

Child Revised Impact of Events Scale – 13 items (CRIES-13)

Repères d'utilisation pour l'intervenant



Afin de diriger les enfants et les adolescents vers les bons services, les intervenants doivent être en mesure de reconnaître différents indices et symptômes associés aux troubles mentaux fréquents.

Lorsque l'intervenant repère des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez un jeune ayant vécu un événement traumatisant, il est suggéré qu'il procède à l'appréciation des manifestations en utilisant entre autres le *Child Revised Impact of Events Scale – 13 items* (CRIES-13) en complément de la *Fiche clinique de repérage, appréciation du profil de risque et orientation TSPT*. Il est également invité à le faire dans le cadre de la mesure clinique en continu au cours du suivi. Aussi, s'il repère des symptômes dépressifs ou anxieux, il est invité à appuyer sa démarche en utilisant le RCADS et le WSAS.

Qu'est-ce que le CRIES-13?

Le CRIES-13 est une mesure brève et adaptée aux jeunes, conçue pour dépister ceux à risque de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce questionnaire a été développé par la Children and War Foundation (Perrin et al., 2005). Il est cohérent avec les critères du trouble de stress post-traumatique mis de l'avant par DSM-IV, qui faisait office de référence au moment de la conception et validation du questionnaire. Il est toutefois toujours pertinent malgré la parution du DSM-5.

Le questionnaire comprend 13 items cotés sur une échelle à 4 points, dont les scores sont de 0, 1, 3 et 5 points. Le score maximum est de 65. Il est obtenu en sommant les réponses à chaque item.

Quels sont les avantages et limites du CRIES-13 ?

Avantages

- Il s'agit d'un questionnaire facile et rapide à utiliser;
- Son langage est adapté aux enfants âgés de 8 ans et plus;
- Il est utile dans un contexte de repérage et de détection, afin de détecter les jeunes à risque de présenter un TSPT et pour lesquels il faudrait mettre en place des interventions (notamment celles mises de l'avant par les outils cliniques du PQPTM jeunesse);
- Il est fiable et validé par la recherche, notamment grâce à ses propriétés psychométriques;
- Le CRIES-13 est un outil utile pour effectuer une surveillance active des symptômes, une intervention essentielle à la suite de l'exposition d'un jeune à un événement potentiellement traumatique.

Limites

- Il ne s'agit pas d'un outil diagnostique, mais plutôt d'un outil de dépistage et de repérage;

- Cet outil est cohérent avec le DSM-IV, mais il ne prend pas en compte la catégorie *altérations cognitives et de l'humeur* introduite avec le DSM-5. Cela n'invalide toutefois pas le questionnaire;
- Le CRIES-13 pourrait ne pas être adapté à certains contextes culturels ni aux jeunes présentant des difficultés de lecture, d'expression ou de compréhension;
- Il ne couvre pas tous les aspects importants comme les facteurs de résilience, l'impact fonctionnel des symptômes ou la comorbidité avec d'autres troubles (anxiété, dépression). Le CRIES-13 est valide et pertinent, mais doit être utilisé en complémentarité avec d'autres données.

Comment procéder à la cotation et l'interprétation du CRIES-13 ?

- Actuellement, la cotation et l'interprétation des résultats du CRIES-13 se fait sous format papier.
- Le CRIES-13 comporte 13 items répartis en trois sous-échelles :
 - Intrusion (items 1, 3, 6, 9)
 - Évitement (items 5, 7, 8, 10)
 - Hyperactivation (items 2, 4, 11, 12, 13)
- Chaque item est noté sur une échelle de Likert à 4 points :
 - 0 = Pas du tout
 - 1 = Rarement
 - 3 = Parfois
 - 5 = Très souvent
- Le **score total** s'obtient en additionnant le score de chaque item. Le score total varie entre 0 et 65.
 - Plage de scores de 0 à 65.
 - Seuil clinique : Un score total plus grand ou égal à 30 est considéré comme indicatif d'un risque élevé de trouble de stress post-traumatique (TSPT).
 - Il est important d'intégrer les résultats du CRIES-13 à une évaluation clinique complète qui tient compte du contexte du jeune et de son entourage, des facteurs de risque et de protection également.
 - Pour confirmer la présence d'un trouble de stress post-traumatique, une évaluation diagnostique menée par un professionnel dûment habilité à ce type d'évaluation est obligatoire. L'émission du diagnostic n'est toutefois pas préalable à la mise en place d'interventions des étapes 1, 2 et 3 du PQPTM.
 - Comme ce questionnaire n'évalue pas l'altération des cognitions et de l'humeur, critère apparu avec le DSM-V, il est recommandé que l'intervenant questionne le jeune à cet effet, afin de compléter son interprétation clinique. La réponse à ces questions ne change pas le score total, mais bonifie la démarche de repérage, appréciation et orientation. Par exemple, il pourrait ajouter les questions suivantes :
 - *Depuis l'événement, as-tu des pensées négatives sur toi-même ou sur les autres comme si tout était dangereux ou que tu étais responsable de ce qui s'est passé ?*
 - *Depuis l'événement, as-tu du mal à ressentir des émotions positives comme la joie, l'amour ou l'envie de faire des choses que tu aimais avant ?*
- Le **score de chaque sous-échelle** s'obtient en additionnant les scores des items qui la composent.
 - Il n'y a pas de seuil clinique pour les sous-échelles.



- La sous-échelle *Intrusion* évalue la fréquence des souvenirs intrusifs liés à l'événement traumatique.
 - La sous-échelle *Évitement* mesure la tendance à éviter les pensées, émotions ou situations rappelant le traumatisme.
 - La sous-échelle *Hyperactivation* indique la présence de symptômes tels que l'irritabilité, la vigilance excessive ou les troubles du sommeil.
- **Le jugement clinique est toujours de mise dans l'appréciation des résultats.**

