



Trauma et troubles associés

**Stéphane Guay, Ph.D.
Christine Genest, Ph.D.
Centre d'étude sur le trauma
Centre de recherche de l'IUSMM
Université de Montréal**

Novembre 2023

*Centre d'étude sur
le trauma*

Université 
de Montréal

Plan de la présentation

- Perspective historique
- DSM 5 : Rationnel d'une nouvelle classification
- Troubles liés à des traumatismes et à des stressseurs
- Présentation des six troubles de la catégorie
- Dépistage et évaluation
- Meilleures pratiques
- Conclusions
- Période de questions





Combien de canadiens vont vivre entre 1
et 3 événements potentiellement
traumatisants au cours de leur vie?

Perspective historique

Événements traumatiques

- **1952** : “*Gross stress reaction*” au DSM I
Militaires, réactions dites temporaires
- **1968** : Diagnostic retiré au DSM II
Reste le diagnostic de “réaction situationnelle”
- **1980** : Apparition du diagnostic du TSPT dans le DSM-III
Expérience hors du commun générant de la détresse
- **1994** : Modifications des critères du TSPT dans le DSM-IV
 - Être témoin peut être traumatique
 - Ajout du critère A2 (émotions)
 - Apparition de l’état de stress aigu (ESA)
- **2013** : Qu’en est-il du DSM-5?



DSM 5 : Rationnel d'une nouvelle classification

- Depuis le DSM III : TSPT intégré aux troubles anxieux
- Remise en question de la classification du TSPT

Le TSPT est un trouble anxieux?

- Symptômes similaires aux troubles anxieux
- Mais présence d'une humeur dépressive

Le TSPT est un trouble lié au circuit neuronal de la peur?

- Peur centrale comme les troubles anxieux
- Mais l'activité neuronale et de l'hippocampe est différente
- Mais d'autres réactions émotionnelles que la peur

Le TSPT est un trouble internalisé, externalisé ou les deux?

- Difficulté de régulation de l'affect vs Comportements agressifs
- Comorbidité de la dépression vs Troubles liés à une substance

Comment catégoriser le TSPT?

- Trouble précipité par un événement
- Évolution graduelle vs subite
- Trouble anxieux, internalisé/externalisé ou lié à la peur ?

- **Solution : catégorie à part entière basée sur l'étiologie, les troubles précipités par un événement**

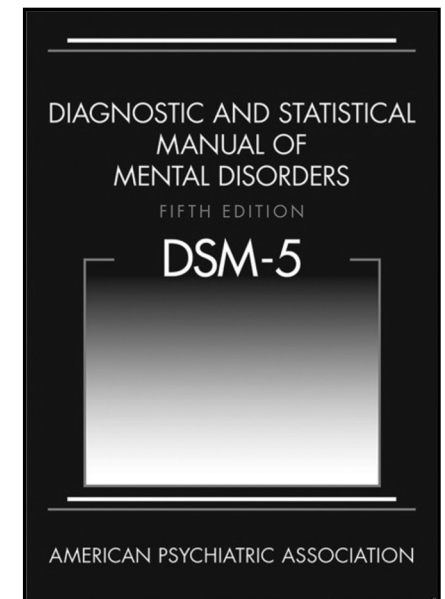


DSM 5 : Troubles liés à des traumatismes et à des stressseurs

Troubles dont l'exposition à un événement stressant ou traumatique fait partie des critères diagnostics

Regroupement de 6 troubles :

- 1) Trouble de stress post-traumatique (TSPT)
- 2) État de stress aigu (ÉSA)
- 3) Trouble d'adaptation
- 4) Trouble réactionnel de l'attachement
- 5) Trouble de l'engagement social désinhibé
- 6) Autre trouble lié à des traumatismes et à des stressseurs spécifiés/ non spécifiés



1) Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)



DSM-5:

Critère A :

La personne a été exposée :

- mort ou menace de mort;
- blessure grave ou menace;
- délit sexuel ou menace



Plusieurs manières possibles:

