

# Les syndromes psychotraumatiques, quoi de neuf dans la CIM-11 ?

Evelyne Josse

2019

---

*Maître de conférences associée à l'Université de Lorraine (Metz)  
Psychologue, psychothérapeute (EMDR, hypnose, thérapie brève),  
psychotraumatologue  
[www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com)*

## Sommaire

INTRODUCTION.....	2
L'UTILITÉ DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES .....	2
LES ORIGINES DE LA CIM.....	3
LA RÉACTION AIGUË À UN FACTEUR DE STRESS ET LES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUES .....	5
La réaction aiguë à un facteur de stress .....	5
L'état de stress post-traumatique .....	7
L'État de stress post-traumatique complexe.....	8
LES TROUBLES DISSOCIATIFS .....	9
Les troubles dissociatifs .....	9
Le trouble dissociatif de l'identité.....	12
LES AUTRES TABLEAUX CLINIQUES CONSÉCUTIFS À UN ÉVÉNEMENT DÉLÉTÈRE .....	14
BIBLIOGRAPHIE.....	15
BIBLIOGRAPHIE DE L'AUTEUR .....	16

## Introduction

Les deux modèles principaux de classification internationale des troubles mentaux sont le DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, publié par l'American Psychiatric Association (APA), et la CIM, la Classification Internationale des Maladies<sup>1</sup>, éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ces nosographies sont élaborées par des consortiums d'experts et régulièrement révisées. Édition après édition, les catégories diagnostiques sont affinées, redéfinies, supprimées, regroupées, élargies ou subdivisées en catégories plus fiables. Ainsi suivent-elles l'évolution de la science et des nouvelles données cognitives, cérébrales, génétiques, etc.

Au fil des révisions, le DSM et la CIM œuvrent à réduire les disparités entre les diagnostics de leur classification respective.

## L'utilité des classifications internationales

La question de l'utilité de ces nosographies internationales divise praticiens, chercheurs et experts.

Les professionnels de la santé jugent leur fiabilité<sup>2</sup> et leur validité<sup>3</sup> discutables, en particulier pour les troubles fréquents tels que la dépression et les troubles anxieux<sup>4</sup>. Elles offrent toutefois aux psychiatres un langage commun fort utile et un outil pour orienter leurs interventions thérapeutiques, notamment en termes de prescription médicamenteuse<sup>5</sup>. Rappelons que dans les années 1970, un patient risquait deux fois plus d'être diagnostiqué schizophrène et deux fois moins d'être diagnostiqué déprimé par un psychiatre américain que par un confrère britannique<sup>6</sup>. Ces discordances de diagnostics ont favorisé la mise en œuvre du DSM et de la CIM. Parmi les cliniciens les plus opposés aux classifications, on compte les psychologues et les psychothérapeutes. Peu ou pas utiles dans le cadre des prises en charge psychologique non médicamenteuses, ils comprennent souvent mal leur pertinence.

---

<sup>1</sup> L'appellation complète est Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de santé connexes

<sup>2</sup> Une classification est fiable si des médecins distincts portent le même diagnostic sur la pathologie d'un patient.

<sup>3</sup> Une classification est valide si elle distingue chaque maladie de toutes les autres et de la normalité.

<sup>4</sup> Elles seraient plus fiables pour les troubles sévères tels que la schizophrénie. Fineltain L. (2011). Les classifications en psychiatrie, *Bulletin de psychiatrie* N°20. En ligne : <http://www.bulletindepsychiatrie.com/classification.htm>

<sup>5</sup> Les patients présentant un trouble dissociatif suite à un traumatisme sont encore trop souvent diagnostiqués schizophrènes. Or, les prises en charge sont différentes pour ces deux types de pathologie. La nouvelle édition de la CIM pourrait contribuer à établir un diagnostic plus sûr de trouble dissociatif structurel de la personnalité et par conséquent, à une meilleure intervention thérapeutique.

<sup>6</sup> WHO (1973). Report of the international pilot study of schizophrenia. Genève. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39405>

Pour les chercheurs, les classifications fournissent un cadre de travail indispensable à la recherche fondamentale et clinique. Il est malaisé, sinon impossible, de mener des études sans s'appuyer sur des catégories diagnostiques précises préalablement définies. En retour, la recherche fait évoluer les théories et les classifications. Ainsi, les études menées depuis l'avènement de l'état de stress aigu dans le DSM-IV paru en 1994, ont poussé les auteurs à en modifier les objectifs et les critères dans le DSM-5. Avec cette entité, l'APA avait pour objectif de combler un vide nosographique mais également de discriminer les personnes à risque de développer une pathologie à long terme de celles qui n'éprouvent que d'éphémères réactions de stress. Or, les études ont prouvé que si la grande majorité des individus manifestant un tableau de stress aigu souffrent plus tard d'un syndrome chronique, bon nombre de victimes affectées par un état de stress post-traumatique n'ont pas présenté de trouble de stress aigu. L'état de stress aigu s'est ainsi révélé un critère sensible mais peu spécifique à prédire le devenir des individus confrontés à un événement adverse. En maintenant l'état de stress aigu dans le DSM-5, l'APA ne poursuit plus l'ambition de dépister précocement les sujets à risque de développer une future affection psychotraumatique. Cette entité se limite aujourd'hui à identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévère dans la période de latence durant laquelle le diagnostic d'un état de stress post-traumatique ne peut être posé. Dans certains pays, par exemple aux États-Unis, cette reconnaissance peut s'avérer décisive pour l'obtention du remboursement des soins de santé. De même, pour l'OMS, le but principal de la catégorie « réaction aiguë à un facteur de stress » est de permettre aux professionnels de la santé de mieux identifier et aider les personnes présentant ce syndrome sans toutefois les considérer comme des cas pathologiques.

