

Au-delà du DES-II : dépister les troubles dissociatifs en thérapie EMDR

Andrew M. Leeds

Institut de formation à la psychothérapie Sonoma, Santa Rosa, Californie, États-Unis

Jennifer A. Madere

Professionnels indépendants du groupe Intuitus, Cedar Park, Texas, États-Unis

D. Michael Coy

Cabinet de pratique libérale, Bremerton, Washington, États-Unis

L'échelle des expériences dissociatives (DES-II) reste l'outil de dépistage rapide le plus largement utilisé pour repérer les symptômes dissociatifs, malgré les limites de l'instrument et de la formation de ses utilisateurs. Les procédures standard de la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) nécessitent une évaluation clinique approfondie et un dépistage systématique de la présence d'un trouble dissociatif. Cela permet de développer une conceptualisation précise du cas avant les phases de préparation et de retraitement des traumatismes de la thérapie EMDR. Le fait de se fier aux notes moyennes du DES-II comme mesure unique de traits dissociatifs – en particulier chez les personnes rapportant des antécédents de négligence ou de maltraitance dans leur petite enfance – est insuffisant pour déterminer si l'on peut retraiter en toute sécurité les souvenirs traumatiques. Les lignes directrices de la Société internationale pour l'étude du traumatisme et de la dissociation (ISSTD) pour le traitement du trouble dissociatif de l'identité chez les adultes, troisième révision, le relèvent : l'emploi de la thérapie EMDR standard avec des personnes souffrant d'un trouble dissociatif non reconnu a été signalé comme un risque de dommage important. Les pratiques standard des cliniciens formés à l'EMDR en matière de dépistage des troubles dissociatifs doivent évoluer au-delà d'une confiance aveugle dans le DES-II : l'utilisation systématique d'un examen de l'état mental (MSE) et d'outils de diagnostic fiables est impérative. Plusieurs outils d'évaluation pertinents sont passés ici en revue, avec leurs forces et leurs limites. Les auteurs recommandent aux cliniciens d'appliquer ces approches même si leur intention est d'écarter des personnes dont les difficultés se situent en dehors de leur champ d'action ou de leur plan de recherche.

Mots clés: thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) ; normes ; échelle des expériences dissociatives (DES-II) ; dépistage ; évaluation ; troubles de la dissociation

Les troubles dissociatifs tendent à être sous-diagnostiqués ou mal diagnostiqués, et donc sous-traités, dans la plupart des cadres cliniques (ISSTD, 2011 ; Pietkiewicz et coll., 2021). Si c'est

inquiétant pour leur traitement en général, c'est particulièrement préoccupant dans l'application de la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR). Des inquiétudes

This article originally appeared as: Leeds, A. M. et al. (2022). Beyond the DES-II: Screening for Dissociative Disorders in EMDR Therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 16(1), 25–38. Translated by François Mousnier-Lompré.

entourant l'utilisation des procédures standard de la thérapie EMDR avec des sujets présentant des troubles dissociatifs non diagnostiqués ont été documentées dans certains des tout premiers rapports publiés sur la thérapie EMDR et ont été soulignées dans des manuels (Lazrove & Fine, 1996 ; Leeds, 2009, 2016 ; Paulsen, 1995 ; Shapiro, 1995, 2001, 2018). Ces préoccupations ont été prises en compte par Francine Shapiro, la fondatrice de la thérapie EMDR, comme en témoigne la création du groupe de travail EMDR sur les troubles dissociatifs, chargé de rédiger des recommandations pour l'application de l'EMDR dans le traitement de personnes souffrant de troubles dissociatifs ; ces recommandations ont été publiées dans la première édition du manuel EMDR fondateur de Shapiro (1995), et se trouvent dans l'annexe E de la troisième édition (2018).

La Société internationale pour l'étude du traumatisme et de la dissociation (ISSTD, 2011) a publié des directives largement reconnues pour le traitement des sujets répondant aux critères d'un trouble dissociatif.

Ces directives reprennent des rapports selon lesquels « l'utilisation précoce de l'EMDR standard avec des patients présentant un trouble dissociatif de l'identité (TDI) non reconnu a entraîné de graves problèmes cliniques, notamment des brèches accidentelles dans les barrières dissociatives, des envahissements émotionnels, l'émergence soudaine d'identités alternatives (alters) non diagnostiquées et une déstabilisation rapide (Lazrove & Fine, 1996 ; Paulsen, 1995 ; Shapiro, 1995 ; Young, 1994) » (p. 158). Les lignes directrices proposées par le groupe de travail EMDR sur les troubles dissociatifs soulignent en outre que l'introduction au début du traitement de la stimulation bilatérale, également appelée stimulus bilatéral d'attention double, peut entraîner une décompensation grave, avec un risque accru de suicide ou d'homicide (Shapiro, 1995).

1. Disparités dans les normes pour le dépistage et le diagnostic des troubles dissociatifs

Dans le manuel dont la lecture est requise dans tous les programmes de formation de base à la thérapie EMDR approuvés par l'EMDR International Association (EMDRIA), EMDR Europe et Global Alliance, Shapiro (2018, p. 96) indique clairement :

Parce que de nombreux cliniciens ne sont pas formés au traitement des troubles dissociatifs et en sous-estiment grandement la prévalence, il faut insister sur les garde-fous appropriés

(cf. Ross, 2015) [...] Par conséquent, le clinicien qui a l'intention de commencer l'EMDR doit d'abord administrer l'échelle des expériences dissociatives-II (DES-II ; Carlson & Putnam, 1993) et faire une évaluation clinique approfondie de chaque patient. Lorsque la note DES est supérieure à 30, l'utilisation d'un questionnaire diagnostique structuré pour les troubles dissociatifs, comme le SCID-D (Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders ; Steinberg, 1994a), est indiquée.

Pour les situations où la note DES-II est supérieure à 30, Shapiro (2018) dresse obligamment une liste de huit domaines à explorer dans le cadre d'un examen standard de l'état mental (MSE) pour le dépistage d'un trouble dissociatif. Cependant, aucune orientation n'est proposée pour la réalisation d'un MSE lorsque la note DES-II est inférieure à 30. Cette lacune pose un problème, car la plupart des cliniciens n'ont que peu ou pas d'éducation, de formation ou d'expérience supervisée pour mener un MSE pour les troubles dissociatifs (Loewenstein, 2018, p. 230). Shapiro (2018) ne discute pas des limites du DES-II en tant qu'outil de dépistage et ne fournit pas d'indications comme celles recommandées par d'autres auteurs sur la façon de pallier ces limites (Brand et coll., 2006 ; Kate et coll., 2020 ; Paulsen, 2009). Ces omissions laissent les thérapeutes EMDR insuffisamment préparés à utiliser les informations reçues et leurs patients sont exposés à une possible mauvaise application de la thérapie EMDR standard. Le présent article vise à améliorer cette situation en proposant des informations et des instructions susceptibles de combler ces manques.

Shapiro (2018) a clairement abordé les dangers d'une application incorrecte de la thérapie EMDR standard ; pour autant, les normes minimales actuelles de formation énoncées par les organismes d'accréditation de la thérapie EMDR n'indiquent pas explicitement comment la formation à la thérapie EMDR est censée aborder ces risques. Les normes vont de l'obligation d'aborder le sujet de la dissociation, même de manière superficielle, en encourageant les stagiaires à suivre une formation avancée pour traiter leurs patients dissociés (EMDRIA, 2017, p. 8), à l'introduction de « [p]rincipes et procédures pour l'évaluation, la reconnaissance et la régulation de l'anxiété et des états dissociatifs », mais seulement après que les stagiaires ont intégré la thérapie EMDR dans leur pratique clinique pendant au moins huit semaines (EMDR Europe, 2020). Les « Lignes

directrices internationales fixant des critères minimaux pour les normes EMDR et la formation à l'EMDR» (Global Alliance, 2014) indiquent seulement que les programmes d'études doivent être conformes à la dernière édition du livre "EMDR: Principles, Procedures and Protocols" (Shapiro, 2018).

