



HAL
open science

Le trouble de l'adaptation selon la CIM-11 : une revue narrative de la littérature

Charles Serais

► **To cite this version:**

Charles Serais. Le trouble de l'adaptation selon la CIM-11 : une revue narrative de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04604700

HAL Id: dumas-04604700

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04604700v1>

Submitted on 2 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2024

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 23/02/2024

Par

Charles SERAIS

**Le trouble de l'adaptation selon la CIM-11 : une revue narrative de
la littérature**

Dirigée par M. le Professeur Thierry Baubet

JURY

M. le Professeur Antoine Pelissolo

Président

M. le Professeur Thierry Baubet

Directeur

Mme. le Docteur Véronique Gravier

Membre du jury

Remerciements

À mon Président de thèse, le *Professeur Antoine Pelissolo*, que je tiens à remercier pour l'intérêt qu'il a porté à mon sujet de thèse. Je suis profondément reconnaissant de la confiance qu'il m'a accordé en acceptant d'être le président de ce jury de thèse.

À mon Directeur de thèse, le *Professeur Thierry Baubet*, à qui j'adresse mes remerciements les plus sincères pour m'avoir accompagné tout au long de ce projet. Je le remercie infiniment pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements qui m'ont permis de mener à bien ce travail de thèse.

Au *Docteur Véronique Gravier*, que je remercie d'avoir accepté de participer à ce projet qui me tenait à coeur. Je suis reconnaissant de la confiance qu'elle m'a toujours témoignée, sa bienveillance, sa disponibilité et nos échanges qui m'ont permis de progresser un peu plus chaque jour.

À *mes parents, mes frères, mes grands-parents* pour leur soutien indéfectible à chaque période de ma vie. Je remercie particulièrement mes parents pour leur sens des responsabilités, leur dévouement et l'amour inconditionnel qu'ils manifestent chaque jour à leurs enfants.

À *Wafa*, ma compagne et partenaire dans la vie, pour son soutien et son amour de chaque instant.

Résumé et indexation en français

Le trouble de l'adaptation selon la CIM-11 : une revue narrative de la littérature.

Résumé :

Introduction : Depuis 2017, aucune revue de la littérature n'a été consacrée au trouble de l'adaptation tel que défini dans la CIM-11 alors que de nombreuses études sont parues depuis, et qu'il s'agit d'une situation très fréquemment rencontrée en clinique. L'objectif de cette étude est de faire la présentation détaillée des dernières avancées de la recherche sur ce trouble à partir de la définition proposée par la CIM-11.

Méthodes : Une revue narrative de la littérature a été réalisée. Une recherche bibliographique par mots-clés a été menée dans les principales bases de données pertinentes pour ce type de sujet, permettant l'inclusion de cent-douze références pour cette étude.

Résultats/Discussion : Des questionnements et imprécisions persistent concernant les critères diagnostiques proposés par la CIM-11. Des interrogations demeurent sur le type de facteur de stress impliqué, la définition de la préoccupation, de l'incapacité à s'adapter ou d'une réaction inadaptée à un facteur de stress, qui impliquent des notions différentes selon les auteurs. Des précisions dans les critères de la CIM-11 permettraient d'améliorer la fiabilité de l'ADNM et de l'IADQ pour l'évaluation du trouble de l'adaptation, et de mieux distinguer le trouble de l'adaptation d'autres diagnostics dont la symptomatologie est parfois proche. La comorbidité semble possible entre le trouble de l'adaptation et d'autres troubles pourtant exclus du champ de la comorbidité défini par la CIM-11. L'évolution temporelle du trouble de l'adaptation suggère la nécessité d'une intervention précoce et ciblée pour une prise en charge optimale. Le manque de recherche sur le risque suicidaire associé à la nouvelle définition du trouble est à souligner. La prévalence du trouble de l'adaptation est variable selon le type d'échantillon et les facteurs de stress impliqués. Les facteurs associés à la survenue du trouble nous rappellent l'importance du soutien social perçu dans sa prévention. Les modèles physiopathologiques considérés comme pertinents pour le trouble de l'adaptation renvoient

à une définition particulière du symptôme de préoccupation qui ne correspond pas à la définition proposée dans la CIM-11. La littérature soutient l'utilité des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles dans la prise en charge du trouble de l'adaptation. Certains modèles thérapeutiques, initialement conçus pour le trouble de stress post-traumatique, pourraient s'avérer utiles dans le trouble de l'adaptation. Une prise en charge spécifique pour les symptômes dominant la symptomatologie du trouble semble pertinente.

Conclusion : Les futures mises à jour de la CIM-11 devraient préciser certains aspects de la définition actuelle. Une définition plus précise des critères diagnostiques du trouble de l'adaptation permettrait la construction d'échelles d'évaluation plus fidèles et comparables. La définition du symptôme de préoccupation ne fait pas consensus ce qui a des conséquences sur la conceptualisation du trouble. Les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles semblent adaptées à la prise en charge du trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente, alors que l'efficacité des psychotropes reste à évaluer.

Spécialité :

[Psychiatrie](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#) : troubles de l'adaptation ; syndrome général d'adaptation ; classification internationale des maladies ; littérature de revue comme sujet

Forme ou Genre :

[fMeSH](#) : Dissertation universitaire

[Rameau](#) : Thèses et écrits académiques

Résumé et indexation en anglais

Adjustment disorder according to ICD-11: a narrative review of the literature.

Abstract:

Introduction : Since 2017, no literature review specifically dedicated to the ICD-11 definition of adjustment disorder has been carried out, even though numerous studies have been published since then- and it is a situation that is frequently encountered in clinical practices. The aim of this study is to present in detail the latest advances in research on this disorder, based on the ICD-11 definition.

Methods : A narrative review of the literature was undertaken. A key-word bibliographic search was conducted in the main databases relevant to this type of subject, enabling the inclusion of one hundred and twelve references for this study.

Results/Discussion : Several questions and imprecisions persist regarding the diagnostic criteria proposed by the ICD-11. There are still unanswered questions about the type of stress factor involved, the definition of preoccupation, inability to adapt or maladaptive reaction to a stress factor, which involve different concepts from one author to another. Further clarification of the ICD-11 criteria would improve the reliability of the ADN and IADQ in the assessment of adjustment disorder, and better distinguish adjustment disorder from other diagnoses whose symptomatology is sometimes similar. Co-morbidity seems possible between adjustment disorder and other disorders that are excluded from the ICD-11 definition of co-morbidity. The temporal evolution of adjustment disorder suggests the need for early, targeted intervention for optimal management. The lack of research on the suicidal risk associated with the new definition of the disorder is noteworthy. The prevalence of adjustment disorder varies according to the type of sample and the stress factors involved. Factors associated within the disorder remind us of the importance of the perceived social support in its prevention. Pathophysiological models that are considered relevant to adjustment disorder refer to a particular definition of preoccupation symptom that does not

correspond to the definition proposed in the ICD-11. The literature supports the usefulness of cognitive, behavioral and emotional therapies in the management of adjustment disorder. Some therapeutic models, originally developed for post-traumatic stress disorder, could prove useful in adjustment disorder. Specific treatment for the symptoms that dominate the disorder's symptomatology seems relevant.

Conclusion : Further updates of the ICD-11 should clarify certain aspects of the current definition. A more precise definition of the diagnostic criteria for adjustment disorder would enable the construction of more accurate and comparable assessment scales. There is no consensus on the definition of the symptom of preoccupation, which has consequences for the conceptualization of the disorder. Cognitive, behavioral and emotional therapies appear to be suitable for the treatment of adjustment disorder in its most recent definition, while the effectiveness of psychotropic drugs remains to be evaluated.

English keywords:

[MeSH](#) : adjustment disorders ; general adaptation syndrome ; international classification of diseases ; review literature as topic

Publication type:

[MeSH](#) : Academic Dissertation

Liste des abréviations

- ADNM : Adjustment Disorder New Module
- APA : Association américaine de psychiatrie
- BEP : Bien-être psychologique
- CIM-11 : Classification internationale des maladies, onzième édition
- DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition
- DSO : Disturbances of self organisation
- HPA : Hypothalamo-hypophyso-surrénalien
- IADQ : International Adjustment Disorder Questionnaire
- ISRS : Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine
- ISRNA : Inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- PRN : Pensée répétitive négative
- RMP : Relaxation musculaire progressive
- TAG : Trouble anxieux généralisé
- TCCE : Thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles
- TDC : Trouble dépressif caractérisé
- TDP : Trouble du deuil prolongé
- TOC : Trouble obsessionnel compulsif
- TSPT : Trouble de stress post-traumatique
- TSPTC : Trouble de stress post-traumatique complexe

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	3
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	11
PARTIE 1 : MATERIEL ET METHODE	15
PARTIE 2 : RESULTATS	17
2.1 UNE COURTE HISTOIRE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION	17
2.1.1 <i>Le trouble de l'adaptation dans les classifications DSM et CIM</i>	17
2.1.2 <i>Le trouble de l'adaptation : un "trouble dépressif réactionnel" ou un "trouble spécifiquement associé au stress" ?</i>	19
2.2 LE TROUBLE DE L'ADAPTATION SELON LA CIM-11	22
2.2.1 <i>Critères diagnostiques de la CIM-11</i>	22
2.2.2 <i>Apports et questionnements autour de la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation</i>	27
2.2.2.1 Les changements dans la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation	27
2.2.2.1.1 Un trouble à seuil complet	27
2.2.2.1.2 Comparaison des critères de la CIM-11 et de la CIM-10	27
2.2.2.1.3 Comparaison des critères de la CIM-11 et du DSM-5	28
2.2.2.2 Les questionnements autour de la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation	30
2.2.2.2.1 La notion de stress psychosocial	30
2.2.2.2.2 La notion de réaction inadaptée	31
2.2.2.2.3 La notion de préoccupation	32
2.2.2.2.4 La notion d'incapacité à s'adapter et de déficience fonctionnelle	36
2.2.2.2.5 La temporalité et l'évolution du trouble de l'adaptation	37
2.2.2.2.6 La question de la comorbidité	38
2.3 LES OUTILS D'EVALUATION DU TROUBLE DE L'ADAPTATION SELON LA CIM-11	40
2.3.1 <i>Adjustment Disorder New Module (ADNM)</i>	40
2.3.1.1 ADNM-29 et ADNM-20	40
2.3.1.2 ADNM-8 et ADNM-4	45
2.3.2 <i>International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ)</i>	50
2.3.3 <i>AD-CIDI (Adjustment Disorder Composite International Diagnostic Interview)</i>	52
2.4 LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	53
2.4.1 <i>Les troubles spécifiquement associés au stress</i>	54

2.4.1.1 Le trouble de stress post traumatique (TSPT)	54
2.4.1.2 Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe).....	57
2.4.1.3 Le trouble du deuil prolongé (TDP)	59
2.4.1.4 La réaction aiguë au stress	61
2.4.2 <i>Autres diagnostics différentiels</i>	62
2.4.2.1 Le trouble dépressif caractérisé (TDC)	62
2.4.2.2 Le trouble anxieux généralisé (TAG).....	63
2.4.2.3 Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)	64
2.4.3 <i>Le caractère transdiagnostique des "symptômes associés au stress"</i>	65
2.5 L'EVOLUTION NATURELLE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION.....	67
2.5.1 <i>La temporalité du trouble de l'adaptation</i>	67
2.5.2 <i>Gravité du trouble de l'adaptation et risque suicidaire</i>	72
2.6 L'EPIDEMIOLOGIE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION	73
2.6.1 <i>La prévalence du trouble de l'adaptation</i>	73
2.6.2 <i>Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du trouble de l'adaptation</i>	76
2.6.2.1 Les facteurs de stress psychosociaux	76
2.6.2.2 Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs intra/interpersonnels	80
2.7 LES MODELES THEORIQUES ET EXPLICATIFS DU TROUBLE DE L'ADAPTATION	95
2.7.1 <i>Le modèle de réponse au stress d'Horowitz</i>	96
2.7.2 <i>Le modèle cognitif d'Ehlers et Clark</i>	98
2.7.3 <i>Les modèles de Foa et de Brewin</i>	100
2.7.4 <i>Les modèles biologiques et neuro-fonctionnels</i>	101
2.7.5 <i>Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman</i>	103
2.7.6 <i>Le modèle d'interruption des plans selon Mandler</i>	105
2.7.7 <i>Le modèle du cadre socio-interpersonnel de Maercker et Horn</i>	106
2.8 LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION.....	107
2.8.1 <i>Le traitement pharmacologique du trouble de l'adaptation</i>	107
2.8.2 <i>Le traitement psychothérapeutique du trouble de l'adaptation</i>	109
2.8.2.1 Les interventions basées sur les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles (TTCE).....	110
2.8.2.1.1 Les outils thérapeutiques des TTCE	110
2.8.2.1.1.1 La thérapie de résolution de problème et l'activation comportementale	110
2.8.2.1.1.2 L'écriture expressive	111
2.8.2.1.1.3 Les thérapies basées sur la méditation.....	112
2.8.2.1.2 Les programmes thérapeutiques basés sur les TCCE.....	113
2.8.2.1.2.1 L'intervention BADI (Brief Adjustment Disorder Intervention).....	113
2.8.2.1.2.2 L'intervention cognitivo-comportementale avec réalité virtuelle (EMMA'S world).....	116
2.8.2.1.2.3 Le manuel TCC de Maercker et l'intervention ZIEL.....	118
2.8.2.2 L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).....	120
2.8.2.3 La thérapie centrée sur le patient	120
2.8.2.4 Les thérapies d'inspiration psychodynamique	121

PARTIE 3 : DISCUSSION	123
3.1 DISCUSSION SUR LES RESULTATS	123
3.1.1 <i>La définition CIM-11 du trouble de l'adaptation</i>	123
3.1.2 <i>Les diagnostics différentiels du trouble de l'adaptation</i>	125
3.1.3 <i>Les comorbidités du trouble de l'adaptation</i>	130
3.1.4 <i>La temporalité du trouble de l'adaptation</i>	131
3.1.5 <i>Les outils d'évaluation du trouble de l'adaptation</i>	133
3.1.6 <i>L'épidémiologie du trouble de l'adaptation</i>	137
3.1.6.1 <i>La prévalence du trouble de l'adaptation</i>	137
3.1.6.2 <i>Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du trouble de l'adaptation</i>	138
3.1.7 <i>Les modèles explicatifs du trouble de l'adaptation</i>	142
3.1.8 <i>La prise en charge du trouble de l'adaptation</i>	146
3.2 APPORTS ET LIMITES DE CETTE ETUDE	152
CONCLUSION	155
BIBLIOGRAPHIE.....	157
ANNEXES	171