- Vivre l'événement soi-même
- Être témoin de l'événement
- Apprendre que l'événement s'est produit à un ami proche/parent
- Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails aversifs ¹

Note :

- Plus de critère A2 (émotions)
- ¹ Ne comprend pas les médias, la télévision, les films ou les images (sauf si cela fait partie de la profession). L'exposition à des détails aversifs de la mort non naturelle seulement

DSM-5:

▶ Critère B. Réexpérience du traumatisme

- ▶ Au moins 1 manifestation (/5)

1. Souvenirs récurrents, intrusifs, involontaires générant de la détresse
2. Rêves perturbants récurrents dont le contenu ou l'affect est associé à l'événement
3. Réactions dissociatives (p. ex., flashbacks) où l'individu sent/agit comme si l'événement se reproduisait (continuum de dissociation)
4. Détresse intense et prolongée à des stimuli internes ou externes
5. Réactions physiologiques à des stimuli internes ou externes



DSM-5:

▶ Critère C. Évitement persistant des stimuli associés au trauma

▶ Au moins 1 manifestation (/2):

1. Souvenirs, pensées ou sentiments qui éveillent des souvenirs de l'événement ;
2. Souvenirs externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui éveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à l'événement;



DSM-5:

▶ Critère D. Altérations cognitives et émotionnelles (commencées ou aggravées après l'événement)

▶ Au moins 2 manifestations (/7):

1. Incapacité à se rappeler d'un aspect important de l'événement;
2. Perceptions négatives, persistantes et exagérées de soi, des autres, ou du monde;
3. Blâme persistant exagéré de soi/autres quant aux causes/conséquences de l'événement;
4. État émotif négatif envahissant (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité ou honte);
5. Perte d'intérêt ou de participation marquée pour des activités importantes.
6. Sentiment de détachement émotionnel ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante à ressentir des émotions positives (p. ex., amour, joie)



DSM-5:

➤ **Critère E. Symptômes persistants d'activation neurovégétative (commencées ou aggravées après l'événement)**

▶ Au moins 2 manifestations (/6)

1. Irritabilité, crises de colère, agression verbale/physique envers des personnes/objets
2. Comportements imprudents ou auto-destructeurs (conduite, substance, automutilation)
3. Hypervigilance
4. Réaction de sursaut exagérée
5. Problèmes de concentration
6. Problèmes de sommeil

➤ **Critères F, G et H** : détresse et altération du fonctionnement (équivalent à E, F, G)



Sous-type de TSPT

- Avec symptômes récurrents de dissociation (1/2):
 - 1) Dépersonnalisation : sentiment d'être détaché ou à l'extérieur de son corps
 - 2) Déréalisation : impression d'irréalité quant à l'environnement
- Les troubles dissociatifs : autre catégorie du DSM-5

Prévalence

- La prévalence à vie est de 8,7% et sur 12 mois, 3,5%
- Risque deux fois plus élevé chez les femmes
- Risque conditionnel plus grand chez les survivants de viols et militaires

American Psychiatric Association (2013)

Friedman, Resick, Bryant, Srain, Horowitz, & Spiegel (2011)



Prévalence, TSPT et comorbidités

► *Troubles les plus fréquemment liés à l' TSPT:*

- Dépression majeure (RC=20.7)
- Dysthymie (RC=18.4)
- Trouble panique (RC=17.6)
- Anxiété généralisée (RC=15.1)
- Agoraphobie (RC=12.5)

ESEMeD/MHEDEA (2000,2005d)

Prévalence, TSPT et recours aux services

- ▶ Plus de la moitié des individus avec un TSPT ont eu recours à un service;
- ▶ Davantage de consultation de médecins généralistes qu' autres professionnels;
- ▶ Seulement près de 40% ont reçu des soins de qualité suffisante.