1.1. Mises en cause du modèle de traitement orienté par phases

Historiquement, le modèle de psychothérapie orienté par phases, proposé pour la première fois par Janet en 1907, a été le fondement de l'EMDR et de nombreuses thérapies des traumatismes (Gelinas, 2003 ; Van der Hart et coll., 2013, 2014)). Les lignes directrices produites par le groupe de travail EMDR sur les troubles dissociatifs (EMDR Dissociative Disorders Task Force) présumant que l'EMDR sera utilisée dans le cadre d'un modèle orienté par phases, conseillent la prudence à l'égard de son utilisation dans les « premières phases de la thérapie » et développent ses utilisations dans les phases « intermédiaires » du traitement (Shapiro, 2018, p. 501–502). Des articles et des conférences récents remettent pourtant en question cette approche (De Jongh et coll., 2016, 2019 ; De Jongh & Matthijssen, 2020 ; Zoet et coll., 2018). Certains de ces auteurs semblaient également présumer qu'un diagnostic de trouble stress post-traumatique complexe (TSPT-C ; OMS, 2018) ou du sous-type dissociatif du TSPT (American Psychiatric Association [APA], 2013) exclut la concomitance d'un trouble dissociatif plus complexe, malgré des recherches suggérant que cela reste à établir (Hyland et coll., 2020). Dans certains cas, cette présomption d'exclusion est basée sur un dépistage effectué au moyen du DES-II, ce qui pose des problèmes qui seront abordés plus loin dans cet article (Carlson & Putnam, 1993). Au contraire, Brand et coll. (2006) ont résumé les recherches sur les résultats du traitement de personnes souffrant de troubles dissociatifs complexes, indiquant que ces sujets peuvent être traités en toute sécurité lorsque les méthodes employées sont conformes aux directives publiées de façon consensuelle par les experts : celles-ci privilégient un modèle orienté par phases, qui se concentre d'abord sur les questions de sécurité, de stabilisation et de développement de l'alliance thérapeutique. « Le fait de ne pas stabiliser le patient ou de se concentrer prématurément sur l'exploration détaillée de ses souvenirs traumatiques entraîne généralement une détérioration de son fonctionnement et de son sentiment de sécurité » (Brand et coll., 2016, p. 264).

2. L'apparition de procédures EMDR modifiées pour les personnes atteintes d'un trouble dissociatif

Au cours des décennies qui ont suivi l'introduction de la thérapie EMDR, de nombreux cliniciens ont présenté des procédures modifiées de thérapie EMDR qui se sont avérées à la fois sûres et utiles pour les personnes qui répondent aux critères d'un trouble dissociatif (par exemple, Fine & Berkowitz, 2001 ; Forgash & Copeley, 2008 ; Gelinas, 2003 ; Gonzalez & Mosquera, 2012 ; Knipe, 2018 ; Lanius et coll., 2014 ; Mosquera, 2019 ; Paulsen, 2009). Ainsi, ce n'est pas la thérapie EMDR, en soi, qui présente un risque de dommage pour ces sujets. Il s'agit plutôt d'une application non informée des procédures standard de la thérapie EMDR par des cliniciens qui, pour diverses raisons, n'ont pas correctement dépisté des patients souffrant de troubles dissociatifs ou qui manquent eux-mêmes d'éducation et de formation appropriées pour le traitement des patients souffrant de troubles dissociatifs complexes – à la fois dans le contexte de la thérapie EMDR et au-delà.

3. Prévalence des troubles dissociatifs dans les populations cliniques

L'importance d'un dépistage adéquat est directement liée au fait que les troubles dissociatifs sont en fait relativement courants dans les milieux cliniques et sont souvent mal diagnostiqués (Brand et coll., 2016 ; Carlson et coll., 1993 ; Ross, 2015). Dans la population générale, on constate une prévalence de 11,3 % pour les personnes répondant aux critères d'un trouble dissociatif, et de 1 % – 1,5 % pour celles qui présentent un trouble dissociatif de l'identité (Brand et coll., 2016 ; Kate et coll., 2020) ; parmi un échantillon d'étudiants, on a trouvé une prévalence de 11,4 % et 3,7 % respectivement (Kate et coll., 2020). La prévalence des troubles dissociatifs et du trouble dissociatif de l'identité parmi diverses populations cliniques est résumée ci-dessous dans le tableau 1. Dans un échantillon pertinent pour de nombreux cliniciens formés à l'EMDR, une étude menée dans un center de consultation externe ($n = 82$) (Foote et coll., 2006) a indiqué que 29,0 % des sujets qui se présentent répondent aux critères d'un trouble dissociatif et 6,0 % aux critères du trouble dissociatif de l'identité. Ces données collectives suggèrent que jusqu'à un tiers des patients en traitement ambulatoire peuvent répondre aux critères d'un trouble dissociatif.

TABLEAU 1. Prévalence des troubles dissociatifs dans divers cadres cliniques

Étude (méta-analyses)	Nombre	Population	% TD	% TDI
<i>Clinique :</i>				
Foote et coll. (2006)	82	Consultations externes	29.0	6.0
Sar (2011)	43	Urgences psychiatriques	34.9	14
Sar (2011)	1 832	Patients hospitalisés	4.3–40.8	0.4–7.5
Sar (2011)	511	Patients en ambulatoire	12–29	2–6
<i>Non-clinique :</i>				
Kate et coll. (2020)	2 148	Étudiants	11.4	3.7
Kate et coll. (2020)	30 253	Tout-venant	9.9	1.2

4. Nature et limites du DES-II

Le DES-II (Carlson & Putnam, 1993) a été développé comme outil de dépistage, afin d'augmenter la probabilité d'identifier des personnes répondant aux critères d'un trouble dissociatif. Il a été conçu comme une mesure de trait de la dissociation, en considérant la dissociation sur un continuum où les populations non cliniques et cliniques se distinguent par le nombre et la fréquence des symptômes. Ainsi, il est demandé aux répondants d'évaluer chacun des 28 items composant le DES-II en fonction de sa présence et de sa fréquence dans leur vie quotidienne. Les notes sont données sur une échelle de 11 points, allant de 0 % (jamais) à 100 % (toujours), les notes les plus élevées des items et une note moyenne plus élevée indiquant une plus grande fréquence, et donc une plus grande gravité, de la dissociation (Carlson & Putnam, 1993).

Le DES-II a été facilement adopté par les cliniciens et les chercheurs en raison de ses avantages, notamment sa rapidité de passation, sa facilité de notation et la clarté des choix de réponse offerts au répondant (Ellason et coll., 1994). Les auteurs du DES (Carlson et coll., 1993 ; Carlson & Putnam, 1993), ainsi que les partisans et les critiques ultérieurs, ont souligné à plusieurs reprises ses limites en matière de sous-diagnostic (faux négatif) ou de surdiagnostic (faux positif) de troubles dissociatifs, en particulier lorsque les notes moyennes sont considérées sans enquête complémentaire ou prise en compte du contexte (Brand et coll., 2006 ; Foote et coll., 2006 ; Ross, 2021). Bien qu'il n'entre pas dans le cadre de cet article d'aborder la manière de reconnaître et de traiter ces présentations faussement positives, on trouvera une revue complète de ce sujet dans une publication récente de Pietkiewicz et coll. (2021).

4.1. Historique du Des-II

Le DES a été publié à l'origine en 1986 (Bernstein & Putnam), et a été validé, puis mis à jour, avec le projet d'aider à la fois les cliniciens à identifier les personnes ayant des vécus dissociatifs et les chercheurs à étudier et à évaluer quantitativement la psychopathologie dissociative (Carlson & Putnam, 1993). Parallèlement, les professionnels qui étudient et traitent la dissociation et les diagnostics liés aux traumatismes faisaient l'objet de critiques liées à des allégations de surdiagnostic ou de création iatrogène (c'est-à-dire induite par le traitement) de ce que l'on appelait alors le trouble de la personnalité multiple (TPM), qui a évolué vers la catégorie actuelle de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) : le trouble dissociatif de l'identité (TDI ; APA, 2013). Il a été reconnu que la plupart des professionnels de la santé mentale étaient susceptibles de se tromper en posant un diagnostic faussement négatif de TPM en raison à la fois d'un manque de formation au repérage des symptômes et des troubles dissociatifs (Loewenstein, 2018), et du flou des critères diagnostiques fournis par les éditions successives du DSM concernant les troubles dissociatifs (Dell, 2009a, 2009b). Néanmoins, le contexte des premières études a motivé l'identification d'une valeur seuil pour les notes moyennes du DES afin de dépister de manière fiable un trouble dissociatif sans risquer de voir un indicateur faussement positif d'un trouble dissociatif là où il n'y en a pas (Carlson et coll., 1993).

