actuellement ces deux catégories de symptômes en créant le critère C pour les comportements d'évitement et le critère D pour l'engourdissement émotionnel, ce dernier intégrant deux nouveaux symptômes, soit le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte). L'ancien critère D (activation neurovégétative) devient alors le critère E et réunit les symptômes associés à l'altération de la vigilance et à la réactivité associée à l'événement traumatique (ÉT), tout en ajoutant un nouveau symptôme, soit le comportement autodestructeur ou imprudent (APA, 2013). Le critère E du DSM-IV, concernant la durée de la perturbation (plus d'un mois), n'est pas modifié mais devient le critère F dans la nouvelle édition du manuel. De plus, l'ancien critère F de la quatrième version, soulignant que la perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou

professionnel, est modifié en critère G dans le DSM-5. Le critère concernant la précision que les troubles ne peuvent être attribués à la prise d'une médication, à un abus de substance psychotrope ou à une maladie est nommé critère H. Autre ajout important, le TSPT peut dorénavant comporter une spécification reliée à la dissociation, comprenant des symptômes de dépersonnalisation et/ou de déréalisation (APA, 2013).

Finalement, un diagnostic de TSPT ne peut être posé que si la personne répond au critère A du DSM-5, puis présente au moins un symptôme d'intrusion (critère B), un symptôme d'évitement (critère C), un minimum de trois symptômes d'altération négative des cognitions et des affects (critère D) et un minimum de trois symptômes portant sur l'altération de la vigilance et de la réactivité associée à l'ÉT (critère E).

1. Impact of Event Scale-Revised

Horowitz, Wilner, et Alvarez (1979) ont développé l'Impact of Event Scale (IES) pour mesurer la détresse subjective liée à un événement spécifique, en fournissant un score de stress à partir des réactions d'intrusion et d'évitement (McGuire, 1990 ; Weiss & Marmar, 1997). Toutefois, afin d'ajuster l'échelle aux critères diagnostiques du DSM-IV et d'avoir une meilleure estimation des réactions à la suite d'un ÉT, Weiss et Marmar (1997) ont révisé la version originale de l'IES qui est devenue l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Ils ont ajouté une troisième sous-échelle mesurant l'activation neurovégétative. Weiss et Marmar (1997) ont aussi développé sept nouveaux items dont six couvrant des symptômes associés aux critères d'hypervigilance, par exemple « J'étais nerveux(se) et je sursautais facilement ». Ces nouveaux items ont été ajoutés à l'échelle originale de l'IES, ce qui créa une version révisée à 22 items, en conformité aux trois catégories de symptômes associés aux critères diagnostiques du DSM-III et du DSM-IV. Contrairement à l'IES, qui demande la fréquence à laquelle les réactions se sont produites au cours des sept derniers jours, l'IES-R demande aux répondants de coter plutôt le degré de détresse éprouvée durant la même période, sur une échelle de type Likert à 5 niveaux : pas du tout bouleversé (0), un peu (1), moyennement (2), passablement (3), extrêmement bouleversé (4). L'IES-R comporte trois sous-échelles représentant l'intrusion (8 items), l'évitement (8 items) et l'hypervigilance (6 items). Les corrélations entre les sous-échelles sont fortes pour un échantillon général ($r=0,81-0,87$; Creamer, Bell, & Failla, 2003) alors qu'elles varient pour un échantillon en traitement ($r=0,52-0,82$), ces dernières indiquant que certaines dimensions sont plus ou moins indépendantes. Ni l'IES ni l'IES-R ne sont destinées à être utilisées comme outils diagnostiques de l'ESPT puisque les symptômes associés à l'ESPT peuvent varier considérablement en fonction de l'événement et du temps écoulé depuis sa survenue (Weiss, 2004). Ainsi, un individu, ayant vécu un ÉT il y a 30 ans, n'aura probablement pas le même degré de détresse qu'un individu ayant vécu un événement semblable récemment. Il est donc recommandé d'utiliser l'IES-R comme outil de dépistage (Heeb, Gutjahr, Gulfi, & Castelli Dransart, 2011).

Les propriétés psychométriques de la version francophone de l'IES-R, traduite par Brunet, St-Hilaire, Jehel, et King (2003), ont été évaluées auprès d'un échantillon de femmes québécoises ($n=223$) ayant vécu la tempête du verglas de 1998, et auprès de professionnels de la santé et des services sociaux ($n=297$) ayant fait face au suicide de leur patient (Heeb et al., 2011). L'échelle présente une bonne consistance interne (intrusion=0,86 ; évitement=0,86 ; hypervigilance=0,81 ; échelle globale=0,93 ; Brunet et al., 2003). Les alpha de Cronbach obtenus par Heeb et al. (2011) sont similaires (intrusion=0,86 ; évitement=0,82 ; hypervigilance=0,82 ; échelle globale=0,91). Les corrélations entre chacune des sous-échelles et l'échelle globale ($r=0,83-0,90$) de la version francophone sont élevées, mais plus modérées entre elles

($r = 0,56-0,69$) (Brunet et al., 2003), indiquant que les dimensions sont relativement indépendantes.