INTRODUCTION

Les êtres humains doivent s'adapter jour après jour à toutes sortes d'évènements - attendus ou non - faisant irruption dans leur vie. Ces évènements peuvent menacer directement leur intégrité physique ou celle de leurs proches, à court ou moyen terme (une agression physique, un attentat...). Il peut également s'agir d'évènements à priori sans risque vital (une dispute avec un voisin, une perte financière, une infidélité au sein du couple...) mais qui viennent perturber leur équilibre de vie antérieur. Au-delà de ces expériences individuelles, certains évènements adverses peuvent toucher un large pan de la société, avec des conséquences simultanées sur la santé mentale de millions d'individus. L'actualité de ces dernières années en est une illustration frappante, qu'il s'agisse de la réémergence des conflits armés en Europe, des conséquences visibles et pressantes du dérèglement climatique, des conséquences individuelles et collectives de la pandémie liée au Covid-19, ou encore de l'inflation sur les produits de première nécessité... Ces évènements adverses - potentiellement sources de "stress" - ont toujours ponctué l'histoire humaine, dans des formes parfois spécifiques à leur époque. Le réchauffement climatique par exemple, avec ses conséquences rapides et perceptibles partout à travers le monde est un sujet de préoccupation croissant en ce début de vingt-et-unième siècle. Il représente un catalyseur à venir d'évènements potentiellement menaçants auxquels de très nombreuses populations du monde devront s'adapter, qu'il s'agisse de difficultés d'accès à l'eau potable, de sécurité alimentaire, et des migrations massives de population qui pourraient en résulter (1). Notre époque se caractérise également par une visibilité accrue de ces évènements régionaux ou globaux du fait de l'exposition médiatique qui en est faite. Nous le verrons plus loin, le traitement médiatique de l'information n'est pas sans conséquence sur notre santé mentale.

De nombreuses recherches ont montré une association positive entre "le stress" et le risque de développer certains troubles mentaux, comme la dépression, l'anxiété (2) ou les troubles psychotiques (3). Les évènements adverses, parfois associés à une réaction de "stress" pourraient donc précipiter diverses pathologies psychiatriques. Dans les deux grandes

classifications nosographiques des troubles mentaux (CIM-11 et DSM-5), il existe une catégorie de troubles pour lesquels l'exposition à un événement stressant est un critère diagnostique indispensable : ce sont les "troubles spécifiquement associés au stress " (3). Qu'il s'agisse du DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition) ou de la CIM-11 (classification internationale des maladies, onzième édition), les groupes de travail à l'origine de cette nouvelle catégorie diagnostique ont considéré que la présence d'un facteur de stress précipitant était nécessaire à l'apparition d'un trouble appartenant à cette catégorie. Pour les troubles n'appartenant pas à ce groupe nosographique, le facteur de stress peut précipiter l'apparition du trouble, qui peut aussi survenir en son absence (3).

Le trouble de l'adaptation appartient à cette nouvelle catégorie diagnostique. Bien qu'il s'agisse d'un trouble psychiatrique connu et décrit depuis plusieurs décennies, la recherche est restée relativement limitée sur ce sujet (4). Les raisons à ce manque d'intérêt sont multiples. Le manque de spécificité des critères diagnostiques dans les anciennes classifications (CIM-10, DSM-5) a rendu son diagnostic difficile de même que sa distinction avec les autres troubles psychiatriques. Le trouble de l'adaptation a toujours été considéré comme un diagnostic d'exclusion dans ces classifications. C'est un diagnostic souvent utilisé comme une catégorie résiduelle, utilisé lorsqu'un syndrome clinique ne répond que partiellement aux critères d'un trouble dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux (5). Ces critiques ont souvent relégué le trouble de l'adaptation au rang de trouble à "seuil faible" - dit léger - pour lequel la distinction entre le normal et le pathologique reste floue (6, p22). Le trouble de l'adaptation a été décrit par certains auteurs comme une simple "grippe mentale", un trouble intermédiaire entre une réaction normale au stress et un trouble psychiatrique "majeur" (7, p442). Pour d'autres encore, la création de ce diagnostic serait davantage liée à une motivation sociale et politique (pour le remboursement des prises en charge médicales) qu'à une motivation scientifique (8).

Le manque de recherche sur le trouble de l'adaptation contraste avec sa réalité clinique (9). En effet de nombreuses études ont montré sa prévalence élevée, notamment en psychiatrie de liaison et dans les services d'urgences psychiatriques (6, p42). Selon une étude de l'OMS réalisée en 2013 sur un échantillon mondial de psychiatres, il s'agirait du septième trouble

psychiatrique le plus fréquemment diagnostiqué (6, p21). Plusieurs études ont montré une association entre le trouble de l'adaptation et un risque suicidaire élevé. Selon P. Casey, le trouble de l'adaptation serait impliqué dans "près d'un tiers des suicides" (6, p93). Dans certaines cultures, il serait le diagnostic le plus souvent rencontré chez les personnes qui décèdent par suicide. Plusieurs auteurs ont également montré que le trouble de l'adaptation était associé à un risque d'évolution vers des troubles dits "plus sévères" comme le trouble dépressif caractérisé et le trouble anxieux généralisé. D'autres auteurs décrivent aussi un déclin de la qualité de vie chez ces patients, surtout lorsque le facteur de stress précipitant se maintient dans le temps (10, p15).

En mai 2019, la onzième version de la classification internationale des maladies (CIM-11) est présentée à l'assemblée mondiale de la santé. Une nouvelle définition diagnostique du trouble de l'adaptation est alors proposée. Dès lors, on constate un regain d'intérêt pour ce trouble (11,12) dont les nouveaux critères diagnostiques sont décrits comme plus précis, plus spécifiques et plus proches de la réalité clinique des patients (10). La pandémie liée au Covid-19, avec les nombreux facteurs de stress qu'elle a engendré, n'a fait que majorer l'intérêt porté au trouble de l'adaptation (12).

Le trouble de l'adaptation a fait l'objet de plusieurs revues de la littérature au cours de la dernière décennie, dont les dernières datent de 2017. Certaines d'entre elles ont utilisé des études se rapportant exclusivement à la définition DSM-5 du trouble, d'autres se référaient aux définitions CIM-11/DSM-5, parfois sans préciser si les résultats avancés se rapportaient à une définition ou à une autre, ce qui peut poser plusieurs problèmes méthodologiques. En effet, les définitions CIM-11 et DSM-5 du trouble de l'adaptation sont relativement différentes (10) comme le souligne P. Casey (10, p10). Ce constat pourrait limiter l'utilisation des résultats (épidémiologie, prise en charge...) issus de définitions antérieures du trouble de l'adaptation, pour l'évaluation et la prise en charge d'un trouble de l'adaptation défini cette fois-ci par les critères de la CIM-11. La seule revue de la littérature dédiée à la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation (publiée en 2017) soulignait le manque d'études sur ce trouble et les nombreux points qui restaient à éclaircir (13). Depuis, aucune revue de la littérature, spécifiquement dédiée à la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation n'a été réalisée. Ceci malgré l'accumulation de nouvelles études sur le sujet ces dernières années. Au vu de

l'actualité récente, marquée par la résurgence apparente de certains facteurs de stress psychosociaux, il est probable qu'une augmentation présente et future de la prévalence ce trouble soit constatée. En effet, nous le verrons, la survenue du trouble de l'adaptation est associée à l'apparition de ce type de facteurs de stress. Au vu des éléments que nous venons d'évoquer, il nous paraît nécessaire d'investir le champ de la recherche sur ce trouble trop longtemps délaissé.

Cette thèse a pour objectif de proposer une revue générale et narrative de la littérature sur le trouble de l'adaptation selon la nouvelle définition proposée par la CIM-11. À partir des dernières études parues sur le sujet, nous chercherons à répondre aux questions suivantes : Quels changements la CIM-11 a-t-elle apportés à la définition du trouble de l'adaptation ? Quelles sont les questions encore en suspens et les critiques concernant cette définition ? Comment différencier le trouble de l'adaptation d'autres pathologies psychiatriques ? Quelles sont les dernières avancées de la recherche concernant son histoire naturelle, son évaluation, sa modélisation, et sa prise en charge ? Pour répondre à ces questions, nous évoquerons l'histoire du trouble de l'adaptation, notamment l'évolution du concept dans les différentes classifications nosographiques. Nous décrirons ensuite les critères diagnostiques proposés par la CIM-11. Les apports et questionnements actuels sur cette nouvelle définition seront abordés. Dans une autre partie, nous décrirons les principaux outils d'évaluation qui existent actuellement pour ce trouble ainsi que leurs propriétés psychométriques. Nous décrirons les principaux diagnostics différentiels et les éventuelles comorbidités du trouble de l'adaptation. Leurs similitudes et leurs différences avec le trouble de l'adaptation seront discutées. Nous aborderons ensuite l'histoire naturelle du trouble et sa potentielle gravité. Puis nous nous intéresserons à l'épidémiologie du trouble de l'adaptation, sa prévalence, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs associés à sa survenue. Nous évoquerons enfin les modèles étiopathogéniques les plus pertinents pour décrire les mécanismes d'apparition et de maintien du trouble de l'adaptation. Enfin, nous décrirons les méthodes de prise en charge les plus adaptées, qu'elles soient médicamenteuses ou psychothérapeutiques. Dans la partie discussion, nous reviendrons sur les principaux résultats qui ont été exposés dans ce travail de thèse. Nous proposerons quelques analyses et interprétations personnelles, et formulerons de nouvelles hypothèses de recherche dont l'étude ultérieure pourrait selon nous améliorer la compréhension et la prise en charge du trouble de l'adaptation.

PARTIE 1 : MATERIEL ET METHODE

Nous avons fait le choix de réaliser une revue narrative et non systématique de la littérature pour des raisons qui correspondent aux objectifs de notre étude. Selon C. Saracci et al. (14), il s'agit d'un format pertinent pour "la mise à jour et la critique des connaissances médicales" sur des sujets "laissés en suspens, négligés, controversés ou pour encourager d'autres recherches sur le sujet". Ce type d'étude propose une vue générale sur un sujet précis et une discussion autour des connaissances manquantes sur le sujet, qui serviront de bases à de nouveaux projets de recherche. Par ailleurs, le nombre de personnes travaillant sur ce projet de recherche, le temps alloué à celui-ci, et le nombre de publications à traiter, font que la démarche narrative nous semble la plus pertinente.

Pour répondre au manque d'instruments permettant l'évaluation qualitative des revues narratives, C. Baethge et al. (15) ont développé une échelle spécifique : la SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles). Les auteurs ont montré une faisabilité, une fiabilité inter-évaluateur, une homogénéité et une cohérence interne satisfaisantes pour cette échelle à six items (côtés de 0 à 2 points par item ; 12 points pour une note maximale). De ce fait, ils encouragent les auteurs, éditeurs et lecteurs à l'utilisation de la SANRA pour l'élaboration et la lecture critique des articles de revue narrative.

Nous avons suivi les recommandations de l'échelle SANRA pour la réalisation de notre étude. Une version complétée par nos soins, permettant d'évaluer la qualité de nos travaux, est disponible en *Annexe 1*. Nous avons également été vigilants à respecter les recommandations de Chiara Saracci et al. (14) pour la rédaction d'une revue narrative de la littérature.

Pour cette étude, nous avons réalisé une recherche bibliographique par mots-clés ("(Adjustment disorder) AND (ICD-11)"), sans limite temporelle, dans les moteurs de recherche des principales ressources bibliographiques pertinentes pour ce type de sujet. Nous avons utilisé les ressources recommandées par l'université Paris-Cité pour la réalisation d'une thèse de médecine ou de psychologie : Pubmed/Medline, Pubmed Central, CAIRN, Psycinfo, Google Scholar, EMBase, Psycinfo, CIF MEF, LiSSa, PeP (Psychoanalytic Electronic Publishing),

SantéPsy. Cette recherche a été menée de février à mai 2023, avec une dernière recherche en juin 2023 pour intégrer les publications publiées entre-temps. Concernant les critères d'inclusion : nous avons sélectionné les références (articles, thèses, livres) dans lesquelles le trouble de l'adaptation était abordé selon la définition de la CIM 11, soit dans une sous-partie de la référence, soit comme sujet principal de la référence. Les références abordant le trouble exclusivement selon le DSM-5 ou selon d'autres classifications plus anciennes ont été exclues, de même que les articles ne précisant pas la définition diagnostique à laquelle ils se réfèrent dans leur étude (sauf lorsque les auteurs utilisaient l'ADNM, l'IADQ ou l'AD-CIDI ; trois outils d'évaluation validés pour le trouble de l'adaptation selon la CIM-11). Seules les références qui utilisaient ces échelles d'évaluation ont été retenues. Ainsi nous avons réuni cent-douze références, dont la lecture complète de chacune d'entre elles nous a permis d'extraire les informations pertinentes décrivant les différents aspects du trouble. Dans cette revue, nous avons utilisé les résultats des sources originales, afin d'éviter de rapporter des interprétations faites ultérieurement par d'autres auteurs. Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif des ressources interrogées, et pour chacune d'elles, le nombre total de résultats ainsi que le nombre de références retenus pour l'étude :

Pubmed :	382 résultats.	60 retenus.
Pubmed central :	40308 résultats.	19 retenus.
Embase :	110 résultats.	5 retenus.
CAIRN :	14 résultats.	0 retenu.
PsycInfo/PsycExtra :	110 résultats.	4 retenus.
Psycindex :	59 résultats.	2 retenus.
Google Scholar :	15700 résultats.	27 retenus.
CIS MEF :	0 résultat.	0 retenu.
LiSSa :	14 résultats.	0 retenu.
PEP :	0 résultat.	0 retenu.
SantéPsy :	4 résultats.	0 retenu.