Pour les experts, ces classifications facilitent le suivi des troubles mentaux, l'évaluation et la gestion du système de santé et par conséquent, la prise de décisions en matière de santé publique. C'est l'objectif déclaré de l'OMS quant à la CIM : « *La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) a pour but de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes. La CIM est utilisée pour transposer les diagnostics de maladies ou autres problèmes de santé, en codes alphanumériques, ce qui facilite le stockage, la recherche et l'analyse des données et son utilisation en épidémiologie, en planification et gestion sanitaire ou encore à des fins cliniques.* »<sup>7</sup>

## Les origines de la CIM

Le DSM et la CIM ont des origines et des objectifs différents<sup>8</sup>. Le DSM naît de la volonté d'offrir aux psychiatres un outil pratique visant à faciliter et à homogénéiser la définition des diagnostics des pathologies mentales. La CIM, quant à elle, naît de la volonté des organismes nationaux de se munir d'un système épidémiologique fiable et utilisable par l'ensemble des États.

---

<sup>7</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10*. Genève

<sup>8</sup> Pour l'histoire du DSM, voir l'article de l'auteur Josse E. (2013). État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ? En ligne : <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article46>

La première véritable classification des troubles mentaux remonte au 17<sup>ème</sup> siècle. C'est au médecin italien Paul Zacchias, expert auprès du pape, qu'on la doit. Son traité *Quaestio medico-legales*, publié en 1651<sup>9</sup>, distingue l'arriération (Fatuitas), les délires sans fièvre (Insania) et les délires avec fièvre (Frenitis). Quelques années plus tard, en 1662, le mathématicien John Graunt édite les premières études statistiques des maladies<sup>10</sup>. C'est à ce pionnier que l'on doit les premières méthodes d'analyse statistique et de recensement, à l'origine de la démographie moderne.

Un siècle plus tard, en 1771, le médecin et botaniste français François Bossier de Lacroix de Sauvages publie *Nosologia methodica*. Conformément à la méthode des botanistes, il y ordonne les maladies (dont les pathologies psychiatriques) en classes, ordres, genres et espèces. Cet ouvrage fait de lui le fondateur de la nosologie<sup>11</sup> psychiatrique, elle-même à la base de la classification des maladies.

En 1785 paraît *Synopsis nosologiae methodicae*, la classification des maladies conçue par le médecin écossais William Cullen. Durant plusieurs décennies, elle fera autorité dans les services publics et sera la plus usitée des nomenclatures.

Dans les années 1830, le statisticien médical William Farr, attaché au General Register Office of England and Wales, juge la nosographie de Cullen insatisfaisante. Faute d'avoir été révisée, elle est dépassée car elle ne prend pas en considération les progrès scientifiques et s'avère également peu efficace aux fins statistiques. En 1837, dans le premier rapport annuel du General Register Office, il plaide pour l'uniformisation des diverses classifications en usage. « *Les avantages d'une nomenclature statistique uniforme, aussi imparfaite soit-elle, dit-il, sont si évidents qu'il est surprenant qu'aucune attention n'ait été accordée à son application dans les projets de loi sur la mortalité. Dans de nombreux cas, chaque maladie a été désignée par trois ou quatre termes et chaque terme a été appliqué à autant de maladies différentes : des noms vagues et peu pratiques ont été employés ou des complications ont été enregistrées au lieu de maladies primaires. La nomenclature est aussi importante dans ce département d'enquête que les poids et mesures en sciences physiques, et devrait être réglée sans délai.* »<sup>12</sup>

En 1853, le Congrès National des Statistiques, sensible à cet appel, charge William Farr et le médecin suisse Marc d'Espine d'établir une classification des causes de décès applicable au niveau international. Deux ans plus tard, les scientifiques soumettent leur liste respective, fondée sur des principes très différents. Le Congrès opte pour un compromis entre les deux propositions.

En 1891, l'Institut International de Statistique, successeur du Congrès International de Statistique, mandate le médecin français Jacques Bertillon, chef des services statistiques de la Ville de Paris, de préparer une classification des causes de décès. En 1893, sa nomenclature,

---

<sup>9</sup> Fineltain L. (2011). Les classifications en psychiatrie, *Bulletin de psychiatrie* N°20.  
<http://www.bulletindepsychiatrie.com/classification.htm>

<sup>10</sup> Graunt J. (1662). *Natural and political observations mentioned in a following index, and made upon the bills of mortality*, London : Printed by Tho. Roycroft, for John Martin, James Allestry, and Tho. Dicas. <https://archive.org/details/2356014R.nlm.nih.gov/page/n8>

<sup>11</sup> La nosologie étudie les critères qui servent à définir les maladies afin d'établir une classification. La nosographie est la description et la classification méthodique des maladies.

