

100
QUESTIONS/RÉPONSES



LES PSYCHOTRAUMATISMES

**Du trauma à la résilience :
comprendre, accompagner et prendre en soins**

Sous la direction de
Dr Gaëlle Abgrall et Dr Maude Marillier

Préface de **Hélène de Faverges**



GÉNÉRALITÉS SUR LE PSYCHOTRAUMATISME

Quand apparaît le concept de « traumatisme psychique » ?

Le mot « trauma » vient du grec ancien τραυματισμός ou *traumatismos* qui signifie « action de blesser ». Le terme « traumatisme » a d'abord été utilisé en médecine pour évoquer une blessure physique provoquée par un choc. On parle par exemple de traumatisme crânien après un choc brutal à la tête. Il faut attendre la fin du XIX^e siècle pour que le concept de « traumatisme » soit transposé en psychiatrie. Dans les années 1884-1895, avec Charcot, Oppenheim, Janet et Freud, on voit apparaître le « traumatisme psychique » dans les publications psychiatriques et psychanalytiques. Il désigne une « blessure psychique », invisible, qui résulte d'un choc sur l'appareil psychique.

Avant même que la souffrance psychique due à une effraction traumatique ne soit étudiée au XIX^e siècle, il a existé des témoignages beaucoup plus anciens de réactions qui seraient qualifiées aujourd'hui de psychotraumatiques. Durant l'Antiquité grecque, de nombreux récits et mythes font état d'événements traumatisants. *L'Illiade* d'Homère décrit la violence des combats, les horreurs de la guerre et les angoisses qui en résultent. Au V^e siècle avant Jésus-Christ, l'historien Hérodote raconte qu'à la bataille de Marathon, le soldat Epizelos devint aveugle, sans avoir reçu aucun coup aux yeux mais après avoir vu avec effroi son camarade tué à ses côtés par un ennemi imposant. Quant au philosophe latin Lucrèce, il souligne dans son ouvrage *De la nature de choses*, le caractère répétitif des cauchemars traumatiques : « les hommes dont l'esprit est occupé des grandes et violentes actions qu'ils ont accomplies, répètent et revivent leurs exploits dans leurs rêves ».

Ces récits et observations sont riches d'enseignements sur les effets d'un événement traumatisant mais c'est au tournant du XIX^e siècle et du XX^e siècle que se développe une approche plus scientifique visant à énumérer et répertorier les troubles observés. Compte tenu de l'importance des traumatismes psychiques provoqués par les guerres, notamment la Première Guerre mondiale, les psychiatres militaires contribuent à ce mouvement et améliorent la connaissance de tels troubles. C'est d'ailleurs une autre guerre, celle du Vietnam, et les manifestations traumatiques de ses vétérans qui conduisent l'Association américaine de psychiatrie à définir une nouvelle entité visant à mieux repérer le traumatisme psychique : le *Post-Traumatic Stress Disorder*

(PTSD) ou Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Les psychiatres militaires sont aussi à l'origine de méthodes susceptibles de favoriser le retour au combat des soldats, qui vont inspirer la prise en soins de civils victimes d'événements collectifs (accidents, catastrophes, attentats) ou individuels (agressions, viols).

Pour aller plus loin :

- Barrois C., *Les névroses traumatiques*, Paris : Dunod, 1998.
- Crocq L., *16 leçons sur le trauma*, Paris : Odile Jacob, 2012.

Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ou psychotraumatisme ?

Le terme de « trauma » est souvent employé dans notre société mais pas toujours à bon escient. Telle personne se dira « traumatisée » par un événement alors qu'elle en est seulement affectée.

Le traumatisme psychique, qui vient du mot grec blessure, désigne une blessure psychique bien particulière. Elle se produit lorsqu'une personne est confrontée à un événement qui menace son intégrité physique ou psychique, sa vie même. La violence des sensations qui en résultent provoque une effraction de l'appareil psychique.

Cette approche psychanalytique du traumatisme psychique met l'accent sur le choc et le sujet : c'est parce que ces sensations sont trop fortes pour le sujet, qu'elles débordent ses propres capacités, qu'il y a blessure psychique. Toute personne n'est donc pas nécessairement psychotraumatisée si elle est confrontée à un événement menaçant et il convient de parler d'événement « potentiellement » traumatique.