PARTIE 2 : RESULTATS

2.1 UNE COURTE HISTOIRE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION

2.1.1 Le trouble de l'adaptation dans les classifications DSM et CIM

Au cours des dernières décennies, diverses appellations ont été utilisées pour définir des troubles qui ressemblaient sur certains aspects à ce que nous appelons aujourd'hui le "trouble de l'adaptation". Ces nouvelles dénominations se sont accompagnées de modifications dans les critères diagnostiques du trouble, à travers les révisions successives du DSM et de la CIM.

Dans la classification DSM, élaborée par l'association américaine de psychiatrie, plusieurs propositions ont été faites pour tenter de décrire ce trouble. Dans le DSM-1 (1952), il est fait mention de "trouble de la personnalité situationnel transitoire" comprenant divers troubles : les réactions situationnelles de l'adulte, les réactions d'ajustement de l'enfance et de la fin de vie... Le trouble deviendra ensuite un "trouble situationnel aigue" dans le DSM-2. Il est alors considéré comme un diagnostic d'exclusion, posé en l'absence d'un trouble psychiatrique majeur. Il faudra attendre le DSM-3 (1980) pour que "le trouble de l'adaptation" soit mentionné pour la première fois. Cette nouvelle dénomination s'accompagne de l'introduction de sous-types, basés sur la présence ou non de symptômes dépressifs, anxieux ou comportementaux (6, p13). En 1994, le DSM-4 décrit le trouble de l'adaptation comme un ensemble de symptômes émotionnels et comportementaux survenant dans les trois mois suivant l'exposition à un facteur de stress identifié. Cette définition intègre un critère de durée (six mois) au-delà duquel le trouble devient chronique, avec la spécificité que le trouble ne doit pas persister plus de six mois après la disparition du facteur de stress. Le DSM-5 apporte un changement notable en intégrant le trouble de l'adaptation au groupe des "Troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress" qui comprenait déjà le trouble de stress post-traumatique, le trouble de stress aigue, le trouble de désinhibition du contact social et le trouble réactionnel de l'attachement. Dans cette catégorie diagnostique, la survenue d'un trouble implique nécessairement une exposition préalable à un évènement traumatique ou stressant. Mis à part quelques modifications, la définition du DSM-5 (2013) est restée assez proche de l'ancienne

version comme en témoignent les critères suivants : "L'apparition de symptômes émotionnels et comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables, dans les trois mois suivant l'exposition à un facteur de stress. Ces symptômes sont cliniquement significatifs comme en témoigne : soit la présence d'une détresse hors de proportion avec la gravité et l'intensité du facteur de stress ; soit la présence d'une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Les perturbations causées par le facteur de stress ne répondent pas aux critères d'un autre trouble mental, ni aux symptômes d'un deuil normal. Les symptômes ne persistent pas plus de six mois après la disparition du facteur de stress ou de ses conséquences".

La classification internationale des maladies (CIM), élaborée par l'OMS et utilisée en pratique clinique par de nombreux praticiens à travers le monde (16), aborde également le concept de trouble de l'adaptation sous des termes parfois semblables. Les premières descriptions qui s'apparentent au trouble sont retrouvées dans la septième version de la CIM. Dans celle-ci, son concept le plus proche correspond à "la réaction d'anxiété" de la catégorie des "réactions anxieuses sans mention de symptômes somatiques", ou encore "la dépression réactive ou psychogène" de la catégorie des "réactions névrotiques dépressives". La CIM-8 redéfinit en 1965 le trouble comme "une perturbation situationnelle transitoire", qui devient une "réaction d'adaptation" dans la CIM-9 (1975). C'est seulement dans la dixième version de la CIM (1994) que le terme "trouble de l'adaptation" est employé pour la première fois (10, p10). Le trouble est alors décrit jusqu'en 2008 comme : " un état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié) ; ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite). La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces

troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites". Tout comme le DSM-5, la définition de la CIM-10 soutient l'existence de sous-types du trouble de l'adaptation : sous-type avec anxiété, avec humeur dépressive, avec anxiété et humeur dépressive (perturbation des émotions), avec perturbation des conduites, ou avec perturbation des émotions et des conduites (17).

La CIM-11 est publiée par l'assemblée mondiale de la santé en mai 2019. Elle apporte une toute nouvelle définition du trouble de l'adaptation. Elle intègre le trouble dans la section des "Troubles spécifiquement associés au stress", comme l'a fait le DSM-5 quelques années plus tôt. Cette section de la CIM-11 comprend également : le trouble de stress post-traumatique et le trouble de stress post-traumatique complexe, le trouble du deuil prolongé, le trouble réactionnel de l'attachement, le trouble de l'engagement social désinhibé. Le point commun à ces différents troubles réside dans la nécessité d'un facteur de stress causal pour que survienne la pathologie, ce qui suggère que le trouble ne serait pas apparu en l'absence de celui-ci.

2.1.2 Le trouble de l'adaptation : un "trouble dépressif réactionnel" ou un "trouble spécifiquement associé au stress" ?

Selon P. Casey, l'histoire du trouble de l'adaptation serait indissociable de celle de "la maladie dépressive". Elle décrit qu'au cours de l'histoire de la psychiatrie, les troubles ont longtemps été conceptualisés soit comme des troubles dits "endogènes", soit comme des troubles dits "exogènes". Les troubles endogènes auraient une causalité "interne" à l'individu, liée principalement à ses caractéristiques biologiques. Tandis que les troubles exogènes seraient la conséquence d'évènements extérieurs dits "stressants" qui viendraient altérer la santé mentale de l'individu. Dans les années soixante-dix, des chercheurs comme D. Hill et D. Taylor avaient soutenu ce modèle. D. Hill considérait qu'il existait différentes formes de dépression

selon la proportion relative de chacun des facteurs étiologiques (facteurs internes et facteurs externes) impliqués dans la survenue du trouble. La mélancolie était alors vue comme une forme de dépression endogène pour laquelle les déterminants biologiques étaient prédominants dans sa survenue. À cela s'opposait une forme réactionnelle de dépression qui était considérée comme résultant d'évènements de vie "intolérables". Dans ce modèle, opposant les maladies endogènes aux maladies exogènes, les outils thérapeutiques dédiés à chaque groupe ne seraient pas les mêmes car ces formes cliniques seraient trop différentes (10, p50).

À la même époque, Henry Ey et ses collaborateurs ont décrit trois formes de dépression : les dépressions endogènes, les dépressions exogènes-psychogènes (dépression névrotique) et les dépressions symptomatiques (d'une psychose ou d'une affection organique). La première est évoquée lorsque l'on ne retrouve pas de "relation compréhensible suffisante entre les circonstances de la vie et la transformation de la personnalité au cours de l'accès dépressif". La deuxième renvoie à une forme de dépression dans laquelle il existe "une fragilité de la personne inscrite dans son caractère" qui est au centre de la pathologie, à laquelle se superpose un facteur de stress favorisant l'apparition du trouble. La troisième correspond aux conséquences psychiatriques d'une affection générale ou lésionnelle du cerveau. Les dépressions névrotiques surviennent le plus souvent après la survenue d'expériences "vécues comme une frustration", suscitant un "sentiment d'insécurité" chez une personne ayant une "personnalité névrotique de base".

Plusieurs sous-types de dépressions névrotiques ont été décrits, dont la dépression réactionnelle qui serait "étroitement liée à un évènement douloureux, mais ayant une intensité et une durée qui ne sont pas proportionnelles à l'évènement". Certains facteurs de risque de dépression réactionnelle impliqueraient des caractéristiques propres à l'individu, puisqu'elles surviendraient "chez des individus manquant de confiance en eux, peu expansifs, trop scrupuleux, passifs et asthéniques...". Ils soulignent enfin que "le traumatisme psychologique n'est pas unique mais que la cause déclenchante apparente... est assortie de conditions de vie et d'un mode de fonctionnement... qui jouent généralement un rôle aussi essentiel". Ce mode de fonctionnement renvoie à "l'appréciation de l'intensité de l'évènement" par le malade (18, p169-183). À travers cette définition, on constate de nombreuses similitudes entre la "dépression réactionnelle" et les définitions récentes du

trouble de l'adaptation, notamment celle de la CIM-10 : une réaction disproportionnée après l'exposition à un facteur de stress considéré comme nécessaire à l'apparition du trouble, chez une personne ayant certaines prédispositions qui favorisent sa survenue. Ces modèles ont été contestés par des recherches ultérieures, avec la mise en évidence du rôle d'évènements de vie stressants dans le déclenchement de formes dépressives autrefois considérées comme endogènes. Ces contestations poussèrent l'APA (association américaine de psychiatrie) à fusionner les concepts de dépression réactionnelle et endogène sous le terme de "dépression majeure" dans le DSM-3. Ces changements seront suivis par l'OMS avec l'apparition du concept général de "trouble dépressif" dans la CIM-9 (19).

Au début des années deux-mille, ce modèle unifié a de nouveau été l'objet de critiques avec les travaux de PR. McHugh. Ce chercheur sépara les troubles mentaux en quatre groupes : les "maladies du cerveau" qui reflètent une atteinte structurale ou fonctionnelle du cerveau, les troubles favorisés par le fonctionnement psychologique ou la personnalité de l'individu, et les troubles "provoqués par des évènements mettant en danger leurs espoirs, leurs engagements et leurs aspirations". D'autres auteurs, soutenant cette conception, ont proposé une forme de dépression où la contribution associée de la personnalité et des facteurs de stress psychosociaux est déterminante dans l'apparition du trouble. C'est dans ce dernier groupe que s'intégrerait le trouble de l'adaptation (10, p50).

Aujourd'hui, le modèle biopsychosocial est un modèle largement partagé pour décrire l'étiopathogénie des troubles psychiatriques. Initialement proposé par le psychiatre L.G Engel (20), il s'agit d'une approche intégrative qui tente d'expliquer comment la biologie, la psychologie et les facteurs sociaux interagissent pour influencer la santé et la maladie. Selon ce modèle, l'apparition d'un trouble psychiatrique dépendrait de plusieurs composantes : une composante biologique (impliquant des anomalies dans les processus physiologiques, la génétique, la chimie des organes...), une composante psychologique (impliquant des processus mentaux et émotionnels, la façon de penser ou de se comporter...), une composante sociale (la présence de la famille et de la communauté, les conditions de vie...). Le poids respectif de chacune de ces composantes dans la survenue d'un trouble psychiatrique varie selon le trouble considéré. Si l'on compare l'héritabilité du trouble schizophrénique (entre 0,80-0,84) à celle du trouble dépressif caractérisé qui est bien plus faible (entre 0,28-

0,40) ; on constate que la composante génétique (biologique) exerce une influence variable dans la survenue d'un trouble psychiatrique (20, p61). En ce qui concerne la composante sociale (environnementale) de ce modèle, le DSM-5 rappelle que le trouble dépressif ou le trouble anxieux généralisé peuvent survenir sans la présence d'un facteur de stress identifiable, même si celui-ci est souvent retrouvé en pratique. Dans le trouble de l'adaptation, ce facteur de stress est considéré comme indispensable à l'apparition du trouble (22).

Certains modèles décrits plus haut rapprochent conceptuellement le trouble de l'adaptation de certaines formes de troubles dépressifs, dans lesquelles l'influence de l'environnement serait prépondérante dans la survenue du trouble. La question de savoir si le trouble de l'adaptation se rattache à la catégorie des troubles dépressifs ou des troubles spécifiquement associés au stress semble avoir trouvé une réponse, par l'intégration du trouble de l'adaptation dans la catégorie des "troubles spécifiquement associés au stress" dans les deux classifications. Cette décision de la CIM-11 et du DSM-5 souligne l'importance accordée à la composante environnementale dans l'étiopathogénie de ce trouble. Cette décision a d'autres conséquences notables, notamment sur sa conceptualisation, sa physiopathologie et sa prise en charge.

2.2 LE TROUBLE DE L'ADAPTATION SELON LA CIM-11

2.2.1 Critères diagnostiques de la CIM-11

En 2013, alors que la nouvelle définition de la CIM-11 était en cours d'élaboration, plusieurs propositions ont été faites par Maercker et al. dans le but d'améliorer l'utilité clinique de la définition diagnostique à venir (3,23). Ces propositions ont été faites à partir d'un corpus de recherches antérieures et de modèles psychologiques qui semblaient particulièrement bien décrire la physiopathologie du trouble de l'adaptation. Les auteurs soutenaient que le trouble de l'adaptation devait être conçu comme une réaction inadaptée à un facteur de stress identifiable ou à un changement de vie. Dans leurs propositions, on retrouve une préoccupation pour le facteur de stress et une incapacité à s'adapter qui se manifestent par

des symptômes additionnels interférant avec la vie quotidienne : des difficultés pour se concentrer, des troubles du sommeil, des symptômes anxieux ou dépressifs, de l'impulsivité, des troubles des conduites, et des comportements d'évitement. L'incapacité à s'adapter est vue comme le fait d'une réaction de stress généralisée, se produisant si l'évènement n'est pas traité avec succès. Ces symptômes apparaissent dans le mois qui suit l'apparition du ou des facteurs de stress et tendent à disparaître au bout de six mois environ sauf si le facteur de stress persiste. On retrouve une détresse importante et une altération du fonctionnement social ou professionnel. Le trouble se distingue des mécanismes d'adaptation normaux par l'intensité de la détresse et de l'altération du fonctionnement. Ils ajoutent qu'il n'y pas de preuve de l'existence de sous-types du trouble et que ces derniers risquent d'induire en erreur alors qu'ils ne sont pas pertinents pour le choix du traitement (24).

Pendant près d'une décennie, des centaines d'experts, en collaboration avec les états membres de l'OMS et d'autres instances ont participé au travail d'élaboration des descriptions cliniques et des recommandations diagnostiques de la section dédiée au "troubles mentaux, comportementaux, et neurodéveloppementaux" de la CIM-11. Le développement de la CIM-11 a été "le processus de révision le plus global, multidisciplinaire et participatif jamais mis en œuvre pour une classification des troubles mentaux". Au cours de ce travail collaboratif, l'accent a été mis sur l'utilité pratique de cette classification ainsi que son applicabilité à l'échelle mondiale. Les auteurs ont également été vigilants à définir une limite claire entre le trouble décrit, les variations normales du comportement et les éventuels diagnostics différentiels. Les variations culturelles dans l'expression symptomatique de chaque trouble ont également été prises en compte (16, p4).