<sup>12</sup> History of the development of the ICD, <http://archive.wikiwix.com/cache?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fentity%2Fclassifications%2Ficd%2Fen%2FHistoryOfICD.pdf>. Traduction de l'auteur

fidèle aux principes établis par Farr, est adoptée. Elle fera l'objet de révisions décennales en 1909, en 1920, 1929 et 1938.

La classification des maladies se cantonne alors aux causes de décès. En 1856 déjà, Farr reconnaissait pourtant qu'il était souhaitable « *d'étendre le même système de nomenclature aux maladies qui, bien que non mortelles, provoquent un handicap dans la population, et qui figurent maintenant dans les tableaux des maladies des armées, des marines, des hôpitaux, des prisons, des asiles de fous, des institutions publiques de toutes sortes, des sociétés de maladie, ainsi que dans le recensement des pays comme l'Irlande, où les maladies de tous les peuples sont énumérées* »<sup>13</sup>. Il faudra toutefois attendre 1900 pour qu'une classification parallèle des maladies non mortelles voie le jour.

En 1946, la commission chargée de la sixième révision de la classification de Bertillon remanie en profondeur la liste des causes de décès. La jugeant insatisfaisante au regard des exigences des systèmes épidémiologiques nationaux, elle propose d'y inclure une approche statistique de la morbidité et la renomme « Classification internationale des maladies, blessures et causes de décès ». Autre changement important, elle y intègre pour la première fois une ébauche de classification des maladies mentales. L'Association Psychiatrique Américaine la considère rudimentaire et décide de développer sa propre nomenclature. C'est ainsi que la première version du DSM, le Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, voit le jour en 1952. La commission préparatoire, soucieuse de créer un observatoire mondial de la santé, confie la Classification Internationale des Maladies à l'Organisation des Nations Unies. Depuis lors et jusqu'à aujourd'hui, l'OMS est responsable de l'évolution de la nomenclature et de sa mise à jour.

Vingt-cinq ans après la CIM-10<sup>14</sup> et avec un retard de trois ans sur l'agenda initial, la CIM-11 a été publiée le 18 juin 2018, a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé le 25 mai 2019 et entrera en application le 1er janvier 2022.

## **La réaction aiguë à un facteur de stress et les états de stress post-traumatiques**

### **La réaction aiguë à un facteur de stress**

C'est en 1992 que la CIM-10 introduit pour la première fois la réaction aiguë à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique dans sa nosographie.

Dans la classification « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes », elle décrit la réaction aiguë à un facteur de stress apparaissant dans les minutes suivant l'incident critique et disparaissant en quelques heures, tout au plus en quelques jours. Elle distingue ce trouble immédiat de l'état de stress post-traumatique,

---

<sup>13</sup> History of the development of the ICD, <http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fentity%2Fclassifications%2Ficd%2Fen%2FHistoryOfICD.pdf>. Traduction de l'auteur

<sup>14</sup> La CIM-10 a été adoptée le 17 mai 1990, est entrée en application le 1er janvier 1993 et a été utilisée par les États membres de l'OMS à partir de 1994.

réaction différée apparaissant quelques semaines ou mois après l'événement traumatique, mais elle reste muette sur les manifestations présentées dans l'entre-temps.

La CIM-11 fait migrer la réaction aiguë de stress dans une nouvelle catégorie, celle dédiée aux « Problèmes associés à des événements nuisibles ou traumatisants » (Problems associated with harmful or traumatic events). Elle précise la dénomination « trouble transitoire » retenue dans la CIM-10 pour qualifier cette réaction en indiquant que les symptômes peuvent relever du registre émotionnel, somatique, cognitif ou comportemental et souligne que ceux-ci sont à considérer comme une « réponse normale » au regard des événements vécus.

Autre changement significatif, là où la CIM-10 restait floue sur les événements à l'origine du tableau clinique (« un facteur de stress physique et psychique exceptionnel »), la nouvelle version indique que l'événement ou la situation à laquelle a été exposé le sujet a pu être de brève ou de longue durée et qu'il a été extrêmement menaçant ou horrible (par exemple, catastrophes naturelles ou humaines, combats, accidents graves, violences sexuelles, voies de fait).

L'absence de trouble mental et les facteurs de vulnérabilité individuels (« Trouble survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental », « La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme ») n'ont pas été conservés dans la nouvelle mouture.

En ce qui concerne les symptômes, l'agitation, la réaction de fuite ou de fugue, l'état « d'hébétéude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, l'impossibilité à intégrer des stimuli, la désorientation et l'amnésie n'apparaissent plus dans la réédition de la nosographie alors que la tristesse, les étourdissements, la confusion, la colère, le désespoir, l'inactivité et la stupeur font leur entrée.