De plus, alors que l'ESPT est bien décrit dans la littérature, la documentation sur cette problématique chez les personnes âgées est plutôt disparate (Averill & Beck, 2000 ; Busuttill, 2004). Elles sont souvent exclues des études scientifiques, en raison entre autres de la présence de fréquentes comorbidités (Charles, Garand, Ducrocq, & Clément, 2005 ; Spitzer et al., 2008). Pourtant, une personne âgée aura généralement connu une panoplie d'ÉT au cours de sa vie, et ce, davantage que les personnes plus jeunes (McNally, 2009). Il s'avère alors pertinent d'élargir le champ d'étude des propriétés psychométriques de l'instrument auprès de cette population.

Or, à la suite des nombreux changements apportés aux critères diagnostiques de l'ESPT depuis la parution du DSM-5, il est crucial de s'intéresser à la validité et à la fiabilité des outils de dépistage de ce trouble. L'IES-R a été retenue pour la présente étude puisqu'elle a été utilisée dans le cadre de l'Enquête québécoise sur la santé des aînés (ESA) réalisée auprès de 1811 personnes âgées. L'objectif de cette étude était donc d'explorer la pertinence théorique de chacun des items de l'IES-R grâce à une validation de contenu effectuée par un panel d'experts qui se sont basés sur les critères du TSPT décrits dans le DSM-5. Les experts devaient tenir compte d'une passation de l'outil à des personnes âgées. Plus précisément, ils devaient effectuer une évaluation de la clarté et de la pertinence des items ainsi que le jumelage de chaque item de l'IES-R aux 20 symptômes diagnostiques du TSPT. Puisque l'IES-R devrait présenter certaines lacunes sur le plan de sa concordance avec les critères diagnostiques du TSPT du DSM-5, des suggestions seront offertes afin de rendre l'échelle plus adéquate pour le dépistage du TSPT. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur la validité de l'IES-R pour le dépistage de cette problématique en fonction des nouveaux critères du DSM-5.

2. Méthode

2.1. Participants

Cinq experts ont été contactés par courriel afin de leur présenter l'objet de la recherche et de vérifier leur intérêt à participer à la validation de contenu. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur expertise clinique sur le stress post-traumatique. Lorsqu'un expert acceptait de devenir juge, la fiche d'évaluation (voir Annexe 1) et le manuel d'instructions sur la procédure lui étaient acheminés par courriel. Des cinq experts sollicités, trois ont accepté de participer à l'étude, les deux autres n'ayant pas suffisamment de disponibilité pour s'impliquer. Le niveau d'expérience des juges varie considérablement d'une personne à l'autre. Un des juges a côtoyé occasionnellement des gens ayant vécu des traumas à travers plus de 15 années d'expérience en pratique clinique, alors qu'un deuxième juge cumule plus de 10 ans de pratique clinique, dont six ans spécifiquement avec le stress post-traumatique. Ces deux juges ont une expérience plutôt restreinte avec les aînés. Le troisième juge est spécialisé dans le traitement de l'ESPT ainsi qu'en gérontologie. Il possède plus d'une dizaine d'années d'expérience clinique auprès de ces deux clientèles.

Les juges ont reçu l'assurance que tous les renseignements fournis resteront strictement confidentiels et qu'ils seront utilisés exclusivement pour des fins scientifiques. Ils ont aussi été assurés qu'ils seront exemptés de toute responsabilité concernant les opinions exprimées par les auteurs dans toutes publications résultant de cette recherche. Enfin, aucun juge n'a participé à une étape antérieure à la validation de contenu (Hernández-Nieto, 2002).

2.2. Déroulement

Selon les standards d'évaluation psychométriques (American Educational Research Association, APA et National Council on Measurement in Education, 1999, cités dans [Balbinotti, Benetti, & Terra, 2006](#)), la validité de contenu d'un questionnaire peut se faire soit auprès des sujets eux-mêmes, soit par l'entremise d'un panel d'experts. Cette dernière a été retenue puisqu'un des objectifs de l'étude est de vérifier la concordance des items de l'IES-R avec les nouveaux critères du DSM-5.