La définition la plus récente du trouble de l'adaptation (janvier 2023), consultable sur le site officiel de l'OMS (25) , propose une définition assez proche de celle proposée par Maercker et al. (24) avec quelques modifications :

"Le trouble de l'adaptation est une réaction inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables (p. ex. divorce, maladie ou invalidité, problèmes socio-économiques, conflits à la maison ou au travail) qui émerge généralement dans le mois suivant le facteur de stress. Ce trouble se caractérise par une préoccupation à l'égard du facteur de

stress ou de ses conséquences, notamment une inquiétude excessive, des pensées récurrentes et pénibles à propos du facteur de stress, ou une rumination constante de ses implications, ainsi que par une incapacité à s'adapter au facteur de stress qui entraîne une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. trouble de l'humeur, un autre trouble spécifiquement associé au stress) et disparaissent généralement en 6 mois, sauf si le facteur de stress persiste plus longtemps".

La version anglaise de la CIM-11 apporte des informations complémentaires à cette définition. Il est précisé que les rappels du facteur de stress aggraveraient les symptômes de préoccupations. Ainsi le patient chercherait à diminuer la préoccupation ou la détresse par l'évitement des stimuli (pensées, sentiments, discussions...) associés au facteur de stress. Le trouble de l'adaptation pourrait se manifester par des symptômes dépressifs, anxieux, une consommation impulsive de toxiques (tabac, alcool et autres substances). Les symptômes du trouble de l'adaptation pourraient disparaître lorsque "le facteur de stress est supprimé, lorsqu'un soutien suffisant est apporté, ou lorsque la personne développe des stratégies d'adaptation supplémentaires". Il est également précisé que les symptômes transitoires, qui disparaissent en quelques jours, ne justifient pas le plus souvent un diagnostic de trouble de l'adaptation. De même, les réponses symptomatiques considérées comme normales face à un événement traumatique entrent dans le cadre de la "réaction aiguë au stress". En général, le trouble apparaît dans le mois suivant l'exposition à un événement stressant mais il peut apparaître après un délai plus long (parfois plusieurs mois). Par ailleurs, il est noté que des événements stressants aigus et intenses sont plus susceptibles de provoquer une apparition rapide des symptômes mais que ces derniers ne durent pas. À l'inverse, des événements stressants plus persistants (des disputes conjugales par ex.) provoqueraient des symptômes d'apparition plus tardive mais qui persistent davantage dans le temps. De ce fait, la durée du trouble de l'adaptation varie largement selon le type d'évènement considéré. La définition souligne enfin que l'altération du fonctionnement n'est pas systématique et qu'un fonctionnement normal peut être maintenu au prix d'efforts significatifs. La CIM-11 précise que le facteur de stress peut être de n'importe quelle gravité et de n'importe quel type. Par conséquent un individu peut développer un trouble de l'adaptation et non un trouble de stress post-traumatique après un

évènement extrêmement menaçant. La distinction entre ces troubles doit donc se faire à partir des critères diagnostiques présents et pas uniquement en fonction du type de facteur de stress causal.

Les auteurs de la CIM-11 notent que de nombreux troubles mentaux peuvent présenter des symptômes de préoccupation, d'incapacité à s'adapter, de rumination ou d'inquiétude. Si le patient présente un autre trouble qui se manifeste par ces symptômes, le diagnostic de trouble de l'adaptation "ne devrait généralement pas être retenu", au profit de l'autre diagnostic. Les diagnostics concernés sont les autres troubles spécifiquement associés au stress, le trouble anxieux généralisé, les troubles de l'humeur... Un diagnostic de trouble de l'adaptation peut être posé en présence d'un autre diagnostic comorbide, si leurs symptomatologies ne se recoupent pas (par ex. phobie spécifique, trouble panique...), si l'évolution des deux troubles peut être distinguée, et si l'ensemble des critères diagnostiques sont présents pour les deux troubles. Les auteurs soulignent enfin que si les symptômes du trouble de l'adaptation persistent plus de six mois après la disparition du facteur de stress, il est généralement approprié de changer de diagnostic.

La CIM-11 donne quelques informations sur l'expression symptomatique du trouble, variable selon l'âge et l'environnement culturel du patient :

En population pédiatrique, il semble que le trouble de l'adaptation puisse se manifester d'une manière différente. Les symptômes de préoccupation pour le facteur de stress ou ses conséquences se manifestent plus souvent par des "symptômes somatiques, un comportement perturbateur ou oppositionnel, de l'hyperactivité, des crises de colère, des troubles de la concentration, ou une difficulté à se séparer de ses proches". Des troubles du sommeil, de l'énuésie et des comportements de régression peuvent en être d'autres formes d'expression. Chez l'adolescent, les symptômes du trouble de l'adaptation peuvent se manifester par des troubles du comportement, des consommations de substances ou des prises de risque. Les auteurs précisent que dans ces populations de jeunes patients, il faut penser à rechercher la survenue d'un facteur de stress antérieur à l'apparition de ces symptômes. En effet, il semble que cette population rencontre plus de difficulté que les autres

à faire le lien entre ces symptômes et la survenue récente d'un événement stressant, ainsi qu'à le verbaliser.

En population gériatrique, les auteurs de la CIM-11 précisent que la somatisation des troubles psychiques est parfois au premier plan. La préoccupation peut alors se concentrer sur les plaintes somatiques. Ces patients semblent également présenter une plus grande anxiété sur les sujets rattachés à leur santé.

Dans une étude prospective récente - réalisée par M. Ben-Ezra et al. (26) - les auteurs ont observé l'évolution des symptômes du trouble de l'adaptation (mesurés par l'IADQ) au cours du deuxième confinement de la pandémie du Covid-19, par une mesure des symptômes avant et après le confinement. Une mesure de l'association entre ces symptômes et la survenue de symptômes somatiques a été réalisée. L'étude comprenait un échantillon d'individus israéliens âgés de plus de dix-huit ans. Le test ANOVA réalisé montrait une association significative ($F(3,748) = 16,723$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,04$) entre la trajectoire évolutive des symptômes du trouble de l'adaptation et la sévérité des symptômes somatiques. Une évolution favorable du trouble de l'adaptation ou l'absence du trouble pendant la période autour du confinement étaient associées à une moindre gravité des symptômes somatiques. D'autres résultats significatifs obtenus par régression logistique montraient une association entre la présence d'un trouble de l'adaptation et celle de symptômes somatiques, lors d'une mesure post-confinement. Cette association concernait les patients qui avaient un trouble de l'adaptation dans la période autour du confinement. Les auteurs mentionnent que leurs résultats sont en accord avec d'autres travaux montrant une association entre l'accumulation de facteurs de stress psychosociaux et l'augmentation des symptômes somatiques.

La CIM-11 mentionne enfin des spécificités culturelles dans l'expression du trouble de l'adaptation. Dans les sociétés dites "collectivistes ou socio-centriques" (dans lesquelles le groupe prime sur l'individualisme), la préoccupation peut s'élargir aux facteurs de stress affectant des parents proches ou des amis. Dans ce type de société, un patient peut voir son trouble de l'adaptation se majorer si le soutien familial ou communautaire est limité. Enfin, il est noté que les symptômes du trouble de l'adaptation peuvent prendre la forme "d'expressions idiomatiques locales" (c'est-à-dire de dénominations culturellement partagées

du trouble) qui sont eux-mêmes la conséquence de facteurs de stress à forte connotation culturelle. Par exemple, les termes "Susto" ou "Espanto" sont utilisés dans certaines régions d'Amérique centrale pour désigner des préoccupations et une peur intense lors de la traversée, seul et de nuit, d'une zone non peuplée.

2.2.2 Apports et questionnements autour de la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation

2.2.2.1 Les changements dans la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation

2.2.2.1.1 Un trouble à seuil complet

Nous l'avons mentionné dans l'introduction, le trouble de l'adaptation a longtemps été considéré comme un trouble à seuil faible, subclinique, léger, et difficile à distinguer des autres troubles psychiatriques. Les critères diagnostiques du trouble de l'adaptation, considérés dans les anciennes classifications comme peu précis et non spécifiques, ont participé à cette image. De ce fait, il a toujours été considéré comme un diagnostic d'exclusion dans les différentes classifications, retenu seulement en l'absence de tout autre trouble psychiatrique.

Selon plusieurs auteurs, la CIM-11 a proposé des symptômes positifs et plus spécifiques, permettant d'inscrire le trouble de l'adaptation parmi les troubles cliniques dits à seuil complet (6, p62). Selon R. Bachem et al. (27), l'existence de critères symptomatiques spécifiques permet dorénavant de développer des thérapies ciblées pour le trouble de l'adaptation. Dès lors, ce trouble à seuil complet ne devrait plus être considéré comme un diagnostic d'exclusion. La "reconnaissance qu'il mérite" (6, p63) n'a été que partielle dans la CIM-11 car le trouble de l'adaptation demeure le plus souvent un diagnostic d'exclusion.

2.2.2.1.2 Comparaison des critères de la CIM-11 et de la CIM-10

La définition CIM-11 du trouble de l'adaptation diffère significativement de celle de la CIM-10 décrite plus haut. La description du facteur de stress est plus exhaustive dans la CIM-10 puisqu'il s'agit d'un "événement stressant ou un changement existentiel important" pouvant

altérer "son système global de support social et de valeurs sociales" ou être lié à une "période de transition". Bien que suggéré dans la CIM-10, le caractère "psychosocial" du facteur de stress (au sens d'un fait social extérieur à l'individu venant interagir avec son psychisme) est clairement mentionné dans la CIM-11. La CIM-11 propose quelques "exemples" de facteurs de stress, suggérant que la liste des événements potentiels est en réalité bien plus longue. Dans la CIM-10, les symptômes se caractérisent par un "état de détresse et de perturbation émotionnelle" pouvant se manifester par "une humeur dépressive, une anxiété, ou une inquiétude, un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets ou à continuer dans la situation actuelle". La présence de certains de ces symptômes (anxiété, dépression, inquiétudes...) est aussi mentionnée dans la version anglaise de la CIM-11. La CIM-11 évoque cependant, pour la première fois, la prédominance des symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter dans la symptomatologie du trouble. Dans la CIM-10, les symptômes entravent "le fonctionnement et les performances sociales" du patient, ce qui dans la CIM-11 pourrait correspondre aux symptômes d'incapacité à s'adapter et d'altération du fonctionnement. Alors que la CIM-10 indique que "la prédisposition et la vulnérabilité individuelle jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie du trouble de l'adaptation", la CIM-11 n'évoque pas ce critère. Les deux définitions sont cependant d'accord sur le fait que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress. La notion de sous-type du trouble de l'adaptation, présente dans la CIM-10, n'est plus mentionnée dans la CIM-11.

2.2.2.1.3 Comparaison des critères de la CIM-11 et du DSM-5

Les deux principales classifications nosographiques des troubles mentaux ont fait le choix d'intégrer le trouble de l'adaptation dans la catégorie des "troubles spécifiquement liés au stress" (CIM-11) ou des "troubles liés au stress" (DSM-5). Ce choix a des conséquences notables sur la façon dont le trouble est conceptualisé, dans la façon de considérer son étiopathogénie et sa prise en charge. Les deux définitions diagnostiques présentent plusieurs similitudes qu'il convient d'évoquer (11). Dans les deux définitions, le trouble de l'adaptation survient après l'apparition d'un facteur de stress identifiable, dans les trois mois précédents l'apparition des symptômes pour le DSM-5, et dans un délai d'un mois pour la CIM-11. Dans les deux cas, le diagnostic ne peut être posé qu'en l'absence d'un autre trouble psychiatrique,

sauf dans certains cas pour la CIM-11 (voir partie 2.2.1 Critères diagnostiques de la CIM-11). Les deux classifications soulignent le caractère transitoire ou temporaire du trouble de l'adaptation qui doit disparaître dans les six mois suivant la disparition du facteur de stress et de ses conséquences (DSM-5) ou qui tend à disparaître dans les six mois sauf si le facteur de stress persiste (CIM-11).

Malgré ces similitudes, les deux définitions divergent de façon notable sur plusieurs points. Concernant le facteur de stress, il est décrit comme un facteur de stress "psychosocial" dans la CIM-11 alors que le DSM-5 utilise le terme plus général de "facteur de stress", ce qui n'est pas sans conséquence. Un apport important de la CIM-11 a été de mieux préciser les symptômes attendus pour ce trouble : les symptômes de préoccupation (traduits par une inquiétude excessive, des ruminations, des pensées récurrentes et pénibles sur le facteur de stress) et d'incapacité à s'adapter. L'incapacité à s'adapter est à l'origine d'une altération du fonctionnement dans divers domaines de vie. Dans le DSM-5, les symptômes se présentent sous la forme de "symptômes émotionnels et comportementaux".

La CIM-11 exige une altération du fonctionnement sur le plan personnel, professionnel ou familial. Le DSM-5 exige quant à lui la présence soit d'une altération du fonctionnement, soit d'une détresse disproportionnée par rapport à la gravité de l'évènement stressant. La nécessité du critère d'altération du fonctionnement dans la CIM-11 permet d'élever le seuil diagnostique et ainsi de diminuer le nombre de faux positifs. Ce choix permet d'éloigner la critique faite au trouble de l'adaptation d'avoir une limite floue avec les réactions dites "normales" au stress. Comme l'indique P. Casey (6, p121), la présence d'une altération du fonctionnement du patient est un indicateur d'une réponse pathologique. Enfin, le DSM-5 précise que les symptômes cliniques ne doivent pas correspondre à un "deuil normal" tandis que la CIM-11 ne mentionne pas ce critère. Les sous-types symptomatiques du trouble de l'adaptation, décrits dans des définitions antérieures du trouble (dont le DSM-5) ne sont plus mentionnés dans la CIM-11, suggérant un concept unifié du trouble. Nous le verrons plus loin, plusieurs études sur la structure symptomatique du trouble de l'adaptation ont montré que les symptômes sont très corrélés et interconnectés, ce qui n'est pas en faveur de l'existence de sous-types symptomatiques.