Alors que la CIM-10 spécifie que les symptômes « apparaissent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de 2 à 3 jours (souvent en quelques heures), la CIM-11 se montre moins précise se contentant de mentionner qu'ils commencent généralement à s'atténuer quelques jours après l'événement ou après la disparition de la situation menaçante.

### **La réaction aiguë à un facteur de stress selon la CIM-11 (QE84)<sup>15</sup>**

La réaction de stress aigu fait référence au développement de symptômes transitoires émotionnels, somatiques, cognitifs ou comportementaux à la suite d'une exposition à un événement ou à une situation (de courte ou longue durée) d'une nature extrêmement menaçante ou horrible (par exemple, catastrophes naturelles ou humaines, combats, accidents graves, violences sexuelles, voies de fait). Les symptômes peuvent inclure des signes neurovégétatifs de l'anxiété (par exemple, tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur), étourdissements, confusion, tristesse, anxiété, colère, désespoir, hyperactivité, inactivité, repli sur soi ou stupeur.

La réponse à l'agent de stress est considérée comme normale étant donné la gravité de l'agent de stress et commence généralement à s'atténuer quelques jours après l'événement ou après la disparition de la situation menaçante.

## **L'état de stress post-traumatique**

La CIM fait mention de l'état de stress post-traumatique depuis 1992 dans son chapitre « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ». Dans la CIM-11, l'entité migre dans un nouveau chapitre dénommé « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders) dans la sous-catégorie « Troubles spécifiquement associés au stress » (Disorders specifically associated with stress).

Dans cette onzième édition, l'Organisation Mondiale de la Santé apporte des modifications substantielles à l'état de stress post-traumatique. Le diagnostic est désormais centré sur les symptômes pathognomoniques du traumatisme (reviviscences, évitements et hyper-activation neurovégétative) ; le chevauchement avec d'autres diagnostics ayant été réduit par la suppression des symptômes co-morbides (troubles anxieux et dépressifs).

L'anesthésie affective mise en avant dans la CIM-10 disparaît au profit des émotions (peur, l'horreur) et des sensations physiques. Les conduites d'évitement se voient détaillées ; l'hyper-activation neurovégétative expliquée par les « perceptions persistantes de menace actuelle accrue » et enrichie de l'item « réaction accrue à un stimulus tel que le bruit imprévu ». De plus, l'OMS a franchi un cap décisif en introduisant dans la nouvelle version de la CIM l'état de stress post-traumatique complexe<sup>16</sup>.

La CIM-10 répertorie également, dans la classe F.48 « Autres troubles névrotiques », un syndrome de dépersonnalisation-déréalisation. Dans sa version remaniée, la CIM-11 reconnaît le « trouble dépersonnalisation-déréalisation » qu'elle classe maintenant dans la catégorie dédiée aux troubles dissociatifs<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

<sup>16</sup> Voir infra le chapitre consacré à l'état de stress post-traumatique complexe.

<sup>17</sup> Voir infra le chapitre consacré aux troubles dissociatifs.

### **L'État de stress post-traumatique (6B40) selon la CIM-11 <sup>18</sup>**

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Elle se caractérise par toutes les caractéristiques suivantes : 1) revivre l'événement ou les événements traumatisants dans le présent sous la forme de souvenirs intrusifs, de flashbacks ou de cauchemars. Elles s'accompagnent généralement d'émotions fortes ou accablantes, en particulier la peur ou l'horreur, et de sensations physiques fortes ; 2) l'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement des activités, des situations ou des personnes rappelant l'événement ou les événements ; et 3) des perceptions persistantes de menace actuelle accrue, par exemple par hypervigilance ou une réaction accrue à un stimulus tel que le bruit imprévu. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles importants sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

### **L'État de stress post-traumatique complexe**

Les entités syndromiques d'état de stress post-traumatique proposées par la CIM et le DSM ne rendent pas compte de tous les aspects de la névrose traumatique ni du traumatisme complexe. En effet, elles ne comprennent pas de description des altérations de la personnalité présentées par de nombreuses victimes, notamment par celles ayant subi des événements extrêmes et/ou prolongés.

La CIM-10 comble partiellement cette lacune. Elle répertorie un trouble dénommé « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». Cependant, elle le réserve exclusivement aux otages, aux rescapés de catastrophe et de la déportation ainsi qu'aux victimes de terrorisme et de torture. Or force est de constater que des personnes victimes d'autres types d'événement sont elles aussi concernées par les séquelles traumatiques identitaires.

La CIM-11 franchit un cap décisif en proposant l'introduction d'une nouvelle entité clinique, le stress post-traumatique complexe<sup>19</sup>. L'OMS reconnaît ainsi la spécificité des troubles consécutifs à des événements extrêmement menaçants ou horribles, souvent prolongés ou répétitifs et auxquels il est difficile ou impossible d'échapper. En plus des symptômes pathognomoniques du stress post-traumatique (reviviscences, évitement, hypervigilance), ce tableau diagnostique tient compte des altérations persistantes du fonctionnement affectif (dérégulation des affects), du fonctionnement par rapport à soi-même (croyances négatives par rapport à soi, sentiments de honte ou de culpabilité) et du fonctionnement relationnel (difficultés à maintenir des relations ou de se sentir proche des autres).