4.2. Les notes moyennes du DES ne sont pas suffisantes

Alors que Steinberg et coll., (1991) recommandaient une note de seuil de 15 lors de l'administration du DES pour dépister la présence d'un trouble

dissociatif, Carlson et coll., (1993) ont opté pour une note de seuil de 30, privilégiant la spécificité par rapport à la sensibilité, dans le but de réduire la probabilité d'un résultat de dépistage faussement positif. Les mêmes données qui ont servi de base à cette détermination ont indiqué que 14 % des sujets ayant obtenu une note moyenne de 20 au DES-II étaient atteints de TDI.

L'identification et l'utilisation des notes moyennes au DES-II comme indication fiable de la présence d'un trouble dissociatif n'ont pas cessé de faire l'objet de controverses dans la littérature. L'exploration de la prévalence de troubles dissociatifs parmi les patients psychiatriques suivis en consultations externes a montré qu'une note moyenne de seuil DES de 30 manquait 46 % des diagnostics positifs d'un trouble dissociatif identifié ultérieurement par un entretien de diagnostic, et une note de seuil DES de 20 en manquait 25 % (Foote et coll., 2006). Des résultats similaires indiquent que 80 % des personnes souffrant de TDI seront correctement dépistées par une note moyenne au DES de 20, mais que la détection équivalente de tout autre trouble dissociatif nécessitait l'abaissement de la note de seuil au DES à 12 (Mueller-Pfeiffer et coll., 2013). Les deux groupes de recherche ont noté la nécessité d'une évaluation plus poussée, après le calcul de la note moyenne au DES, pour détecter un trouble dissociatif, et ont recommandé l'utilisation d'instruments de diagnostic et d'entretiens tels que ceux décrits plus loin dans cet article.

4.3. Utilisation clinique du DES-II

Pour l'utilisation clinique du DES-II, Carlson and Putnam (1993) recommandaient que tout item noté à 20 ou davantage fasse l'objet de questions de la part du clinicien, pour avoir des exemples de l'expérience à laquelle le patient se réfère, pour s'assurer qu'il a compris l'item et pour évaluer une éventuelle pathologie. Ils disent explicitement que « le DES n'a pas été conçu comme instrument de diagnostic » et que les notes ne reflètent pas nécessairement des niveaux de pathologie (Carlson & Putnam, 1993, p. 16-17). De plus, comme le DES n'envisage pas la possibilité de sous- ou de surdéclaration, cela peut contribuer à la possibilité de faux négatifs et de faux positifs, respectivement. En raison de ces limites, et d'autres limites inhérentes à un dépistage simple, lorsque les cliniciens ont besoin de déterminer de manière fiable la présence et la gravité de symptômes dissociatifs ou d'appuyer la conformité d'une personne aux critères d'un trouble dissociatif, un

outil de diagnostic approprié doit être utilisé en plus ou à la place du DES (Carlson et coll., 1993 ; Carlson & Putnam, 1993 ; Foote et coll., 2006 ; Shapiro, 2018 ; Twombly, 2012).

4.4. Les probabilités dans le taxon DES

Waller et coll. (1996) ont proposé un « taxon » DES (DES-T), qui réduit les 28 items originaux aux huit items les plus représentatifs d'un « type de sujet ayant une dissociation pathologique » (p. 311). Ils espéraient que ce taxon pourrait servir de « profil diagnostique », et permettrait de distinguer les personnes répondant aux critères du TDI (appelé alors TPM) de celles souffrant d'autres troubles mentaux non dissociatifs, sur la base de la probabilité statistique qu'un sujet appartienne au type « dissociatif » ou « non dissociatif », à partir de probabilités statistiques spécifiques.

Chacun des items du taxon a été déterminé comme ayant sa propre « note-seuil », c'est-à-dire le point sur l'échelle DES de 0 à 100 où cet item acquiert une signification clinique. La probabilité globale pour les huit items a été mesurée sur un continuum de 0 à 1, ceux où la note était supérieure à 0,50 étant considérés comme appartenant au taxon dissociatif, indiquant ainsi la probabilité qu'un sujet réponde aux critères du TDI/TPM. Waller and Ross (1997) ont par la suite suggéré que le taxon des sujets dissociatifs serait plus précis avec un seuil de 0,90 plutôt que de 0,50 le long du continuum de 0 à 1.

Des recherches ultérieures ont tenté de valider le DES-T, mais n'ont guère trouvé d'éléments permettant de le considérer comme une mesure définitive. Modestin et Erni (2004) ont examiné la validité des résultats comparant ceux du taxon à ceux d'un instrument de diagnostic établi, le *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS ; Ross, 1997), et ont conclu que, malgré les limitations notables de leur étude, « le fait d'être inclus dans le taxon indique une fréquence élevée d'expériences dissociatives, mais pas nécessairement la présence d'un trouble dissociatif » (p. 81). Merritt et You (2008) ont constaté que le DES-T n'a pas permis de délimiter clairement, dans leur étude, les personnes qui souffraient d'une dissociation pathologique de celles qui n'en souffraient pas, en évaluant les deux groupes à l'aide du DES et du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI ; Hathaway, 1982). En revanche, Ross (2021) a constaté que les sujets diagnostiqués TDI par le DDIS étaient identifiés par le DES-T de manière assez fiable (taux de faux négatifs de 5,4 %) ; cependant, la même étude montrait

« un nombre problématique de faux positifs chez les sujets sans trouble dissociatif » (p. 6), 54,2 % des notes au DES des sujets non diagnostiqués avec un trouble dissociatif donnant pourtant lieu à une inscription dans le DES-T.

Leavitt (1999) offre un résumé des difficultés rencontrées lors du développement du DES-T et présente des données qui mettent fortement en relief les limites de ce taxon. Dans ce résumé, Leavitt conclut que les résultats du DES-T ne se généralisent pas au-delà des manifestations les plus sévères de la dissociation (c'est-à-dire le TDI), ce qui signifie que d'autres formes de dissociation pathologique importantes sur le plan diagnostique sont manquées. Il a observé qu'en raison de la prévalence relativement faible des troubles dissociatifs dans la population générale, le fait de s'appuyer sur le DES ou le DES-T pour déterminer la présence ou l'absence d'un trouble dissociatif a de bonnes chances d'aboutir à des résultats faussement positifs et faussement négatifs. Il conclut cependant que si le DES est utilisé comme il était prévu à l'origine – en tant que moyen pour des professionnels de la santé mentale (apparemment avertis en matière de dissociation) de recueillir et de contextualiser des informations pour améliorer leur jugement clinique –, il a alors plus de valeur.

5. Absence d'échelles de validité et risque de faux négatifs

Un moyen couramment utilisé pour identifier la tendance d'une personne testée à minimiser, nier ou exagérer ses réponses aux mesures standardisées est d'inclure des échelles de « validité ». Ces échelles peuvent aider à discerner le contexte plus large des symptômes d'une personne lorsqu'elle tend à sous-déclarer ses symptômes d'origine traumatique, soit parce qu'elle est devenue phobique de ce qu'elle vit, soit parce qu'elle n'est pas consciente de ses symptômes. Les échelles de validité ne remplacent pas le jugement clinique, mais elles donnent un contexte pour ce que la personne interrogée rapporte, ou ne rapporte pas, lors du dépistage initial d'un trouble dissociatif.

Lorsqu'un clinicien administre le DES et que la note moyenne globale et la note au taxon sont toutes deux faibles, cela n'indique pas définitivement une absence des symptômes dissociatifs qui pourraient compliquer le traitement. Au contraire, cela peut indiquer que la personne n'est pas consciente de sa propre expérience, qu'elle la nie ou qu'elle la cache intentionnellement, d'où le résultat « faux négatif ». Il incombe donc au clinicien qui utilise le DES-II de (a)

comprendre la dissociation suffisamment bien pour discerner les indices moins évidents de dissociation pathologique ; (b) reconnaître et prendre au sérieux les aspects de l'histoire de la personne qui peuvent contribuer au développement d'un trouble dissociatif, voire au contraire le masquer ; (c) assurer un suivi approfondi des réponses aux items du DES qui ne correspondent pas aux expériences observées sur la personne ou rapportées par celle-ci ; et (d) déterminer quand une évaluation diagnostique plus complète est nécessaire.