2.2.2.2 Les questionnements autour de la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation

2.2.2.2.1 La notion de stress psychosocial

La définition du facteur de stress responsable du trouble de l'adaptation a évolué dans les révisions successives de la CIM et du DSM. On retrouve cependant un consensus sur le fait que le facteur de stress a une dimension psychosociale, dans le sens où un fait social vient interagir avec le fonctionnement psychique d'un individu. Cette position s'est vue confirmée par la CIM-11 qui évoque la nécessité "d'un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables" pour la survenue du trouble. Les exemples donnés dans la définition comme le "divorce, la maladie ou l'invalidité, les problèmes socio-économiques, les conflits à la maison ou au travail" laissent suggérer une gravité variable de l'évènement causal qui peut toucher des domaines de vie très variés.

RC. Bachem (27, p5) décrit deux grands types d'évènements stressants selon le niveau d'intensité associé. Le premier comprend des évènements graves mais non traumatiques - pouvant affecter durablement la vie d'un individu - dans lequel on retrouve : le divorce, les problèmes financiers, une maladie ou un handicap, un conflit avec des collègues, un déménagement, une entrée dans la retraite... Le deuxième type regroupe des expériences traumatiques qui vont au-delà des expériences humaines habituelles et qui peuvent menacer la vie de l'individu : l'expérience de la guerre, les violences physiques et sexuelles... Cette conception rejoint celle énoncée par Hamama-Raz et al. (28) qui proposent de différencier les facteurs de stress liés aux transactions quotidiennes avec l'environnement et les évènements traumatiques qui regroupent l'exposition réelle ou par la menace à la mort, aux blessures graves ou aux violences sexuelles.

Dans la CIM-11 (version anglaise), les auteurs apportent des précisions supplémentaires pour le trouble de l'adaptation : "le facteur de stress peut être de n'importe quelle gravité et de n'importe quel type". Par conséquent un individu peut développer un trouble de l'adaptation et non un trouble de stress post-traumatique après un "évènement extrêmement menaçant ou horrible". La distinction entre les troubles doit donc se faire à partir des critères diagnostiques présents et "pas uniquement en fonction du type de facteur de stress". Ceci contraste avec la définition du facteur de stress décrite dans le trouble de stress post-

traumatique, pour lequel il est clairement précisé que celui-ci doit être "extrêmement terrifiant ou menaçant". Ces dernières années, plusieurs études ont abordé ce sujet avec des positions parfois divergentes. A. Maercker et al. avaient noté - dans leur proposition pour une nouvelle définition de la CIM-11 (3) - que le trouble de l'adaptation pouvait faire suite à "un traumatisme extrême". M. Mahat-Shamir et al. (29) ont montré que l'expérience d'évènements traumatisants était un prédicteur significatif de l'apparition du trouble de l'adaptation. Dans plusieurs études parues ces dernières années, le facteur de stress est décrit comme étant le plus souvent non traumatique bien qu'il puisse être "sérieux" (30, p2). D'autres auteurs avancent qu'il serait moins grave que dans le trouble de stress post-traumatique et ne représenterait généralement pas une menace soudaine ou inattendue pour la vie humaine, sans exclure cette possibilité (31).

Le caractère "psychosocial" du facteur de stress, clairement énoncé pour la première fois dans la CIM-11 n'est pas sans conséquence. Un certain nombre de facteurs de stress ne sont pas psychosociaux (6, p115) ce qui questionne la possibilité d'inclure ce type de facteur dans la définition du trouble. Nous venons de le voir, il n'y a pas de consensus clair sur la définition du "facteur de stress" dans le trouble de l'adaptation selon la CIM-11. De nouvelles recherches devront être menées pour affiner les caractéristiques de ce critère diagnostique central. Plusieurs études récentes ont mis en évidence les facteurs de stress les plus représentés dans le trouble de l'adaptation. Nous y reviendrons plus en détails dans la partie 3.1.6.2 Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du trouble de l'adaptation.

2.2.2.2.2 La notion de réaction inadaptée

La redéfinition des critères du trouble de l'adaptation, en élevant le seuil diagnostique du trouble, a rendu la définition diagnostique plus exigeante. Ainsi les nouveaux critères de la CIM-11 pourraient améliorer la distinction entre les réponses adaptatives et pathologiques au facteur de stress (32). Malgré ces avancées, la distinction entre une réponse adaptée et une réaction pathologique au facteur de stress n'est pas évidente, encore plus en psychiatrie. Cette distinction renvoie aux "zones de rareté" qui illustrent les supposées frontières naturelles qui existent entre le normal et le pathologique et entre les différents troubles psychiatriques. En psychiatrie, la délimitation entre ce qui relève du normal et du pathologique passe

par la définition de critères diagnostiques dont le nombre et la durée définissent - lorsqu'ils sont remplis - ce qu'est la pathologie. La réaction inadaptée ou pathologique est la réaction symptomatique qui ne correspond pas à la façon dont la plupart des individus issus du même milieu culturel réagiraient dans une situation donnée, en termes d'intensité symptomatique et de retentissement sur la vie quotidienne. Ainsi, la réaction adaptée ou "normale" est celle présentée par la majorité d'une population pour laquelle on constate un retentissement clinique moindre. Définir cette limite est un choix clinique, statistique et culturel. En effet, l'expression de ses émotions dans une situation donnée peut dans certaines cultures être tolérée voir même encouragée, alors qu'elle serait désapprouvée dans d'autres. La définition d'une réponse adaptée à un facteur de stress est donc fortement liée à la culture de la population concernée. La définition de ce qu'est une réaction inadaptée nécessite de définir la réponse adaptée pour chaque événement stressant auquel un individu peut être confronté. Or, comme le souligne P. Casey (6, p53) : "le nombre et la combinaison d'évènements qui arrivent aux humains est illimitée, rendant la tâche impossible". Qu'est-ce qu'une réaction normale lorsque l'on voit sa maison balayée par une crue exceptionnelle ? Qu'est-ce qu'une réaction normale lorsqu'une pandémie mondiale nous confine au domicile pendant des semaines ? Qu'est-ce qu'une réaction normale lorsque l'on apprend que son enfant est atteint d'un cancer ? Autant de questions auxquelles les réponses, complexes, nécessitent une réflexion approfondie.

2.2.2.2.3 La notion de préoccupation

La CIM-11 décrit le symptôme de "préoccupation à l'égard du facteur de stress ou de ses conséquences" comme un symptôme central du trouble de l'adaptation. La préoccupation est décrite comme pouvant se manifester par : "une inquiétude excessive, des pensées récurrentes et pénibles à propos du facteur de stress, ou une rumination constante de ses implications". Selon cette définition, l'inquiétude, la pensée récurrente ou pénible et la rumination seraient différentes formes d'expression de la préoccupation. Or, selon certains auteurs, ces concepts divergent du concept de préoccupation par les mécanismes cognitifs et émotionnels qu'ils mettent en jeu. C'est ce que suggère également une étude de DJ. Eberle et al. (33) qui

souligne les différences significatives entre le symptôme de préoccupation, de rumination et d'inquiétude qui ne semblent pas refléter les mêmes concepts.

D. Eberle et A. Maercker (33) ont proposé une définition de la préoccupation : "Penser à quelque chose de façon continue, penser à quelque chose fréquemment ou pendant longtemps". La préoccupation est vue par les auteurs comme une pensée factuelle, chronophage, toujours reliée au facteur de stress, sur des faits neutres dans leur contenu. La préoccupation est souvent accompagnée d'émotions négatives notamment lorsqu'elle s'accompagne de ruminations. Il faut noter que les pensées associées à la préoccupation ne sont pas forcément fidèles à la réalité.

Plusieurs modèles décrivent les mécanismes psychologiques impliqués dans la préoccupation : la théorie de la dissonance cognitive, la théorie du biais attentionnel, la théorie motivationnelle et la théorie cognitivo-émotionnelle.

En cas de dissonance cognitive, c'est à dire lorsque l'individu rencontre une divergence entre ses différents éléments cognitifs (tels que des opinions ou des connaissances), il cherche à rétablir une cohérence dans ses éléments afin de diminuer la dissonance et la détresse psychologique qui en résulte. Pour ce faire, il peut utiliser diverses stratégies mentales telles que le rejet d'informations dissonantes (rejet d'informations nouvelles en désaccord avec les cognitions antérieurs), l'ajout d'informations consonantes (ajout de nouvelles informations validant la cognition antérieur), ou la réévaluation des informations nouvelles et pénibles. Cette théorie cognitive suggère que la préoccupation est une façon de diminuer la dissonance cognitive. Les auteurs soulignent que la quantité de préoccupation peut être un marqueur de la gravité du trouble.

Dans la même idée les auteurs font l'hypothèse que la préoccupation a une composante motivationnelle, dans le sens où l'individu qui a subi un événement stressant va à posteriori tenter de comprendre, de clarifier les causes et les implications de l'évènement stressant. Ce besoin de retraiter l'information s'inscrit dans les approches constructivistes et dans le postulat que le retraitement des informations issues d'expériences stressantes est important pour le rétablissement. Cette réflexion sur les informations relatives à l'évènement stressant, avec

l'anticipation des conséquences futures de celui-ci, serait une caractéristique de la préoccupation. Dans cette perspective, les préoccupations pourraient être d'autant plus persistantes que l'évènement est difficile à comprendre et à traiter.

La préoccupation peut également être vue comme une tendance cognitive à rester fixé sur un facteur de stress, avec une difficulté à détourner son attention de certains stimuli stressants. Il s'agit du biais d'interférence attentionnelle issu de la théorie cognitive du biais attentionnel.

Une autre conception de la préoccupation, élaborée sur le modèle cognitivo-émotionnel est proposée par les auteurs. La préoccupation est vue comme une composante cognitive déclenchée par une stimulation émotionnelle, elle-même provoquée par un stimulus associé à l'évènement stressant. À l'inverse, des cognitions (dont des préoccupations) associées à l'évènement stressant peuvent déclencher certaines émotions désagréables pour le patient. Le symptôme d'évitement décrit dans la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation semble s'intégrer à ce modèle. En effet, ce symptôme se définit comme l'évitement cognitivo-comportemental des "pensées, sentiments, discussions associées à l'évènement stressant" pour prévenir l'apparition des préoccupations et de la détresse associée.

Plus loin, les auteurs relèvent des différences notables entre les concepts de préoccupation, de rumination et d'inquiétude. Ils regroupent ces symptômes sous le terme général de "pensée répétitive" au sens de processus par lequel on pense de manière "attentive, répétitive, ou fréquente à soi-même et à son monde".

La rumination y est décrite comme "une manière stable, négative et largement construite de répondre aux divergences entre l'état actuel et l'état cible". Cette évaluation ou appréciation négative se manifeste par des pensées négatives. Par exemple : "La perte de mon travail est une chose terrible, qui va me faire perdre toute valeur aux yeux des autres" est une rumination. Les auteurs mentionnent, à partir de recherches sur le trouble de stress post-traumatique que la rumination pourrait permettre l'évitement des pensées intrusives associées au facteur de stress. Ce processus d'évitement serait d'autant plus présent que l'évènement stressant est déstabilisant. Selon eux, en évitant la survenue de la préoccupation, la rumina-

tion permettrait d'éviter la confrontation avec les pensées factuelles liées à l'évènement stressant. La rumination empêcherait donc le travail d'analyse factuelle de l'évènement stressant permis par la préoccupation, pourtant nécessaire à la diminution de la détresse du patient.

La pensée répétitive négative (PRN) est une évaluation immédiate, rapide et négative de sa propre situation, de soit même ou de son avenir. Elles sont souvent présentes de façon simultanée avec la rumination et la préoccupation mais reste conceptuellement différentes de ces dernières. Tandis que la rumination peut être vue comme "une chaîne complète d'évaluations négatives continues", la PRN est une évaluation négative de courte durée. "Quelle horreur !" pourrait être une PRN retrouvée chez quelqu'un venant de perdre son travail. Il est difficile de savoir si la "pensée récurrente pénible" mentionnée par la CIM-11 correspond au concept de PRN. Des descriptions plus fines devront être proposées pour préciser ce point.

L'inquiétude était anciennement décrite comme "une chaîne de pensées et d'images chargées d'affects négatifs, relativement incontrôlables, qui favorisent l'évitement de l'anticipation de menaces potentielles". Dans l'inquiétude il y a des appréhensions anxieuses, orientées exclusivement vers le futur : "Et si je n'ai plus assez d'argent pour payer mon loyer ?". Les auteurs soutiennent que l'inquiétude, dans sa forme persistante et incontrôlable, devient une façon d'éviter de se confronter à des éléments cognitifs déstabilisants ce qui empêche la recherche de solutions.

Selon les auteurs, la pensée neutre quotidienne ressemble sur plusieurs aspects à la pensée factuelle de la préoccupation. À la différence que dans la préoccupation, la réaction émotionnelle associée aux pensées est bien plus forte. Les pensées sont également dirigées plus longuement en direction du facteur de stress. Au contraire, les pensées neutres passent d'un sujet à l'autre sans se fixer longuement sur un sujet en particulier.

Enfin, les auteurs notent que le plus souvent, la préoccupation reste d'intensité modérée et n'a pas de retentissement clinique notable. Elle peut même être associée à des émotions positives (par ex. une rencontre amoureuse), comme elle peut être neutre ou associée à des émotions négatives.

Dans cette partie, nous avons décrit la préoccupation comme un "processus naturel" et "normal" de retraitement des informations associées à des événements de vie adverses, permettant l'intégration de ces expériences en mémoire biographique par un processus de traitement répétitif de l'information, participant au rétablissement du sujet. Cette conception a des conséquences notables sur la façon de prendre en charge ce symptôme. La compréhension de l'évènement stressant, de ses causes et ses conséquences, plutôt que l'évitement des pensées désagréables par la rumination ou l'inquiétude sont quelques pistes que nous aborderons dans la partie 2.8 LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION.

2.2.2.2.4 La notion d'incapacité à s'adapter et de déficience fonctionnelle

La CIM-11 ne précise pas la forme que peuvent prendre les symptômes d'incapacité à s'adapter. On sait cependant qu'elle "entraîne une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants". Plusieurs auteurs ont proposé une série de symptômes pour décrire le syndrome d'incapacité à s'adapter. Ce syndrome est décrit dans de nombreuses études comme un ensemble de symptômes interférant avec le fonctionnement quotidien, avec au premier plan des troubles de la concentration et des troubles du sommeil (34–37). Selon certains auteurs, ces symptômes seraient ceux d'une "réponse généralisée au stress" (30, p2). L'échelle IADQ évoque "une difficulté à se détendre ou à ressentir un état de calme", "une difficulté à atteindre un état de paix intérieure". D'autres études évoquent une incapacité à retrouver une certaine sérénité émotionnelle (38), une incapacité à récupérer émotionnellement (39,40), une perte d'intérêt pour le travail ou la vie sociale (10,41) et pour les activités sources de plaisir (42), des difficultés à réaliser les tâches quotidiennes (5), ou encore une perte de confiance en soi (43).