Autre changement significatif, la CIM-11 introduit également deux diagnostics le trouble dissociatif partiel de l'identité et le trouble dissociatif de l'identité<sup>20</sup>.

### **L'État de stress post-traumatique complexe selon la CIM-11 (6B40)<sup>21</sup>**

<sup>18</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

<sup>19</sup> Malheureusement, le DSM n'a pas cru bon d'introduire cette catégorie diagnostique dans sa dernière version parue en 2013.

<sup>20</sup> Voir infra le chapitre consacré aux troubles dissociatifs.

Le syndrome de stress post-traumatique complexe (SSPT complexe) est un trouble qui peut se développer à la suite de l'exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent des événements prolongés ou répétitifs auxquels il est difficile ou impossible d'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence familiale prolongée, abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). Toutes les exigences diagnostiques du SSPT sont satisfaites. De plus, le SSPT complexe se caractérise par des problèmes graves et persistants 1) de régulation des affects ; 2) de croyance en soi comme diminué, vaincu ou sans valeur, accompagné de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ; et 3) de difficultés à maintenir une relation et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent des déficiences importantes sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

## Les troubles dissociatifs

### Les troubles dissociatifs

Dans la nouvelle édition de la CIM, l'Organisation Mondiale de la Santé apporte des modifications significatives aux troubles dissociatifs.

La catégorie dédiée, dénommée antérieurement « Troubles dissociatifs [de conversion] », devient « Troubles dissociatifs ». Le terme « conversion », issu des théories sur l'hystérie, a été supprimé en raison de sa référence à la psychanalyse. Rappelons que le DSM et la CIM privilégie une posture *a-théorique*. Ces nomenclatures sont basées sur l'empirisme et refusent les explications étiologiques, en particulier d'orientation psychanalytique.

Selon la CIM-11 « *Les troubles dissociatifs se caractérisent par une perturbation ou une discontinuité involontaires de l'intégration normale d'un ou de plusieurs des éléments suivants : identité, sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, contrôle des mouvements corporels ou du comportement.* »<sup>22</sup>. La définition s'est enrichie par rapport à la version précédente de la CIM. Aux côtés des souvenirs, de l'identité, des sensations et des mouvements corporels sont maintenant pris en considération les perceptions, affects, pensées et contrôle du comportement. La conscience, notion floue, a été éliminée. Pour rappel, voici comment la CIM-10 définissait les troubles dissociatifs : « *Les troubles dissociatifs ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels.* »<sup>23</sup>

La CIM-10 et la CIM-11 font figurer parmi leurs catégories diagnostiques un ensemble de troubles dissociatifs dont certains peuvent survenir dès la phase immédiate et d'autres plus tardivement.

---

<sup>21</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

<sup>22</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

<sup>23</sup> (CIM-10, F44)

Dans la CIM-10, parmi les troubles pouvant se manifester dès les phases immédiates ou post-immédiates, sont retenus l'amnésie dissociative, la fugue dissociative, la stupeur dissociative, les états de transe et de possession, les troubles moteurs dissociatifs, les convulsions dissociatives, l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles, le trouble dissociatif (de conversion) mixte, les autres troubles dissociatifs (de conversion), le syndrome de Ganser, les troubles dissociatifs (de conversion) transitoires survenant dans l'enfance et l'adolescence, les autres troubles de dissociation (troubles de conversion) et le trouble dissociatif (de conversion, sans précision).

Dans la CIM-11, les entités « troubles moteurs dissociatifs », « convulsions dissociatives », « anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles » ainsi que les différents troubles dissociatifs (de conversion) ont disparu au profit d'un syndrome plus large « le trouble neurologique dissociatif ».

Le tableau clinique de l'amnésie dissociative a été conservé mais légèrement remanié. Il n'est plus question de mémoire mais de souvenir et l'amnésie peut apparaître après un événement traumatisant mais également après un événement stressant.

La fugue dissociative n'est plus un diagnostic à part entière. Elle est reprise dans l'amnésie dissociative comme c'est le cas dans le DSM-5 (amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative).

L'ensemble « les états de transe et de possession » ont été scindés en deux diagnostics distincts : l'état de transe » et « la transe de possession ».

La stupeur dissociative n'est plus citée mais le trouble de dépersonnalisation-déréalisation fait son apparition.

Rappelons que ces différents diagnostics de troubles dissociatifs peuvent être posés précocement mais également dans les troubles chroniques.

Par les différents changements opérés dans cette nouvelle nosographie des troubles dissociatifs de la CIM, l'OMS se rapproche davantage des DSM-5.