Chaque juge reçoit une fiche d'évaluation comprenant une description des trois dimensions qu'il doit utiliser pour évaluer la qualité des énoncés de l'échelle selon les recommandations de [Vallerand \(1989\)](#). Les dimensions sont les suivantes :

- clarté du message : les juges doivent indiquer si l'énoncé utilise un langage non équivoque et facilite une compréhension adéquate pour des personnes âgées de 65 ans et plus ;
- pertinence théorique : les juges doivent évaluer si l'énoncé mesure bien la présence d'un symptôme associé au TSPT ;
- critères du DSM-5 : les juges doivent associer chaque item de l'IES-R à l'un des 20 symptômes qui sont inclus dans les quatre critères diagnostiques suivants du TSPT : intrusion, évitement, altération négative des cognitions et des affects, altération de la vigilance et réactivité, en plus des possibles symptômes de dissociation (déréalisation et dépersonnalisation). Seuls les critères B, C, D et E du TSPT sont évalués dans la présente validation de contenu puisque les critères F, G et H ne sont pas pris en compte par l'IES-R.

La fiche d'évaluation des juges (voir [Annexe 1](#)) comporte une échelle de type Likert à cinq niveaux pour la clarté du message ainsi que pour la pertinence théorique de l'énoncé, ainsi qu'un système de lettres (p. ex. B, C, D et E) et de chiffres (p. ex. 1, 2, 3) correspondant aux 20 symptômes du TSPT du DSM-5. Le questionnaire permet également aux juges de fournir des commentaires additionnels sur des énoncés spécifiques.

3. Analyses

Le coefficient de validité de contenu (CVC), proposé par [Hernández-Nieto \(2002\)](#), a été utilisé afin d'évaluer la clarté de la formulation des énoncés et leur pertinence théorique. Ce coefficient mesure le degré de concordance interjuges relativement à chaque item de l'échelle et de l'échelle dans son ensemble. Ce que la formule mathématique de ce coefficient a de particulier est qu'en plus de tenir compte d'une marge d'erreur, elle mesure à la fois la validité et la fidélité des items ; avantage que l'on ne retrouve pas avec le Kappa de Cohen. [Hernández-Nieto \(2002\)](#) et [Balbinotti et al. \(2006\)](#) recommandent un minimum de trois et un maximum de cinq juges ainsi que l'utilisation d'une échelle de type Likert à cinq niveaux pour évaluer le contenu de chaque item en fonction des dimensions sélectionnées. Cette procédure permet d'identifier les items qui doivent être révisés et ceux qui doivent être éliminés parce qu'ils étaient jugés insatisfaisants.

Selon [Hernández-Nieto \(2002\)](#), la première étape pour calculer le CVC de chaque item nécessite l'application de la formule mathématique suivante où M_x correspond au score moyen de

chaque item (i) et où $\sum x_i$ est la somme des scores des juges pour un item et J est le nombre de juges qui l'évalue.

$$M_x = \frac{\sum_{i=1}^J x_i}{J}$$

Fondé sur les scores moyens des trois juges, le CVC de l'item est ensuite calculé (CVC_i) en intégrant V_{max} qui représente le score maximum qu'un item peut recevoir.

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{max}}$$

L'erreur (Pe_i) est calculée pour chaque énoncé avec la formule suivante afin de tenir compte de toute éventuelle partialité des juges :

$$Pe_i = \left(\frac{1}{J}\right)^J$$

Compte tenu de ce qui précède, le CVC final (CVC_c) pour chaque item est :

$$CVC_c = CVC_i - Pe_i$$

Le CVC total de l'ensemble de l'échelle (CVC_t) pour chaque aspect évalué (clarté du langage ou pertinence théorique) est calculé en soustrayant la moyenne des erreurs des 22 énoncés (M_{Pe_i}) de la moyenne des 22 coefficients de validité de contenu (M_{CVC_i}) :

$$CVC_t = M_{CVC_i} - M_{Pe_i}$$

Hernández-Nieto (2002) recommande que seuls les énoncés dont le CVC_c excède 0,8 soient considérés comme acceptables. Toutefois, puisque les niveaux variés d'expérience des juges peuvent augmenter le risque d'erreur, il a semblé plus pertinent d'exiger une valeur critique de 0,7, tel que recommandé par Balbinotti (2004). Ainsi, tout item dont le CVC_c se situe en deçà de 0,7 est jugé insatisfaisant, tandis que les items entre 0,7 et 0,8 sont considérés limites. Il faut noter que la validité de contenu est subjective et non quantitative au sens strict du terme (Vallerand, 1989).

La concordance des items avec un critère spécifique du TSPT du DSM-5 est évaluée en inspectant la concordance interjuges. En cas de désaccord entre les juges, l'item est considéré comme ambigu. Finalement, les juges peuvent estimer si l'item appartient ou non à une forme de dissociation apparentée à de la dépersonnalisation ou à de la déréalisation, selon les critères additionnels de spécificité diagnostique du TSPT.