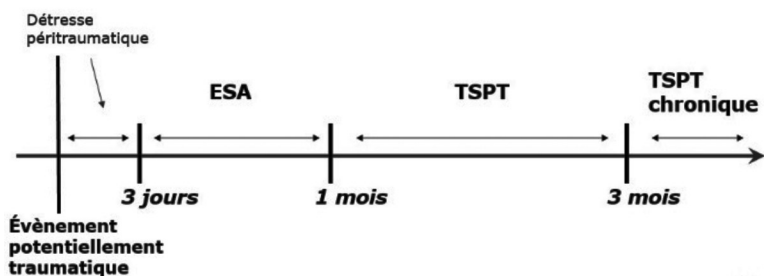
Afin de permettre un diagnostic homogène des réactions pathologiques pouvant apparaître après un événement potentiellement traumatique, l'Association américaine de psychiatrie précise dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, plus connu sous le sigle DSM, les symptômes qui caractérisent le traumatisme psychique et la façon dont il peut s'installer - en passant d'un « État de Détresse Péri-traumatique » dans les premiers jours, à un « Trouble de Stress Aigu » et « Trouble de Stress Post-Traumatique » (TSPT) lorsque les symptômes persistent plus d'un mois.

Pour certains, le diagnostic de TSPT selon le DSM ne couvre pas toutes les réponses psychologiques observées à la suite de traumatismes répétés et il importe de distinguer le traumatisme de type I (ou traumatisme simple), et le traumatisme de type II (ou traumatisme complexe). Le premier résulte d'un événement unique, brutal avec un début et une fin bien définis, alors que le second est la conséquence d'événements répétés ou qui menacent de se répéter (ex. : agressions sexuelles, maltraitance infantile). Les traumatismes peuvent entraîner des perturbations graves et durables de fonctionnement psychique avec, entre autres, des pensées négatives sur soi-même et des difficultés à nouer des relations avec les autres.

En cas de menace pour l'intégrité physique ou psychique d'une personne, une suite de réactions neurobiologiques se déclenchent de façon immédiate, réflexe (inconsciente) et adaptative :

- Un stress « adapté » permet à l'individu d'échapper au danger ou d'être en capacité d'y faire face grâce à la mise en alerte, la mobilisation de ses ressources et de ses systèmes de défense.
- Un stress « dépassé » apparaît quand le stress est trop intense, prolongé ou bien répété à des intervalles trop courts, les mécanismes de défenses habituels sont alors dépassés et l'organisme met en place des mécanismes de sauvegarde exceptionnels.

Un stress, qu'il soit adapté ou dépassé peut évoluer secondairement en État de stress aigu (ESA).



La classification internationale de l'Association Américaine de Psychiatrie, dans sa dernière version (DSM-5-TR), définit le trouble de stress aigu par la présence, **sur une période de 3 jours à 1 mois**, d'au moins 9 symptômes en lien avec un caractère envahissant, une humeur négative, une dissociation, des conduites d'évitement et d'hypervigilance.

- Par symptômes envahissants, on entend : des souvenirs récurrents, involontaires, pénibles de l'événement, des cauchemars répétitifs à propos de l'événement, des flash-backs dans lesquels les personnes ont l'impression de revivre à l'identique le traumatisme ou un sentiment intense de détresse à tout ce qui peut rappeler l'événement (lieux, sons, odeurs, ...)
- L'humeur négative se définit par l'incapacité persistante à ressentir des émotions positives.

- Les symptômes dissociatifs traduisent une altération du sentiment de réalité comme par exemple se sentir dans un état second, ressentir un ralentissement du temps, avoir des perceptions altérées ou une incapacité à se rappeler une partie importante de l'événement traumatique.
- L'évitement comprend tous les efforts mis en place pour éviter à la fois les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles associés à l'événement ainsi que les rappels externes (sujets, lieux, conversations, activités, objets, situations) associés à l'événement.
- L'état d'éveil permanent se caractérise par : une hypervigilance, des troubles du sommeil, une irritabilité, des difficultés de concentration, des réactions de sursauts exagérées.

Ces symptômes caractéristiques de l'ESA provoquent généralement une détresse importante ou perturbent de façon significative le fonctionnement social ou professionnel de la personne. Lorsque ces symptômes durent plus d'un mois, on parle alors de trouble de stress post-traumatique. Une prise en soins, la plus précoce possible, est importante afin d'apaiser, limiter ces symptômes et éviter l'installation de troubles chroniques.

