

ANNEXE II

**STRATÉGIE DE SANTÉ MENTALE**

**Tests recommandés**



## Table des matières

Glossaire .....	4
1 INTRODUCTION AUX TESTS .....	5
2 TESTS – SCÉNARIOS .....	7
3 LES TESTS ET LE CONTINUUM DE LA SANTÉ MENTALE .....	9
4 PROGRAMME DE TESTS.....	11
5 DISPONIBILITÉ DES TESTS .....	12
Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9).....	13
A1. Vue d'ensemble.....	13
A2. Interprétation .....	14
A3. Questionnaire sur la santé du patient – 9 (PHQ-9).....	15
A4. Références .....	17
B. Test (abrégé) de dépistage des troubles liés à la consommation de l'alcool (AUDIT-C) .....	17
B1. VUE D'ENSEMBLE .....	17
B2. INTERPRÉTATION .....	17
B3. Test (abrégé) de dépistage des troubles liés à la consommation de l'alcool (AUDIT-C) .....	19
B4. Références .....	19
C. Indice de bien-être de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO-5) .....	20
C1. Vue d'ensemble .....	20
C2. Interprétation .....	20
C3. Indice de bien-être WHO-5 .....	21
C4. Référence .....	22
Liste de contrôle de dépistage des troubles post-traumatiques (PCL-5).....	22
D1. Vue d'ensemble .....	22
D2. Interprétation .....	22
D3. PCL-5 .....	24
D4. Références .....	26
E. Troubles anxieux généralisés (GAD-7).....	26
E1. Vue d'ensemble.....	26
E2. Interprétation .....	27
E3. Échelle du GAD-7.....	27
E4. Références .....	29
F. Échelle de dépression, d'anxiété et de stress (DASS-21) .....	29
F1. Vue d'ensemble.....	29
F2. Interprétation .....	30
F3. Échelle DASS-21 .....	31
F4. Références .....	31
G. Échelle d'insomnie d'Athènes (AIS) .....	32

G1. Vue d'ensemble .....	32
G2. Interprétation .....	32
G3. Échelle d'insomnie d'Athènes .....	33
G4. Références .....	34
H. Brève échelle de résilience (BRS).....	34
H1. Vue d'ensemble .....	34
H2. Interprétation .....	34
H3. Brève échelle de résilience .....	35
H4. Références .....	35

## GLOSSAIRE

### **Sensibilité**

La sensibilité mesure la capacité d'un test à identifier correctement les personnes souffrant d'une maladie (taux de vrais positifs). Si un test a une sensibilité de 100 %, il détecte correctement toutes les personnes malades.

*Formule : Sensibilité = Vrais positifs / (Vrais positifs + Faux négatifs). Représente la probabilité qu'un test soit positif lorsque la maladie est réellement présente.*

### **Spécificité**

La spécificité mesure la capacité d'un test à identifier correctement les personnes ne souffrant pas d'une maladie (taux de vrais négatifs). Un test ayant une spécificité élevée permettra de catégoriser correctement les individus comme n'étant pas malades.

*Formule : Spécificité = Vrais négatifs / (Vrais négatifs + Faux positif). Représente la probabilité qu'un test soit négatif lorsque la maladie est réellement absente.*

### **Valeur prédictive positive (VPP)**

La VPP correspond à la proportion de résultats positifs qui sont de vrais résultats positifs dans un test statistique.

*Formule : VPP = Vrais positifs / (Vrais positifs + Faux positifs). Représente la probabilité qu'une personne soit malade lorsque le test indique un résultat positif.*

### **Valeur prédictive négative (VPN)**

La VPN correspond à la proportion de résultats négatifs qui sont de vrais résultats négatifs dans un test statistique.

*Formule : VPN = Vrais négatifs / (Vrais négatifs + Faux négatifs). Représente la probabilité qu'une personne ne soit pas malade lorsque le test est négatif.*

# 1 INTRODUCTION AUX TESTS

Grâce à l'évaluation systématique de différents aspects de la santé mentale, les tests peuvent permettre de mieux comprendre l'état psychologique des agents en tenue des Nations Unies. La présente annexe traite de l'importance de faire passer des tests aux agents en tenue, et fait ressortir le rôle de ces outils dans la promotion de la santé mentale des personnes intervenant dans le cycle de déploiement et dans l'éventuelle identification des personnes à risque.

Les avis divergent sur l'utilisation des tests. En effet, la perception quant à leur efficacité, leur fiabilité et leur coût varie selon les individus. Toutefois, de nombreux États Membres soumettent déjà leurs agents en tenue à des tests avant un déploiement. Comme il ne s'agit ici que de recommandations, les États Membres sont libres de les utiliser ou non.

Les tests présentent plusieurs avantages non négligeables pour le bien-être des individus, en particulier dans le cadre du maintien de la paix. Les annexes I et III fournissent de plus amples détails sur ces avantages, ainsi qu'un aperçu complet de la manière dont ces outils peuvent renforcer les dispositifs de soutien à la santé mentale dans les environnements de maintien de la paix.

Avantages des tests :

- Détection des troubles préexistants : Les tests permettent de déceler les symptômes de troubles de santé mentale préexistants chez les individus. Une détection précoce permet de personnaliser la prise en charge et le soutien.
- Suivi continu et intervention rapide : Des tests réguliers, tout au long du cycle de déploiement, permettent de suivre en continu l'état de santé mentale des agents en tenue. Une telle approche préventive permet d'intervenir rapidement et de minimiser l'incidence des difficultés potentielles. Les résultats aux tests réalisés avant le déploiement fournissent une base de référence.
- Soutien à la transition et assistance ciblée : Les tests permettent d'apporter un soutien ciblé lors des transitions, notamment avant le déploiement, après le déploiement et la transition vers la vie civile.
- Formation et renforcement de la résilience : Les résultats des tests permettent de personnaliser les programmes de formation et les initiatives de renforcement de la résilience, renforçant potentiellement l'efficacité de ces dernières.
- Apprentissage et amélioration : Les États Membres peuvent utiliser les données recueillies lors des tests à des fins d'apprentissage et d'amélioration organisationnels. Les connaissances acquises pourraient permettre d'ajuster les politiques et d'améliorer les programmes de santé mentale.
- Affectation de ressources pour les services de soutien : Les résultats des tests permettent d'aiguiller l'affectation des ressources pour les services de soutien à la santé mentale. Les ressources sont affectées là où elles sont le plus nécessaires, optimisant ainsi leur efficacité.
- Intégration avec les ressources existantes en matière de santé mentale : Les tests complètent les ressources existantes en matière de santé mentale, rendent l'utilisation de ces dernières plus efficace et garantissent une approche holistique du bien-être psychologique.
- Prendre des nouvelles des troupes ; banaliser les tests et dénoncer les préjugés qui les entourent ; intégrer ces outils dans le cadre du bilan général préalable au déploiement,

faisant ainsi du bien-être psychologique un des éléments d'une approche globale du bien-être.

Inconvénients des tests :

- Scepticisme quant à la précision et l'efficacité des tests psychologiques : La littérature fait état de réserves quant à la précision et l'efficacité des tests dans le domaine de la santé mentale, remettant en question leur capacité à saisir la complexité des troubles de santé mentale et à fournir des résultats fiables.
- Préoccupations concernant la stigmatisation des agents en tenue : Certaines personnes craignent que le fait de réaliser des tests ne leur donne une image négative ou n'entraîne des conséquences adverses au sein de leur organisation ou auprès de leurs collègues.
- Inquiétudes quant à la protection de la vie privée et à la confidentialité : Les agents en tenue peuvent avoir des inquiétudes quant au respect de la vie privée et de la confidentialité des tests psychologiques. Ils s'inquiètent notamment de la sécurité de leurs informations personnelles, et craignent que d'autres personnes aient accès à leurs résultats et que cela n'influe sur leur carrière ou leurs futures missions.
- L'influence des différences culturelles sur les perceptions : Les différences culturelles et l'expérience personnelle des agents en tenue peuvent également influencer la manière dont ces derniers perçoivent les tests psychologiques. Certains peuvent avoir le sentiment que les tests existants ne tiennent pas suffisamment compte de leur contexte culturel ou professionnel et se montrent dubitatifs, voire réticents.
- Questions relatives à la mise en œuvre et au système de soutien : Les agents en tenue peuvent ressentir de l'inquiétude quant aux modalités de passation des tests psychologiques et aux dispositifs de soutien prévus. Des questions peuvent se poser quant à la disponibilité de ressources adéquates, de dispositifs de suivi ou de traitements pour prendre en charge les personnes dont les résultats sont positifs.
- Craintes quant à l'impact sur l'avancement de la carrière : Les agents en tenue peuvent en outre se soucier de l'incidence que les tests psychologiques pourraient avoir sur leur avancement professionnel, les possibilités de promotion ou leurs préférences en matière d'affectation. Certains peuvent craindre que la divulgation de leurs problèmes de santé mentale n'entrave l'évolution de leur carrière ou n'entraîne des conséquences négatives.
- Défis relatifs à la culture organisationnelle : La culture organisationnelle peut parfois s'opposer à la mise en place d'une procédure de test.
- Les prises en charge en temps utile sont cruciales : Une procédure de test ne fonctionne bien que s'il est possible d'avoir rapidement accès à une prise en charge, lorsque la situation le demande.