6. Exemples de faux négatifs

On trouvera ci-dessous deux exemples de cas où les notes au DES-II étaient basses et où les patients souffraient pourtant de troubles dissociatifs complexes. Les informations non essentielles ont été modifiées ici pour garantir l'anonymat. Ces exemples sont représentatifs des thèmes apparaissant régulièrement dans de nombreux cas présentés en supervision aux auteurs par des cliniciens qui souhaitent des conseils sur la meilleure façon de poursuivre la thérapie EMDR.

6.1. Dans le mur

Un clinicien a présenté le cas suivant, en demandant des conseils pour déterminer le moment de passer au retraitement EMDR. Une femme d'une quarantaine d'années s'était présentée pour traiter un TSPT trois ans après un accident de voiture presque mortel, dans lequel elle avait été impliquée avec ses trois enfants. Pour des raisons peu claires, sa voiture avait quitté la route et avait heurté un mur. Deux des enfants avaient subi des blessures mineures. Le troisième avait eu une grave blessure à la tête. Elle avait d'abord cru que l'enfant était mort, mais il s'était complètement rétabli. Cette femme avait déjà eu un diagnostic d'« TSPT » dans son dossier médical après des affectations militaires à l'étranger. Elle était très intelligente et avait été détentrice d'une habilitation de sécurité de haut niveau. Elle avait été mariée auparavant et subissait des violences domestiques dans son mariage actuel. Quelques années auparavant, des violences commises par son mari actuel l'avaient laissée avec des côtes fêlées, agression pour laquelle il avait effectué une peine de prison. Quelques mois auparavant, alors qu'il avait de nouveau arrêté de prendre les médicaments pour son trouble bipolaire, il était devenu violent verbalement et l'avait sexuellement agressée dans son sommeil. Elle portait actuellement plainte contre lui. Elle disait avoir fait neuf fausses

couches, qu'elle attribuait toutes à des violences de son mari. Le clinicien indiquait qu'il n'avait pas cherché à recueillir d'éléments concernant l'enfance de la patiente, dans la mesure où elle demandait un traitement pour un TSPT survenu à l'âge adulte.

L'administration de routine du DES-II avait donné une note moyenne globale de 16. Le taxon du DES-II n'avait pas été calculé. Malgré une note au DES-II bien inférieure au seuil de 30, le clinicien décrivait sa patiente comme « hautement dissociative ». Par exemple, lorsqu'elle racontait l'histoire de son traumatisme, elle était en même temps en train de « remonter un sentier dans les montagnes » dans son esprit. Elle disait être capable de s'occuper de ses enfants, mais lorsqu'elle était seule, sa technique préférée était de « se mettre en transe » ou de « se barrer dans sa tête ». Les stratégies d'adaptation « hautement dissociatives » de la patiente rapportées par le clinicien étaient des signes forts de la nécessité d'une évaluation plus approfondie. Il y avait aussi l'hypothèse, inquiétante, que l'accident de voiture pouvait avoir été une tentative de suicide commise par une partie désespérée et cachée de la personnalité de la patiente, qui se sentirait piégée dans ce mariage violent. Il a été conseillé au clinicien de ne pas tenter d'utiliser les procédures liées à l'EMDR avec les stimulations bilatérales, de différer le recueil des antécédents, et de se concentrer sur l'évaluation et le diagnostic des symptômes dissociatifs de la patiente. On lui a conseillé d'administrer le questionnaire multidimensionnel de dissociation (MID ; Dell, 2006), qui inclut un suivi des items importants par un entretien clinique. Une consultation ultérieure avec le clinicien a confirmé que les notes de la personne au MID indiquaient que ce qu'elle vivait répondait aux critères d'un diagnostic de TDI.

Le consultant a conseillé au clinicien d'envisager un plan de traitement basé sur ce diagnostic et de suivre une formation avancée dans le diagnostic et le traitement des troubles dissociatifs complexes.

6.2. Une décompensation après retraitement

Un clinicien a présenté le résumé de cas suivant pour consultation après que la thérapie EMDR standard ne s'était pas déroulée comme prévu. Un homme d'une trentaine d'années s'est présenté pour une thérapie après la perte d'un animal de compagnie et un changement apparemment positif dans son rôle professionnel. Il indiquait qu'il s'était fait mettre en arrêt de travail et qu'il envisageait de demander une invalidité temporaire parce qu'il se sentait incapable de reprendre le travail. Il avait été adopté à l'âge

de 3 ans, mais n'avait pas de souvenirs importants liés à son adoption. Le patient décrivait ses parents adoptifs comme étant « travailleurs » et parfois stricts, ce qui l'avait privé d'activités sociales et extrascolaires pendant ses années d'école. Il était célibataire, avec des antécédents de relations satisfaisantes, mais il ne s'était pas marié et n'avait pas eu d'enfant. Il a indiqué qu'il avait obtenu une licence universitaire dans un domaine lié aux services à la personne et précisé qu'il avait occupé des postes de supervision dans plusieurs institutions. L'administration du DES-II a donné une note moyenne de 14 (le consultant avait noté que deux items mesurant une possible amnésie avaient été cochés à une fréquence de 10 %). Comme le patient avait dit avoir été en bonne santé psychique jusqu'à la mort de son animal de compagnie, qu'il se reprochait, le clinicien a commencé le retraitement EMDR standard de ce souvenir lors de la troisième séance hebdomadaire de thérapie.

Après deux séances de retraitement EMDR centrées sur la perte de l'animal, le patient a signalé une diminution importante de son appétit et une augmentation de son anxiété, qui l'empêchait de dormir. Lorsqu'il s'est présenté pour ce qui devait être sa troisième séance de retraitement, il a indiqué au clinicien qu'il n'avait pas mangé depuis deux jours. Il a dit que lorsqu'il parvenait à dormir, il faisait des rêves perturbants au cours desquels il se réveillait en sueur et se sentait complètement seul. Bien que le patient n'ait parlé d'aucun souvenir d'événements ou de personnes avant son adoption, il disait se sentir « très jeune » au réveil de ces rêves. Il avait l'impression de ne pas pouvoir continuer à vivre, tout en niant avoir des idées suicidaires. Il a exprimé son mécontentement à l'égard du clinicien, qui ne l'avait pas aidé et avait plutôt aggravé la situation, au point qu'il risquait de perdre son emploi. Le clinicien a rapporté que le patient avait annulé son rendez-vous suivant et n'avait pas répondu à sa tentative de le joindre par téléphone ou par messagerie sécurisée – bien que le clinicien ait pu vérifier que cette dernière avait été ouverte par le patient.

Lors de la séance de supervision, le clinicien a reconnu que plusieurs indicateurs possibles d'un trouble dissociatif étaient présents, et qu'il les avait ignorés pour répondre aux préoccupations présentes de la personne. Le consultant a recommandé au clinicien de revoir sa procédure d'admission afin d'y inclure une évaluation plus approfondie de l'état mental du patient, et il lui a expliqué comment mener un entretien de suivi sur les éléments figurant dans le

DES-II. Le clinicien avait l'intention de redonner un rendez-vous à la personne, pour faire une tentative de réparation et lui offrir la possibilité d'être orientée vers un autre clinicien, spécialisé dans le traitement des traumatismes d'attachement précoces.

7. Pour aller plus loin que le DES-II

Une formation et une pratique plus approfondies du DES-II seraient bénéfiques à de nombreux cliniciens, mais il faut également envisager de passer à des procédures de dépistage et de diagnostic plus poussées. C'est un point essentiel pour éviter le risque de causer des dommages, tels que ceux décrits ci-dessus. Nous indiquons ci-après des outils alternatifs qui aideront les cliniciens à « d'abord ne pas faire (plus) de mal ».

7.1. Outils d'examen et d'évaluation pour les troubles dissociatifs

Plusieurs outils destinés à aider les cliniciens dans l'évaluation et le diagnostic des symptômes et troubles dissociatifs sont mentionnés par Shapiro (2018) comme méthodes de dépistage et de diagnostic des symptômes et des troubles dissociatifs. Ceux qui sont développés ci-dessous ont été choisis en fonction de leur facilité d'utilisation pour un clinicien formé à l'EMDR, de leur accessibilité, et de leur validité et fiabilité diagnostique reconnues.