Pour aller plus loin :

- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd., révision du texte)*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2023.

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) est un manuel publié par l'Association américaine de psychiatrie pour classifier les pathologies et offrir aux psychiatres un outil pratique visant à homogénéiser leurs diagnostics. De la 1^{re} édition (1952), en passant par la 3^e édition (1980) qui fait apparaître le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), le DSM forme aujourd'hui, avec la CIM, les principales classifications internationales du psychotrauma.

Dans sa version actuelle (DSM-5-TR), le TSPT répond à une définition précise qui exige le cumul de 8 critères se rapportant à l'événement subi et aux symptômes qu'il provoque. Le diagnostic peut être fait chez l'adulte et chez l'enfant. Les critères ci-dessous s'appliquent dès l'âge de 6 ans.

Il faut d'abord avoir été exposé à un ou des événements potentiellement traumatiques (critère A) « mort effective ou menace de mort, blessure grave ou violences sexuelles ». Il n'est pas nécessaire d'avoir été exposé « directement » ; il peut être traumatisant d'apprendre qu'un proche a été exposé à un événement traumatique « violent » et « accidentel ». L'exposition peut aussi être à certains éléments d'événements traumatisants ; il faut toutefois qu'elle soit « répétée et extrême » et surtout qu'elle ne se produise pas par l'intermédiaire de médias, sauf dans un contexte professionnel. En d'autres termes, regarder des chaînes d'information continue n'est pas traumatisant en soi mais le visionnage répété par exemple d'images de corps à la suite d'attaques terroristes par les enquêteurs peut être impactant.

Avoir été exposé à un événement traumatique ne suffit pas. Il faut que des symptômes « caractéristiques » se développent (critères B à E).

Le critère B énumère les symptômes dits « intrusifs », particulièrement perturbants. On y retrouve les souvenirs ou cauchemars répétitifs, les flash-backs (où la personne revit l'événement de manière si intense qu'elle a l'impression qu'il se produit à nouveau) et le sentiment intense de détresse psychologique ou physiologique quand l'individu est confronté à un événement évoquant par certains aspects l'épisode traumatique (date anniversaire, son, odeur). Au moins 1 symptôme doit être présent.

Le critère C décrit les symptômes « d'évitement » de tout stimuli susceptible de rappeler l'événement traumatique, qu'il s'agisse de rappels

internes (pensées, souvenirs) ou externes (endroit, objet, activité). Il est alors difficile pour la victime de reparler de l'événement traumatisant, et de ce fait d'être prise en charge. Au moins 1 symptôme doit être présent.

Le critère D se rapporte aux « Altérations négatives des cognitions et de l'humeur » qui modifient durablement la perception de la victime d'elle-même et du monde qui l'entoure. Il couvre tant l'incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement (notamment en raison d'une amnésie) que des croyances négatives persistantes, un blâme excessif de la victime sur elle-même ou les autres. Il traduit enfin tout « état émotionnel négatif persistant » (crainte, colère, culpabilité), perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées, sentiment de détachement des autres et difficulté à ressentir des émotions positives. Au moins 2 symptômes doivent être présents.

Le critère E décrit des symptômes d'excitation et de réactivité altérée qui maintiennent l'individu dans un état de qui-vive fatigant. Il peut s'agir de « d'hypervigilance » en réponse à des bruits inattendus ou forts, avec parfois une « réaction de sursaut exagérée », qui interroge d'autant plus que l'élément déclencheur ne paraît pas toujours lié à l'événement traumatique. Ces altérations de la « réactivité » peuvent aussi prendre la forme de « comportement irritable », « autodestructeur », de « perturbations du sommeil » ou de « problèmes de concentration » entravant souvent une reprise de l'activité professionnelle. Au moins 2 symptômes doivent être présents.

Les critères F à H précisent les caractéristiques auxquelles ces symptômes doivent répondre :

- **Critère F : Durer plus d'un mois.** Moins d'un mois, on parle de trouble de stress aigu.
- **Critère G : Entraîner une « souffrance cliniquement significative »** ou une « altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ».
- **Critère H :** Ne pas être imputable à une « substance » psychoactive, ni à une « autre affection médicale ».

Le DSM-5-TR spécifie le **sous-type dissociatif** du TSPT lorsque, en plus, le patient présente des signes de dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même ou du corps) et/ou de déréalisation (sentiment de détachement de son environnement).