Il est essentiel de parvenir à un équilibre entre les avantages et les potentielles implications négatives de l'identification des besoins en matière de santé mentale par l'intermédiaire des tests, et de la prise en charge de ces derniers. Chaque État Membre peut intégrer ces préoccupations grâce à une planification réfléchie, une communication claire et des systèmes de soutien efficaces, et créer ainsi des programmes de tests qui améliorent la santé mentale des agents en tenue tout en minimisant les potentiels inconvénients. Par ailleurs, les demandes de renseignements des responsables médicaux et non médicaux sur le bien-être psychologique des agents en tenue permettent souvent d'identifier leurs besoins en matière de santé mentale.

## 2 TESTS – SCÉNARIOS

L'importance de préserver le bien-être psychologique des agents en tenue dans le cadre des missions complexes des Nations Unies est de plus en plus évidente. Les trois scénarios ci-dessous présentent quelques défis psychologiques auxquels ces derniers peuvent être confrontés. Ils soulignent le rôle essentiel des tests dans l'identification et la prise en charge des problèmes de santé mentale qu'ils peuvent rencontrer. Les scénarios visent à donner un aperçu de l'impact des traumatismes, du stress et des tensions émotionnelles sur les individus. Ils démontrent également la résilience qui peut être développée en prenant des mesures préventives de recherche d'aide et de soutien à partir des résultats des autotests. Ces récits mettent en avant l'importance d'une intervention précoce, banalisent la recherche d'aide et soulignent le rôle décisif des tests et de l'accompagnement psychologique dans la préservation du bien-être psychologique.

**Scénario 1 :** Un agent en tenue des Nations Unies a vécu un événement traumatisant lors d'une patrouille, au cours de laquelle il a été kidnappé et retenu en otage pendant une courte période. Après sa libération, il est retourné dans son unité mais a commencé à présenter des signes de détresse. Il souffrait de troubles du sommeil et était irritable et agité, ce qui laissait présumer des répercussions psychologiques de l'incident traumatique. Bien qu'il ait raconté son expérience à son binôme, il hésitait à en parler avec la psychologue. Il pensait pouvoir se débrouiller seul et que l'incident ne l'avait touché de manière conséquente. Toutefois, en réalisant un test sur l'application des Nations Unies, il s'est rendu compte que ses réponses le plaçaient dans la « zone orange » et qu'il avait par conséquent besoin de se faire aider sur le plan psychologique. Se rendant alors compte de l'importance d'avoir recours à une aide, il a demandé à être accompagné. Après des entretiens avec les experts en santé mentale de l'unité, il a commencé à faire quelques exercices pour traiter ses troubles. Ces exercices, adaptés à ses besoins, se sont révélés bénéfiques pour soulager ses symptômes et lui ont fourni des outils concrets pour gérer efficacement ses troubles psychologiques.

*Ce scénario illustre les séquelles d'un événement traumatique sur la santé mentale d'un(e) agent(e) en tenue de l'ONU, et montre en quoi cette situation offre une occasion idéale pour les responsables de reconnaître un événement à haut risque et le changement de comportement qui en découle et d'encourager leurs subordonnés à demander de l'aide. La décision de cette personne de passer des tests et de demander à être accompagnée, malgré ses réticences initiales, a démontré la valeur d'une intervention précoce. Les exercices et les interventions ont non seulement permis de soulager son état de détresse, mais ont également mis en évidence l'importance de reconnaître et de traiter les problèmes de santé mentale pour favoriser la résilience et le bien-être dans les contextes militaires.*

**Scénario 2 :** Un agent en tenue des Nations Unies a reçu la triste nouvelle, alors qu'il téléphonait à sa femme, que sa fille de quatre ans s'était cassé le coude en faisant de la bicyclette. Cet incident a eu un impact significatif sur son état émotionnel et sa capacité à se concentrer. Il s'est senti mal parce qu'il ne pouvait pas être avec elles pour les aider. Malgré son tiraillement, il a préféré ne pas en parler autour de lui. Il s'est toutefois rendu compte que cette incapacité à faire face à la situation nuisait à sa concentration au travail et qu'il souffrait de troubles du sommeil. Il a commencé à prendre de l'alcool, d'abord pour mieux dormir. Au fil du temps, sa consommation s'est toutefois aggravée, du fait de sa détresse émotionnelle et de sa frustration face au traitement de sa fille. Alimenté par un sentiment d'isolement, ce comportement a contribué à détériorer ses relations avec sa femme. Après deux semaines d'« automédication » par l'alcool, il a compris que sa consommation était devenue problématique et qu'il utilisait l'alcool comme

mécanisme d'adaptation. Comme il l'avait appris dans le cadre d'un cours de sensibilisation à la santé mentale, il a réalisé à titre préventif un test sur la consommation d'alcool. Les résultats ont mis en évidence la nécessité d'une intervention. Il s'en est alors ouvert à son binôme et a pu bénéficier de soins de santé mentale grâce aux autorités de l'unité. C'est ainsi qu'il a commencé à avoir des entretiens réguliers pour gérer ses problèmes émotionnels et sa consommation d'alcool. Ses séances l'ont aidé à décompresser, lui permettant de faire face à ses émotions, de trouver des stratégies d'adaptation plus saines et de réduire sa dépendance à l'égard de l'alcool.

*Ce scénario souligne l'impact des facteurs de stress externes sur la santé mentale des agents ainsi que les conséquences potentielles de mécanismes d'adaptation nocifs. Il montre également que les facteurs de stress ne sont pas toujours liés à un traumatisme. La décision de l'agent de s'attaquer à sa consommation excessive d'alcool en passant un test et en se faisant accompagner montre l'importance de reconnaître le besoin d'être aidé et de rechercher activement de l'aide. Cette approche préventive des problèmes de santé mentale des agents en tenue des Nations Unies démontre l'importance d'une intervention précoce et les effets positifs de cette dernière sur le bien-être et la résilience.*

**Scénario 3 :** Un agent en tenue des Nations Unies a été confronté à une situation difficile lors d'une patrouille à l'extérieur de la base, au cours de laquelle il a été témoin d'atrocités et a dû intervenir au péril de sa vie. L'incident s'est produit peu de temps après l'attaque de l'unité par des émeutiers, ce qui a aggravé le choc émotionnel. Bien qu'il ait pu mettre à profit la séance de débriefing sur le stress lié à l'incident critique organisée pour l'unité, ce nouvel événement traumatisant a continué à le bouleverser. Malgré la fierté qu'il ressentait quant à la réussite de sa mission et de son service, cela pesait sur son moral. Il a commencé à ressentir une baisse de motivation, à se désintéresser de ses tâches et à ne pas se maintenir en forme comme avant.

Comme il devait rentrer chez lui huit semaines plus tard, il se consolait à l'idée de la cérémonie de départ à venir. Malgré tout, son bien-être émotionnel a continué à se dégrader. Un appel téléphonique à sa mère l'a incité à reconnaître qu'il avait besoin d'aide et il a parlé au guide spirituel du contingent. Après s'être entretenu avec l'agent, ce dernier l'a aidé à prendre contact avec un médecin. Les tests ont révélé qu'il présentait de légers signes de dépression. Sur les conseils du médecin, il a donc commencé à prendre des mesures actives pour son bien-être. Il a ouvertement parlé de son expérience, et s'est concentré sur le sport et l'activité physique, alors qu'il les avait évités dans un premier temps. Il a ainsi pu y trouver du plaisir et de l'apaisement. Il s'est également focalisé sur la préparation de la cérémonie de départ, y trouvant un but et de la satisfaction.