4. Résultats

Le **Tableau 1** présente les résultats de l'analyse pour les trois aspects évalués, soit la clarté du langage (CL), la pertinence théorique (PT) et l'évaluation diagnostique des items, tout comme le CVC de l'échelle dans son ensemble.

4.1. Clarté du langage

Parmi les 22 items évalués, deux items (12 et 13) présentent un coefficient de validité sous le seuil critique de 0,7 et quatre items (1, 2, 4 et 16) présentent un coefficient entre 0,7 et 0,8. La plupart du temps, les juges sont plutôt en accord entre eux dans leur évaluation de la clarté de la

Tableau 1

Coefficients de validité de contenu (CVC_c) et évaluations diagnostiques interjuges des items de la version francophone de l'IES-R.

Items de l'Impact of Event Scale-Revised	CL	CLP _c	PT	PTP _c	Évaluation diagnostique		
					Juge n° 1	Juge n° 2	Juge n° 3
1 : Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement	0,70	0,04	0,76	0,04	B3	B4	B4
2 : Je me réveillais la nuit	0,76	0,04	0,83	0,04	E6	E6	E6
3 : Différentes choses me faisaient penser à l'évènement	0,83	0,04	0,90	0,04	B1	B1	B1
4 : Je me sentais irritable et en colère	0,70	0,04	0,83	0,04	D4/E1	E1	D4/E1
5 : Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0,83	0,04	0,76	0,04	C1	C1	C1/C2
6 : Sans le vouloir, je repensais à l'évènement	0,96	0,04	0,96	0,04	B3	B1	B1
7 : J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0,96	0,04	0,70	0,04	Dér	Nil	D1/Dér
8 : Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0,96	0,04	0,96	0,04	C2	C2	C2
9 : Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête	0,90	0,04	0,90	0,04	B1	B1	B1/B3
10 : J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0,83	0,04	0,83	0,04	E4	E4	E4
11 : J'essayais de ne pas penser à l'évènement	0,96	0,04	0,96	0,04	C1	C1	C1
12 : J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face	0,56	0,04	0,76	0,04	C1	C1	C1
13 : Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés	0,43	0,04	0,76	0,04	Dép	D7	Dép
14 : Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement	0,96	0,04	0,96	0,04	B3	B3	B3
15 : J'avais du mal à m'endormir	0,90	0,04	0,83	0,04	E6	E6	E6
16 : J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement	0,76	0,04	0,90	0,04	B4/D4	B4	B4
17 : J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0,96	0,04	0,96	0,04	C1	C1	D1
18 : J'avais du mal à me concentrer	0,90	0,04	0,90	0,04	E5	E5	E5
19 : Ce qui me rappelait l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0,96	0,04	0,96	0,04	B5	B5	B5
20 : J'ai rêvé à l'évènement	0,83	0,04	0,96	0,04	B2	B2	B2
21 : J'étais aux aguets et sur mes gardes	0,90	0,04	0,96	0,04	E3	E3	E3
22 : J'ai essayé de ne pas en parler	0,90	0,04	0,90	0,04	C2	C2	C2
CVC _t	0,84		0,88				

CL : clarté du langage ; CLP_c : erreur sur la clarté du langage ; PT : pertinence théorique ; PTP_c : erreur sur la pertinence théorique ; Dér : déréalisation ; Dép : dépersonnalisation ; Nil : aucune réponse donnée ; CVC_c sous le seuil (< 0,7) est en caractère gras ; CVC_c limite (entre 0,7 et 0,8) est en caractère italique.

formulation de l'énoncé puisque 16 items sur 22 (72,7 %) obtiennent un score au-dessus du seuil de 0,8. Afin de vérifier la validité de contenu pour l'ensemble de l'échelle sur le plan de la clarté du langage, le CVC total (CVC_t) a été calculé. Sa valeur de 0,84 suggère que, dans l'ensemble, l'échelle est suffisamment claire pour être administrée à des personnes âgées.

4.2. Pertinence théorique

En ce qui concerne la pertinence théorique, aucun item ne semble poser problème. Tous les items obtiennent un score au-delà du standard établi de 0,7. Le CVC_t moyen a aussi été calculé pour évaluer la pertinence théorique globale de l'échelle. La valeur de 0,88 indique que les scores des juges divergent à peine, suggérant que de manière générale, l'IES-R contient des items pertinents.