Enfin le DSM-5-TR prévoit que le TSPT puisse être « à expression retardée » avec présence des critères diagnostics à 6 mois de l'évènement.

Pour aller plus loin :

- American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd., révision du texte), Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2023.

Qu'apporte la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de traumatisme psychique ?

La Classification Internationale des Maladies, CIM en français ou ICD en anglais (pour International Classification of Diseases), est une classification qui se distingue du DSM sur plusieurs points. Alors que le DSM est d'origine américaine, la CIM est une classification internationale élaborée et utilisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (<https://icd.who.int/fr>). Contrairement au DSM, la CIM vise à répertorier l'ensemble des maladies, pas seulement les troubles mentaux. La dernière révision de la CIM (CIM-11) date de 2022 tandis qu'une révision récente du DSM-5 a été publiée en 2024.

Concernant le traumatisme psychique, plusieurs dizaines d'années après l'inclusion du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) dans le DSM, la CIM-11 reprend ce diagnostic et abandonne celui d'État de stress post-traumatique. La CIM-11 innove à double titre. Tandis qu'au fil des versions successives du DSM, la liste des symptômes post-traumatiques s'est étoffée, la CIM-11 fait un autre choix : d'une part, conserver une description moins détaillée du TSPT, afin de faciliter le recours à ce diagnostic ; d'autre part, le compléter par un nouveau « Trouble de stress post-traumatique complexe » (TSPT-C), pour pouvoir mieux repérer les blessures psychiques durables et profondes que peuvent infliger des traumatismes répétés.

■ Simplification des critères de diagnostic du TSPT

Dans la CIM-11, le sujet doit avoir été exposé à un événement ou à une série d'événements qualifiés d'« extrêmement menaçants ou terrifiants » (donc moins précisément définis que dans le critère A du DSM-5-TR) et doit présenter l'ensemble des manifestations suivantes :

- « Revivre » le ou les événements traumatiques « dans le présent » (sous la forme de « souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs ») et ;
- Éviter tout rappel de l'événement (qu'il s'agisse de « pensées et souvenirs » ou « d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ») et ;

- Avoir le sentiment d'une « menace actuelle accrue » (que cela se manifeste par une « hypervigilance » ou une « réaction de sursaut accrue » à des « bruits inattendus »).

La durée des symptômes est également moins encadrée dans la CIM-11 que dans le DSM-5-TR, ceux-ci devant persister « pendant au moins plusieurs semaines » sans précision supplémentaire.

■ Apparition du diagnostic de TSPT-C

Il se distingue du TSPT à la fois par le **type** d'événement potentiellement traumatique susceptible de le provoquer et par la **nature** des symptômes qui le caractérisent. De plus, les deux diagnostics de TSPT et TSPT-C s'excluent l'un l'autre.

Le sujet doit avoir été exposé à « un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante » mais ceux-ci doivent être « le plus souvent prolongés » ou « répétitifs », et « dont il est difficile ou impossible de s'échapper » (ex. : une maltraitance infantile, des agressions sexuelles répétées, des violences intrafamiliales prolongées, un génocide, etc.). Il s'agit souvent d'événements intervenus dans l'enfance.

Concernant les symptômes qui caractérisent le TSPT-C, ils répondent à ceux du TSPT. En plus, doivent s'ajouter, de façon « sévère et persistante » :

- Une difficulté à gérer ses émotions et comportements,
- Une difficulté à avoir de pensées positives sur soi-même (« impression d'être diminué ou inutile », sentiment de « honte », de « culpabilité » en lien avec l'événement traumatique),
- Une difficulté à entretenir des relations avec les autres.

Le traumatisme psychique est-il une maladie psychiatrique ?

Pour répondre à cette question, il faut s'entendre sur ce qu'est une « maladie psychiatrique ». Les classifications internationales contemporaines préfèrent le terme de « trouble mental », peut-être parce qu'il évoque moins la folie ou l'asile. Quoi qu'il en soit, trouble psychiatrique et trouble mental peuvent être tous deux définis comme une perturbation de la pensée, de l'humeur ou du comportement d'une personne, qui en ressent une souffrance psychique. Les troubles psychiatriques touchent toutes les populations, sans distinction de sexe ou d'âge, et ils ont des origines très diverses. Ils sont souvent chroniques et installés dans la durée.