Par ailleurs, un certain nombre d'études ne font pas de séparation nette entre les symptômes d'incapacité à s'adapter et les symptômes de déficience fonctionnelle (41,44). C'est notamment le cas pour les échelles ADN-20, ADN-4 et ADN-8 dans lesquelles les deux types de symptômes sont regroupés au sein d'une même catégorie symptomatique : "Incapacité à

s'adapter". On peut ainsi retrouver parmi les items d'incapacité à s'adapter de l'ADNM-8 : "j'ai du mal à me concentrer sur certaines choses" et " la situation stressante m'a fortement affecté dans mes relations personnelles, mes activités de loisirs ou d'autres domaines importants de la vie" (voir *Annexe 3*).

La déficience fonctionnelle est décrite dans la CIM-11 comme une altération du fonctionnement dans divers domaines de vie (personnel, familial, professionnel, scolaire, ...) (10). Cette déficience détermine dans quelle mesure l'incapacité à s'adapter affecte nos relations sociales (diminution de l'investissement social, conflits familiaux...), nos activités de loisirs, notre capacité à aller au travail (absentéisme) ou à poursuivre nos études, notre capacité à assurer les tâches de la vie quotidienne... (45).

2.2.2.2.5 La temporalité et l'évolution du trouble de l'adaptation

La CIM-11 indique que le trouble de l'adaptation apparaît généralement "dans le mois suivant le facteur de stress", avec une disparition des symptômes "généralement en six mois, sauf si le facteur de stress persiste plus longtemps".

La version anglaise de la CIM-11 précise que le trouble de l'adaptation peut apparaître après un délai plus long (parfois plusieurs mois) après la survenue de l'évènement stressant. Les auteurs notent aussi que des "événements stressants aigus et intenses sont plus susceptibles de provoquer une apparition rapide des symptômes mais que ces derniers ne durent pas". À l'inverse, "des événements stressants plus persistants (disputes conjugales) provoqueraient des symptômes d'apparition plus tardive mais qui persistent davantage dans le temps". De ce fait, la durée et l'intensité du trouble de l'adaptation varie largement selon les situations. Les auteurs notent que les symptômes du trouble de l'adaptation disparaissent lorsque "le facteur de stress est supprimé, lorsqu'un soutien suffisant est apporté, ou lorsque la personne développe des stratégies d'adaptation supplémentaires". Il est également précisé que les "symptômes transitoires, qui disparaissent en quelques jours ne justifient pas le plus souvent d'un diagnostic de trouble de l'adaptation".

Plusieurs études récentes se sont intéressées à l'évolution temporelle du trouble. Elles apportent des éléments nouveaux que nous décrirons plus en détails dans la partie 2.5.1 La temporalité du trouble de l'adaptation.

2.2.2.2.6 La question de la comorbidité

La définition initiale proposée par la CIM-11 est claire à ce sujet : "les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. trouble de l'humeur, un autre trouble spécifiquement associé au stress)". Cette précision implique à priori que si les critères diagnostiques sont remplis pour un autre trouble, celui-ci se substitue au trouble de l'adaptation. Plus loin dans la définition, les auteurs précisent que le diagnostic de trouble de l'adaptation peut être posé en présence d'autres diagnostics si leurs symptomatologies ne se recoupent pas (par ex. phobie spécifique, trouble panique, ...), à condition que l'évolution des deux troubles puisse être distinguée et que l'ensemble des critères diagnostiques soient présents pour les deux troubles. Depuis la parution de la CIM-11, plusieurs études sont venues appuyer une conception plus large de la comorbidité que celle proposée dans la définition officielle.

En 2021, M. Dragan et al. (46) ont évalué la prévalence et la gravité symptomatique de trois troubles psychiatriques (trouble dépressif, trouble anxieux généralisé, trouble de l'adaptation) sur un échantillon polonais (N = 1742) au début de la pandémie liée au Covid. Les mesures ont été réalisées - juste après les premières mesures sanitaires (confinement, restriction de liberté) - par un questionnaire en ligne et comprenaient diverses échelles dont la validité psychométrique est reconnue (l'ITQ pour le trouble de stress post-traumatique, le PHQ-9 pour le trouble dépressif, l'ADNM-20 pour le trouble de l'adaptation, le GAD-7 pour l'anxiété généralisée). Il faut noter que le PHQ-9 a été validé sur les critères du DSM-4, et le GAD-7 sur les critères DSM-5. L'ITQ et l'ADNM-20 étaient adaptées à la définition CIM-11 de ces troubles. Les analyses descriptives effectuées montraient que 49% des personnes interrogées présentaient un trouble de l'adaptation à partir de la méthode de calcul conservatrice. La prévalence montait à 57,1% et 66,1% de l'échantillon en utilisant des méthodes de calcul plus libérales. D'autres résultats montraient une prévalence de 25,7% pour le trouble dépressif,

avec une corrélation positive et significative entre les symptômes de dépression et ceux du trouble de l'adaptation ($r = 0,57$ à $0,66$; $p < 0,001$). La prévalence du trouble anxieux généralisé était de 43,9% avec là aussi une corrélation positive et significative avec le trouble de l'adaptation ($r = 0,67$ à $0,70$; $p < 0,001$). Les résultats montraient que 2,4% de l'échantillon avait un trouble de stress post-traumatique, avec encore une fois une corrélation positive - bien que plus modérée - avec le trouble de l'adaptation ($r = 0,45$ à $0,47$; $p < 0,001$). La prévalence du trouble de l'adaptation descendait à 14 % si l'on considérait seulement les individus qui n'avaient pas de comorbidité associée. Cette corrélation positive suggère que lorsque l'un des deux facteurs augmente, l'autre a aussi tendance à augmenter, ce qui implique la possibilité d'une comorbidité. Malgré certaines limites soulevées par les auteurs (méthode d'échantillonnage avec auto-sélection, échantillon majoritairement féminin, auto-évaluation), cette étude suggère que la comorbidité est possible entre le trouble de l'adaptation et d'autres troubles psychiatriques : le trouble anxieux généralisé, le trouble dépressif et le trouble de stress post-traumatique.

Une analyse de comorbidités réalisée en population suédoise par J. Sundquist et al. (47) a montré une corrélation positive et significative entre le trouble de l'adaptation et le trouble dépressif (OR = 6,5 ; IC95% (6,5 - 6,6)), le trouble anxieux généralisé (OR = 5,8 ; IC95% (5,8 - 5,9)) et le trouble obsessionnel compulsif (OR = 4,1 ; IC95% (4 - 4,2)). Notons cependant que le diagnostic de ces différents troubles reposait sur la classification CIM-10.

En 2021, L. Liang et al. (48) ont mené une étude visant à évaluer les propriétés psychométriques de l'ADNM-20 et de l'ADNM-4 dans un échantillon Hongkongais. Dans cet échantillon, la prévalence du trouble de l'adaptation (score seuil ≥ 9 sur l'échelle ADNM-4) était de 36,3% (IC95% (33,5 - 39,2)) dont 15,8% (IC95% (13,7 - 18)) de participants qui présentaient à la fois un trouble de l'adaptation et un trouble dépressif (défini par un score seuil ≥ 10 sur l'échelle de dépression PHQ-9).

T. Jannini et al. (7) ont mené une étude transversale afin de valider les propriétés psychométriques d'une version italienne de l'IADQ dans un échantillon (N = 21207) majoritairement féminin, pendant la première vague du Covid-19 (en mars 2020). Dans cet échantillon, ils ont mesuré une prévalence de 35,8% pour le trouble de l'adaptation (en

utilisant l'algorithme diagnostique décrit dans la partie 2.3.2 International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ)). La prévalence diminuait à 8,23% après exclusion des participants ayant un trouble dépressif ou anxieux comorbide. Des mesures de corrélation (coefficient r de Pearson) ont été faites entre les sous-échelles de l'IADQ (préoccupation, incapacité à s'adapter) et d'autres variables : le trouble anxieux généralisé (évalué par l'échelle GAD-7), le trouble dépressif (évalué par l'échelle PHQ-9), le trouble de stress post-traumatique (évalué par la GDS), et l'insomnie (évalué par l'ISI). Les scores de préoccupation, d'incapacité à s'adapter et le score total de l'IADQ étaient fortement et positivement corrélés aux scores des symptômes de dépression ($r = 0,544$, $r = 0,638$, $r = 0,616$, respectivement), du trouble anxieux généralisé ($r = 0,600$, $r = 0,677$, $r = 0,665$, respectivement) et du trouble de stress post-traumatique ($r = 0,570$, $r = 0,628$, $r = 0,624$). Les mesures de régression logistique retrouvaient également des corrélations positives et significatives entre l'échelle IADQ, la PHQ-9 et la GAD-7. Ces résultats indiquent que la présence de symptômes du trouble de l'adaptation chez un individu pourrait s'accompagner de symptômes du trouble dépressif (tristesse, perte d'intérêt) ou de symptômes du trouble anxieux généralisé (inquiétude excessive, tension). La corrélation entre symptômes du trouble de l'adaptation et symptômes du trouble de stress post-traumatique est plus discutable car l'échelle utilisée (la GPS) n'est pas spécifique des symptômes de ce trouble.

2.3 LES OUTILS D'EVALUATION DU TROUBLE DE L'ADAPTATION SELON LA CIM-11

2.3.1 Adjustment Disorder New Module (ADNM)

2.3.1.1 ADNM-29 et ADNM-20

L'échelle ADNM a été la première échelle de dépistage du trouble de l'adaptation à répondre aux critères diagnostiques de la CIM-11. Sous la forme d'un auto-questionnaire ou d'un entretien clinique structuré, elle permet un dépistage catégoriel et dimensionnel du trouble

de l'adaptation ainsi que d'en évaluer la sévérité. Ce questionnaire, divisé en deux parties, était disponible initialement en deux versions : une première à 29 items, à partir de laquelle une version plus courte à 20 items a été développée (6, p31).

Dans les deux versions, la première partie de l'échelle ADNM (voir *Annexe 2*) propose au patient seize évènements stressants (sept évènements aigus et neuf évènements chroniques) touchant des domaines de vie très divers (un divorce, un décès ou la maladie d'un proche, des problèmes financiers, des conflits avec ses voisins...). Le patient doit cocher les évènements ayant eu lieu au cours des deux dernières années qui représentent actuellement un fardeau ou qui ont été un fardeau au cours des six derniers mois. Le patient indiquera l'évènement qui a été le plus éprouvant ou stressant. Deux questions ouvertes supplémentaires permettent au patient d'indiquer des évènements qui ne figureraient pas dans liste. Dans une deuxième partie, vingt énoncés (vingt-neuf pour la version ADNM-29) seront proposés, correspondant aux possibles réactions symptomatiques associées à l'évènement décrit comme le plus stressant. Ces items ou énoncés représentent des symptômes qui - selon plusieurs auteurs (24) - appartiennent au champ symptomatique du trouble de l'adaptation.

L'ADNM-29 comprend vingt-neuf items répartis en deux groupes de symptômes principaux : cinq items pour les symptômes de préoccupation et cinq items pour les symptômes d'incapacité à s'adapter. S'ajoute à cela un ensemble de symptômes accessoires : trois items pour l'anxiété, six items pour l'humeur dépressive, six items pour l'évitement, quatre items pour l'impulsivité. Dans l'ADNM-20, on retrouve aussi deux groupes de symptômes principaux qui comprennent les symptômes de préoccupation (quatre items) et d'incapacité à s'adapter (quatre items). De la même façon on retrouve les symptômes accessoires d'évitement (quatre items), de dépression (quatre items), d'anxiété (deux items) et d'impulsivité (trois items). On retrouve dans l'ADNM-20 un item supplémentaire reflétant l'altération du fonctionnement de l'individu : "les symptômes entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ". Pour chaque symptôme ou item, le patient doit déterminer sa fréquence de survenue au cours de la semaine écoulée (sur une échelle de Likert à quatre points : jamais = un, rarement = deux, parfois = trois, souvent = quatre) et notifier depuis quand le symptôme est présent (moins d'un mois, entre un et six mois, plus de six mois). Le score global à l'échelle ADNM est calculé

comme la somme totale des scores obtenus à l'ensemble des items. On obtient ainsi un score sur soixante pour l'ADNM-20 et quatre-vingt-sept pour l'ADNM-29.

Maercker et al. (49) ont proposé en 2007 de définir le trouble de l'adaptation comme un "syndrome de réponse au stress" caractérisé par des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'incapacité à s'adapter, comme dans le trouble de stress post-traumatique. Selon les auteurs, "l'intrusion" fait référence à la contemplation involontaire ou à la rumination de l'évènement stressant, pouvant être déclenchée par des indices environnementaux. L'incapacité à s'adapter a pour conséquence une difficulté à faire face aux activités du quotidien (travail, relations, loisirs). L'évitement renvoie au fait d'éviter les pensées, les sentiments, ou les actions associés à l'évènement stressant (par des mécanismes cognitifs et comportementaux). À partir de cette proposition conceptuelle, F. Einsle et al. (50) ont élaboré puis évalué l'ADNM-29. Les auteurs ont fait remarquer que l'analyse factorielle de l'échelle était conforme aux propositions théoriques citées plus haut avec la présence de trois facteurs dominant la symptomatologie : l'intrusion, l'évitement, et l'incapacité à s'adapter. De même, ils ont retrouvé de bonnes propriétés psychométriques de l'échelle, avec une bonne fiabilité test-retest sur six semaines (rtt = 0,61 pour les préoccupations, rtt = 0,84 pour l'incapacité à s'adapter, rtt = 0,71 - 0,79 pour les symptômes associés) et une bonne cohérence interne des différents symptômes qui reflétaient donc correctement le diagnostic de trouble de l'adaptation ($\alpha = 0,71$ à $\alpha = 0,90$).