4.3. Critères diagnostiques en fonction du DSM-5

L'adhésion théorique des items aux critères du DSM-5 est évaluée en demandant aux juges d'associer chacun des items de l'instrument à l'un des 20 symptômes diagnostiques du TSPT (critères B, C, D et E seulement) ou aux symptômes dissociatifs (dépersonnalisation et déréalisation). Le [Tableau 1](#) résume la codification des 22 items de l'IES-R par chaque juge. On constate que les juges classifient huit items sous le critère B, six sous le critère C, aucun sous le critère D, six sous le critère E et deux items parmi les symptômes de dissociation ; ce qui révèle un net déséquilibre dans la répartition des items afin d'effectuer un dépistage adéquat du TSPT. Essentiellement, il manque clairement des items pour évaluer le critère D, car le diagnostic de TSPT nécessite un minimum de trois symptômes d'altération négative des cognitions et des affects. Les résultats montrent aussi que les classifications des juges sont quelque peu divergentes. Huit items (1, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 16 ; 36,4 %) n'obtiennent pas un accord unanime des juges quant à leur association à un critère précis du TSPT (voir [Tableau 1](#)).

5. Discussion

D'après les évaluations des juges, la version francophone de l'IES-R présente globalement un langage dont la clarté est adéquate, une bonne pertinence théorique, mais quelques inconsistances quant à sa compatibilité avec les critères du TSPT présentés dans le DSM-5.

5.1. Formulation des énoncés

Il semble donc que le niveau de langage employé dans l'IES-R saurait être bien compris par les aînés qui répondraient à ce questionnaire. Il s'avère important de s'assurer de la clarté du langage lors de l'élaboration d'un outil d'évaluation avec ce type de clientèle, car le niveau de scolarité est moins élevé que chez les générations plus jeunes ([Santé et Services sociaux Québec, 2011](#)). D'ailleurs, dans la région de la Montérégie, 43,7 % des aînés n'ont pas un diplôme d'études secondaires comparativement à 21,5 % de la population générale ([Santé et Services sociaux Québec, 2011](#)), sans oublier que chaque génération emploie des expressions qui lui sont propres et que certains mots pourraient donc être interprétés différemment par les personnes âgées. À notre connaissance, l'IES-R n'a jamais fait l'objet d'une validation de contenu qui tiendrait compte d'une passation à des personnes âgées.

Malgré la valeur adéquate du CVC de l'ensemble de l'échelle sur le plan de la clarté du langage, les juges s'entendent sur le fait que la formulation actuelle de l'item 13 semble inadéquate

(voir [Tableau 1](#) pour la liste des items). L'énoncé original en anglais (*My feelings about it were kind of numb*) réfère à l'engourdissement (*numb*) des émotions, alors que le terme « figé » rend mal ce concept. Il y aurait donc matière à réviser cet énoncé (voir [Annexe 2](#)).

Par ailleurs, bien que tous les items aient obtenu un CVC_c acceptable sur le plan quantitatif, les juges considèrent que certains énoncés présentent tout de même quelques lacunes. Ils recommandent d'associer les réactions vécues (comme les problèmes de sommeil) à l'ÉT ou de spécifier que ces réactions sont plus fréquentes depuis l'ÉT (voir [Annexe 2](#) pour les formulations suggérées). Dans le même ordre d'idée, un juge est d'avis qu'il faudrait indiquer, pour l'item 4, que la colère ou l'irritabilité (ou les deux) ont lieu à la suite de l'événement. Les juges considèrent également important de préciser quel genre de stimuli suscitent des symptômes ; par exemple il faudrait souligner que ce sont les rêves « dérangeants » qui perturbent (item 20), et ajouter que « les odeurs et les bruits », en plus des images, peuvent faire réagir ou sursauter la personne (item 9). Finalement, l'item 1 « Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement » devrait être modifié en évitant le terme « tout » et en référant aux sentiments ressentis lors de l'ÉT pour le rendre plus conforme à la réalité d'une personne qui vit un TSPT.

Quant au cinquième énoncé, il ne traduit pas adéquatement, selon les juges, le vécu d'une personne souffrant du TSPT. En effet, la formulation actuelle met l'accent sur « l'évitement du bouleversement » qui suit une pensée ou une conversation avec quelqu'un. Toutefois, en pratique, la personne souffrant du TSPT tentera plutôt d'éviter la pensée elle-même ou de discuter du sujet avec quelqu'un. De plus, puisque les critères C1 et C2 du DSM-5 font dorénavant référence à l'évitement à la suite des rappels internes (p. ex. pensées, sentiments, sensations physiques ; critère C1) et des rappels externes (p. ex. lieux, personnes, conversations ; critère C2), il est suggéré de créer deux énoncés distincts.