*Ce scénario met en évidence l'impact d'expériences traumatisantes répétées sur la santé mentale, même en présence de sentiments positifs et de fierté par rapport au devoir accompli. La décision de l'agent de demander de l'aide et d'adopter des stratégies actives pour assurer son bien-être émotionnel montre la valeur des interventions précoces. En reconnaissant ses difficultés, en cherchant du soutien et en trouvant des moyens d'expression, il a fait d'importants progrès vers la guérison et la résilience dans le cadre de sa mission.*

### 3 LES TESTS ET LE CONTINUUM DE LA SANTÉ MENTALE

Les tests permettent d'articuler le soutien en matière de santé mentale et le modèle du continuum de la santé mentale. En effet, en déterminant la position d'un(e) agent(e) en tenue sur le continuum, qui va de la santé à la pathologie, les tests permettent d'intervenir au moment opportun selon l'évolution de ses besoins. Les tests rendent également possible, dans l'éventualité d'une chute de la position d'un agent, de détecter les premiers signes de souffrance, et de prévenir ainsi la dégradation de la situation et de prendre des mesures en faveur de son bien-être. Connaître la position d'un individu sur le continuum permet ainsi de renforcer la pertinence du soutien fourni, garantissant une approche ciblée des interventions.

Le modèle du continuum de la santé mentale utilise un système de code couleur pour représenter les différents stades du bien-être mental :

**Vert :** correspond aux personnes en bonne santé sur le plan psychologique. Elles sont peu stressées, ont de bonnes stratégies d'adaptation et sont émotionnellement équilibrées. *Exemple : Un(e) agent(e) en tenue des Nations Unies qui garde une attitude positive, gère efficacement les facteurs de stress et adopte des mécanismes d'adaptation sains.*

**Jaune :** est synonyme d'un trouble léger. Les personnes qui se trouvent dans la zone jaune peuvent être confrontées à certains facteurs de stress, mais leur fonctionnement général reste relativement stable. Ils pourraient tirer parti de stratégies de réduction du stress et d'un accompagnement. *Exemple : Un(e) agent(e) en tenue des Nations Unies qui se sent légèrement dépassé(e) par sa charge de travail, mais qui peut néanmoins accomplir ses tâches efficacement.*

**Orange :** indique un trouble modéré. Les personnes qui se trouvent dans la zone orange sont confrontées à des défis plus importants et peuvent présenter des symptômes de troubles mentaux. Des interventions, telles que des entretiens cliniques ou des groupes de soutien, sont recommandées. *Exemple : Un(e) agent(e) en tenue des Nations Unies qui a récemment vécu un incident traumatisant et qui présente des signes de troubles du sommeil et d'irritabilité.*

**Rouge :** représente un trouble grave ou une maladie mentale. Les personnes se trouvant dans la zone rouge sont en grande difficulté et peuvent avoir besoin d'une intervention urgente. Leur capacité à fonctionner est fortement compromise. *Exemple : Un(e) agent(e) en tenue des Nations Unies exposé(e) à de multiples événements traumatisants et présentant des signes évidents d'anxiété, de dépression et d'altération du fonctionnement quotidien. Cette personne a besoin d'aide.*



Le code couleur permet de comprendre visuellement où se situe un(e) agent(e) en tenue des Nations Unies sur le continuum de la santé mentale et de sélectionner les interventions les plus appropriées selon son état actuel. Il est important de garder à l'esprit que ce code couleur est une

représentation simplifiée de la santé mentale et que de nombreux facteurs contribuent au bien-être d'un individu.

Le modèle du continuum de la santé mentale permet une compréhension plus générale et plus fluide de la santé mentale. Il ne s'agit pas seulement de déterminer si une personne souffre ou non d'un trouble, mais de saisir l'étendue et la profondeur des expériences :

- **Vision holistique** : Plus qu'une approche binaire, où un individu est catégorisé comme étant en bonne santé ou malade, le continuum permet de situer ce dernier sur une échelle comprenant le bien-être psychologique optimal, les problèmes légers de santé mentale, les problèmes plus graves et les troubles cliniques.
- **Compréhension dynamique** : Le continuum tient compte de la nature changeante de la santé mentale. L'état d'une personne peut se déplacer le long du continuum en raison de divers événements de la vie, de facteurs de stress ou de facteurs de protection. Une telle perspective dynamique permet d'orienter les évaluations et de prendre en compte la situation actuelle, les risques potentiels et les facteurs de protection.
- **Intégration de la résilience et des mécanismes d'adaptation** : Le modèle du continuum intègre également des concepts de psychologie positive tels que la résilience et les mécanismes d'adaptation, ce qui permet une évaluation plus riche qui prend en compte les forces et les ressources d'un individu, et pas seulement ses déficiences ou difficultés.

Les tests produisent le plus souvent des mesures standardisées et empiriques qui peuvent donner un aperçu de l'état mental d'un individu. Ils permettent d'identifier les symptômes, leur sévérité et les domaines critiques et sont par conséquent cruciaux pour placer avec précision une personne sur le continuum de la santé mentale.

- **Détection précoce** : Les tests sont conçus pour détecter les signes précoces ou les facteurs de risque de problèmes de santé mentale. Connaître la position d'un individu sur le continuum à un stade précoce permet de réaliser des interventions dans les meilleurs délais et d'éviter la dégradation de son état ou des complications.
- **Interventions sur mesure** : Grâce aux données issues des tests, les professionnels de la santé mentale peuvent recommander des interventions adaptées aux besoins spécifiques des individus, ce qui garantit des résultats thérapeutiques plus efficaces.
- **Suivi au fil du temps** : Des tests réguliers permettent de suivre l'évolution de l'état de santé mentale d'une personne et d'apprécier l'efficacité d'un traitement ou de déceler tout changement le long du continuum.

En intégrant le continuum de santé mentale et les tests dans leurs évaluations, les experts en santé mentale acquièrent une compréhension approfondie de l'état de santé psychologique d'une personne. En effet, le continuum leur fournit le cadre et le modèle conceptuel, tandis que les tests leur fournissent des données empiriques et individuelles. Ensemble, ils aident les professionnels à prendre des décisions éclairées en ce qui concerne les interventions et facilitent les stratégies, en veillant à ce que les interventions soient à la fois efficaces et personnalisées.

## 4 PROGRAMME DE TESTS

La liste suivante présente les autotests qui peuvent être utilisés à intervalles réguliers tout au long du cycle de déploiement pour évaluer le bien-être psychologique général des agents en tenue. Ils peuvent également être utilisés de manière ponctuelle, après des événements spécifiques. Ces outils ne nécessitent pas d'expertise ou de formation spécialisée et sont conçus pour connaître l'état psychologique d'un individu.

Tableau 1

### Vue d'ensemble des tests largement répandus et calendrier de passation proposé

Test	Avant le déploiement	Déploiement – vers la fin de :				Après le déploiement – vers la fin de :					
		1 <sup>er</sup> mois	Trimestres			1 <sup>er</sup> mois	Année				
			2	3	4		1	2	3	4	5
A. Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N	
B. Test (abrégé) de dépistage des troubles liés à la consommation de l'alcool (AUDIT-C)	N	LORSQUE CELA EST INDIQUÉ				O	O	O	O	O	
C. Indice de bien-être (WHO 5)	O	O	N	N	O	O	O	N	N	N	
D. Liste de contrôle de dépistage des troubles post-traumatiques du DSM-5 (PCL-5)	N	N	N	N	O	N	O	O	O	O	
E. Troubles anxieux généralisés (GAD-7)	N	O	N	N	O	O	O	O	O	O	
F. Échelle de dépression, d'anxiété et de stress (DASS-21)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
G. Échelle d'insomnie d'Athènes (AIS)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
H. Brève échelle de résilience (BRS)	O	N	N	N	O	O	N				

O = Oui, N = Non

#### Recommandations :

1. Les tests énumérés ci-dessus sont auto-administrés et peuvent être réalisés de manière autonome par les agents en tenue. Il est toutefois recommandé de les effectuer sous la supervision du(de la) médecin en chef du contingent ou de l'auxiliaire médical(e).
2. Ces outils peuvent être administrés dans un cadre garantissant le respect de la vie privée des agents en tenue. Leur utilisation est préconisée dans le cadre de l'évaluation régulière des agents en tenue, ou lorsque ces derniers font état de difficultés psychologiques.
3. Ces tests sont gratuits.

4. L'utilisation régulière des tests peut encourager les agents en tenue à discuter ouvertement de leurs états psychologiques et réduire ainsi les obstacles à la demande d'aide en temps opportun. L'objectif est d'identifier les problèmes de santé mentale et de fournir une assistance appropriée rapidement.
5. **Aucun de ces tests ne permet de déterminer l'aptitude d'une personne à être déployée ou rapatriée.**
6. **L'utilisation de ces tests n'est PAS obligatoire du point de vue de l'ONU.**
7. **Les tests ne permettent PAS de poser un diagnostic formel. Ils permettent plutôt de déceler les signes et symptômes, et de signaler la nécessité d'une évaluation plus approfondie par un(e) professionnel(le) de la santé qualifié(e) en cas de score élevé.**

## 5 DISPONIBILITÉ DES TESTS

La liste suivante présente les autotests qui peuvent être utilisés à intervalles réguliers par les agents en tenue au cours du cycle de déploiement. Elle indique le temps nécessaire à leur passation, les langues dans lesquelles ces derniers sont disponibles et les liens permettant d'accéder aux outils. Ces outils ne nécessitent pas d'expertise ou de formation spécialisée et sont conçus pour connaître l'état psychologique de personnes occupant des fonctions diverses.

