

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

Post-traumatic stress disorder in psychiatric nosography: the case of DSM and ICD

Lamia BENAMSILI *

Université Abderrahmane Mira-Bejaia (ALGERIE).

Email: Haderbache.lamia@gmail.com

Soumis, le
22/10/2019

Accepté, le
17/01/2020

Publié, le
01/12/2020

Résumé :

Les répercussions négatives du stress et du trauma constituent une réalité qui ne peut être mise en doute. Dès lors, les pathologies traumatiques constituent un véritable enjeu de santé publique. L'objectif de cet article est d'interroger la place octroyée au désormais dénommé « trouble stress post-traumatique » dans la nosographie psychiatrique contemporaine.

La 5^e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) a été approuvée par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et publiée en 2013, sous l'appellation DSM-5 et la onzième édition de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé publique (CIM), développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sous la dénomination CIM 11, à paraître prochainement mais un aperçu préalable est disponible depuis juin 2018 sur son site.

Mots-clés : *stress ; trauma ; trouble stress post-traumatique ; DSM 5 ; CIM 11.*

Abstract:

The negative impact of stress and trauma is a reality that cannot be questioned. Traumatic pathologies are therefore a real public health issue. The objective of this article is to examine the place given to the now called "post-traumatic stress disorder" in contemporary psychiatric nosography.

The 5th edition of the Manual Diagnostics and Statistics of Mental Disorders (DSM) was approved by the American Association of Psychiatry (APA) and published in 2013, under the name DSM-5 and the eleventh edition of the International Statistical Classification of Diseases and Public Health Problems (CIM), developed by the World Health Organization (WHO) under the name CIM 11, to be published soon but a preview is available since June 2018 on its website.

Key words: *stress; trauma; post-traumatic stress disorder; DSM5; CIM 11.*

* Auteur correspondant

Introduction

La violence est devenue un sujet d'inquiétude, de discussion et de polémique, non seulement dans les champs légal et social, mais aussi dans celui de la santé et plus particulièrement dans notre domaine, celui de la santé mentale. En effet, les violences produisent chez les sujets qui les subissent des réactions psychiques multiples et complexes, pouvant aller jusqu'à la réaction traumatique. Le traumatisme psychique est une pathologie connue depuis des temps anciens : si les premières descriptions remontent à l'Antiquité, sa conceptualisation est plus récente tout comme son inclusion dans les classifications médicales internationales.

Ainsi, la notion de « trouble stress post-traumatique » des classifications internationales, connue aussi sous l'appellation anglaise PTSD, redéfinit une entité bien connue sous le nom de « névrose traumatique » ou de « névrose de guerre ». Ce sont des réactions psychologiques survenant après des événements très angoissants.

Dans ce cadre, notre pays a été le théâtre de plusieurs événements considérés comme traumatisants, on cite notamment la guerre de libération nationale, les catastrophes naturelles telles que le tremblement de terre d'El Asnam de 1980, les inondations de Bab El-Oued de 2001, le tremblement de terre de Boumerdes en 2003 et les inondations de Ghardaïa en 2008, la décennie noire causée par le terrorisme et les accidents de la route où notre pays occupe toujours les premières places dans le classement mondial des pays effectué par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rajouter à cela, les différentes agressions et autres violences recensées dans notre pays, les émeutes et autres révoltes à caractère socio-politique ainsi que les souffrances causées par ce qui relève de conflits « intrapsychiques » et de fantasmes.

Dès lors, s'intéresser en tant que psychologue clinicien, à ce champ de la psychopathologie, est plus que jamais nécessaire. Le sujet est imposé par les circonstances citées ci-dessus. En effet, l'ampleur et l'impact de ces événements traumatiques ne sont plus à démontrer. Ainsi, les différents traumatismes subis par la population nous interpellent d'où notre intérêt à ce sujet et l'utilité de cet article.

Repérer le trauma chez un patient donné et savoir le diagnostiquer sont nécessaires car ils représentent le point de départ permettant la mise en place de l'indication thérapeutique, et c'est ce que propose cet article, dont l'objectif est de revenir sur les principaux critères facilitant le dépistage et la détection d'un vécu traumatique, autrement dit, la reconnaissance des réactions psychologiques post-traumatiques afin de permettre aux victimes de se libérer de leur passé.