Le psychotrauma désigne des troubles qui apparaissent en réaction à un événement qui déborde les capacités de défense d'un individu. Lorsqu'il s'agit de traumatismes « complexes », résultant d'événements répétés (abus sexuels, maltraitance infantile), la qualification de « psychiatrique » ne fait guère débat. Les victimes de tels traumatismes risquent en effet de développer des troubles de la personnalité chroniques, avec une altération de l'image de soi ainsi qu'une difficulté à réguler leurs émotions et à nouer des relations avec autrui. Lorsqu'il s'agit de traumatismes « simples », survenant après un événement unique, on peut également parler de trouble psychiatrique puisque les symptômes perturbent aussi le fonctionnement psychique de celui qui les subit. Il n'est pas rare que juste après un événement traumatisant, une personne envahie par des flashs, des rappels visuels, sonores ou olfactifs, involontaires et incessants de cet événement exprime la crainte de devenir « folle ».

À l'instar des autres troubles psychiatriques, ces symptômes sont susceptibles de persister. Plus d'un mois, on parle de trouble de stress post-traumatique (TSPT), plus de trois mois, on parle de TSPT chronique.

En outre, comme en psychiatrie, la prise en soins fait intervenir des psychothérapies et le recours à des médicaments qui contribuent à apaiser les symptômes, notamment les troubles du sommeil, très fréquents à la suite d'un événement traumatisant.

Toutefois, les traumatismes psychiques présentent des particularités par rapport aux autres pathologies psychiatriques : il est plus facile, d'une part, d'identifier la cause factuelle de ces troubles et, d'autre part, d'éviter l'installation des symptômes au moyen d'une prise en soins rapide et adaptée.

Quand parle-t-on de trauma « simple » ou de trauma « complexe » ?

Toute personne qui développe un « traumatisme psychique » a eu le sentiment que son intégrité physique ou psychique avait été menacée. Mais ce sentiment peut être provoqué par différentes situations, qui vont par exemple d'une catastrophe naturelle unique à une répétition de maltraitements infantiles. Ces divers événements sont susceptibles de se traduire par des tableaux cliniques différents et il est apparu nécessaire d'affiner la notion de traumatisme psychique pour mieux refléter l'ensemble des réponses psychologiques observables.

En 1991, la psychiatre américaine Lenore Terr est la première à différencier deux catégories de traumatismes, le traumatisme de type I et le traumatisme de type II. Elle permet ainsi de mieux appréhender les traumatismes de l'enfance dont elle est spécialiste. Lenore Terr parle de « traumatisme de type I » quand il résulte d'un événement unique, délimité dans le temps, ayant un début et une fin bien identifiés. Ce peut être par exemple une catastrophe naturelle, un attentat, un accident ou un incendie. Le « traumatisme de type II » fait suite à un événement qui s'est répété ou qui menace de se répéter à tout instant sur une longue période, comme dans le cas de violences intrafamiliales ou d'abus sexuels dans l'enfance.

Peu de temps après, à la suite de ses travaux sur les violences conjugales, une autre psychiatre américaine, Judith Hermann, introduit le concept de traumatisme « complexe », qui s'oppose au traumatisme « simple ». Cette notion permet de rendre compte d'atteintes traumatiques complexes et durables, souvent associées à des phénomènes de domination, d'emprise et de captivité. Plus récemment, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est faite l'écho de cette distinction en différenciant, dans sa dernière version de la Classification Internationale des Maladies (CIM) le Trouble de Stress-Post-Traumatique (TSPT) et le TSPT « complexe » (TSPT-C) caractérisé par des symptômes susceptibles d'être plus sévères et persistants.

Si traumatisme de type I et traumatisme « simple » d'une part, et traumatisme de type II et traumatisme « complexe » d'autre part, vont souvent de pair, cela n'est pas nécessairement le cas. Une personne, victime d'un événement unique, peut présenter un TSPT-C ; et inversement,

une personne ayant subi des traumatismes répétés peut développer un TSPT « simple ». Ces observations doivent inciter à prendre en compte l'influence d'autres variables, en particulier les dispositions innées de chaque individu, son histoire personnelle et le soutien de son entourage.

Pour aller plus loin :

- Terr L. C., « Childhood traumas: An outline and overview. », *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 1991, p 10-20.
- Herman J., *Trauma and recovery: The aftermath of violence--From domestic abuse to political terror*, New York: Basic Books, 1997.
- Josse E., *Le traumatisme psychique chez l'adulte (2^e éd.)*, Louvain-la-Neuve : de Boeck Supérieur, 2019.