7.1.1. L'examen de l'état mental de Loewenstein (MSE, *mental state examination*). Un MSE est une approche systématique visant à observer, explorer et documenter le fonctionnement psychologique d'une personne. Il est couramment pratiqué en psychiatrie. L'objectif d'un MSE est de rassembler un ensemble d'informations dans des domaines tels que l'apparence, l'attitude, le comportement, l'humeur, l'affect, le discours, le processus et le contenu de la pensée, la perception, la cognition, l'intuition et le jugement, afin de soutenir la formulation d'un diagnostic et d'un plan de traitement précis (Trzepacz & Baker, 1993, p. 202). En 1991, Richard Loewenstein a publié un article : « *An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder* » (« Examen au cabinet de l'état mental d'un patient à la recherche de symptômes dissociatifs complexes chroniques ou d'un trouble de la personnalité multiple »). Depuis sa publication, cet article fondateur a été cité plus de 250 fois. Il était le premier à proposer une approche naturaliste et semi-structurée de la réalisation d'un MSE pour détecter la présence d'un trouble dissociatif

sévère sans avoir recours à l'hypnose. Loewenstein y synthétisait des éléments du travail d'autres chercheurs de premier plan dans le domaine, notamment Eugene Bliss, Bennett Braun, Denise Gelinas, Richard Kluft, Frank Putnam, Colin Ross et David Spiegel.

Loewenstein (1991) souligne que la dissociation et les troubles dissociatifs sont principalement des phénomènes cachés et que « les patients peuvent nier, minimiser ou rationaliser leur présence. » Il commente : « On peut avoir à poser la même question du MSE de plusieurs façons différentes. Il n'est pas rare qu'un patient souffrant de TDI admette un symptôme dans une partie de l'entretien et le nie dans une autre. » Il ajoute : « Kluft note que les symptômes de TDI peuvent n'être présents que pendant une "fenêtre de diagnosticabilité", restant cachés ou latents à d'autres moments » (p. 568).

Loewenstein (1991) fournit un résumé succinct des caractéristiques observables qui peuvent alerter un clinicien par rapport à des phénomènes dissociatifs. Il s'agit notamment du port d'une gamme de styles vestimentaires dépareillés, du port de lunettes de soleil pour masquer les changements de regard pendant les *switches* au cours de la séance, des changements de posture, de main, de ton de voix et d'âge apparent, ainsi que des expressions faciales qui se chevauchent ou sont discordantes. Il attire l'attention sur une fermeture persistante des yeux, des clignements, des papillonnements oculaires, des roulements des yeux et l'évitement du contact visuel. Il indique que les mouvements courants chez les patients dissociatifs comprennent le balancement involontaire, le tapotement rythmique des jambes ou des pieds, et la torsion des doigts. Ces caractéristiques ne sont pas diagnostiques en elles-mêmes, mais sont couramment observées chez ceux qui répondent aux critères d'un trouble dissociatif. Il indique également qu'en présence d'une personne souffrant d'un trouble dissociatif, le clinicien peut ressentir certaines altérations dues au contre-transfert, telles que « se sentir dépersonnalisé, "planant", flottant, confus, rêveur, endormi, incapable de réfléchir, et distrait ou amnésique pendant l'entretien » (p. 571).

7.1.1.1. Notation et application. Bien qu'il ne soit pas formellement noté, le MSE est organisé par Loewenstein en six sections, dans l'ordre d'un entretien diagnostique typique : symptômes d'amnésie ; symptômes d'autohypnose ; symptômes d'ESPT ; symptômes processuels ; symptômes somatoformes ; et symptômes affectifs. Pour chacune de ces sections,

il donne un aperçu général des symptômes, des questions du MSE et des réponses typiques des patients. Dans son résumé, il insiste sur le fait que « tous les patients psychiatriques devraient faire l'objet d'un dépistage d'antécédents de perte de connaissance, de perte de la notion du temps, d'expériences de transe, de traumatisme infantile et de symptômes d'ESPT. Cela améliorera la recherche de cas pour aider les cliniciens à commencer à traiter la plus grande cause évitable de maladie mentale : les séquelles des abus, des traumatismes et des violences familiales dans l'enfance. » (p. 602)

7.1.1.2. Avantages et possibles inconvénients. Bien que le MSE de Loewenstein (1991) ait été développé à l'origine pour diagnostiquer les troubles du DSM-III-R, il reste une bonne base pour l'évaluation des troubles dissociatifs du DSM-5 et une entrée en matière utile pour orienter les cliniciens vers les questions liées au dépistage des personnes atteintes de ces troubles. Cela dit, le risque de faux positifs a été souligné en raison de la structure du MSE et du manque de clarté diagnostique établie (Dinwiddie et coll., 1993).

7.1.1.3. Disponibilité. La publication originale de 1991 est disponible via une recherche sur Internet, sans abonnement ni frais. Une version autonome, non publiée, d'un guide d'entretien des questions du MSE de 1991 a été créée par O'Neil (2011) comme aide à l'utilisation clinique, mais elle n'est pas facile à trouver.

7.1.2. Le Dissociative Disorders Interview Schedule. Le DDIS (Ross, 1997), développé par le Dr Colin Ross, est un questionnaire clinique structuré composé de 131 items conçus pour évaluer les symptômes somatiques, les problèmes aigus de toxicomanie, les symptômes schneideriens positifs (psychotiques) de premier rang, les traits de dépression majeure et les troubles dissociatifs. De plus, il contient des items qui se concentrent sur les expériences explicites de violence, y compris les sévices extrêmes, et la perception extrasensorielle. Le DDIS a été développé à l'origine pour le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), et la formulation des items ainsi que les instructions générales de notation ont été régulièrement mises à jour afin de rester pertinentes pour les catégories diagnostiques actuelles du DSM-5.

7.1.2.1. Notation et application. Les résultats du DDIS sont calculés en additionnant les notes des différentes sections (16 au total). Il n'y a pas de note composite pour le DDIS. Les notes moyennes

de chacune des sections individuelles sont déterminées séparément avec, comme point de référence, les notes moyennes de 166 personnes ayant reçu un diagnostic de TDI. Sur cinq cents administrations séparées du DDIS, des faux positifs ont été confirmés dans 1 % des cas (Colin & Ross Institute for Psychological Trauma, 2021). Ross a indiqué que la sensibilité de l'instrument pour discerner le TDI chez 196 patients diagnostiqués dans des conditions cliniques était de 95,4 %. Plus récemment, le langage utilisé dans le DDIS a été adapté pour permettre son utilisation en tant qu'évaluation auto-administrée par le patient, désignée sous le nom de SR-DDIS. Une recherche initiale (Ross & Browning, 2017) montrait que le SR-DDIS donne des résultats comparables à ceux du DDIS, en particulier avec les populations cliniques, avec « aucune différence cliniquement ou conceptuellement significative entre les 2 (*sic*) versions » (p. 31).

7.1.2.2. Avantages et inconvénients possibles. L'un des principaux atouts du DDIS est l'attention qu'il porte à des facteurs imbriqués et parfois déroutants, comme la consommation de substances psychoactives, les traits de caractère borderline et la psychose, qui peuvent rendre difficile le diagnostic définitif d'un trouble dissociatif. Certaines personnes peuvent par ailleurs être heurtées par des questions directes sur leur passé traumatique, ce qui peut rendre le DDIS moins utile pour un usage extra-hospitalier. Interrogé sur cette possibilité, le Dr Ross (2020) a indiqué qu'il n'avait jamais entendu parler d'une telle situation et qu'il ne voyait pas cela comme un obstacle à l'utilisation du DDIS dans un contexte extra-hospitalier. Bien que n'importe quel clinicien puisse administrer le DDIS et en calculer les résultats, seuls ceux qui ont une connaissance des traumatismes complexes et de la dissociation peuvent être préparés à interpréter ses résultats, leur donner un sens et conceptualiser un plan de traitement en fonction d'eux. Étant donné que le DDIS est, à bien des égards, une version élaborée des critères du DSM rédigés sous forme narrative, il semble que l'on s'appuie sur le fait qu'une personne soit au moins quelque peu consciente de ses symptômes, en se basant strictement sur les critères du DSM, dont il est possible de considérer qu'ils sont imparfaits (Dell, 2001 ; Pietkiewicz et coll., 2021 ; Steinberg, 2001).