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

Dans ce qui suit, on va aborder le point de vue des deux systèmes nosographiques les plus connus et les plus utilisés dans le monde, à savoir, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM et la classification statistique internationale des maladies et des troubles connexes : CIM. Ces deux systèmes sont les outils de travail de tout clinicien, y compris en Algérie, et s'intéresser aux tout derniers remaniements de ces deux manuels, notamment concernant le psycho-trauma, est alors nécessaire.

Le but de cet article est donc de donner un aperçu sur l'abord du psychotrauma dans les deux nosographies les plus dominantes en psychopathologie. Cet article s'adresse tout particulièrement aux étudiants, mais aussi aux débutants dans le domaine de la santé mentale et vise à stimuler la curiosité et l'intérêt qu'ils portent à la psycho-traumatologie.

1. Le traumatisme psychique dans le DSM

On entame notre présent article avec ce manuel car il précède la CIM dans la reconnaissance et de ce fait l'introduction du trouble PTSD dans la classification américaine.

Le système nosographique américain DSM récuse le terme de névrose. Aussi, dès 1952 (DSM I), il avait proposé dans la catégorie des troubles transitoires de la personnalité, le diagnostic de Gross Stress Reaction (réaction majeure au stress) pour désigner les états psychotraumatiques (réaction temporaire des militaires). Puis, dans sa révision de 1968 (DSM II), il supprima ce diagnostic et refusa une place aux conséquences psychotraumatiques. Toutefois, le diagnostic « réaction situationnelle » est proposé sous la notion « adjustment reaction to adult life » (réactions d'adaptation à la vie adulte) (réaction toujours transitoire selon le DSM). (Crocq, 2001, p 42)

Après la guerre du Vietnam, les psychiatres américains étudient à partir des années 1970 les séquelles psychiques observées chez les vétérans et ces constatations aboutissent en 1980, dans la 3^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III) de l'Association américaine de psychiatrie (APA), à la définition du PTSD (*post traumatic stress disorder*) ou *état de stress post traumatique* (ESPT), ce dernier sera doté de critères diagnostiques rigoureux et sera classé dans la catégorie des *troubles anxieux*.

Dès lors, les névroses traumatiques, après une histoire tubuleuse, accèdent à la reconnaissance internationale en 1978, mais au prix d'un changement de nom : état de stress post-traumatique. (Barrois, 1998, p.140).

Dans ce cadre, l'appellation proposé par le DSM, le mot « stress » attire l'attention sur la volonté, plus au moins implicite, de mettre l'accent sur la

dimension biopsychologique du trouble. Il s'agit alors bien d'une conception pathogénique du trouble.

En effet, dès 1952, on commence à appliquer le terme de stress aux situations qui peuvent être interprétées comme psychologiquement traumatisantes, telles que les interventions militarisées. L'application du concept de stress à celui de traumatisme a partiellement servi les intérêts politiques relatifs au statut et aux dédommagements des vétérans de guerre. En effet, ce n'est qu'à partir du moment où la détresse psychique des soldats a été appréhendée comme la résultante d'un phénomène « stressant », que la guerre s'est vue considérée comme l'agent étiologique de leur souffrance. Par conséquent, la question de la responsabilité personnelle, soulevée à travers des jugements négatifs comme la lâcheté, l'avarice ou autre contournée. La responsabilité était davantage imputée à des traits de personnalité péjoratifs consécutifs au combat, plutôt qu'au soldat lui-même. Si la répercussion politique de l'application du stress au traumatisme a largement contribué au respect des soldats psychologiquement accablés, elle n'a eu que des répercussions défavorables au niveau de nos connaissances concernant l'évolution, à moyen et à long terme, des effets de l'exposition aux événements traumatisants. (Sadlier, 2001).

Ainsi, dans le DSM-III (1980), le PTSD apparaît avec les critères suivants :

- A. Un événement provoquant de la détresse chez tout un chacun.
- B. Au moins 1 sur 3 symptômes de reviviscence.
- C. Au moins 1 sur 3 symptômes d'émoussement-détachement.
- D. Au moins 2 sur 6 symptômes d'hyperréactivité aiguë si début et durée inférieure à six mois, chronique au-delà. (DSM III, 1983)

En 1987, le DSM-III-R décrit plus de symptômes dans les critères B (1 sur 4), C (3 sur 7 symptômes d'évitement-émoussement), D (2 sur 6 symptômes d'hyperactivité neurovégétative), et un critère E se rajoute (dure au moins un mois, différé si début après six mois). (DSM III-TR, 1989).