Les diagnostics de troubles de la santé mentale après un évènement potentiellement traumatique répondent à des critères diagnostics selon l'une ou l'autre des deux classifications internationales en vigueur : le DSM-5-TR de l'Association Américaine de Psychiatrie et la CIM-11 de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Il existe différentes échelles de mesure pour l'évaluation de ces troubles. Ces outils peuvent être nombreux mais certains seront préférés en raison d'une part des habitudes du professionnel de santé qui les utilise et de ce qu'il souhaite évaluer précisément, d'autre part en fonction du profil de son patient (en termes d'âge ou de populations spécifiques) et de la chronologie des faits.

Les échelles utilisées doivent être validées scientifiquement et reposent sur deux méthodes :

- L'autoévaluation (pour laquelle la personne est seule devant son questionnaire) est un outil de dépistage. Quel que soit le résultat du score obtenu à l'échelle d'évaluation, si la personne présente des difficultés (physiques ou psychiques), il est important de consulter un professionnel de santé.
- L'entretien (structuré ou semi-structuré) repose sur une évaluation menée par un professionnel de santé spécifiquement formé à cet outil et permet de poser un diagnostic.

Comparaison des deux types de passation d'échelles d'évaluation :

Méthode	Avantages	Inconvénients
Auto-évaluation	Facile d'utilisation Rapide d'utilisation Ne nécessite pas la présence d'un professionnel Utilisation en individuel ou en séance de groupe	Nécessite une bonne compréhension des consignes et de la langue française Ne mesure pas les manifestations non verbales Permet seulement un dépistage
Entretien	Mesure plus précise (évaluation relevant du verbal et du non verbal) Permet un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT)	Passation avec un professionnel spécifiquement formé à l'outil Durée d'évaluation plus longue Ne s'applique pas aux groupes

- Outils d'évaluation du psychotrauma chez l'adulte

Échelle	Type et durée de l'évaluation	Items évalués	Objectif
IES-R (Impact of Event Scale-Revised)	Auto-évaluation En 10-20 min	Symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperactivation (22 items)	Dépistages d'un stress aigu, probable TSPT
PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)	Auto-évaluation En 5-10 min	Critères du DSM-5 pour le TSPT (20 items)	Dépistage d'un probable TSPT
CAPS-5 (Clinician Administred PTSD scale for DSM-5)	Entretien structuré En 45-60 min	Critères du DSM-5 pour le TSPT (30 items)	Diagnostic d'un TSPT

- Outils d'évaluation du psychotrauma chez l'enfant

Échelle	Type, âge minimum et durée de l'évaluation	Items évalués	Objectif
CRIES-8 (Child Revised Impact of Event Scale)	Auto-évaluation dès 8 ans En 5-10 minutes	Symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperactivation (8 items)	Dépistage d'un probable TSPT
CAPS-CA-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-5)	Entretien structuré dès 7 ans En 45-60 minutes	Critères du DSM-5 pour le TSPT (30 items)	Diagnostic d'un TSPT

Ces outils sont une aide supplémentaire à destination des cliniciens pour diagnostiquer, évaluer, suivre l'évolution des troubles. Les seuils de dépistage et de diagnostic peuvent varier en fonction des contextes cliniques et des populations étudiées. Les résultats doivent systématiquement être interprétés par des professionnels qualifiés.

Quel est le risque de développer un trouble psychotraumatique au cours de sa vie ?

Un événement potentiellement traumatique est un événement inattendu qui menace l'intégrité physique ou psychique. L'exposition à un tel événement est fréquente. Selon une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) menée dans 24 pays entre 2001 et 2012, plus de 70 % des personnes interrogées ont déclaré avoir vécu au moins un traumatisme psychique au cours de leur vie. Aux États-Unis, ce chiffre atteint même 90 % dans une autre étude. Plus de 30 % des personnes interrogées rapportent au minimum 4 expositions. Les événements les plus souvent rapportés sont : un décès inattendu d'un proche, être témoin d'une mort/d'un cadavre/d'une personne blessée, être victime d'agression physique ou d'accident de voiture. Le risque d'exposition à un même événement potentiellement traumatique varie d'un pays à l'autre, mais aussi de facteurs sociodémographiques (sexe, statut marital, âge, niveau d'éducation de la personne exposée) et d'éventuelles expositions préalables.