7.1.2.3. Disponibilité et formation. Le DDIS, sous ses deux formats, l'un pour le clinicien et l'autre pour l'auto-administration, ainsi que les consignes de notation, sont disponibles gratuitement sur le site

Web du Ross Institute (www.rossinst.com). Aucune formation spécifique n'est nécessaire pour utiliser cet instrument. Le concepteur du DDIS, le Dr Colin Ross, propose périodiquement des ateliers d'introduction à l'utilisation du DDIS lors de conférences parrainées par l'ISSTD et l'*EMDR International Association*, mais il n'existe pas pour l'instant de source permanente de formation officielle.

7.1.3. Le Questionnaire clinique structuré pour les troubles dissociatifs définis par le DSM-IV – révisé.

Le SCID-D-R (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised* ; Steinberg, 1994a) est un « questionnaire semi-structuré conçu pour permettre à un clinicien formé d'évaluer la nature et la sévérité de symptômes dissociatifs et de diagnostiquer la présence de troubles dissociatifs » (Steinberg, 1994b, p. ix). Le format du SCID-D est basé sur le questionnaire clinique structuré pour le DSM-III-R (SCID ; Spitzer et coll., 1990) et est conçu pour être utilisé soit comme un module supplémentaire à ce questionnaire, soit seul. Publié pour la première fois en 1985, le SCID-D a été initialement conçu sur la base des critères du DSM-III, puis mis à jour lors de la sortie du DSM-IV, et plus récemment mis à jour en 1994 sous le nom de SCID-D-Révisé, ou SCID-D-R. Composé de huit parties, le SCID-D-R guide le clinicien pour recueillir les éléments d'une anamnèse psychiatrique générale, poser des questions ouvertes qui suscitent des réponses descriptives liées à cinq symptômes fondamentaux des troubles dissociatifs (amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion d'identité et altération de l'identité), et suivre les réactions du patient à ces questions par le biais de sections de suivi et d'évaluations post-questionnaire. Le SCID-D-R est conçu pour être complété en une ou plusieurs séances en face à face, et nécessite entre 0,5 et 2,5 heures d'administration selon (a) si le clinicien a déjà recueilli une anamnèse psychiatrique générale, et (b) le nombre et la complexité des symptômes présentés. De nombreuses études ont montré une fiabilité et une validité allant de « bonnes » à « excellentes » du SCID-D-R dans de nombreuses populations géographiques et cliniques et dans le cadre d'évaluations médico-légales, mais l'instrument n'a pas été mis à jour depuis 1994.

7.1.3.1. *Notation et application.* Les processus d'administration et de notation sont encadrés par un livret de 96 pages (Steinberg, 1994a) et un guide de l'enquêteur de 155 pages (Steinberg, 1994b). Le clinicien pose des questions ouvertes, et note chaque réponse de l'une des manières suivantes : ? (= information inadéquate, indiquant une information

insuffisante malgré les tentatives de clarification), N (= non, indiquant que le symptôme ou l'expérience décrits sont clairement absents), O (= oui, indiquant que le symptôme ou l'expérience décrits ont été ou sont présents), ou I (= information incohérente, indiquant une information discordante). Une feuille de résumé des notes, des directives pour évaluer la gravité des symptômes évoqués, des arbres de décision, des feuilles de travail pour le diagnostic et des exemples de cas sont incluses dans le Guide de l'enquêteur pour faciliter le diagnostic final et la production d'un rapport d'évaluation si nécessaire.

7.1.3.2. *Avantages et inconvénients possibles.* On dit souvent que le SCID-D est « la référence » pour évaluer les troubles dissociatifs ; notamment, selon Steinberg (2001), des études ont montré que le SCID-D peut diagnostiquer un TDI chez des personnes chez lesquelles il n'avait pas été détecté auparavant, ce qui ajoute probablement à sa valeur en tant qu'instrument diagnostique. Cela dit, le SCID-D nécessite plus de temps et de formation que les autres instruments présentés dans cet article pour obtenir les informations cliniques souhaitées. Une version rééditée du SCID-D serait sous presse (Mychailyszyn et coll., 2021), mais pour le moment, l'absence d'une version reflétant les catégories définies par le DSM-5 en réduit l'utilité.

7.1.3.3. *Disponibilité et formation.* Le livret d'entretien et le guide de l'intervieweur sont disponibles à l'achat auprès de détaillants en ligne. Le Guide de l'intervieweur recommande une formation en entretien clinique, une bonne connaissance des critères diagnostiques du DSM, une connaissance de la littérature portant sur la dissociation, et l'examen de trois manuels axés sur l'évaluation systématique des symptômes et des troubles dissociatifs, comme conditions préalables à l'administration et à la notation du SCID-D-R (1994b, p. 32). Les possibilités de formation continue spécifiquement axées sur le SCID-D-R ne sont pas connues au moment de la rédaction du présent article.

7.1.4. Le MID (*Multidimensional Inventory of Dissociation*).

Le MID (Dell, 2006) a été développé par Paul F. Dell, pour évaluer la dissociation pathologique et les troubles dissociatifs. La version actuelle du MID lui-même est la 6.0, et la version actuelle de l'*Analyse du MID*, utilisée pour calculer les résultats et générer le rapport, est la version 5.2 (février 2021). Cent soixante-huit des 218 items de la MID concernent des phénomènes dissociatifs

et aident à évaluer la fréquence et la signification clinique de 23 symptômes de dissociation, les 50 items restants étant axés sur la validité et les facteurs caractérogiques. Enfin, les items du MID fournissent un rapport détaillé comprenant 74 échelles ; celles-ci apportent une foule d'informations concernant l'expérience interne de la personne, dont l'exploration nécessiterait autrement de nombreuses séances. L'évaluation diagnostique du MID pour la dissociation pathologique a un pouvoir prédictif de 0,89, qui distingue le DID et le DDNOS-1 (OSDD dans le DSM-5) des autres présentations cliniques (Dell, 2011). Bien qu'il soit auto-administré, le MID n'est pas un instrument de dépistage, mais un inventaire multi-échelles qui produit un compte-rendu détaillé des symptômes dissociatifs de la personne et des diagnostics probables. Dell ayant conceptualisé un modèle subjectif-phénoménologique de la dissociation (par opposition à un modèle objectif et explicatif), le MID est basé sur la définition suivante de l'expérience dissociative : « Les phénomènes de dissociation pathologique sont des intrusions récurrentes, brutales et involontaires dans le fonctionnement exécutif et le sentiment d'identité » (Dell, 2009b, p. 226).

7.1.4.1. Notation et application. Il faut 30 à 60 minutes à la personne testée pour remplir le MID, et environ 10 minutes au clinicien pour le noter à l'aide de l'*analyse du MID* sur Excel. Les réponses peuvent être soumises au format papier ou électronique, selon la pratique du clinicien. L'utilisation correcte du MID nécessite un entretien de suivi dirigé par le clinicien ; la procédure en est décrite dans la troisième édition du manuel d'interprétation du MID (Dell et coll., 2020).

7.1.4.2. Avantages et inconvénients possibles. Le MID évalue les symptômes dissociatifs de manière plus large, plus profonde et plus fiable que le DES-II, sans nécessiter de formation particulière. Des valeurs seuils dérivées empiriquement sont appliquées pour chaque item et pour chaque symptôme, et six échelles de validité offrent des indications sur les biais possibles dans les réponses, notamment la sous-déclaration et la surdéclaration des symptômes. Des impressions et des observations diagnostiques sont avancées, et la signification clinique moyenne et d'autres notes pertinentes pour des symptômes distincts sont représentées visuellement dans le contexte de normes cliniques dans une série d'histogrammes et de graphiques. Malgré ces avantages, il faut du temps pour le remplir (pas plus toutefois que pour des instruments comparables), et

certain cliniciens disent trouver excessive la masse de données générée par le rapport, ce qui signifie qu'ils ne font pas toujours un suivi adéquat par le biais d'un entretien clinique pour étayer la validité des indications diagnostiques fondées sur les calculs.