En 1994, le DSM-IV remanie encore les critères du PTSD :

- A1. Un événement violent et menaçant.
- A2. Vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur.
- B. Au moins 1 sur 5 symptômes de reviviscence.
- C. Au moins 3 sur 7 symptômes d'évitement-émoussement.
- D. Au moins 2 sur 5 symptômes d'activation neurovégétative.
- E. Une souffrance significative ou altération du fonctionnement social. (DSMIV, 1996).

La dernière version du DSM-IV-TR parue en 2000 offre pour le PTSD les critères diagnostiques suivants :

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

- A. Exposition à un événement potentiellement traumatique.
- B. Le syndrome de reviviscence.
- C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale.
- D. Symptômes d'activation neurovégétative.
- E. Durée des symptômes B, C, D de plus d'un mois.
- F. Détresse importante : souffrance significative cliniquement, ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres (sinon possibilité de simulation ou bénéfiques secondaires). (DSMIV-TR, 2003).

Dans le DSM 5, les troubles liés aux traumatismes et aux stress constituent une catégorie distincte. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Ils comprennent le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation. La nouvelle catégorie vise à mettre en évidence des caractéristiques qui distinguent les troubles de stress post-traumatiques et aigus des autres troubles anxieux. Ces deux troubles se développent en réaction à un événement traumatique. Un changement important est la suppression du critère diagnostique du DSM-IV concernant la réaction subjective à l'événement traumatique (« la réponse de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur »). (Tarquinio & Montel, 2014, p.38).

Ainsi, dans les éditions précédentes, l'état de stress post-traumatique était associé aux autres affections du chapitre très hétérogène des troubles anxieux. Le trouble stress post-traumatique (TSPT) est l'emblème de cette classe diagnostique, mais ce n'est pas la seule affection. Ce nouveau chapitre du DSM-5 inclut, entre autres, le « trouble stress aigu » et les « troubles de l'adaptation ». Tous ces troubles ont pour caractéristique commune le rôle étiologique des facteurs de stress.

La définition du TSPT a été améliorée dans le DSM-5 et ce qui constitue un événement traumatique a été précisé. Certaines caractéristiques qui faisaient partie du diagnostic dans le DSM-IV, comme l'impuissance, la peur intense et l'horreur, ont été supprimées du critère A car elles avaient une faible valeur prédictive pour identifier les personnes qui présenteront ultérieurement un TSPT en réponse à un traumatisme. Les caractéristiques centrales ont été augmentées pour inclure un groupe symptomatique d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur, en plus des autres groupes comme l'hyperexcitabilité, la reviviscence des

événements et l'évitement. Deux sous-types ont été ajoutés : le TSTP de l'enfant de 6 ans ou moins, et le type avec symptômes dissociatifs. (Casey, 2018).

Les facteurs de stress psychosociaux sont importants dans la pathogenèse de tous les troubles du DSM-5, mais ils ont un rôle étiologique spécifique qui entre dans la définition de quelques troubles seulement. Selon le DSM-5, quatre troubles ne peuvent être diagnostiqués que chez des personnes qui ont été exposées à un facteur de stress extrême : le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu, le trouble réactionnel de l'attachement et la désinhibition du contact social. Le trouble stress post-traumatique exige l'exposition à un événement qui comporte la mort effective ou une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles (DSM5, 2016b, p.87).

Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique dans le DSM-5 sont les suivants :

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : je suis mauvais, on ne peut faire confiance à personne, le monde entier est dangereux, mon système nerveux est complètement détruit pour toujours).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins :

A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant. N.B. : Être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/ aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débuter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Évitement persistant de stimuli.

1. Évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

2. Évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques. Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).

4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.

5. Comportement traduisant un retrait social.

6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).
2. Hypervigilance.
3. Réaction de sursaut exagérée.
4. Difficultés de concentration.
5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus, et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex., sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts]) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble de critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (DSM 5, 2015, pp.350-353).