Plus tard, R. Bachem et al. (51) ont étudié la validité psychométrique de l'ADNM-29 par une analyse de sa validité convergente et discriminante, ainsi que de sa sensibilité au changement. L'étude soutenait la validité convergente et discriminante de l'échelle ainsi que sa sensibilité à l'évolution des symptômes au cours du traitement pharmacologique. Selon les auteurs, l'ADNM-29 est un instrument adapté à l'évaluation symptomatique du trouble de l'adaptation selon la CIM-11. À notre connaissance, aucune étude n'a défini de score seuil pour l'ADNM-29 à partir duquel un diagnostic de trouble de l'adaptation pourrait être envisagé. L'échelle permettrait cependant d'estimer la probabilité de présence du trouble et son intensité.

Dans une étude parue en 2020, H. Tang et al. (52) ont testé les propriétés psychométriques d'une version chinoise de l'ADNM-20, dans une population de patientes (N = 354) atteintes

d'un cancer du sein. Les mesures de cohérence interne (Cronbach $\alpha = 0,93$; Fiabilité Split Half = $0,87$; Coefficient de corrélation intra-classe = $0,74$) pour l'ensemble de l'échelle étaient bonnes, de même que les corrélations entre l'échelle totale et les six sous échelles (préoccupation, incapacité à s'adapter...). L'analyse factorielle de l'ADNM-20 a montré une structure de l'échelle à deux facteurs principaux (représentant les symptômes principaux) et quatre facteurs (symptômes) accessoires. Malgré certaines limites décrites dans l'étude, notamment la représentativité de l'échantillon, celle-ci soutient la fiabilité de l'ADNM-20 pour le dépistage du trouble de l'adaptation.

En 2021, A. Vancappel et al. (53) ont testé les propriétés psychométriques d'une version française de l'ADNM-20 dans un échantillon ($N = 1100$) d'individus ayant subi un épisode de confinement lié au Covid-19. Les résultats montraient une bonne cohérence interne selon l'oméga de McDonald ($\omega = 0,918$) pour l'échelle globale mais plus faible pour les sous-échelles (c'est à dire les symptômes pris individuellement). Ce résultat signifie que l'échelle dans son ensemble mesure un concept unique, mais que les sous-échelles (préoccupation, incapacité à s'adapter, anxiété, dépression...) varient dans leur capacité à représenter le concept de trouble de l'adaptation. L'analyse factorielle confirmatoire était en faveur d'une structure bifactorielle de l'échelle, incluant un facteur général et six facteurs complémentaires, ce qui suggère à la fois l'unidimensionnalité et la multi-dimensionnalité du trouble de l'adaptation. Malgré plusieurs limites, les auteurs suggéraient que l'ADNM-20 pouvait être utilisée pour évaluer le trouble de l'adaptation selon la CIM-11.

La même année, des chercheurs (48) ont évalué la fiabilité et l'utilité clinique de l'ADNM-20 à partir d'un échantillon Hongkongais ($N = 1415$). Dans cette étude, la validité discriminante était jugée bonne avec d'autres instruments de mesure (comme celle de l'autorégulation) du fait de l'absence de corrélation significative, montrant que l'ADNM-20 mesurait des construits différents de cet instrument. L'analyse de régression indiquait des corrélations modérées entre scores de base et de suivi, suggérant que l'ADNM fournit des résultats cohérents dans le temps, donc une bonne fiabilité test-retest. L'analyse factorielle confirmatoire montrait que le modèle bifactoriel (avec un facteur général commun et des facteurs de groupe spécifiques) correspondait le mieux à la structure proposée par l'ADNM-20. Cependant, l'oméga-H suggérait que 94% de la variance du score de l'ADNM-20 était attribuée à un seul

facteur général. Ces résultats indiquent une structure bifactorielle avec un facteur général dominant pouvant suggérer l'unidimensionnalité du trouble. En accord avec ces résultats, les auteurs concluaient à la fiabilité de l'échelle ADN-20 pour l'évaluation du trouble de l'adaptation.

L. Lorenz et al. (51) ont mené une étude originale visant à définir un score seuil pour l'ADN-20 qui permettrait de définir les patients à haut risque d'avoir un trouble de l'adaptation. L'étude comprenait une analyse en grappe et une analyse ROC sur un échantillon suisse de quatre-vingts personnes qui participaient à une étude randomisée sur l'efficacité d'un guide d'auto-aide pour les personnes ayant subi un cambriolage. L'analyse en grappe identifiait trois niveaux de gravité pour les symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter. L'analyse ROC montrait un seuil optimal à 47,5 avec un risque élevé de trouble de l'adaptation pour un score > 48. On note que 87% des personnes ayant ce trouble pouvaient être identifiées par ce seuil (sensibilité) et que 93% des personnes dépistées négatives par ce score n'avaient pas le trouble (valeur prédictive négative). L'étude présentait plusieurs limites : le manque de représentativité de l'échantillon, l'absence d'instrument de référence pour la comparaison avec l'ADN-20. E. Kazlauskas et al. (13) ont fait remarquer que dans cette étude, la spécificité était assez faible (74%) de même que la valeur prédictive positive qui était encore plus faible (57%). Malgré ces limites, cette étude est l'une des rares à avoir proposé un score seuil pour l'échelle ADN-20.

Deux autres méthodes diagnostiques du trouble de l'adaptation par l'ADN-20 ont été proposées (46) : une méthode dite conservative, une méthode dite modérément libérale et une méthode dite très libérale. La méthode conservative implique de satisfaire plusieurs critères : au moins un item ≥ 3 et au moins 2 items ≥ 2 dans les deux groupes de symptômes principaux (préoccupation, incapacité à s'adapter) associé à un score ≥ 3 pour l'item de déficit fonctionnel (item 20 : "Dans l'ensemble, la situation entraîne une altération grave de ma vie sociale ou professionnelle, de mes activités de loisirs ou d'autres domaines importants de mon fonctionnement"). La méthode modérément libérale se mesure par l'addition des scores obtenus pour les items principaux (préoccupation, incapacité à s'adapter) et accessoires (anxiété, humeur dépressive, évitement, impulsivité). La méthode très libérale correspond à

l'addition des scores obtenus à tous les items. Dans les méthodes dites libérales, le diagnostic est retenu si le score obtenu est supérieur à 47,5 (24,51).

2.3.1.2 ADNM-8 et ADNM-4

Deux nouvelles versions plus courtes de l'ADNM (ADNM-4, ADN-8) sont apparues ces dernières années, afin d'améliorer la rapidité de passation de l'échelle et pour éliminer certaines variables considérées comme "superflues". Il s'agissait également de limiter le risque d'erreur dans la traduction d'énoncés symptomatiques (8). Ces deux nouvelles échelles ont été construites à partir de l'ADNM-20 mais elles n'intègrent que les deux grands groupes symptomatiques définis par la CIM-11 : les symptômes de préoccupation et les symptômes d'incapacité à s'adapter. Sur le même modèle que les échelles précédentes, on retrouve une première partie comprenant les mêmes facteurs de stress (aigus, chroniques) présents au cours des deux dernières années. Puis une deuxième partie composée d'énoncés décrivant les symptômes du trouble de l'adaptation. De la même façon, les symptômes sont évalués sur une échelle de Likert selon leur fréquence (un score de 0 à 4 pour chaque item), en précisant pour chacun d'eux depuis quand les symptômes sont présents (moins d'un mois, entre un et six mois, plus de six mois). Comme pour les précédentes versions, le score total est calculé par la somme des scores obtenus pour chaque item.

Dans l'ADNM-8 (voir *Annexe 3*) on retrouve une première partie comparable à l'ADNM-20 comprenant les mêmes événements de vie stressants. La liste des items ne comprend que les énoncés symptomatiques qui reflètent les deux principaux groupes symptomatiques définis par la CIM-11 : les symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter. Les items 1,2,4,5 reflètent les symptômes de préoccupation. Les items 3,6,7,8 reflètent les symptômes d'incapacité à s'adapter. L'ADNM-8 ne fait pas la distinction entre symptômes d'incapacité à s'adapter et symptômes de déficience fonctionnelle, puisqu'elle regroupe tous ces symptômes dans la catégorie des symptômes d'incapacité à s'adapter. Dans l'ADNM-4 (voir *Annexe 4*) le nombre d'items est encore réduit avec deux items pour la préoccupation et deux items pour l'incapacité à s'adapter.

En 2017, E. Kazlauskas et al. (54) ont évalué les propriétés psychométriques de l'ADNM-8 sur un échantillon d'individus lithuaniens (N = 1176) inscrits à un programme thérapeutique en ligne pour le trouble de l'adaptation. La cohérence interne de l'échelle ADNM-8 - mesurée par l'alpha de Cronbach - était considérée comme bonne ($\alpha = 0,83$) pour l'ensemble de l'échelle, pour la sous-échelle de préoccupation ($\alpha = 0,85$) et pour la sous-échelle d'incapacité à s'adapter ($\alpha = 0,71$). Cette bonne cohérence interne suggère que l'ADNM-8 mesure bien ce qu'elle doit mesurer, à savoir le trouble de l'adaptation (même si la sous-échelle d'incapacité à s'adapter semble moins bonne pour cela). Les deux sous-échelles de l'ADNM-8 (préoccupation, incapacité à s'adapter) et tous leurs éléments étaient significativement corrélés avec le score total de l'ADNM-8 ce qui suggère que chaque élément contribue à la mesure globale. L'analyse factorielle confirmatoire de l'ADNM-8 était en faveur d'un modèle à deux facteurs avec de bons indices d'ajustement. La corrélation élevée ($r = 0,72$) entre les deux facteurs (préoccupation, incapacité à s'adapter) suggère la même conclusion : deux facteurs qui sont très liés mais bien distincts. L'ensemble de ces données soutient la structure de l'ADNM-8 en deux groupes symptomatiques (préoccupation, incapacité à s'adapter) comme proposée par la CIM-11. Ils suggèrent également une bonne validité de l'ADNM-8 pour l'évaluation du trouble de l'adaptation.

Plus récemment, M. Ben-Ezra et al. (36) ont examiné la validité psychométrique des deux échelles (ADNM-4 et ADNM-8) sur un échantillon issu de la population israélienne. Les auteurs ont également tenté de définir des valeurs seuils pour le diagnostic du trouble de l'adaptation. Les résultats montraient des corrélations fortes entre les échelles ADNM-20, ADNM-8 et ADNM-4 ($R > 0,938$). Ceci suggère selon les auteurs que les échelles plus courtes (ADNM-8, ADNM-4) ont globalement la même structure que la version longue (ADNM-20). Elles peuvent donc être utilisées à la place de l'ADNM-20 pour le dépistage du trouble. Pour l'ADNM-8, les auteurs ont retrouvé - par une analyse ROC - une très bonne précision diagnostique de l'échelle. Un score seuil de 18,5 a été défini pour le diagnostic de trouble de l'adaptation selon l'ADNM-8 (AUC = 0,972), avec une sensibilité de 97,14% (IC95% (93,46% - 99,07%)), une spécificité de 86,23% (IC95% (83,70% - 88,51%)), une valeur prédictive positive plus faible de 59,86% (IC95% (55,66% - 63,92%)), une valeur prédictive négative de 99,30% (IC95% (98,37% - 99,71%)), avec une précision de 88,14% (IC95% (85,97% - 90,07%)). Les propriétés diagnostiques étaient aussi très bonnes pour l'ADNM-4 (AUC = 0,944) avec un score seuil défini à 8,

pour une sensibilité de 94,86% (IC95% (90,46% - 97,62%)), une spécificité de 79,23% (IC95% (76,30% - 81,94%)), une valeur prédictive positive plus faible de 49,11% (IC95% (45,69% - 52,55%)), une valeur prédictive négative de 98,65% (IC95% (97,47% - 99,28%)), et une précision de 81,95% (IC95% (79,43% - 84,29%)). La forte sensibilité des deux échelles fait de celles-ci un bon outil de dépistage pour le trouble de l'adaptation. L'analyse factorielle confirmatoire a montré que le modèle à deux facteurs fournissait le meilleur ajustement aux données de l'ADNM-8 et de l'ADNM-4. Par ailleurs, les mesures de l'alpha de Cronbach montraient une cohérence interne élevée pour les deux échelles ($\alpha = 0,905$ pour l'ADNM-8, $\alpha = 0,81$ pour l'ADNM-4), ce qui suggère de bonnes propriétés psychométriques pour les deux échelles.

En 2019, O. Lavenda et al. (8) ont mené une étude visant à valider l'ADNM-4 comme outil de dépistage, dans un échantillon israélien (N = 484) recruté via les réseaux sociaux. Des scores seuils ont été définis pour faciliter le diagnostic du trouble de l'adaptation. Les propriétés psychométriques, la validité conceptuelle, discriminante et convergente ont été évalués. L'analyse ROC réalisée sur l'ADNM-4 montrait une bonne précision de l'échelle (AUC = 0,945 ; IC 95% (0,920 - 0,969) ; $p < 0,001$). L'index de Youden a permis de définir un score seuil de 8,5 pour le diagnostic de trouble de l'adaptation. La sensibilité de l'échelle ADNM-4 était de 91,67 % (IC95% (80,02 % - 97,68 %)), la spécificité de 80,96 % (IC95% (76,96 % - 84,54 %)), la valeur prédictive positive de 34,65 % (IC95% (30,02 % - 39,58 %)), la valeur prédictive négative de 98,88 % (IC95% (97,18 % - 99,56 %)) et une précision de 82,02 % (IC95% (78,31 % - 85,34 %)). L'analyse factorielle exploratoire était en faveur d'un facteur unique expliquant 63,7% de la variance. La validité de construction de l'ADNM-4 (représentée par AVE (Average Variance Extracted) = 0.638 et CR (Composite Reliability) = 0.875) était très bonne. Les coefficients de corrélation de Pearson montraient que l'ADNM-4 était significativement corrélée et de façon importante avec les symptômes du trouble de l'adaptation ($r = 0,918$; $p < 0,001$). La corrélation était plus faible entre l'ADNM-4 et d'autres troubles (deuil prolongé, anxiété, dépression, hypochondrie). Cette forte corrélation entre l'ADNM-4 et les critères CIM-11 du trouble de l'adaptation montre que l'échelle mesure bien le trouble qu'elle est censée mesurer (bonne validité convergente). Les corrélations plus faibles de l'ADNM-4 avec d'autres troubles (dépression, anxiété, deuil prolongé) sont en faveur d'une bonne validité discriminante, c'est à dire que l'échelle mesure plus spécifiquement le trouble de l'adaptation (corrélation plus forte

avec les symptômes du trouble de l'adaptation) que les autres troubles mentionnés. Cependant, la corrélation qui existe entre l'ADNM-4 et ces troubles (dépression, anxiété, deuil prolongé, hypochondrie) suggère que l'ADNM-4 mesure quelque chose de commun (symptômes communs, mécanismes sous-jacents similaires) entre le trouble de l'adaptation et ces différents troubles. Malgré certaines limites (échantillon majoritairement féminin, étude transversale, la faible valeur prédictive positive...), l'ADNM-4 possède de bonnes propriétés psychométriques selon les auteurs. Elle serait un bon outil de dépistage pour le trouble de l'adaptation dans sa définition CIM-11, facile d'utilisation du fait de sa brièveté.