Pour l'item 13, deux juges l'ont coté comme symptôme de la dépersonnalisation alors que le troisième a spécifié qu'à l'origine, ce critère devait évaluer la restriction des affects (critère C6 du DSM-IV). Dans le DSM-5, le critère C6 a été remplacé par le critère D7 de sorte que la formulation de cet énoncé devrait être modifiée pour évaluer l'incapacité persistante à vivre des émotions positives (p. ex. incapacité à ressentir des sentiments d'affection, de tendresse ou engourdissement psychique).

Finalement, un des juges fait la recommandation que les énoncés soient formulés au participe passé plutôt qu'à l'imparfait puisque le participe passé évoque une action ou un événement terminé dont le résultat ou les conséquences sont liés au présent ([Office québécois de la langue française, 2002](#)). L'[Annexe 2](#) résume les nouvelles formulations proposées afin de clarifier ou de préciser les énoncés.

5.2. *Compatibilité avec les critères diagnostiques du TSPT du DSM-5*

L'analyse de contenu de l'IES-R montre que plusieurs items suscitent des désaccords interjuges au sujet de leur classification en fonction des critères diagnostiques du TPST établis par le DSM-5.

Les items 4, 5, 7 et 13 ont suscité le plus de divergences entre les juges. Pour l'item 4 (« Je me sentais irritable et en colère »), deux juges hésitent entre deux catégories « altération négative des cognitions et des affects » en référence au symptôme associé à un état émotif négatif envahissant (critère D4, p. ex. peur, horreur, rage, culpabilité ou honte) ou la catégorie « altération de la vigilance et réactivité associée à l'ÉT » (critère E1) qui fait référence à de l'irritabilité et de l'agressivité. Il faut noter que le critère D4 a été ajouté aux critères diagnostiques du TSPT dans le DSM-5. Il est suggéré d'engager une réflexion plus profonde par rapport à la précision de cet item.

Selon les juges, l’item 7 se rapporte davantage à une forme de dissociation plutôt qu’à une altération négative des cognitions (critère D1). Sa formulation actuelle devrait donc être améliorée pour qu’il soit clairement associé à l’un ou l’autre de ces critères. De plus, des items supplémentaires sur la dissociation devraient être créés afin de mieux en cerner les symptômes.

5.3. *Forces et limites*

Bien que cette validation de contenu soit la première à être menée sur l’IES-R en tenant compte d’une administration à une clientèle âgée, il n’en demeure pas moins qu’une limite importante de cette étude concerne l’expérience des juges avec les aînés. Deux des trois juges présentent un niveau de connaissances limité avec cette clientèle. De plus, ils proviennent tous d’un milieu universitaire, ce qui peut avoir induit un biais de sélection. Il aurait été intéressant d’avoir recours à des cliniciens qui travaillent principalement avec des personnes âgées ayant vécu un stress post-traumatique. De plus, afin d’ajouter encore plus de rigueur à l’étude, les experts auraient dû être sélectionnés parmi des cliniciens ayant de l’expérience avec des aînés de milieux culturels ou socioéconomiques variés (ex. quartier avec davantage de violence ou immigrants qui ont fui leur pays d’origine), car ces personnes ont plus de risque de vivre un ÉT. Toutefois, cette étude est la première, à notre connaissance, à s’intéresser à la concordance des items de l’IES-R avec les nouveaux critères diagnostiques du DSM-5. Grâce aux résultats obtenus, les chercheurs et les cliniciens sont dorénavant mieux informés quant aux lacunes actuelles de l’IES-R pour un dépistage adéquat du TSPT. De plus, plusieurs suggestions ont été offertes pour améliorer les énoncés.

Finalement, bien que l’analyse de contenu ait été réalisée en suivant une procédure statistique récente, il se pourrait, tel que suggéré par Balbinotti (2004), que la portion attribuée à l’erreur, dans la formule proposée par Hernández-Nieto (2002), ne soit pas suffisante et engendrerait dès lors une surévaluation du CVC. Les résultats de l’analyse de contenu doivent donc être interprétés avec précaution.

5.4. *Suggestions pour un meilleur dépistage du TSPT*

La validation de contenu a permis de constater qu’actuellement, les items de l’IES-R ne sont pas répartis de manière équivalente sous chaque critère du TSPT et qu’il serait nécessaire d’effectuer des transformations majeures à l’échelle afin de la rendre plus conforme aux critères diagnostiques du DSM-5, en y incluant, entre autres, des items pour évaluer les spécifications de dépersonnalisation et de déréalisation. De plus, le DSM-5 précise dorénavant qu’un individu peut avoir développé un TSPT en raison d’expositions répétées à des événements horribles (ex. policiers témoins de détails associés à l’abus d’enfants, premiers répondants ramassant des parties de cadavre). Or, les énoncés de la nouvelle version devront tenir compte d’un possible cumul de situations traumatiques plutôt que de l’exposition à un événement très ciblé.