Ce ne sont là que quelques exemples des nombreux tests disponibles pour évaluer la santé mentale. Le choix du test à faire passer dépend des objectifs, des utilisateurs visés ainsi que du contexte du programme de tests. Il est essentiel de choisir des outils validés et culturellement appropriés pour garantir des résultats précis et significatifs.

Tableau 2

Outils	Temps de passation	Langues
A. PHQ 9 Questionnaire sur la santé du patient	10 min	Afrikaans, allemand, anglais, arabe, bengali, chinois, coréen, espagnol, français, hindi, indonésien, malais, malayalam, marathi, portugais, pendjabi, russe, serbe, swahili, tamoul, thaï, ukrainien
B. AUDIT-C Test (bref) de dépistage des troubles liés à la consommation de l'alcool	3 min	Allemand, anglais, arabe, bengali, chinois, coréen, espagnol, français, hindi, indonésien, malais, malayalam, marathi, mongol, népalais, ourdou, persan, portugais, pendjabi, russe, serbe, singhalais, somali, tamoul, thaï, turc, ukrainien, vietnamien
C. WHO 5 Indice de bien-être	5 min	Anglais, arabe, chinois, espagnol, français, philippin, portugais, russe, thaï, ourdou
D. PCL-5 Liste de contrôle de dépistage des troubles post-traumatiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des	10 min	Anglais, arabe, cambodgien, chinois, coréen, espagnol, français, hindi, vietnamien

troubles mentaux, cinquième édition)		
E. GAD-7 Troubles anxieux généralisés	5 min	Afrikaans, anglais, arabe, bengali, cebuano, chinois, coréen, espagnol, français, hindi, indonésien, malais, malayalam, marathi, ourdou, philippin, portugais, pendjabi, tamoul, thaï, turc, ukrainien
F. DASS 21 Échelle de dépression, d'anxiété et de stress	10 min	Allemand, anglais, arabe, bahasa indonesia, bengali, chinois, coréen, espagnol, français, hindi, indonésien, malayalam, marathi, mongol, népalais, philippin, portugais, pendjabi, serbe, singhalais, tamoul, thaï, vietnamien
G. AIS Échelle d'insomnie d'Athènes	5 min	Anglais, arabe, bengali, cantonais, espagnol, français, mandarin, xhosa, yoruba, zoulou
H. BRS Brève échelle de résilience	5 min	Allemand, anglais, arabe, chinois, espagnol, français, ourdou, portugais, serbe

### Aperçu des tests gratuits et largement répandus

## QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE DU PATIENT (PHQ-9)

### A1. VUE D'ENSEMBLE

Le Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) est un outil polyvalent de dépistage, de diagnostic, de suivi et de mesure de la sévérité de la dépression :

- il associe les critères diagnostiques de la dépression du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV) et d'autres symptômes dépressifs majeurs dans un bref outil d'auto-évaluation ;
- il évalue la fréquence des symptômes, qui est prise en compte dans le calcul du score de l'indice de sévérité ;
- la question n° 9 permet de détecter la présence et la durée d'idées suicidaires ;
- une question complémentaire, qui n'est pas notée sur une échelle, attribue un poids à la mesure dans laquelle les problèmes dépressifs ont eu une incidence sur la capacité de l'individu à fonctionner normalement.

#### a) Utilité clinique

Le PHQ-9 est bref et utile sur le plan clinique. Il est rempli par le(la) patient(e) en quelques minutes et est rapidement évalué par le(la) clinicien(ne). Il peut également être administré à plusieurs reprises afin de mesurer l'amélioration ou l'aggravation de la dépression dans le cadre d'un traitement.

#### b) Propriétés psychométriques

- La validité diagnostique du PHQ-9 a été établie dans des études portant sur huit centres de soins primaires et sept centres de soins obstétricaux.

- Les scores PHQ  $\geq 10$  présentent une sensibilité de 88 % et une spécificité de 88 % pour la dépression sévère. La valeur prédictive positive (VPP) d'un score PHQ-9  $\geq 10$  est de 50 % et sa valeur prédictive négative (VPN) de 89 %.
- Les scores PHQ-9 de 5, 10, 15 et 20 correspondent respectivement à des dépressions légères, modérées, modérément sévères et sévères.

## A2. INTERPRETATION

### a) Utilisation du PHQ-9 pour établir un diagnostic provisoire de dépression

Le(la) clinicien(ne) doit exclure les causes physiques de la dépression, le deuil normal et les antécédents d'épisodes de manie/hypomanie.

#### Étape 1 : Questions n<sup>os</sup> 1 et 2

Le(la) patient(e) doit obtenir un score de « 2 » ou de « 3 » à l'une des deux ou aux deux premières questions

(2 = « Plus de la moitié du temps » ou 3 = « Presque tous les jours »)

#### Étape 2 : Questions n<sup>os</sup> 1 à 9

Au moins cinq cases doivent être cochées dans la zone ombrée du formulaire pour obtenir le nombre total de symptômes. (Le(la) patient(e) doit obtenir un score de « 2 » ou de « 3 » aux questions n<sup>os</sup> 1 à 8, et un score de « 1 », « 2 » ou « 3 » à la question n<sup>o</sup> 9)

#### Étape 3 : Question n<sup>o</sup> 10

Le(la) patient(e) doit obtenir un score de « Assez difficile », « Très difficile » ou « Extrêmement difficile » à cette question.

### b) Utilisation du PHQ-9 pour le choix du traitement et le suivi

#### Étape 1

Un diagnostic de dépression justifiant un traitement ou un changement de traitement doit être confirmé au moins une fois à l'une des deux premières questions (« Plus de la moitié du temps » ou « Presque tous les jours ») au cours des deux semaines précédant la passation. En outre, la dixième question concernant les difficultés au travail ou à la maison ou les difficultés à s'entendre avec les autres devrait obtenir un score « Assez difficile » ou plus.

#### Étape 2

Additionnez le total des points pour chacune des colonnes 2 à 4 séparément (colonne 1 = Plusieurs jours ; colonne 2 = Plus de la moitié du temps ; colonne 3 = Presque tous les jours). Additionnez les totaux de chacune des trois colonnes pour obtenir le score total. Le score total correspond au score de sévérité.

#### Étape 3

Une fois le score de sévérité établi, se reporter au tableau 3.

Tableau 3  
Scores au PHQ-9 et traitement proposé

Score au PHQ-9	Sévérité de la dépression	Traitement proposé
0 – 4	Aucune, minime	Aucune
5 – 9	Légère	Attente vigilante ; faire à nouveau passer le PHQ-9 lors de l'examen de suivi
10 – 14	Modérée	Programme thérapeutique, envisager des entretiens individuels, un suivi et/ou un traitement pharmacologique
15 – 19	Modérément sévère	Prise en charge active par l'intermédiaire d'un traitement pharmacologique et/ou d'une psychothérapie
20 – 27	Sévère	Traitement pharmacologique immédiat et, en cas de troubles graves ou d'absence de réaction au traitement, prompt orientation vers un spécialiste de la santé mentale en vue d'une psychothérapie et/ou d'une prise en charge conjointe

### A3. QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE DU PATIENT – 9 (PHQ-9)

#### QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3

8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

---

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

---

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont- ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout  
difficile(s) **D**

Assez  
difficile(s)  
**D**

Très  
difficile(s)  
**D**

Extrêmement difficile(s)  
**D**

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

## A4. RÉFÉRENCES

- i. Kroenke, K., Spitzer, R. L., et Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-616.
- ii. Le PHQ-9 a été mis au point par les docteurs Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams et collègues, grâce à une bourse de la société Pfizer. Aucune autorisation n'est requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer cet outil.

## B. TEST (ABREGÉ) DE DEPISTAGE DES TROUBLES LIÉS A LA CONSOMMATION DE L'ALCOOL (AUDIT-C)

### B1. VUE D'ENSEMBLE

Le test (abrégé) de dépistage des troubles liés à la consommation de l'alcool (AUDIT-C) est un outil concis de dépistage de l'alcoolisme qui permet d'identifier de manière fiable les personnes qui ont une consommation nocive de l'alcool ou qui présentent des troubles liés à une consommation régulière d'alcool (notamment l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool). L'AUDIT-C est une version modifiée de l'instrument AUDIT à 10 questions.