#### **Les troubles dissociatifs selon la CIM-11<sup>24</sup>**

Les troubles dissociatifs se caractérisent par une perturbation ou une discontinuité involontaires dans l'intégration normale d'un ou plusieurs des éléments suivants : identité, sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, contrôle des mouvements corporels ou du comportement. La perturbation ou la discontinuité peut être complète, mais elle est généralement partielle et peut varier d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre. Les symptômes des troubles dissociatifs ne sont pas dus aux effets directs d'un médicament ou d'une substance, y compris les effets de sevrage, ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental, un trouble veille-sommeil, une maladie du système nerveux ou un autre problème de santé et ne font pas partie d'une pratique culturelle, religieuse ou spirituelle acceptée. Les symptômes dissociatifs dans les

<sup>24</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

troubles dissociatifs sont suffisamment graves pour entraîner une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre.

### **Le trouble neurologique dissociatif (6B60)**

Le trouble neurologique dissociatif se caractérise par la présentation de symptômes moteurs, sensoriels ou cognitifs qui impliquent une discontinuité involontaire dans l'intégration normale des fonctions motrices, sensorielles ou cognitives et qui ne sont pas compatibles avec une maladie reconnue du système nerveux, un autre trouble mental ou du comportement ou un autre problème de santé. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un autre trouble dissociatif et ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets de sevrage, ni à un trouble veille-sommeil.

### **L'amnésie dissociative (6B61)**

L'amnésie dissociative se caractérise par une incapacité à rappeler d'importants souvenirs autobiographiques, typiquement d'événements récents traumatisants ou stressants, qui ne concordent pas avec l'oubli ordinaire. L'amnésie ne se produit pas exclusivement pendant un autre trouble dissociatif et n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental. L'amnésie n'est pas due aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets de sevrage, et n'est pas due à une maladie du système nerveux ou à un traumatisme crânien.

L'amnésie entraîne des déficiences importantes sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

### **Le trouble de transe (6B62)**

Le trouble de transe se caractérise par des états de transe dans lesquels il y a une altération marquée de l'état de conscience de l'individu ou une perte de son sens usuel de l'identité personnelle au cours de laquelle l'individu expérimente un rétrécissement de la conscience de son environnement immédiat ou une focalisation inhabituelle et sélective sur les stimuli environnementaux et la restriction des mouvements, des postures et de la parole à la répétition d'un petit répertoire qui est ressenti comme étant hors de contrôle. L'état de transe n'est pas caractérisé par l'expérience de remplacement par une identité alternative.

Les épisodes de transe sont récurrents ou, si le diagnostic repose sur un seul épisode, l'épisode dure depuis au moins plusieurs jours. L'état de transe est involontaire et non désiré et n'est pas accepté comme faisant partie d'une pratique culturelle ou religieuse collective. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement pendant un autre trouble dissociatif et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental. Les symptômes ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris des effets de sevrage, d'épuisement ou liés à des états hypnagogiques ou hypnopompiques, et ne sont pas dus à une maladie du système nerveux, à un traumatisme crânien ou à un trouble veilles-sommeil.

Les symptômes entraînent une détresse significative ou une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre.

### **Le trouble de transe de possession (6B63)**

Le trouble de transe de possession se caractérise par des états de transe dans lesquels il y a une altération marquée de l'état de conscience de l'individu, le sens habituel de l'identité personnelle de l'individu étant remplacé par une identité externe « possessive », et dans lesquels les comportements ou mouvements de l'individu sont vécus comme contrôlés par l'agent possessif. Les épisodes de transe de possession sont récurrents ou, si le diagnostic repose sur un seul épisode, l'épisode a duré au moins plusieurs jours. L'état de transe de possession est involontaire et non désiré et n'est pas accepté comme faisant partie d'une pratique culturelle ou religieuse collective. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement lors d'un autre trouble dissociatif et ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental. Les symptômes ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets de sevrage, l'épuisement ou les états hypnagogiques ou hypnopompiques, et ne sont pas dus à une maladie du système nerveux ou à un trouble du sommeil. Les symptômes entraînent une détresse importante ou une déficience importante sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

### **Le trouble de dépersonnalisation-déréalisation (6B66)**

Le trouble de dépersonnalisation-déréalisation se caractérise par des expériences persistantes ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation ou des deux. La dépersonnalisation se caractérise par l'expérience de soi comme étrange ou irréaliste, ou par le sentiment d'être détaché de ses pensées, sentiments, sensations, corps ou actions, ou comme si on était un observateur extérieur de ceux-ci. La déréalisation se caractérise par l'expérience d'autres personnes, d'objets ou du monde comme étant étrange ou irréel (par exemple, comme dans un rêve, lointain, brumeux, sans vie, sans couleur ou visuellement déformé) ou par un sentiment de détachement de son environnement. Pendant les expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation, le test de réalité reste intact. Les expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation ne se produisent pas exclusivement au cours d'un autre trouble dissociatif et ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental. Les expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation ne sont pas dues aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets de sevrage, et ne sont pas dues à une maladie du système nerveux ou à un traumatisme crânien. Les symptômes entraînent une détresse ou une déficience importante sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

### **Autres troubles dissociatifs spécifiés (6B6Y)**

### **Autres troubles dissociatifs, non spécifiés (6B6Z)**

## **Le trouble dissociatif de l'identité**

Une traumatisation extrême peut provoquer sur le long terme une dissociation de la personnalité. La CIM-10 liste un trouble de la personnalité multiple sans toutefois en fournir de description. La CIM-11 marque une avancée importante en remplaçant ce diagnostic par deux autres, le trouble dissociatif partiel de l'identité et le trouble dissociatif de l'identité.