Aussi, puisque les symptômes du TSPT doivent être présents pour une période minimale d’un mois (critère F), il est recommandé que les consignes de la nouvelle échelle se réfèrent à la détresse au cours du dernier mois plutôt que durant les sept derniers jours, car il est possible que l’ensemble des symptômes associés au TSPT ne surgissent pas sur une période aussi courte.

Finalement, il est recommandé que les nouveaux énoncés destinés aux aînés soient rédigés en évitant toute référence à des critères physiques (ex. sueurs, palpitations), afin d’éviter la confusion entre les symptômes liés au vieillissement et ceux associés au TSPT. Il serait donc pertinent d’adapter la nouvelle échelle en prenant en considération certaines particularités des aînés souffrant d’un TSPT, comme le fait qu’ils ont tendance à présenter plus de symptômes d’évitement

et de difficultés de sommeil que les plus jeunes (Averill & Beck, 2000 ; Goenjian et al., 1994) et que la fréquence des symptômes intrusifs diminuerait avec l'âge (Averill & Beck, 2000).

En conclusion, les chercheurs et les cliniciens doivent être prudents quant à l'utilisation de l'IES-R dans le dépistage du TSPT puisque l'échelle ne semble plus adéquate pour effectuer cette tâche. Il est donc suggéré de faire une validation de contenu d'une échelle améliorée avec un nouveau panel de juges et d'administrer cette échelle à une population d'adultes afin d'en déterminer les propriétés psychométriques. Par la suite, la nouvelle échelle pourra être testée auprès d'un échantillon de personnes de 65 ans et plus afin de recueillir plus de données sur la problématique du TSPT dans ce groupe d'âge. Conséquemment, les cliniciens et chercheurs pourront ainsi s'assurer de l'utilisation d'outils de mesure adéquats pour le dépistage du TSPT chez la clientèle aînée.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe 1. Outil de validation de contenu destiné aux juges

Clarté du message :	1 : Manque beaucoup de clarté	2 : Pas très clair	3 : Relativement clair	4 : Plutôt clair	5 : Très clair										
Pertinence théorique :	1 : Manque beaucoup de pertinence	2 : Pas très pertinent	3 : Relativement pertinent	4 : Plutôt pertinent	5 : Très pertinent										
Critères :	B1, B2, B3, B4, B5	C1, C2	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7	E1, E2, E3, E4, E5, E6	Spécification : Dépersonnalisation ou déréalisation										
Énoncés	Clarté du message		Pertinence théorique		Critères		Spécification (si applicable)		Commentaires						
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	B	C	D	E	Déperso

- 1 : Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement
- 2 : Je me réveillais la nuit
- 3 : Différentes choses me faisaient penser à l'événement
- 4 : Je me sentais irritable et en colère
- 5 : Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser
- 6 : Sans le vouloir, je repensais à l'événement

Annexe 1. (Suite)

- 7 : J'ai eu l'impression que
l'événement n'était jamais
arrivé ou n'était pas réel
- 8 : Je me suis tenu loin de ce qui
m'y faisait penser
- 9 : Des images de l'événement
surgissaient dans ma tête
- 10 : J'étais nerveux (nerveuse) et
je sursautais facilement
- 11 : J'essayais de ne pas penser à
l'événement
- 12 : J'étais conscient(e) d'avoir
encore beaucoup d'émotions à
propos de l'événement, mais je
n'y ai pas fait face
- 13 : Mes sentiments à propos de
l'événement étaient comme
figés
- 14 : Je me sentais et je réagissais
comme si j'étais encore dans
l'événement
- 15 : J'avais du mal à m'endormir
- 16 : J'ai ressenti des vagues de
sentiments intenses à propos
de l'événement
- 17 : J'ai essayé de l'effacer de ma
mémoire
- 18 : J'avais du mal à me
concentrer
- 19 : Ce qui me rappelait
l'événement me causait des
réactions physiques telles que
des sueurs, des difficultés à
respirer, des nausées ou des
palpitations
- 20 : J'ai rêvé à l'événement
- 21 : J'étais aux aguets et sur mes
gardes
- 22 : J'ai essayé de ne pas en
parler
-

Annexe 2. IES-R modifié d'après les suggestions des juges concernant la formulation des énoncés

Instructions : Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours en ce qui concerne (indiquez ici l'événement stressant).....

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

0 : Pas du tout ; 1 : Un peu ; 2 : Moyennement ; 3 : Passablement ; 4 : Extrêmement.