7.1.4.3. Disponibilité et formation. Aucune formation spécifique n'est requise pour utiliser cet instrument, au-delà d'une familiarité de base avec le DES et le logiciel Excel. Tous les documents nécessaires pour administrer, noter et interpréter le MID, ainsi que toutes ses traductions connues, sont disponibles gratuitement pour les cliniciens et les chercheurs sur www.mid-assessment.com. Des sessions de formation ont été proposées lors de conférences internationales et régionales de l'Association internationale EMDR et de l'ISSTD. Les possibilités de formation, en direct ou à la demande, sont répertoriées sur le site Web du MID, tout comme les versions périodiquement mises à jour des documents MID.

7.2. Une alternative possible au DES-II

Un outil complet et rapide permettant de dépister l'ensemble des troubles dissociatifs du DSM-5 est depuis longtemps une nécessité. Il ne pourrait pas se substituer à une évaluation diagnostique formelle du type de celle qu'on a mentionnée ci-dessus, mais il assisterait les cliniciens qui n'ont pas suivi de formation formelle au dépistage des troubles dissociatifs du DSM-5, et aiderait les chercheurs à mieux sélectionner les sujets dans leurs essais ou en dehors de ceux-ci. Un outil de cet ordre, le MID-60, a maintenant été développé sur la base d'un sous-ensemble de 60 items parmi les 218 items qui composent le MID (Dell, 2006).

7.2.1. Le MID-60. (Kate et coll., 2020) est un outil de dépistage comportant 60 items, basé sur le MID et développé pour détecter la gamme complète des symptômes dissociatifs qui caractérisent chacun des troubles dissociatifs du DSM-5. Kate et coll. indiquent que « le MID-60 a une structure factorielle presque identique à celle du MID complet, une excellente fiabilité interne et une validité de contenu et de convergence » (p. 1). Contrairement au DES-II, outil général de dépistage de la dissociation, « le MID-60 comprend des items qui capturent les phénomènes spécifiques de chaque trouble dissociatif » (p. 4).

7.2.1.1. Notation et application. Le MID-60 peut généralement être rempli en 20 minutes ou moins dans le bureau du clinicien ou dans un environnement privé adéquat à domicile. Il peut être auto-administré avec un papier et un crayon ou

à l'aide d'un questionnaire Excel. La note moyenne et les notes des sous-échelles du MID-60 sont calculées automatiquement dans un fichier Excel. Contrairement au DES-II qui contient une majorité d'items sans pertinence clinique, les 60 items du MID-60 fournissent des informations cliniquement pertinentes. Pour les cliniciens peu familiers de la détection ou du diagnostic de personnes atteintes de troubles dissociatifs, le MID-60 est susceptible de fournir des informations plus immédiatement utiles que le DES-II.

7.2.1.2. Avantages et inconvénients possibles. Bien que les auteurs insistent sur le fait que le MID-60 est destiné au dépistage et n'est pas un outil de diagnostic, il produit en fait des notes de seuil cliniques liées au diagnostic, par le biais de sous-échelles qui fournissent des informations spécifiques sur les diagnostics possibles à envisager. Lorsque la moyenne du MID-60 et les notes des sous-échelles indiquent la probabilité d'un trouble dissociatif, les cliniciens doivent envisager d'administrer le MID complet, le SCID-D, le DDIS ou un MSE centré sur la dissociation. Les recherches initiales sur le MID-60 ont été menées sur une population non clinique d'étudiants. D'autres recherches seront nécessaires avec une population clinique pour confirmer la fiabilité et la validité des résultats préliminaires. Kate et coll. (2020) estiment que le MID-60 « peut s'avérer utile dans des contextes cliniques où les patients et les thérapeutes peuvent trouver pratique et rapide de remplir une version courte [du MID] » (p. 18).

7.2.1.3. Disponibilité et formation. Un aperçu du MID-60 est disponible dans l'article de Kate et coll. (2020). Une série de documents relatifs au MID-60, notamment des fichiers MS Excel pour l'administration et la notation, sont fournis par Mary-Anne Kate sur sa page de projet Research Gate (www.researchgate.net/project/The-60-item-version-of-the-Multidimensional-Inventory-of-dissociation-MID60). Une vidéo d'introduction de 30 minutes (en anglais) de Kate sur le MID-60, qui clarifie l'administration du MID-60 et ses similarités et différences avec le DES-II et le MID, est également disponible (youtu.be/08rfoth-hc). Nous n'avons pas connaissance d'une formation au MID-60 à ce jour.

8. Discussion

8.1. Implications pour la pratique clinique

8.1.1. Standards de pratique. Les meilleures pratiques pour les thérapies de résolution des

traumatismes, parmi lesquelles la thérapie EMDR, tirent bénéfice d'un renforcement de la reconnaissance et du diagnostic de la dissociation pathologique (Shapiro, 2018). Le fait de ne pas repérer les personnes atteintes de troubles dissociatifs contribue en effet à un traitement inadéquat et à un mauvais pronostic (Brand et coll., 2013) et augmente les risques d'automutilation et de suicide. Parmi les personnes souffrant de trouble de la personnalité borderline, d'ESPT, d'abus d'alcool et de troubles dissociatifs, ce sont celles qui souffrent de troubles dissociatifs qui présentent le risque le plus élevé d'épisodes d'automutilation et de multiples tentatives de suicide (Foote et coll., 2008) et pourtant la présence de ces troubles tend à rester la moins souvent repérée. Le risque spécifique de causer un préjudice en proposant une thérapie EMDR standard à des personnes présentant des troubles dissociatifs, diagnostiqués ou non, a été reconnu dès la première décennie des formations EMDR (ISSTD, 2011). La formulation et la mise en œuvre de pratiques de dépistage et d'évaluation de meilleure qualité se font attendre. Les études donnent à penser que c'est parmi les personnes diagnostiquées et traitées de manière appropriée pour des troubles dissociatifs qu'on a largement constaté des résultats positifs du traitement (Brand et coll., 2013). Des rapports de cas et des recherches préliminaires suggèrent qu'on peut adapter la thérapie EMDR pour qu'elle réponde aux besoins des patients souffrant de troubles dissociatifs complexes (Lanius et coll., 2014 ; Twombly, 2005; Wong, 2019). Nous estimons qu'une formation spécifique au dépistage et à l'évaluation des symptômes et des troubles dissociatifs, avec une éducation, un entraînement, une supervision spécifiques à ceux-ci, ainsi qu'un accès à des ressources en rapport avec ce dépistage et cette évaluation, font partie des meilleures pratiques cliniques pour la thérapie EMDR.

8.1.2. Recommandations pour la pratique. Pour les cliniciens formés aux thérapies des traumatismes, dont la thérapie EMDR, mais à qui on n'a pas enseigné les meilleures pratiques et les meilleurs outils d'évaluation proposés ici pour les troubles dissociatifs, il est temps de voir au-delà du DES-II. Utilisé seul, le DES-II est souvent insuffisant pour la détection des troubles dissociatifs complexes. Les risques de scores faussement négatifs sont élevés et, comme nous l'avons vu plus haut, il ne propose pas de sous-échelles spécifiques de diagnostic ou de validité. *Si une note moyenne au DES-II doit être utilisée d'une manière qui ait du sens et qui soit fiable, les*

études examinées indiquent qu'une note de seuil comprise entre 12 et 20 devrait être considérée comme le dépistage sommaire d'un trouble dissociatif, indiquant la nécessité d'une évaluation plus approfondie. À l'instar de Carlson et Putnam (1993), nous recommandons vivement aux thérapeutes de mener un entretien de suivi centré sur tout item du DES noté à 20 ou plus, et sur tout item indiquant une amnésie. Le MID-60, récemment publié, offre un outil de dépistage plus complet, incluant des sous-échelles de diagnostic qui doivent être explorées de la même manière par le biais d'un entretien de suivi ou d'une évaluation ultérieure.

Les cliniciens sont vivement invités à se familiariser avec au moins un des instruments d'évaluation ou de diagnostic décrits ci-dessus et, au besoin, à se former à son administration. L'attention ainsi portée aux facteurs connus pour être présents chez les personnes souffrant d'un trouble dissociatif non diagnostiqué auparavant, et rapportés par elles, fournira un contexte pour le recours à l'un ou l'autre de ces outils de dépistage ou d'évaluation. On se conformera ainsi à la norme éthique fondamentale : « d'abord, ne pas nuire ».