Le DSM-5 décrit trois troubles dissociatifs spécifiques: le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative et la dépersonnalisation/dérealisation. Tous sont fréquemment associés à un traumatisme et à un abus physique, émotionnel

et/ou sexuel et ce n'est pas un hasard si le chapitre sur les troubles dissociatifs dans le DSM-5 se trouve immédiatement après celui dédié aux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. (DSM5, 2016a, p.137).

Par ailleurs, tous ces critères diagnostiques sont proposés dans une version abrégée, à savoir, le mini DSM 5 (2016), dans le but de permettre un accès rapide à l'ensemble de la classification.

Le diagnostic différentiel concernant le TSPT doit se faire avec les troubles suivants : trouble de l'adaptation, deuil complexe persistant, D'autres troubles mentaux pouvant survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, l'anxiété généralisée, troubles dissociatifs, troubles psychotiques (p.ex. schizophrénie), D'une lésion cérébrale traumatique et la simulation (DSM5, 2016b, pp.220-221).

2. Le traumatisme psychique dans la CIM

Dans la CIM 9, le trauma est abordé dans la catégorie «troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques (300-316), dans le chapitre V des troubles mentaux (290-319). En voici la partie consacrée au trouble :

États réactionnels aigus à une situation très éprouvante : troubles transitoires de n'importe quelle gravité ou nature survenant, sans aucun trouble mental apparent, en réaction à une épreuve physique ou psychique exceptionnelle telle qu'une catastrophe naturelle ou une bataille et se résorbant habituellement en quelques heures ou en quelques jours :

- Délire d'épuisement.
- Épuisement dû au combat.
- État consécutif à une catastrophe

à l'exclusion de:

- réaction d'adaptation

Avec troubles prédominants de l'affectivité : États de panique, d'excitation, de peur, de dépression et d'anxiété répondant aux critères ci-dessus.

Avec troubles prédominants de la conscience : Fugues répondant aux critères ci-dessus :

- Avec troubles prédominants de la psychomotricité : États d'agitation, de stupeur répondant aux critères ci-dessus.
- Autres : Troubles aigus dus à une situation éprouvante
- Mixtes
- Sans précision. (CIM9, 1979).

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

Dans le chapitre V de la CIM 10, « troubles mentaux et du comportement » (F00-F99), le traumatisme psychique trouve place dans la catégorie intitulée Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48) et plus précisément sous le code F43.1. Il est présenté comme suit :

Note : Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Comprend : Névrose traumatique. (CIM10, 2012, p.246)

La version en travail de la CIM-11 (*ICD-11 Beta Draft*) est librement accessible sur Internet.

Dans la CIM 11, le chapitre 6 « troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » propose dans « Troubles spécifiquement associés au stress » le « trouble de stress post-traumatique » (6B40) et « trouble de stress post traumatique complexe » (6B41). La CIM 11 a été mise en ligne sur le site de l'OMS depuis le 18 juin 2018. La CIM-11 sera présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2019, pour adoption par les États Membres, et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

À l'heure où nous achevons la rédaction de cet article, on apprend qu'effectivement la CIM 11 a été adoptée lors de la soixante-douzième assemblée mondiale de la santé de l'OMS, tenue du 20 au 28 mai 2019 au palais des nations à Genève, plus précisément le point 12.7 de l'ordre du jour, le samedi 25 mai 2019 (Documents A72/29 et A72/29 Add.1. Résolution WHA72.15).

Pour le trouble de stress post-traumatique, elle écrit « Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par tout ce qui suit : 1) revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques; 2) éviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles significatifs du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre » (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>).

Pour le trouble de stress post-traumatique complexe, elle propose ceci « le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent d'événements prolongés ou répétitifs dont l'évasion est difficile ou impossible (par exemple, la torture), esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). Toutes les exigences de diagnostic pour le SSPT sont remplies. En outre, le SSPT complexe se caractérise par 1) des problèmes graves et persistants de régulation de l'affect ; 2) les croyances sur soi-même comme diminuées, vaincues ou sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ; et 3) difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une altération importante du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre ». (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>).

Il faut signaler que le trouble de stress post-traumatique complexe remplace la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe de la CIM 10. (Josse, 2019, p.234).