Annexe 2. (Suite)

-
- 1 : Certains rappels de l'évènement m'ont fait revivre des émotions similaires à celles vécues lors de l'évènement
 - 2 : Je me suis fréquemment réveillé(e) la nuit depuis l'évènement
 - 3 : Différentes choses me faisaient régulièrement penser à l'évènement
 - 4 : Je me suis souvent senti(e) irritable ou en colère à la suite de l'évènement
 - 5 : Lorsque j'ai repensé à l'évènement ou qu'on me l'a rappelé, j'ai essayé de changer de pensée ou de sujet de conversation
 - 6 : Sans le vouloir, j'ai repensé à l'évènement
 - 7 : J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel
 - 8 : Je me suis tenu(e) loin de ce qui me faisait penser à l'évènement
 - 9 : Des images, des odeurs ou des bruits en liens avec l'évènement ont surgi fréquemment dans ma tête
 - 10 : J'ai été nerveux(se) ou j'ai sursauté facilement à la suite de l'évènement
 - 11 : J'ai essayé de ne pas penser à l'évènement
 - 12 : J'ai été conscient(e) de fournir un effort pour éviter les pensées ou les émotions à propos de l'évènement
 - 13 : Depuis l'évènement, j'ai eu à plusieurs occasions de la difficulté à vivre des émotions positives et agréables
 - 14 : Il m'est arrivé de me sentir ou de réagir comme si j'étais encore dans l'évènement
 - 15 : J'ai régulièrement eu du mal à m'endormir après la survenue de l'évènement
 - 16 : J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement
 - 17 : J'ai essayé d'effacer l'évènement de ma mémoire
 - 18 : J'ai eu du mal à me concentrer depuis l'évènement
 - 19 : Ce qui m'a rappelé l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations
 - 20 : J'ai eu des rêves dérangeants à quelques reprises suite à l'évènement
 - 21 : J'ai été continuellement sur mes gardes depuis l'évènement
 - 22 : J'ai essayé de ne pas en parler
-

Références

- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, D.C: American Psychological Publishing.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington D.C: American Psychological Publishing.
- Averill, P. M., & Beck, J. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in older adults: A conceptual review. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(2), 133–156.
- Balbinotti, M. A. A. (2004). Estou Testando o que Imagino Estar? Reflexões acerca da Validade dos Testes Psicológicos. In C. E. Vaz, & R. L. Graff (Eds.), *Técnicas Projetivas: Produtividade em Pesquisa* (1^{re} éd., pp. 22–26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Balbinotti, M. A. A., Benetti, C., & Terra, P. R. S. (2006). Translation and validation of the Graham-Harvey survey for the Brazilian context. *International Journal of Managerial Finance, 3*(1), 26–48.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 56–61.
- Busuttill, W. (2004). Presentations and management of post-traumatic stress disorder and the elderly: A need for investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 429–439.
- Charles, E., Garand, L., Ducrocq, F., & Clément, J. P. (2005). Post-traumatic stress disorder in the elderly. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement, 3*(4), 291–300.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the impact of event scale revised. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1489–1496.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine, 31*(7), 1237–1247.
- de Vries, G. J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 259–267.

- Goenjian, A. K., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Manoukian, G., Tavosian, A., et al. (1994). Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *American Journal of Psychiatry, 151*, 895–901.
- Heeb, J.-L., Gutjahr, E., Gulfi, A., & Castelli Dransart, D. A. (2011). Psychometric properties of French Version of the Impact of Event Scale-Revised in mental health and social professionals after a patient suicide. *Swiss Journal of Psychology, 70*(2), 105–111.
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis*. Los Angeles, CA: BookSurge Publishing.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209–218.
- McGuire, B. (1990). Post-traumatic stress disorder: A review. *The Irish Journal of Psychology, 11*, 1–23.
- McNally, R. J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety, 26*, 597–600.
- Office québécois de la langue française. (2002). *Banque de dépannage linguistique. Généralités sur le passé composé*. (Consulté en ligne le 22 avril 2015 à http://www.bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?t1=1&id=4218)
- Santé et Services sociaux Québec. (2011). *Recensement de la population de 2006*. (Consulté en ligne le 3 juin 2015 à <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Niveau-de-scolarite-complete-le-plus-eleve-selon-lage-et-selon-le-sexe>)
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 693–700.
- Thorp, S. R., Sones, H. M., & Cook, J. M. (2011). Posttraumatic stress disorder among older adults. In K. H. Sorocco, & S. Lauderdale (Eds.), *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings* (pp. 189–217). New York, NY: Springer.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne, 30*, 662–680.
- Weiss, D. S. (2004). The Impact of Event Scale Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2^e éd., pp. 168–189). New York: The Guilford Press.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: The Guilford Press.