Pour la CIM-11, « *Le trouble dissociatif de l'identité se caractérise par une perturbation de l'identité dans laquelle au moins deux états de personnalité distincts (identités dissociatives) sont associés à des discontinuités marquées du sens du moi et de l'action* »<sup>25</sup>.

#### **Le trouble dissociatif de l'identité selon la CIM-11 (6B64)<sup>26</sup>**

Le trouble dissociatif de l'identité se caractérise par une perturbation de l'identité dans laquelle au moins deux états de personnalité distincts (identités dissociatives) sont associés à des discontinuités marquées du sens du moi et de l'action. Chaque état de personnalité inclut son propre modèle d'expérience, de perception, de conception et de relation à soi, au corps et à l'environnement. Au moins deux états de personnalité distincts prennent de façon récurrente le contrôle exécutif de la conscience de l'individu et de son fonctionnement dans ses interactions avec les autres ou avec l'environnement, par exemple dans l'exécution d'aspects spécifiques de la vie quotidienne comme le rôle parental ou le travail, ou en réponse à des situations spécifiques (par exemple, celles qui sont considérées comme menaçantes). Les changements dans l'état de la personnalité s'accompagnent d'altérations connexes de la sensation, de la perception, de l'affect, de la cognition, de la mémoire, du contrôle moteur et du comportement. Il y a typiquement des épisodes d'amnésie, qui peuvent être sévères. Les symptômes ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental et ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets de sevrage, et ne sont pas dus à une maladie du système nerveux ou à un trouble du sommeil. Les symptômes entraînent des déficiences importantes sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

#### **Le trouble dissociatif partiel de l'identité selon la CIM-11 (6B65)<sup>27</sup>**

Le trouble dissociatif partiel de l'identité se caractérise par une perturbation de l'identité dans laquelle deux ou plusieurs états de personnalité distincts (identités dissociatives) sont associés à des discontinuités marquées du sens du moi et de l'action. Chaque état de personnalité inclut son propre modèle d'expérience, de perception, de conception et de relation à soi, au corps et à l'environnement. Un état de personnalité est dominant et fonctionne normalement dans la vie quotidienne, mais il est perturbé par un ou plusieurs états de personnalité non dominants (intrusions dissociatives). Ces intrusions peuvent être cognitives, affectives, perceptives, motrices ou comportementales. Elles sont perçues comme interférant avec le fonctionnement de l'état de personnalité dominant et sont typiquement aversives. Les états de personnalité non dominants ne prennent pas de manière récurrente le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu, mais il peut y avoir des épisodes occasionnels, limités et transitoires, dans lesquels un état de personnalité distinct prend le contrôle exécutif pour adopter des comportements circonscrits, par exemple en réponse à des états émotionnels extrêmes ou lors d'épisodes d'automutilation ou de reconstitution de souvenirs traumatiques. Les symptômes ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental et ne sont pas dus aux effets directs d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets de sevrage, et ne sont pas dus à une maladie du système nerveux ou à un trouble du sommeil. Les symptômes entraînent des

<sup>25</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

<sup>26</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

<sup>27</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

déficiences importantes sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

## **Les autres tableaux cliniques consécutifs à un événement délétère**

Outre les troubles post-traumatiques aigus, chroniques et complexes, les altérations de la personnalité et les troubles dissociatifs, la CIM reconnaît d'autres tableaux cliniques pour lesquels le facteur causal principal est un événement délétère

Dans la classification « Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation », la CIM-10 propose, outre la réaction aiguë à un facteur de stress et l'État de stress post-traumatique, des diagnostics réactionnels à un événement stressant comparables à ceux du DSM. Retenons les troubles de l'adaptation, réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant interférant avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisant à des problèmes dans la fonction sociale, les autres réactions à un facteur de stress sévère et la réaction à un facteur de stress sévère, sans précision. À cette liste de diagnostics, la CIM-11 ajoute le deuil prolongé (prolonged grief disorder), réaction de deuil persistante et envahissante au décès d'un proche caractérisée par le désir ardent du défunt ou une préoccupation persistante envers lui accompagnée d'une douleur émotionnelle intense d'une durée de plus de six mois.