L'AUDIT-C comporte trois questions. L'étendue des scores va de 0 à 12. Chaque question de l'AUDIT-C comporte cinq choix de réponses comptant pour 0 à 4 points. Chez les hommes, un score de 4 points ou plus indique que le test est positif et présente les conditions optimales pour déceler une consommation nocive de l'alcool ou des troubles liés à une consommation régulière d'alcool. Chez les femmes, un score de 3 points ou plus indique que le test est positif. En général, plus le score est élevé, plus la consommation d'alcool d'une personne est susceptible d'avoir une incidence sur sa sécurité. L'AUDIT-C appartient au domaine public.

### B2. INTERPRÉTATION

L'AUDIT-C est un outil de dépistage de l'alcoolisme composé de trois items, qui permet d'identifier de manière fiable les personnes qui ont une consommation nocive de l'alcool ou qui présentent des troubles liés à une consommation régulière d'alcool (notamment l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool). L'AUDIT-C est une version modifiée de l'instrument AUDIT à 10 questions.

#### a) Utilité clinique

L'AUDIT-C est un outil concis de dépistage de l'alcoolisme qui permet d'identifier de manière fiable les personnes qui ont une consommation nocive de l'alcool ou qui présentent des troubles liés à une consommation régulière d'alcool.

#### b) Cotation

L'AUDIT-C est coté sur une échelle de 0 à 12.

Chaque question de l'AUDIT-C comporte cinq choix de réponses. Les points attribués à chaque réponse sont les suivants :

a = 0 point ; b = 1 point ; c = 2 points ; d = 3 points ; e = 4 points.

- **Chez les hommes**, un score de 4 points ou plus indique que le test est positif et présente les conditions optimales pour déceler les personnes qui ont une consommation nocive de l'alcool ou qui présentent des troubles liés à une consommation régulière d'alcool ;
- **Chez les femmes**, un score de 3 points ou plus indique que le test est positif (comme ci-dessus) ;
- Toutefois, lorsque tous les points proviennent de la question n° 1 et que les scores des questions n°s 2 et 3 sont nuls, on peut supposer que le(la) patient(e) boit en dessous des limites recommandées (pour des adultes en bonne santé, cela signifie généralement jusqu'à un verre par jour pour les femmes et jusqu'à deux verres par jour pour les hommes : par exemple, pour la bière, cela représente 12 onces liquides ou 355 millilitres ; pour le vin, cela représente 5 onces liquides ou 148 millilitres). Dans ce cas, le(la) médecin devrait vérifier la consommation d'alcool de l'individu au cours des derniers mois afin de confirmer l'exactitude des données ;
- En général, plus le score est élevé, plus il est probable que la consommation d'alcool de la personne ait une incidence sur sa sécurité.

### c) Propriétés psychométriques

Le tableau ci-dessous démontre la fiabilité de l'AUDIT-C à identifier les personnes ayant une consommation excessive/nocive d'alcool – abus d'alcool ou dépendance à l'alcool selon le DSM-5 – et les personnes qui ont une consommation excessive régulière ou une dépendance à l'alcool.

Tableau 4

#### Propriétés psychométriques de l'AUDIT-C

Score	Hommes	Femmes
<i>Pour identifier les personnes ayant une consommation excessive/nocive d'alcool – abus d'alcool ou dépendance à l'alcool selon le DSM</i>		
> 3	Sens. : 0,95 / Spec. 0,60	Sens. : 0,66 / Spec. 0,94
> 4	Sens. : 0,86 / Spec. 0,72	Sens. : 0,48 / Spec. 0,99

VPP 71 %, VPN 80 %

<i>Pour identifier les personnes qui ont consommation excessive régulière ou une dépendance à l'alcool</i>		
> 3	Sens. : 0,95 / Spec. 0,45	Sens. : 0,95 / Spec. 0,87
> 4	Sens. : 0,95 / Spec. 0,56	Sens. : 0,95 / Spec. 0,94

VPP 78 %, VPN 80 %

### **B3. TEST (ABREGÉ) DE DÉPISTAGE DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE L'ALCOOL (AUDIT-C)**

#### Instructions générales

Le test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT-C) est un bref instrument de dépistage de l'alcool. Veuillez donner une réponse pour chaque question.

#### **AUDIT C**

1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- (0) jamais
- (1) une fois par mois ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) 4 fois ou plus par semaine

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- (0) un ou deux
- (1) trois ou quatre
- (2) cinq ou six
- (3) sept à neuf
- (4) dix ou plus

3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

- (0) jamais
- (1) moins d'une fois par mois
- (2) une fois par mois
- (3) une fois par semaine
- (4) chaque jour ou Presque

#### **B4. REFERENCES**

- i. Bradley, K. A., et al. (2003). Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a female Veterans Affairs patient population. *Archives of Internal Medicine*, 163(7), 821-829.
- ii. Bush, K., et al. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789-1795.

# C. INDICE DE BIEN-ETRE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (WHO-5)

## C1. VUE D'ENSEMBLE

L'indice de bien-être de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (WHO-5) est un questionnaire d'auto-évaluation mis au point pour évaluer le niveau de bien-être émotionnel d'un individu. Il se compose de cinq questions simples, chacune portant sur un aspect différent du bien-être psychologique. Ces questions portent sur des sujets tels que l'humeur, la relaxation et les activités de la vie quotidienne.

## C2. INTERPRETATION

Le WHO-5 peut être réalisé de manière autonome si les répondants disposent d'aptitudes suffisantes en lecture. Dans le cas contraire, il convient de les accompagner ou de leur faire passer le test.

### a) Cadre et période de référence

Le WHO-5 s'inscrit dans un cadre et une période de référence spécifiques qu'il est essentiel d'avoir à l'esprit pour faire passer le test et savoir l'interpréter :

**Cadre de référence :** Le WHO-5 s'appuie sur le cadre théorique de la psychologie positive. Il prend en considération des aspects tels que l'humeur, le niveau de relaxation, l'activité et l'éveil pour déterminer le bien-être d'un individu. Cette perspective est quelque peu différente des autres échelles de santé mentale qui se concentrent plutôt sur les symptômes de la maladie ou du trouble. L'orientation positive du WHO-5 en fait un outil précieux pour évaluer les aspects de la santé mentale qui vont au-delà de la simple absence de maladie.

**Période de référence :** Le WHO-5 demande aux répondants de réfléchir aux expériences qu'ils ont vécues au cours des deux dernières semaines. Cette période de référence permet d'assurer l'équilibre entre l'objectif de saisir l'état récent d'un individu (qui peut être influencé par des facteurs temporaires) et la nécessité de veiller à ce que les réponses reflètent bien l'état psychologique actuel de ce dernier. Un délai de deux semaines correspond au délai généralement utilisé dans les évaluations de santé mentale, car il est considéré comme suffisamment long pour tenir compte des fluctuations quotidiennes de l'humeur et suffisamment court pour éviter les biais de mémorisation.

Il est important de comprendre ce cadre et cette période de référence pour faire passer l'échelle et interpréter ses résultats : cela permet d'analyser les réponses dans le contexte approprié et de s'assurer que l'échelle est utilisée comme prévu par ses concepteurs.

### b) Calcul des scores par domaine

Le calcul des scores par domaine du WHO-5 comporte les étapes suivantes.

**Réponses individuelles :** Le WHO-5 comprend cinq questions, chacune cotée sur une échelle allant de 0 (« Jamais ») à 5 (« Tout le temps »). Les répondants indiquent à quelle fréquence ils ont éprouvé les sentiments décrits dans chaque question au cours des deux dernières semaines.

**Addition :** Le score total est obtenu en additionnant les scores des cinq questions. Ce total peut aller de 0 (le bien-être le plus bas) à 25 (le bien-être le plus élevé).

Standardisation (facultatif) : Dans certains cas, pour faciliter l'interprétation ou la comparaison, ce score peut être transposé sur une échelle de 0 à 100. Pour ce faire, le score total est multiplié par quatre. Sur cette échelle, 0 représente toujours le bien-être le plus bas, et 100 le bien-être le plus élevé.

Les scores sont répartis selon les intervalles suivants :

0-5 sur l'échelle 0-25 (0-20 sur l'échelle 0-100) : Cet intervalle représente un très faible niveau de bien-être et peut indiquer une dépression sévère ou d'autres problèmes de santé mentale.

6-10 sur l'échelle 0-25 (21-40 sur l'échelle 0-100) : Cet intervalle représente un faible niveau de bien-être et peut indiquer des problèmes de santé mentale légers à modérés.

11-15 sur l'échelle 0-25 (41-60 sur l'échelle 0-100) : Cet intervalle représente un bien-être modéré.