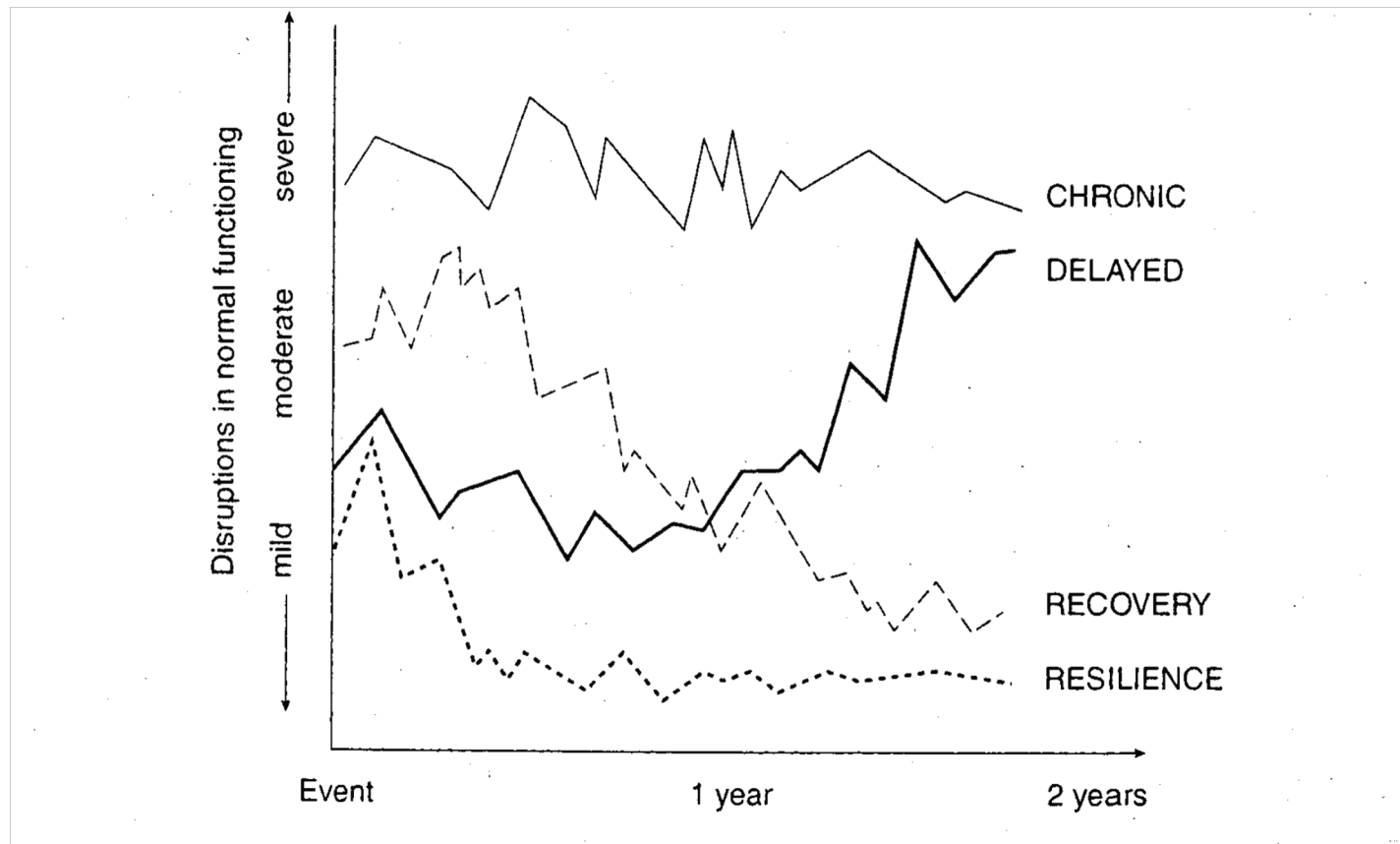
Kessler *et al.*, (2005)

DÉTECTION ET ÉVALUATION DES RÉACTIONS POST-TRAUMATIQUES

De quels types d'événements s'agit-il?