### **Troubles de l'adaptation selon la CIM-11 (6B43)<sup>28</sup>**

#### **Troubles spécifiquement associés au stress**

Le trouble d'adaptation est une réaction inadaptée à un facteur de stress psychosocial identifiable ou à des facteurs de stress multiples (p. ex. divorce, maladie ou invalidité, problèmes socio-économiques, conflits à la maison ou au travail) qui survient habituellement dans le mois qui suit le facteur de stress. Le trouble se caractérise par une préoccupation à l'égard du facteur de stress ou de ses conséquences, y compris une inquiétude excessive, des pensées récurrentes et pénibles au sujet du facteur de stress ou une rumination constante au sujet de ses implications, ainsi que par un manque d'adaptation au facteur de stress qui cause une déficience importante sur les plans personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre. Les symptômes ne sont pas suffisamment spécifiques ou graves pour justifier le diagnostic d'un autre trouble mental et comportemental et disparaissent généralement dans les six mois, à moins que le facteur de stress ne persiste pendant une plus longue période.

#### **Troubles de deuil prolongé selon la CIM-11<sup>29</sup>**

Le deuil prolongé est un trouble dans lequel, après le décès d'un partenaire, d'un parent, d'un enfant ou d'une autre personne proche du défunt, il y a une réaction de deuil persistante et envahissante caractérisée par le désir ardent du défunt ou une préoccupation persistante

<sup>28</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

<sup>29</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Traduction de l'auteur.

envers lui accompagnée d'une douleur émotionnelle intense (ex. tristesse, culpabilité, colère, déni, blâme, difficulté à accepter la mort, sentiment d'avoir perdu une partie de soi, incapacité à éprouver une humeur positive, engourdissement émotionnel, difficulté à participer à des activités sociales ou autres). La réaction de deuil a persisté pendant une période atypiquement longue après la perte (plus de 6 mois au minimum) et dépasse nettement les normes sociales, culturelles ou religieuses attendues pour la culture et le contexte de l'individu. Les réactions de deuil qui ont persisté pendant de plus longues périodes et qui se situent dans une période normative de deuil compte tenu du contexte culturel et religieux de la personne sont considérées comme des réactions de deuil normales et ne sont pas attribuées à un diagnostic. La perturbation entraîne des déficiences importantes sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

## Bibliographie

- Fineltain L. (2011). Les classifications en psychiatries, *Bulletin de psychiatrie* N°20. <http://www.bulletindepsychiatrie.com/classification.htm>
- Garrabé J. (2011). Approche historique des classifications en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00748148/document>
- Garrabé J. (2014). Nosographie et classifications dans l'histoire de la psychiatrie. *Evol Psychiatr* 2014; 79(1). <https://www.em-consulte.com/en/article/870636#N1014A>
- Graunt J. (1662). *Natural and political observations mentioned in a following index, and made upon the bills of mortality*, London : Printed by Tho. Roycroft, for John Martin, James Allestry, and Tho. Dicas. <https://archive.org/details/2356014R.nlm.nih.gov/page/n8>
- Josse E. (2013). État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ? En ligne : <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article46>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10*. Genève.
- Reed G., Daumerie N., Marsili M., Desmons P., Lovell A., Garcin V., Roelandt J.-L.. *L'information psychiatrique* 2013/4 (Volume 89), p.303-309. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-4-page-303.htm>
- Rutter M. (2011). Research Review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647-660.
- Les classifications, *Pour la Recherche* n° 24 Mars 2000 - <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR24/PLR24.html#1>
- World Health Organization (WHO) (1973). Report of the international pilot study of schizophrenia, Genève. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39405>

World Health Organization (WHO). ICD11 Beta Draft. En ligne : <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>.

## **Bibliographie de l'auteur**

Josse É. (2007). Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L'hypnose éricksonienne dans la guérison des traumatismes psychiques. Paris : La Méridienne/Desclée De Brouwer.

Josse É. (2011). Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. Bruxelles : De Boeck.

Josse É., Dubois V. (2009). Interventions en santé mentale dans les violences de masse. Bruxelles : De Boeck.

Josse É. (2016). Les scénarii réparateurs des mnésies traumatiques par hypnose et EMDR, in Psychothérapies de la dissociation, sous la dir. de Smith J., Paris : Dunod

Josse É. (2017). Histoire du psychotraumatisme, in Pratique de la psychothérapie EMDR, ouvrage collectif sous la dir. De Tarquinio C., Paris : Dunod.

Josse É. (2017). Conception classique du psychotraumatisme, in Pratique de la psychothérapie EMDR, ouvrage collectif sous la dir. De Tarquinio C., Paris : Dunod.

Josse É. (2017). Le traumatisme complexe, in Pratique de la psychothérapie EMDR, ouvrage collectif sous la dir. De Tarquinio C., Paris : Dunod

Josse É. (2017). Les traumatismes psychiques chez le nourrisson et l'enfant en bas-âge, in Aide-mémoire – Psychiatrie et psychopathologie périnatales en 51 notions, sous la dir. de Bayle B., Paris : Dunod.

Josse É. (2018). Comment en arrive-t-on à commettre un acte terroriste ? Les processus psychologiques et psychosociaux à l'œuvre. *Psychothérapies* 2018 ; 38 (1) : 39-46 Éditeur : Médecine & Hygiène.

Josse É., Mae J.-C. (2018). *Se protéger du radicalisme*. Couleur livres : Bruxelles

Nombreux articles d'Evelyne Josse sur [www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com)