16-20 sur l'échelle 0-25 (61-80 sur l'échelle 0-100) : Cet intervalle représente un niveau élevé de bien-être, bien qu'il puisse encore y avoir une certaine marge d'amélioration.

21-25 sur l'échelle 0-25 (81-100 sur l'échelle 0-100) : Cet intervalle représente un bien-être très élevé, donnant à penser que l'individu s'épanouit.

Il est important de noter que le WHO-5 est un outil de dépistage et non de diagnostic. Un score faible indique qu'il pourrait être nécessaire de réaliser une évaluation plus approfondie de la dépression, mais n'établit pas le diagnostic d'une dépression en soi. Le WHO-5 est apprécié pour sa simplicité et a été validé dans de nombreuses études portant sur des populations et des contextes différents.

### C3. INDICE DE BIEN-ETRE WHO-5

#### INDICE (EN CINQ POINTS) DE BIEN-ETRE DE L'OMS (1999)

Veillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines. Notez que le chiffre est proportionnel au bien-être.

*Exemple : si vous vous êtes senti(e) bien et de bonne humeur plus de la moitié du temps au cours des deux dernières semaines, cochez la case 3.*

Au cours des deux dernières semaines	Tout le Temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
1. Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur	5	4	3	2	1	0
2. Je me suis senti(e) calme et tranquille	5	4	3	2	1	0
3. Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)	5	4	3	2	1	0
4. Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e)	5	4	3	2	1	0
5. Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	5	4	3	2	1	0

#### Calcul des points :

Pour calculer votre score, ajoutez les chiffres correspondant aux cases que vous avez cochées et

multipliez la somme par quatre.

Vous obtiendrez alors un score compris entre 0 et 100. Un score élevé signifie un meilleur bien-être.

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød

## C4. RÉFÉRENCE

Topp, C. W., et al. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature subject area. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176.

# LISTE DE CONTROLE DE DEPISTAGE DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES (PCL-5)

## D1. VUE D'ENSEMBLE

La liste de contrôle de dépistage des troubles post-traumatiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5) (PCL-5) est un outil d'auto-évaluation en 20 points qui permet d'évaluer la présence de symptômes post-traumatiques ainsi que leur sévérité. Les items du PCL-5 correspondent aux critères du DSM-5 pour les troubles post-traumatiques. Le PCL-5 a plusieurs objectifs, dont les suivants :

- quantifier et suivre les symptômes dans le temps ;
- détecter les troubles post-traumatiques ;
- contribuer à établir un diagnostic provisoire de trouble post-traumatique.

Le PCL-5 est un autotest qui peut être lu par les répondants ou qui peut leur être lu, en personne ou par téléphone. Il peut être réalisé en 5 à 10 minutes environ. Le mode de passation préféré est la passation autonome (auto-administration).

Le PCL-5 est destiné à évaluer les symptômes observés par un individu au **cours du mois écoulé**. Il s'agit d'une mesure psychométrique fiable des troubles post-traumatiques du DSM-5. Il est valide et fiable, permet de quantifier la sévérité des symptômes de troubles post-traumatiques et est sensible à l'évolution dans le temps.

## D2. INTERPRETATION

Les répondants doivent indiquer dans quelle mesure ils ont été gênés par chacun des 20 éléments au cours du mois écoulé, sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 à 4. Les éléments sont additionnés pour obtenir un **score total de sévérité** (étendue = 0-80). Sur l'échelle, les chiffres correspondent aux énoncés suivants :

0 = Jamais ; 1 = Un peu ; 2 = Moyennement ; 3 = Souvent ; 4 = Extrêmement.

### a) Passation du PCL-5

Le PCL-5 est un outil d'auto-évaluation qui peut être rempli par les individus en 5 à 10 minutes environ. Le PCL-5 peut être réalisé dans l'un des trois formats suivants :

- sans le critère A (instructions brèves et items uniquement) – format approprié lorsque l'exposition au traumatisme est mesurée par une autre méthode ;
- avec une brève évaluation du critère A ;
- conjointement avec la liste de contrôle révisée des événements de la vie pour le DSM-5 (LEC-5) et une évaluation complète du critère A.

## b) Cotation

Le PCL-5 peut être coté de différentes manières :

- Utilisation du score total : on obtient le score total de sévérité des symptômes (de 0 à 80) en additionnant les scores de chacun des 20 items. Dans la population générale, un score total de 44 indique la présence de troubles post-traumatiques, tandis que dans les populations militaires, un score total de 50 indique leur présence.
- Utilisation des règles de cotation du DSM :
  - les scores de sévérité des groupes de symptômes du DSM-5 peuvent être obtenus en additionnant les scores des items d'un groupe donné, soit le groupe B (items 1-5), le groupe C (items 6-7), le groupe D (items 8-14) et le groupe E (items 15-20) ;
  - un diagnostic provisoire de trouble post-traumatique peut ainsi être établi en considérant chaque item coté 2 (« Moyennement ») ou plus comme un symptôme confirmé, puis en suivant la règle diagnostique du DSM-5, qui exige la confirmation d'au moins un item B, un item C, deux items D et deux items E ;
  - toutefois, en utilisant cette approche, il est possible d'établir un diagnostic de trouble post-traumatique avec un score total de 29, ce qui est très faible. Il est donc préférable d'utiliser une combinaison des deux approches : un score de 2 ou plus pour le nombre requis d'items dans chaque groupe ET un score total supérieur au seuil spécifié ;
  - les études initiales ont démontré qu'un seuil compris entre 31 et 33 indiquait la présence probable de troubles post-traumatiques, tous échantillons confondus.

## c) Propriétés psychométriques

Les propriétés psychométriques des scores du PCL-5 sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5

### Taux de vrais et faux positifs et négatifs (%) pour le PCL-5, par score total

<i>Catégorie de score du PCL-5</i>	<i>Vrai positif</i>	<i>Vrai négatif</i>	<i>Faux positif</i>	<i>Faux négatif</i>
≥ 33	93,8	49,2	50,8	6,2
Critères du PCL DSM-5 remplis	90,7	49,8	50,2	9,3
≥ 40	88,6	61,0	39,0	11,4
≥ 45	81,9	69,2	30,8	18,1
≥ 50	72,5	76,9	23,1	27,5

*Note* : Pour chaque seuil, le taux de vrais positifs peut également représenter la sensibilité, tandis que le taux de vrais négatifs peut représenter la spécificité de l'échelle.

### D3. PCL-5

#### PCL-5

Consignes : Ce questionnaire porte sur les difficultés que vous avez pu rencontrer à la suite d'une expérience très stressante impliquant un décès ou une menace de mort, des blessures graves ou des violences sexuelles. Il peut s'agir d'un événement qui vous est arrivé directement, d'un événement dont vous avez été témoin ou d'un événement dont vous avez appris qu'il était arrivé à un membre de votre famille proche ou à un ami proche. Il peut s'agir d'un accident grave, d'un incendie, d'une catastrophe telle qu'une tempête violente, une tornade ou un tremblement de terre, d'une agression ou d'une violence physique ou sexuelle, d'une guerre, d'un homicide ou d'un suicide.

Tout d'abord, veuillez répondre à quelques questions sur l'événement le plus grave que vous avez vécu, c'est-à-dire, dans le cadre de ce questionnaire, l'événement qui vous déstabilise le plus à l'heure actuelle. Il peut s'agir de l'un des événements cités ci-dessus ou d'une autre expérience très stressante que vous avez vécue. Il peut également s'agir d'un événement unique (par exemple, un accident de voiture) ou de plusieurs événements similaires (par exemple, plusieurs événements stressants dans une zone de guerre ou des violences sexuelles répétées).

**Décrivez brièvement l'événement le plus grave (si vous vous sentez à l'aise pour le faire) :**

---

---

**Depuis combien de temps cela s'est-il produit ?** \_\_\_\_\_ (veuillez indiquer un chiffre approximatif si vous n'êtes pas sûr[e])

**S'agissait-il d'un décès, d'une menace de mort, d'une blessure grave ou d'une violence sexuelle ?**

- Oui  
 Non

**Comment l'avez-vous vécu ?**

- Cela m'est arrivé directement  
 J'en ai été témoin  
 J'ai appris que cela était arrivé à un membre de ma famille proche ou à un ami proche  
 J'ai été exposé(e) à cela de manière répétée dans le cadre de mon travail (par exemple, ambulancier(ère), policier(ère), militaire ou autre secouriste)  
 Autre, veuillez préciser

---

**Si l'événement a entraîné le décès d'un membre de la famille proche ou d'un ami proche, était-il dû à un accident ou à des violences quelconques, ou était-il dû à des causes naturelles ?**

- Accident ou violences  
 Causes naturelles  
 Sans objet (l'événement n'a pas impliqué le décès d'un membre de la famille proche ou d'un ami proche)

Deuxièmement, vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que les gens rencontrent parfois en réaction à une expérience très stressante. En gardant à l'esprit votre événement le plus grave, veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté au cours du dernier mois. Les options sont les suivantes : Pas du tout, Un peu, Moyennement, Souvent et Extrêmement.