- Accidents graves (voiture, incendie...)
- Catastrophes naturelles (tremblements de terre, inondation, tornade...)
- Agressions violentes (physiques, sexuelles, vol à main armée...)
- Guerre, expérience militaire, incident terroriste...

Évolution de l'ESPT



Dépistage: 4 questions oui/non

Durant votre vie, avez-vous déjà vécu un événement si terrifiant, horrible ou bouleversant qu'au cours du dernier mois :

1. vous avez eu des cauchemars à propos de celui-ci ou y avez pensé sans le vouloir ?
2. vous avez fait de gros efforts pour ne plus y penser ou pour éviter des situations vous rappelant celui-ci ?
3. vous avez été constamment sur vos gardes et hypervigilant ou avez sursauté facilement ?
4. vous avez eu de la difficulté à ressentir des émotions ou l'impression d'être détaché des autres, de vos activités ou de votre entourage ?

3/4 « oui » = probabilité élevée d'avoir un TSPT

PCL-5

- Le Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale-version DSM-5 (PCL-5 ; Weathers, Litz, et al., 2013). Le PCL-5 est une mesure continue des symptômes d'ESPT présents au cours du dernier mois.
- Cet instrument auto-administré comprend 17 questions auxquelles les sujets répondent à l'aide d'une échelle de Likert de 5 niveaux (pas du tout à extrêmement).
- Pour cotation: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

PCL-5

Instructions: Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le **dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Souvent	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau)?	0	1	2	3	4

**EXPOSITION AUX ÉVÉNEMENTS
POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE
ET SUICIDE**

L'iceberg du suicide



Suicides :

- 11,7 par 100 000

Hospitalisations pour
tentative de suicide :

- 46,4 par 100 000

Visites aux urgences pour
comportements suicidaires :

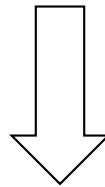
- 53,8 par 100 000

(Levesque et Perron, 2023)

Trauma et suicide

Étude populationnelle suédoise : (Fox et al., 2021)

- Personne avec TSPT 2x plus à risque de suicide



L'exposition à des événements traumatiques (ÉPT) et le TSPT sont des facteurs de risque du suicide

La dépression est une comorbidité du TSPT

Personnel de la sécurité publique (PSP) et suicide

Table 3
Prevalence of Past-Year and Lifetime Suicidal Behavior by Public Safety Personnel Category

Suicidal behavior	Total Sample	Municipal/Provincial Police	RCMP	Correctional Workers	Firefighters	Paramedics	Call center operators/ Dispatchers
Past-Year							
All							
Ideation	10.1%	8.3%	9.9%	11.0%	8.5%	15.4%	9.5%
Plan	4.1%	3.4%	4.1%	4.8%	2.7%	7.1%	2.5%
Attempt	.3%	.2%	.2%	.4%	.3%	.9%	.4%
Men							
Ideation	10.4%	8.5%	10.8%	13.1%	8.1%	15.0%	18.9%
Plan	4.3%	3.2%	4.7%	6.5%	2.4%	7.6%	5.7%
Attempt	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹
Women							
Ideation	9.6%	7.9%	7.4%	9.5%	11.9%	16.0%	6.8%
Plan	3.8%	3.9%	2.7%	3.6%	5.2%	6.3%	1.6%
Attempt	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹
Lifetime							
All							
Ideation	27.8%	20.5%	25.7%	35.2%	25.2%	41.1%	28.7%
Plan	13.3%	8.9%	11.2%	20.1%	8.8%	23.8%	13.6%
Attempt	4.6%	2.1%	2.4%	8.1%	3.3%	9.8%	8.6%
Men							
Ideation	26.8%	19.6%	26.4%	38.1%	24.7%	39.6%	35.8%
Plan	12.0%	8.5%	11.4%	19.8%	7.9%	22.8%	22.6%
Attempt	3.1%	1.4%	1.7%	7.1%	2.6%	7.5%	— ¹
Women							
Ideation	29.6%	22.9%	23.3%	33.2%	30.5%	43.1%	26.7%
Plan	15.7%	9.9%	10.6%	20.7%	18.6%	25.3%	11.1%
Attempt	7.6%	3.9%	4.2%	9.0%	12.1%	13.1%	— ¹

¹ These values have been suppressed to protect confidentiality due to small numbers (i.e., $n < 5$).