Bibliographie

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>

Brand, B. L., Armstrong, J. G., & Loewenstein, R. J. (2006). Psychological assessment of patients with dissociative identity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 145–168. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.014>

Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., Pain, C., & Putnam, F. W. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 301–308. <https://doi.org/10.1037/a0027654>

Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000100>

Carlson, E., & Putnam, F. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6(1), 16–27.

Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the dissociative experiences scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *The American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1030–1036. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1030>

Colin, A., & Ross Institute for Psychological Trauma. (2021). *Dissociative disorders interview schedule – view the DDIS DSM-5 scoring rules*. <https://www.rossinst.com/ddis>

De Jongh, A., & Matthijssen, S. (2020). *EMDR 2.0: An enhanced version of EMDR therapy*. Presentation.

De Jongh, A., Bicanic, I., Matthijssen, S., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., Lee, C. W., & Maxfield, L. (2019). The current status of EMDR therapy involving the treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 284–290. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.284>

De Jongh, Ad., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. ten, Feeny, N., Rauch, S. A. M., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., van der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., de Roos, C., Hehenkamp, L. M. J., ... Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>

Dell, P. F. (2001). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 7–37. https://doi.org/10.1300/J229v02n01_02

Dell, P. F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 77–106. https://doi.org/10.1300/J229v07n02_06

Dell, P. F. (2011). *How to use the Multidimensional Inventory of Dissociation (MID)*. In Presented at ISSSTD 29th Annual Conference. Montreal, QC Canada: .

Dell, P. F., Coy, D. M., & Madere, J. A. (2020). *An interpretive manual for the multidimensional inventory of dissociation (MID)* [Unpublished manuscript].

Dell, P. F. (2009a). The long struggle to diagnose Multiple Personality Disorder (MPD). I Multiple Personality Disorder. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 383–402). Routledge.

Dell, P. F. (2009b). The long struggle to diagnose Multiple Personality Disorder (MPD). II Partial MPD. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 403–428). Routledge.

Dinwiddie, S. H., North, C. S., & Yutzy, S. H. (1993). Multiple personality disorder: Scientific and medico-

- legal issues. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21(1), 69–79.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., Mayran, L. W., & Sainton, K. (1994). Convergent validity of the new form of the DES. *Dissociation*, 7(2), 101–103.
- EMDR Europe. (2020). *Criteria for the certification of EMDR trainings within Europe*. https://emdreurope.org/wpcontent/upload/2017/09/emdr_training_minimum_req.doc
- EMDR International Association. (2017). *Basic training curriculum requirements*. www.emdria.org/emdr-training-education/emdr-training/emdr-training-provider-policies-guidelines
- Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Eye movement desensitization reprocessing. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 275–290. <https://doi.org/10.1080/00029157.2001.10404282>
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 163(4), 623–629. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.623>
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 29–36. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815fa4e7>
- Forgash, C., & Copeley, M. (2008). *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*. Springer Publishing Company.
- Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91–135. https://doi.org/10.1300/J229v04n03_06
- Global Alliance. (2014). *International guidelines for minimum criteria for EMDR standards and training* [Unpublished document].
- Gonzalez, A., & Mosquera, D. (2012). *EMDR and dissociation: The progressive approach*. Amazon Imprint.
- Hathaway, S. R. (1982). *Minnesota multiphasic personality inventory*. University of Minnesota.
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 62–72. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria/the major symptoms of hysteria*. Macmillan. <https://doi.org/10.1037/10008-000>
- Kate, M.-A., Hopwood, T., & Jamieson, G. (2020). The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 16–61. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1647915>
- Kate, M.-A., Jamieson, G., Dorahy, M. J., & Middleton, W. (2020). Measuring dissociative symptoms and experiences in an Australian college sample using a short version of the multidimensional inventory of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(3), 265–287. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1792024>
- Knipe, J. (2018). *EMDR toolbox: Theory and treatment of complex PTSD and dissociation* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Lanius, U., Paulsen, S., & Corrigan, F. (2014). *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Towards an embodied self*. Springer Publishing Company.
- Lazrove, S., & Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9(4), 289–299.
- Leavitt, F. (1999). Dissociative experiences scale taxon and measurement of dissociative pathology: Does the taxon add to an understanding of dissociation and its associated pathologies? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(4), 427–440. <https://doi.org/10.1023/A:1026275916184>
- Leeds, A. M. (2009). *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. Springer Publishing Company.
- Leeds, A. M. (2016). *A guide to the standard EMDR therapy protocols for clinicians, supervisors, and consultants* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567–604.
- Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229–242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>
- Merritt, R. D., & You, S. (2008). Is there really a dissociative taxon on the dissociative experiences scale? *Journal of Personality Assessment*, 90(2), 201–203. <https://doi.org/10.1080/00223890701845492>
- Modestin, J., & Erni, T. (2004). Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Research*, 126(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2001.12.001>
- Mosquera, D. (2019). *Working with voices and dissociative parts: A trauma-informed approach*. Instituto INTRA-TP.
- Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Wyss, D., Perron, N., Pitman, R. K., & Rufer, M. (2013). Screening for dissociative disorders in psychiatric out- and day care-patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 592–602. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9367-0>

- Mychailyszyn, M. P., Brand, B. L., Webermann, A. R., Şar, V., & Draijer, N. (2021). Differentiating dissociative from non-dissociative disorders: A meta-analysis of the structured clinical interview for DSM dissociative disorders (SCID-D). *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 19–34. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760169>
- O'Neil, J. A. (2011). Office mental status exam for dissociation [Unpublished manuscript].
- Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32–44.
- Paulsen, S. (2009). Looking through the eyes of trauma & dissociation: An illustrated guide for EMDR clinicians and patients. Bainbridge Institute for Integrative Psychology.
- Pietkiewicz, I. J., Bańbura-Nowak, A., Tomalski, R., & Boon, S. (2021). Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 637929. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637929>
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality* (2nd ed.). Wiley.
- Ross, C. A. (2015). When to suspect and how to diagnose dissociative identity disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), 114–120. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.2.114>
- Ross, C. A. (2020). *How to use the dissociative disorders interview schedule conference presentation*. ISSTD 2020 Virtual Congress.
- Ross, C. A. (2021). The dissociative taxon and dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(5), 555–562. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869645>
- Ross, C. A., & Browning, E. (2017). The self-report dissociative disorders interview schedule: A preliminary report. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 31–37. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172538>
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. A. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols and procedures* (3rd ed.). Guilford Press. Ed. fr. : Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures. 2022.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1994a). Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders-revised (SCID-D-R). American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1994b). Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders-revised (SCID-D-R). American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (2001). Updating the diagnostic criteria for dissociative disorders: Learning from scientific advances. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 59–64. https://doi.org/10.1300/J229v02n01_07
- Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(8), 1050–1054. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.8.1050>
- Trzepacz, T., & Baker, R. W. (1993). *The psychiatric mental status examination*. Oxford University Press.
- Twombly, J. H. (2005). EMDR for clients with dissociative identity disorder, DDNOS, and Ego States. In R. Shapiro(Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 88–120). Norton.
- Twombly, J. H. (2012). *The DES and beyond: Screening for dissociative disordered clients*. <https://www.emdrhap.org/content/wp-content/uploads/2013/11/HAP-DES-Article-Joanne-Twombly.pdf>
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, A., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in the stabilization phase. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 81–94. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.81>
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phases 2 and 3 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.1.33>
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300–321. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 499–510. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.499>
- Wong, S.-L. (2019). Flash technique group protocol for highly dissociative clients in a homeless shelter: A clinical report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(1), 20–31. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.1.20>

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). icd.who.int/browse11/l-m/en

Young, W. C. (1994). EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality disorder. *Dissociation*, 7(2), 129–133.

Zoet, H. A., Wagenmans, A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1468707. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468707>

Déclaration d'intérêts. AML, JAM et DMC reçoivent périodiquement des honoraires de consultation

concernant l'interprétation de rapports MID. JAM et DMC reçoivent périodiquement des honoraires pour des conférences sur le MID.

Financement. *Les auteurs n'ont pas reçu de subvention ou de soutien financier spécifique pour la recherche, la rédaction ou la publication de cet article.*

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Andrew M. Leeds, Courriel: andrewm-leeds@gmail.com