## PCL-5

### Trouble de stress post-traumatique version de la liste de contrôle DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beauc oup	Extrêm ement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					

13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr National Center for PTSD Traduction française N. Desbiendras

#### D4. REFERENCES

- i. Weathers, F. W., et al. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]*. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5\\_Standard\\_form.pdf](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_Standard_form.pdf) [en anglais].
- ii. Weathers, F. W., et al. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Extended Criterion A [Measurement instrument]*. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5\\_criterionA\\_form.PDF](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_criterionA_form.PDF) [en anglais].
- iii. Boyd, J. E., et al. (2021). Sensitivity and specificity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 in a Canadian psychiatric outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 424-433.

## E. TROUBLES ANXIEUX GENERALISES (GAD-7)

### E1. VUE D'ENSEMBLE

Le GAD-7 a initialement été élaboré pour diagnostiquer le trouble anxieux généralisé et a été validé auprès de 2 740 patients en soins primaires. Le GAD-7 s'est ensuite avéré avoir une bonne sensibilité et une bonne spécificité en tant que test de dépistage de la panique, de l'anxiété sociale et des troubles post-traumatiques. Il a été mis au point par les docteurs Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke et collègues, et appartient au domaine public. Aucune autorisation n'est requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer cet outil. Les tests de la famille PHQ, dont le GAD-7, sont disponibles à l'adresse : [www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com). Des traductions, une bibliographie, un manuel de passation ainsi que d'autres informations sont également disponibles sur ce site.

## E2. INTERPRETATION

### a) Sévérité de l'anxiété (GAD-7)

Elle est calculée en attribuant un score aux catégories de réponses comme indiqué ci-dessous.

Catégorie de réponse	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Score	0	1	2	3

La sévérité de l'anxiété peut être calculée en additionnant les scores des réponses aux sept questions de l'outil. Le score total du GAD-7 est compris entre 0 et 21.

Tableau 6

### Propriétés psychométriques des seuils du GAD-7

Niveau d'anxiété	Légère	Modérée	Sévère
Score	5	10	15
Sensibilité (%)	97,5	79,5	49,0
Spécificité (%)	17,4	44,7	74,8
VPP (%)	42,3	47,2	54,7
VPN (%)	91,8	77,8	70,3

Bien qu'il ait avant tout été conçu

comme un test et une mesure de la sévérité du trouble anxieux généralisé, le GAD-7 présente également des caractéristiques de fonctionnement modérément bonnes pour trois autres troubles anxieux courants : le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale et les troubles post-traumatiques. Une personne ayant obtenu un score de 10 ou plus lors du dépistage des troubles anxieux devrait faire l'objet d'une évaluation plus approfondie.

## E3. ÉCHELLE DU GAD-7

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

*(Veuillez cocher (✓) votre réponse)*



Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

Si vous avez coché des problèmes, dans quelle mesure cela vous a-t-il rendu difficile de faire votre travail, de vous occuper de vos affaires à la maison ou de vous entendre avec les autres ?

Pas difficile du tout \_\_\_\_\_  
Un peu difficile \_\_\_\_\_  
Très difficile \_\_\_\_\_  
Extrêmement difficile \_\_\_\_\_

#### E4. REFERENCES

- i. Spitzer, R. L., et al. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- ii. Kroenke, K., et al. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5). 317-325. Inclut des données de validation du GAD-7 et du GAD-2 pour la détection de quatre troubles anxieux courants.
- iii. Rutter, L. A., et Brown, T. A. (2017). Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) in outpatients with anxiety and mood disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 140-146.

## F. ÉCHELLE DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ ET DE STRESS (DASS-21)

### F1. VUE D'ENSEMBLE

#### Échelle de dépression, d'anxiété et de stress – 21 items (DASS-21)

L'échelle de dépression, d'anxiété et de stress-21 items (DASS-21) est un ensemble de trois échelles d'auto-évaluation conçues pour mesurer les états émotionnels que sont la dépression, l'anxiété et le stress.

Les trois échelles du DASS-21, contenant chacune sept items, sont divisées en sous-échelles au contenu similaire. L'échelle de dépression évalue la dysphorie, le désespoir, la dévalorisation de la vie, l'autodépréciation, le manque d'intérêt et d'implication, l'anhédonie et l'inertie. L'échelle d'anxiété évalue l'activation neurovégétative, les effets sur les muscles squelettiques, l'anxiété situationnelle et l'expérience subjective de l'anxiété. L'échelle de stress est sensible aux niveaux d'excitation chronique non spécifique. Il évalue la difficulté à se détendre, l'excitation nerveuse, la facilité à s'énerver, l'irritabilité, l'hyperréactivité et l'impatience. Les scores de dépression, d'anxiété et de stress sont calculés en additionnant les scores des items concernés.

Le DASS-21 repose sur une conception dimensionnelle plutôt que catégorielle des troubles psychologiques. En effet, l'outil a été élaboré à partir du postulat (qui a été confirmé par les données de la recherche) selon lequel les différences entre la dépression, l'anxiété et le stress ressentis par les populations générales et cliniques sont essentiellement des différences de degré. La finalité du

DASS-21 n'est donc pas le diagnostic des patients selon les catégories distinctes définies dans les systèmes de classification tels que le DSM et la Classification internationale des maladies (CIM).

## F2. INTERPRÉTATION

### a) Instructions pour la cotation du DASS-21

Le DASS-21 ne saurait remplacer un entretien clinique en face-à-face. Si vous rencontrez des difficultés émotionnelles importantes, vous devez contacter votre médecin pour qu'il vous oriente vers un professionnel qualifié.

Cotation du DASS

	Questions	Score
S (Stress)	Q 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	Score S x 2 = Stress
A (Anxiété)	Q 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	Score A x 2 = Anxiété
D (Dépression)	Q 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	Score D x 2 = Dépression

1. inscrivez le numéro encerclé sur la ligne prévue à cet effet dans les colonnes réservées à l'usage interne, à côté des réponses.
2. Ajoutez le nombre figurant dans la première colonne réservée à l'usage interne. Inscrivez ce numéro sur la ligne située à côté de la lettre « A » au bas du formulaire.
3. Ajoutez le nombre figurant dans la deuxième colonne réservée à l'usage interne. Inscrivez ce numéro sur la ligne située à côté de la lettre « D » au bas du formulaire.
4. Ajoutez le nombre figurant dans la troisième colonne réservée à l'usage interne. Inscrivez ce numéro sur la ligne située à côté de la lettre « S » au bas du formulaire.
5. Étendue :

	Questions	Normal	Léger	Modéré	Sévère	Extrêmement sévère
Stress	Q 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	0-10	11-18	19-26	27-34	35-42
Anxiété	Q 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	0-6	7-9	10-14	15-19	20-42
Dépression	Q 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	0-9	10-12	13-20	21-27	28-42

### b) Propriétés psychométriques du DASS-21

Tableau 7

#### Propriétés psychométriques des scores du DASS-21

Score (DASS-21)	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
2,5	0,79	0,75	0,19	0,98
7,5	0,32	0,95	0,32	0,95
10,5	0,11	0,97	0,23	0,94

### F3. ÉCHELLE DASS-21

#### DASS21

Veuillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de *la dernière semaine*. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0,1,2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.

*L'échelle de notation est la suivante :*

0. ne s'applique pas du tout à moi
1. s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
2. s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
3. s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

1	J'ai trouvé difficile de décompresser.				
2	J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.	0	1	2	3
3	J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.	0	1	2	3
4	J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).	0	1	2	3
5	J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.	0	1	2	3
6	J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée.	0	1	2	3
7	J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).	0	1	2	3
8	J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.	0	1	2	3
9	Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).	0	1	2	3
10	J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.	0	1	2	3
11	Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).	0	1	2	3
12	J'ai eu de la difficulté à me détendre.	0	1	2	3
13	Je me suis senti(e) abattu(e) et triste.	0	1	2	3
14	J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire.	0	1	2	3
15	J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.	0	1	2	3
16	J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.	0	1	2	3
17	J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.	0	1	2	3
18	J'ai eu l'impression d'être assez susceptible.	0	1	2	3
19	J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter).	0	1	2	3
20	J'ai eu peur sans bonne raison.	0	1	2	3
21	J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.	0	1	2	3

### F4. REFERENCES

i. Lovibond, S. H., et Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales (2nd Ed.)*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.

ii. Chin, E. G., et al. (2019). Depression, anxiety, and stress: how should clinicians interpret the total and subscale scores of the 21-item Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21)? *Psychological Reports*, 122(4), 1550–1575.