Facteurs de risque du suicide chez PSP

Au niveau social (Gray et al., 2019)

- La perception de la profession dans la société (plus important dans certains milieux)
- Stigmatisation de la santé mentale
- Manque de connaissance du milieu PSP par les professionnels de la santé

Au niveau organisationnel (Alicea, 2016; Clark et White, 2017; Encrenaz et al., 2016; Grassi et al., 2019; Thoen et al., 2019)

- Conditions de travail
- Horaires de travail
- Exposition aux événements potentiellement traumatiques

Facteurs de risque du suicide chez PSP

Au niveau organisationnel (Alicea, 2016; Clark et White, 2017; Encrenaz et al., 2016; Grassi et al., 2019; Thoen et al., 2019)

- Culture organisationnelle :
 - Cacher la souffrance et la détresse
 - Peur d'être étiqueté comme moins fiable, moins solide
- Manque de soutien organisationnel
- Accès aux moyens
- Exposition à la mort

Facteurs de protection du suicide chez PSP

Au niveau social :

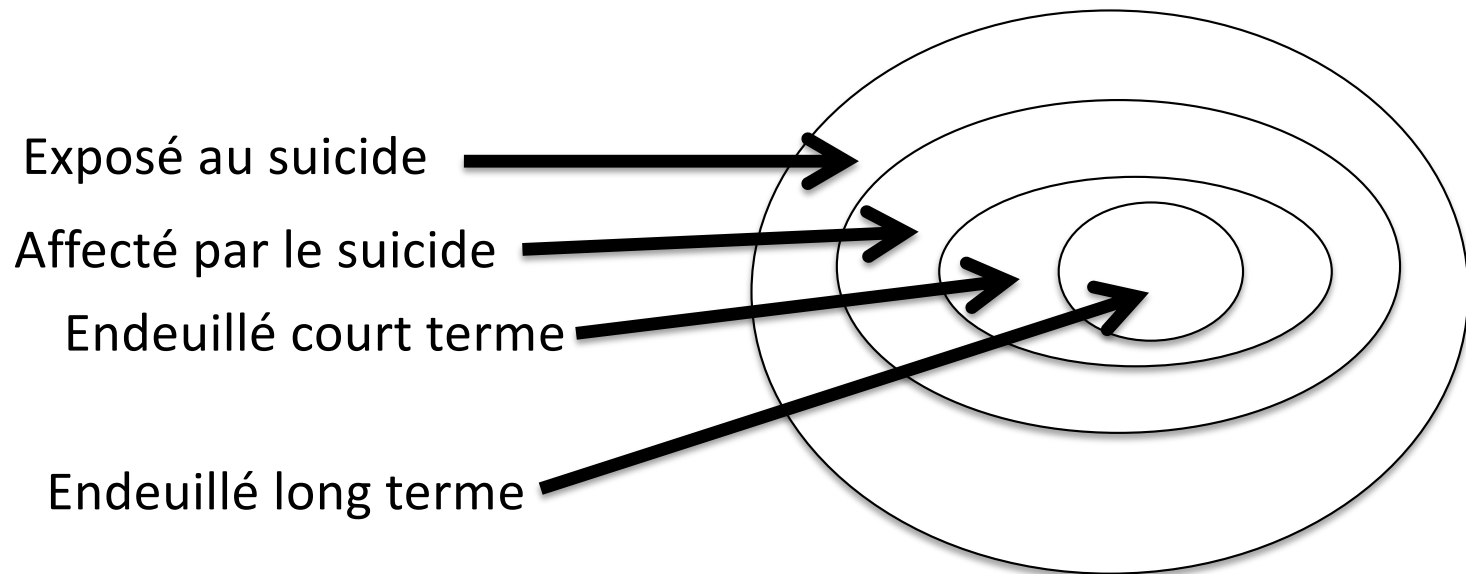
- Présence d'un réseau de soutien
- Services de santé mentale accessible
- Camaraderie entre collègues, sentiment d'appartenance
- Sentiment d'avoir un rôle à jouer socialement