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

Il apparaît que la classification internationale des maladies reprend presque textuellement la nomenclature et la description du DSM. Toutefois, la version de travail de la CIM-11, accessible sur Internet diffère du DSM-5 sur certains points. Passons maintenant à notre point de vue concernant l'abord que font ces deux manuels du psychotrauma :

Il est vrai que les deux systèmes fournissent aux psychologues une description claire du trouble étudié, et ce, grâce aux critères diagnostiques. Rajouter à cela, ces deux classifications ont eu un retentissement mondial considérable. Diagnostiquer un trouble psychiatrique repose sur la reconnaissance d'invariants, afin d'identifier une configuration de signes et symptômes parmi d'autres configurations, définies selon un système de classification. Il n'est donc pas possible de les contourner dans la pratique clinique.

Cependant, ce modèle ne serait à lui seul pas suffisant pour rendre compte du vécu traumatique, pour la simple raison qu'il semble évident qu'il ne tient compte que très peu du psychisme et qu'une médicalisation exclusive de réactions psychologiques aux événements de la vie ne serait soulager la souffrance psychologique qui en découle.

En effet, on ne peut objectiver cette dramatique expérience de vie parce que les victimes méritent mieux que ça.

Par ailleurs, dans le registre du trouble stress post-traumatique chez l'enfant selon le DSM 5, beaucoup de chose reste à faire. On fait allusion notamment au refus d'intégrer « le traumatisme complexe », portant très pertinents comme diagnostic chez cette catégorie d'âge. Ici, la proposition de l'OMS en vue de la CIM 11 est à saluer. Il est évident que les spécificités de la nature des traumatismes chez l'enfant et l'adolescent, celles de la symptomatologie et de leurs évolutions doivent mieux travaillées dans ces deux nosographies.

3. Conclusion

Au cours de ces dernières décennies, l'intérêt pour la psychotraumatologie n'a cessé de croître. Pourtant, il faut reconnaître que le TSPT reste méconnu et souvent tardivement diagnostiqué par les spécialistes.

De son côté, la clinique n'est pas figée et de ce fait, les systèmes nosographiques internationaux ont connu depuis presque un demi-siècle des remaniements quant au trouble stress post-traumatique. Ce dernier est causalement attribué à un stress dû à un événement traumatique. Toutefois et malgré les avancées constatées dans les deux classifications DSM et CIM, seule

une approche réellement dimensionnelle du trouble peut être utile à une véritable compréhension globale du fonctionnement et une thérapeutique efficace.

Par ailleurs, plusieurs événements tragiques ont frappé notre pays, ce qui place le psychologue clinicien dans l'obligation de se former au psychotrauma et à la victimologie, et ce pour contribuer, en tant que soignant, à la prise en charge des victimes et à la reconstruction de patients fragilisés par ces événements et dont les séquelles brûlent toujours. Ainsi, nos collègues praticiens ne cessent de nous interpellier sur la demande massive en rapport avec le psychotrauma, il serait donc plus qu'opportun de donner au champ de la psychotraumatologie toute l'attention qu'il mérite.

4. bibliographie

- American Psychiatric Association. (1983). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSMIII-TR* (traduit par J, Pichot et al). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSMIII-TR* (traduit par J, Guelfi et al). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSMIV* (traduit par J, Guelfi et al). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSMIV-TR* (traduit par J, Guelfi et al). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5)* (traduit par J, Guelfi et al). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2016a). *DSM-5 - Cas cliniques* (traduit par A, Boehrer et M-A, Crocq). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2016b). *DSM-5 - Diagnostics Différentiels* (traduit M-A, Crocq et R-M, Moraru). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2016c). *Mini DSM-5 : critères diagnostiques* (traduit par M-A, Crocq et al). Paris : Masson.
- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques* (2 é èd). Paris : Dunod.
- Casey, P. (2018). *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le guide du clinicien*. Paris : Elsevier.
- Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., & F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
- Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Belgique : De Boeck Supérieur.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1979). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-9-ICD-9*. Repéré à <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9>.

Le trouble stress post-traumatique dans la nosographie psychiatrique: cas du DSM et de la CIM

Organisation Mondiale de la Santé. (1979). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-11-ICD-11*. Repéré à <https://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>.

Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10-ICD-10*. Canada : Institut canadien d'information sur la santé.

Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post traumatique chez l'enfant : Apports et limites*. Paris : PUF.

Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.