## G. ÉCHELLE D'INSOMNIE D'ATHENES (AIS)

### G1. VUE D'ENSEMBLE

**Objectif :** L'échelle d'insomnie d'Athènes (AIS) évalue la sévérité de l'insomnie à l'aide des critères diagnostiques définis par le CIM-10. Le questionnaire en huit points évalue l'endormissement, les réveils nocturnes et matinaux, la durée du sommeil, la qualité du sommeil, la fréquence et la durée des plaintes, la souffrance causée par l'expérience de l'insomnie et l'interférence avec le fonctionnement de tous les jours. Un questionnaire plus court, composé uniquement des cinq premières questions, peut également être utilisé.

**Population étalon :** L'outil a été validé auprès de patients souffrant d'insomnie et de participants témoins âgés de 18 à 79 ans.

**Passation :** Le questionnaire nécessite entre 3 et 5 minutes. Il s'agit d'un questionnaire papier-crayon à réaliser de manière autonome.

**Fiabilité et validité :** Une étude initiale sur les propriétés psychométriques des versions longue et courte de l'échelle a révélé une cohérence interne de 0,87-0,89 et une fiabilité test-retest de 0,88-0,89. En ce qui concerne la validité de l'instrument, les résultats de l'AIS sont fortement corrélés avec les scores obtenus sur l'échelle des problèmes de sommeil (Sleep Problems Scale) (0,85-0,90).

### G2. INTERPRETATION

#### a) Cotation :

Les répondants utilisent des échelles de type Likert pour indiquer à quel point certaines difficultés de sommeil les ont touchés au cours du mois écoulé. Les scores vont de 0 (l'item en question n'a pas posé de problème) à 3 (des difficultés de sommeil plus aiguës). Le score total est ensuite calculé (étendue : 0-28) : les scores les plus bas indiquent moins de symptômes d'insomnie. Le niveau de sévérité est le suivant :

Pas d'insomnie	0-7
Insomnie légère (sous le seuil)	8-14
Insomnie modérée	15-21
Insomnie sévère	> 21

Selon les concepteurs, un seuil de 6 permet de distinguer les patients souffrant d'insomnie des témoins dans 90 % des cas.

#### b) Propriétés psychométriques de l'AIS

Tableau 8

##### Propriétés psychométriques des seuils de l'AIS

Seuil de l'AIS	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
06	93 %	85 %	41 %	99 %

### G3. ÉCHELLE D'INSOMNIE D'ATHENES

#### ÉCHELLE D'INSOMNIE D'ATHENS

Cette échelle est destinée à noter votre propre évaluation des difficultés de sommeil que vous auriez pu avoir éprouvé. Veuillez choisir (en encerclant le numéro approprié) un des énoncés ci-dessous qui décrit le mieux votre évaluation de chaque difficulté, pourvu que vous l'avez éprouvé au moins trois fois par semaine au cours du mois passé.

1. L'INDUCTION DU SOMMEIL (le temps nécessaire pour vous endormir après avoir éteint la lumière)
  - 0 – Pas de problème
  - 1 – Un peu retardée
  - 2 – Considérablement retardée
  - 3 – Très retardée ou ne pas avoir dormi du tout
  
2. LE RÉVEIL AU MILIEU DE LA NUIT
  - 0 – Pas de problème
  - 1 – Un problème mineur
  - 2 – Un problème considérable
  - 3 – Un problème sérieux ou ne pas avoir dormi du tout
  
3. LE RÉVEIL FINAL VIENT PLUS TÔT QUE VOUS LE SOUHAITEZ
  - 0 – Pas plus tôt
  - 1 – Un peu plus tôt
  - 2 – Considérablement plus tôt
  - 3 – Beaucoup plus tôt ou ne pas avoir dormi du tout
  
4. LA DURÉE TOTALE DU SOMMEIL
  - 0 – Suffisante
  - 1 – Un peu insuffisante
  - 2 – Considérablement insuffisante
  - 3 – Très insuffisante ou ne pas avoir dormi du tout
  
5. LA QUALITÉ DU SOMMEIL (peu importe combien de temps vous avez dormi)
  - 0 – Satisfaisante
  - 1 – Un peu insatisfaisante
  - 2 – Considérablement insatisfaisante
  - 3 – Très insatisfaisante ou ne pas avoir dormi du tout
  
6. VOTRE BIEN-ÊTRE AU COURS DE LA JOURNÉE
  - 0 – Normal
  - 1 – A diminué un peu
  - 2 – A considérablement diminué
  - 3 – A beaucoup diminué
  
7. LE FONCTIONNEMENT (PHYSIQUE ET PSYCHIQUE) AU COURS DE LA JOURNÉE
  - 0 – Normal
  - 1 – A diminué un peu
  - 2 – A considérablement diminué
  - 3 – A beaucoup diminué

8. L'ENVIE DE DORMIR PENDANT LA JOURNÉE
- 0 – Pas du tout
  - 1 – Un peu
  - 2 – Considérable
  - 3 – Forte

#### G4. REFERENCES

- i. Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., et Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 555-560.
- ii. Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., et Paparrigopoulos, T. J. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 263-267.

## H. Brève échelle de résilience (BRS)

### H1. VUE D'ENSEMBLE

Pour définir la résilience, les auteurs ont eu recours à des concepts tels que la résistance à la maladie, l'adaptation et l'épanouissement. Toutefois, la capacité à rebondir ou à se remettre d'un stress est celui qui se rapproche le plus du sens originel. La Brève échelle de résilience (BRS) est l'un des outils les plus performants et les plus recommandés pour mesurer cet aspect. Il évalue la capacité d'un individu à rebondir ou à se remettre d'un stress, selon son propre jugement. L'échelle permet d'évaluer un concept de résilience unitaire, à partir d'items formulés positivement et négativement. Les scores peuvent aller de 1 (faible résilience) à 5 (forte résilience).

### H2. INTERPRETATION

#### a) Instructions et cotation

Les répondants sont invités à dire ce qu'ils pensent de six énoncés. Les énoncés nos 1, 3 et 5 sont formulés de manière positive et les énoncés nos 2, 4 et 6 sont formulés de manière négative. Le BRS est évalué en cotant de manière inversée les items nos 2, 4 et 6 et en calculant la moyenne des six items.

Pour les questions nos 1, 3 et 5 :

1 = Pas du tout d'accord, 2 = Pas d'accord, 3 = Neutre, 4 = D'accord, 5 = Tout à fait d'accord

Pour les questions nos 2, 4 et 6 :

5 = Pas du tout d'accord, 4 = Pas d'accord, 3 = Neutre, 2 = D'accord, 1 = Tout à fait d'accord

Les réponses, qui vont de 1 à 5 pour les six items, sont additionnées, ce qui donne une étendue de 6 à 30. La somme totale est ensuite divisée par le nombre total de questions auxquelles il a été répondu.

#### b) Interprétation du score du BRS

1,00-2,99	Faible résilience
3,00-4,30	Résilience normale
4,31-5,00	Forte résilience

Les scores peuvent aller de 1 (faible résilience) à 5 (forte résilience). Dans une étude menée auprès de 844 participants composés de personnes en bonne santé et de personnes malades, les concepteurs (Smith et collègues) ont obtenu un score moyen de 3,70.

### H3. BREVE ECHELLE DE RESILIENCE

Veuillez indiquer pour chaque phrase à quel point celle-ci vous correspond.	Non, pas du tout	Non, pas vraiment	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait
Je tends à rebondir rapidement après des moments difficiles					
J'ai du mal à traverser des événements stressants.					
Je me remets facilement d'un événement stressant.					
Il est difficile pour moi de revenir brusquement à la réalité quand quelque chose se passe mal.					
En général je traverse les moments difficiles sans trop de difficulté.					
J'ai tendance à prendre beaucoup de temps pour me remettre des revers dans ma vie.					

Coût / Conditions d'utilisation : Gratuit (aucune autorisation requise)

### H4. REFERENCES

- i. Smith, B. W., et al. (2008). The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200.
- ii. Fung, S. F. (2020). Validity of the Brief Resilience Scale and Brief Resilient Coping Scale in a Chinese sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1265.
- iii. Smith, B. W., et al. (2013). The foundations of resilience: what are the critical resources for bouncing back from stress? Dans S. Prince-Embury et D. H. Saklofske (dirs.), *Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice*, (pp. 167-187). [New York : Springer](#).