Au niveau organisationnel :

- Conditions de travail qui soutiennent l'accès aux services
- Soutien des organisations de travail

Impacts du suicide

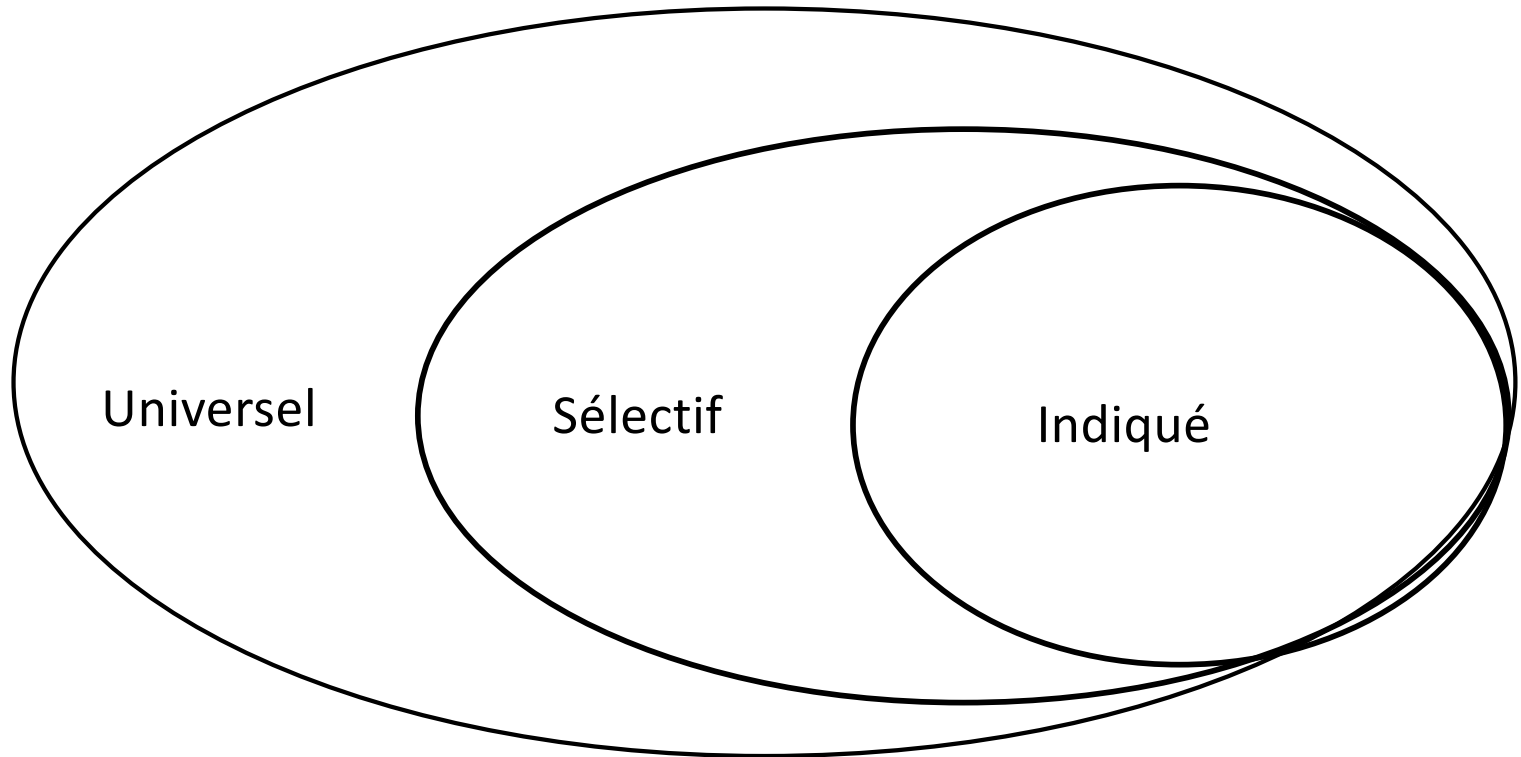
Continuum de l'impact que peut avoir le suicide