Les personnes exposées à de tels événements peuvent développer des troubles de la santé mentale à court, moyen ou long terme. En général, une minorité des personnes exposées à un événement potentiellement traumatique développeront un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Il n'existe pas de chiffre de référence sur le risque de développer un psychotrauma, les études n'étant pas toutes comparables dans leur méthodologie (année et pays concernés, population étudiée, période d'évaluation, instruments d'évaluation utilisés, etc.). Néanmoins, la prévalence a augmenté ces dernières décennies du fait notamment de changements sociétaux importants.

Dans l'étude de l'OMS, la prévalence du TSPT au cours de la vie varie de 0,3 % à 8,8 % selon le pays. Le risque de développer un psychotrauma reste donc faible au vu du risque d'exposition et varie notamment selon :

- L'événement vécu : type, gravité, fréquence (événement unique ou cumulatif) et durée (brève ou prolongée),
- Des facteurs de vulnérabilité individuelle et contextuelle : âge, sexe, niveau d'éducation, milieu socio-économique, présence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux ou de psychotrauma,
- Des facteurs sociétaux et culturels : contexte géopolitique du pays, situation sociodémographique, influences historiques, etc.

**Exemples de quelques données issues de l'enquête mondiale
sur la santé mentale de l'OMS.**

Évènement potentiellement traumatique	Prévalence d'exposition		Prévalence de TSPT	
	Monde	France	Monde	France
Décès inattendu d'un proche	31.4 %	28.2 %	5.4 %	4 %
Témoin d'un décès, de blessures	23.7 %	24 %	1.3 %	0.1 %
Viol	3.2 %	1.3 %	19 %	21.5 %
Violences conjugales	12.9 %	2.5 %	11.7 %	25 %

Pour aller plus loin :

- Bromet E. J., Karam E. G., Koenen K. C., Stein D. J., *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder Global Perspectives from the Who World Mental Health Surveys*, Cambridge University Press, 2018.

DÉCLENCHEURS DU PSYCHOTRAUMATISME

Qu'est-ce qu'un événement potentiellement traumatique ?

Les deux caractéristiques essentielles d'un événement potentiellement traumatique sont l'inattendu et le sentiment d'une menace vitale. On parle d'évènement « potentiellement » traumatique car un même évènement vécu par plusieurs personnes peut ne pas avoir les mêmes répercussions sur chacune d'elles.

Un événement potentiellement traumatique est, en premier lieu, un événement auquel on ne s'attend pas. Ainsi, on ne s'attend pas à voir surgir des terroristes dans une salle de concert ou, enfant, à être abusé par un adulte proche. Faute de pouvoir anticiper un tel événement, il n'est pas possible de s'y préparer psychologiquement, ni de lui donner un sens. C'est par les perceptions environnantes que la personne confrontée à une telle situation est impactée : par ce qu'elle voit, entend, sent. C'est pourquoi, dans les jours, semaines, parfois même les mois ou années qui suivent, la victime peut réagir vivement à toute image, bruit, odeur ou sensation qui rappelle l'évènement. Les victimes se plaignent souvent de ces états de qui-vive récurrents, qui contribuent à leur donner l'impression qu'elles ne se sortent pas de l'évènement. D'où l'importance de savoir que de telles réactions peuvent parfois s'estomper avec le temps et de comprendre que leur fonction est d'éviter toute nouvelle situation d'impréparation psychique face à une menace comparable.

Un événement potentiellement traumatique est, en deuxième lieu, un événement associé à un sentiment de mort imminente. Si nous savons tous que nous allons mourir, cela reste le plus souvent une perspective lointaine et quelque peu abstraite. L'individu confronté à un événement potentiellement traumatique a, lui, le sentiment que son intégrité est immédiatement et directement menacée. Il faut entendre le mot « mort » dans un sens non seulement physique mais aussi psychique : il désigne le sentiment d'un anéantissement qui peut être ressenti face à un agresseur armé mais aussi lors d'une agression sexuelle. En d'autres termes, le traumatisé psychique a fait face, seul, à des sensations qui ont dépassé ses défenses.

Un événement susceptible de provoquer une telle blessure psychique peut être unique ou répété. On distingue aussi habituellement événements individuels (maltraitance, agression sexuelle, violence conjugale...) et