Traduction libre Cerel et al., 2014

INTERVENIR POUR PRÉVENIR LE SUICIDE CHEZ LE PSP

Niveaux de prévention



Prévention universelle : Pour tous

Objectifs :

- Briser la stigmatisation et le tabou

- Favoriser le bien-être psychologique

- Augmenter les facteurs de protection (résilience, stratégies d'adaptation)

Types d'intervention :

- Campagne de sensibilisation

- Entraînement à la résilience et aux stratégies d'adaptation

- Activités de formation et d'information sur la santé mentale et le suicide

Prévention sélective : Pour ceux avec facteurs de risque

Objectifs:

Accessibilité aux services

Diminuer barrières à la recherche d'aide

Soutien social

Types d'intervention :

Programme d'aide aux employés

Activités de soutien par les pairs ou gestionnaires

Lignes d'écoute : La Vigile, 1-866-APPELLE, 988

Programme de postvention

Prévention indiquée : Pour ceux avec comportements suicidaires

Objectifs :

- Diminuer le risque suicidaire

- Restreindre l'accès au moyen

- Intervenir sur les enjeux de santé mentale et les comportements suicidaires

Types d'intervention :

- Prise en charge des comportements suicidaires

- Prise en charge des problèmes de santé mentales

Guide d'information sur la prévention du suicide chez le personnel policier

Laurent Corthésy-Blondin
Marie-Hélène Poirier
Christine Genest

Avec la collaboration d'Amélie Trudel
et de Christine Lamarche



La Vigile 1 888 315-0007



<https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101192/n/guide-prevention-suicide-policier>

Merci de votre attention!

Des questions?



Références

- Alicea, M. J. (2016). *Police suicide: Acuity of influence*. (76). ProQuest Information & Learning, US.
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., LeBouthillier, D. M., Duranceau, S., ... & Asmundson, G. J. (2018). Suicidal ideation, plans, and attempts among public safety personnel in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(3), 220.
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The continuum of “survivorship”: Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 591-600.
- Clark, D. W., & White, E. K. (2017). Law enforcement officer suicide. In *Police psychology and its growing impact on modern law enforcement*.
- Encrenaz, G., Miras, A., Contrand, B., Séguin, M., Moulki, M., Queinec, R., . . . Lagarde, E. (2016). Suicide dans la police nationale Française: Trajectoires de vie et facteurs associés. [Suicide among the French National Police forces: Implication of life events and life trajectories.]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 42(4), 304-313. doi:10.1016/j.encep.2015.08.004
- Fox, V., Dalman, C., Dal, H., Hollander, A. C., Kirkbride, J. B., & Pitman, A. (2021). Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *Journal of affective disorders*, 279, 609-616.
- Grassi, C., Del Casale, A., Cuce, P., Kotzalidis, G. D., Pelliccione, A., Marconi, W., . . . Pompili, M. (2019). Suicide among Italian police officers from 1995 to 2017. *Riv Psichiatr*, 54(1), 18-23. doi:10.1708/3104.30936
- Gray et al. (2019) *Staying Visible, Staying Connected: Report of the Expert Panel on Police Officer Deaths by Suicide*. Ontario.
- Thoen, M. A., Dodson, L. E., Manzo, G., Piña-Watson, B., & Trejos-Castillo, E. (2019). Agency-offered and officer-utilized suicide prevention and wellness programs: A national study. *Psychological Services*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. doi:10.1037/ser0000355