En 2021, Y. Levin et al. (40) ont publié une étude dans laquelle la structure symptomatique du trouble de l'adaptation proposée par l'ADNM-4 et l'ADNM-8 a été étudiée grâce à une analyse en réseau des symptômes, dans trois échantillons issus de trois pays africains (Kenya, Nigeria, Ghana). L'approche en réseau voit les symptômes comme des entités interconnectées, qui s'influencent et se renforcent mutuellement. Cette approche permet d'identifier les symptômes centraux du trouble (ceux ayant le plus de connexions avec d'autres symptômes). Selon certains auteurs, la prise en charge thérapeutique la plus adaptée est celle qui cible en priorité les symptômes les plus centraux du trouble (34). Dans cette étude (35) les auteurs ont souligné que les symptômes de préoccupation de l'ADNM-8 présentaient une certaine redondance, sauf pour deux items (item 1 : "je dois penser à la situation stressante de façon répétée" ; item 2 : "je dois beaucoup penser à la situation stressante et c'est un grand fardeau pour moi") qui étaient fortement connectés. Ces symptômes hautement connectés représentaient selon les auteurs des aspects distincts du syndrome de préoccupation (une observation objective des pensées répétitives pour l'item 1 ; une évaluation subjective du fardeau lié à ces pensées pour l'item 2). Les symptômes redondants sont très similaires et représenteraient selon les auteurs le même symptôme (pensées répétitives à propos du facteur de stress). Dans l'ADNM-4, les deux symptômes qui représentent le syndrome de préoccupation traduiraient les deux aspects distincts du syndrome de préoccupation. Ce résultat suggère que l'ADNM-4 possède des symptômes englobant le syndrome de préoccupation, sans les symptômes redondants de l'ADNM-8. L'analyse en réseau a montré une association forte entre deux symptômes du syndrome d'incapacité à s'adapter ("difficulté à effectuer des tâches", "difficultés à dormir") et des symptômes de déficience fonctionnelle suggérant un lien entre déficience fonctionnelle et incapacité à s'adapter. L'item 3 de l'ADNM-

8 (symptôme "difficultés de concentration") était associé de façon comparable aux symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter. La difficulté à se concentrer pourrait - selon les auteurs - être la conséquence à la fois des symptômes d'incapacité à s'adapter et des symptômes de préoccupation. Le "pont" que fait le symptôme "difficulté à se concentrer" entre les deux groupes symptomatiques fait que l'apparition de symptômes de l'un de ces groupes pourrait selon eux augmenter le risque de survenue des symptômes de l'autre groupe. Les auteurs soulignent que l'association entre les deux groupes symptomatiques principaux (préoccupations et incapacité à s'adapter) est en faveur d'une conception unidimensionnelle du trouble de l'adaptation. Il semble également que les variations culturelles des échantillons n'aient pas eu de conséquences notables sur la structure du trouble. Les auteurs décrivent, dans les deux échelles, le rôle central des symptômes de préoccupations dans l'expression du trouble. Ce résultat souligne l'importance de développer des outils thérapeutiques ciblant plus spécifiquement ce symptôme. Malgré plusieurs limites présentes dans l'étude, celle-ci fournit une meilleure compréhension de la structure du trouble dans les échelles ADN-4 et ADN-8 et souligne le rôle central des préoccupations dans sa symptomatologie.

En 2023, B. Harris et al. (55) ont mené une étude dans laquelle ils ont étudié les propriétés psychométriques et la structure des échelles ADN-4 et ADN-8. Quatre cent cinq individus australiens ayant reçu un diagnostic de cancer ont été sélectionnés en ligne pour compléter les deux échelles. Les résultats étaient en faveur d'une bonne cohérence interne pour les deux échelles, avec un score α de Cronbach de 0,90 pour l'ADN-8 et de 0,81 pour l'ADN-4. Les corrélations entre les deux échelles étaient élevées ($r = 0,96$) et significatives ($p < 0,05$) suggérant que l'ADN-4 capture une structure symptomatique proche de l'ADN-8. L'ADN-4 pourrait donc selon les auteurs remplacer des échelles plus longues comme l'ADN-8. Les corrélations significatives entre les échelles ADN (ADN-4 et ADN-8) et l'échelle DAS 21 (évaluant les symptômes de dépression et de stress) montrent que l'ADN (ADN-4 et ADN-8) mesure une entité qui est liée aux symptômes de dépression et de stress. Concernant la structure de l'ADN-4, l'analyse factorielle confirmatoire montrait que le modèle à deux facteurs était celui qui correspondait le mieux aux données fournies par l'échelle. Malgré plusieurs limites (représentativité de l'échantillon), les auteurs indiquent que

les échelles ADN-4 et ADN-8 reflètent les critères CIM-11 du trouble de l'adaptation et peuvent être, dans cette population, un outil fiable pour le dépistage du trouble.

2.3.2 International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ)

En 2020, M. Shelvin et al. (56) ont développé un nouvel outil de mesure pour le diagnostic du trouble de l'adaptation selon la CIM-11 : l'IADQ. L'objectif de cette nouvelle échelle était de capturer tous les éléments de la description narrative proposée par la CIM-11, tout en proposant un outil simple et utile pour le diagnostic du trouble de l'adaptation. Selon certains auteurs, l'IADQ correspond mieux à la description narrative de la CIM-11 que le font les autres échelles (42).

Dans sa première partie, l'échelle IADQ (voir *Annexe 5*) comprend un large éventail d'évènements stressants touchant huit domaines de vie : problèmes financiers, problèmes liés au travail, problèmes liés à la scolarité, problèmes liés au logement, problèmes liés à la santé, problèmes relationnels. Un champ libre permet de noter un évènement stressant qui ne serait pas décrit dans l'une de ces catégories. Le patient doit cocher les évènements qu'il expérimente actuellement. La seconde partie comprend sept items reflétant les symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter et trois items pour évaluer les symptômes d'altération du fonctionnement. Le patient doit évaluer pour chaque item, suivant une échelle de Likert (de 0 = pas du tout, à 4 = extrêmement), dans quelle mesure il s'est senti gêné par ce symptôme au cours du dernier mois. La somme des scores obtenus à chaque item - pour le facteur de stress le plus problématique - permet d'obtenir un score global. Les auteurs proposent un algorithme pour identifier les cas probables de trouble de l'adaptation : (1) un score de stress psychosocial ≥ 1 (sur la liste des facteurs de stress de l'IADQ, items 1 à 9) , (2) la présence d'au moins un symptôme de préoccupation (items 10 à 12, évalué ≥ 2) et d'au moins un symptôme d'incapacité à s'adapter (items 13 à 15, évalué ≥ 2), (3) l'apparition des symptômes dans le mois suivant le facteur de stress (évaluation positive de l'item 16), et (4) la présence d'au moins un critère de déficience fonctionnelle (items 17 à 19, évalué ≥ 2).

Les auteurs ont évalué les propriétés psychométriques et la structure factorielle de l'IADQ. Les multiples analyses statistiques effectuées soutiennent une structure bidimensionnelle de l'échelle avec deux facteurs distincts (préoccupation, incapacité à s'adapter) bien que fortement corrélés ($r = 0,94 - 0,97$). La cohérence interne des items de préoccupation ($\alpha =$

0,88), d'incapacité à s'adapter ($\alpha = 0,92$) et des scores totaux de l'échelle ($\alpha = 0,94$) était très bonne, suggérant que ces items mesurent le même concept sous-jacent. Les symptômes de l'IADQ (préoccupation, incapacité à s'adapter) étaient fortement et positivement corrélés aux symptômes de stress post-traumatique, de deuil prolongé et d'anxiété généralisée. Les auteurs expliquent ce résultat, par le fait que ces différents troubles seraient interconnectés et impliqueraient des mécanismes sous-jacents relativement proches. En conclusion, les auteurs avancent que l'IADQ est un outil fiable avec de bonnes propriétés psychométriques. Bien que le modèle bifactoriel fournisse un ajustement supérieur aux données, les auteurs soulignent que le trouble de l'adaptation est probablement une construction unidimensionnelle comme le suggèrent d'autres études. Ils notent aussi que l'IADQ est probablement l'outil le plus adapté pour évaluer le trouble de l'adaptation selon la CIM-11.

En 2021, Levin et al. (42) ont évalué la validité de l'échelle IADQ dans deux échantillons de nationalité différente : un échantillon suisse ($N = 699$) et un échantillon israélien ($N = 1142$). L'analyse factorielle confirmatoire effectuée sur les deux échantillons montrait qu'un modèle à deux facteurs (préoccupation, incapacité à s'adapter) était le plus adapté pour expliquer la variance des données, ce qui correspond à la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation. La forte corrélation entre les deux facteurs suggère que le trouble pourrait être perçu comme un construit unidimensionnel. La cohérence interne - mesurée par l'alpha de Cronbach - de l'échelle dans l'échantillon israélien était excellente (0,88 pour la préoccupation, 0,91 pour l'incapacité à s'adapter et 0,92 pour le score total), de même que dans l'échantillon suisse (0,84 pour la préoccupation, 0,91 pour l'incapacité à s'adapter, et 0,92 pour le score total). Cette excellente cohérence interne suggère que les différents éléments de l'échelle (préoccupation, incapacité à s'adapter) mesurent bien le même concept. De même, la similitude des scores de cohérence interne dans les deux échantillons indique que l'IADQ peut être un outil fiable malgré des contextes culturels différents. D'autres résultats montrent - dans les deux échantillons - des corrélations fortes et positives entre l'IADQ (score de préoccupation, d'incapacité à s'adapter et score total de l'IADQ) et les symptômes de l'ADNM-4, de l'ADNM-8, du trouble de stress post-traumatique, du deuil prolongé, de la dépression et de l'anxiété généralisée. Ces résultats montrent que l'IADQ est fortement corrélée à d'autres outils de mesures (ADNM-4-8) reconnus pour le diagnostic du trouble de l'adaptation, mais aussi à d'autres troubles qui sont distincts du trouble de l'adaptation sur le plan

nosographique. Les auteurs de l'étude soutiennent l'utilisation de l'IADQ comme outil de mesure fiable du trouble de l'adaptation dans sa définition CIM-11.

En 2022, T. Jannini et al. (7) ont évalué les propriétés psychométriques d'une version italienne de l'IADQ dans un échantillon (N = 21207) majoritairement féminin, pendant la première vague de la pandémie liée au Covid-19 (mars 2020). L'analyse factorielle confirmatoire - évalué par plusieurs mesures statistiques (RMSEA, SRMR, CFI, TLI) - montrait que le modèle bifactoriel était celui qui s'ajustait le mieux aux données de l'échelle. La corrélation entre les grands facteurs de l'échelle (préoccupation et incapacité à s'adapter) était élevée ($r = 0.844$) et significative ($p < 0.001$). Ceci implique que ces deux éléments étaient étroitement liés mais représentaient deux facettes différentes du trouble. Des mesures de la cohérence interne sur plusieurs paramètres (alpha de Cronbach (α), fiabilité composite (CR), variance moyenne extraite (AVE)) pour la symptomatologie totale ($\alpha = 0,907$, CR = 0,873, AVE = 0,553), la préoccupation ($\alpha = 0,817$, CR = 0,843, AVE = 0,578) et l'incapacité à s'adapter ($\alpha = 0,898$, CR = 0,887, AVE = 0,698) ont retrouvé des résultats excellents. Malgré plusieurs limites (la représentativité de l'échantillon, l'auto-déclaration des mesures effectuées, le plan transversal de l'étude) décrites par les auteurs, cette étude vient valider les bonnes propriétés psychométriques et la structure bifactorielle de l'IADQ, conforme à la définition de la CIM-11. Les auteurs soutiennent l'utilisation de l'IADQ qu'ils considèrent comme un outil fiable pour le diagnostic du trouble de l'adaptation dans sa nouvelle définition.

2.3.3 AD-CIDI (Adjustment Disorder Composite International Diagnostic Interview)

En 2020, A. Perkoning et al. (43) ont testé la validité et les propriétés psychométriques d'un module d'entretien diagnostique pour le trouble de l'adaptation selon les critères de la CIM-11 et du DSM-5 : l'AD-CIDI. Ce module a été intégré à l'outil DIA-X-5 qui évalue les principaux troubles psychiatriques du DSM-5 (lui-même issu du DIA-X/M-CIDI).

La première partie du module présente un ensemble de facteurs de stress psychosociaux. Le patient doit alors indiquer les facteurs de stress qui ont été présents au cours des douze derniers mois. La deuxième partie comprend un ensemble de symptômes censés représenter le spectre clinique du trouble de l'adaptation : symptômes de préoccupation, d'incapacité à s'adapter, d'évitement, de dépression, d'anxiété et d'impulsivité. Le patient indique les

symptômes apparus après la survenue de l'évènement le plus stressant. Dans la dernière partie, il précise depuis quand les symptômes sont présents, l'évolution et la récurrence des symptômes, l'altération fonctionnelle dû aux symptômes (dans le travail, la vie au domicile, les activités de détente...). Le diagnostic est retenu en présence : d'au moins un symptôme de préoccupation (pensées intrusives, inquiétudes constantes concernant l'évènement), au moins deux symptômes d'incapacité à s'adapter (troubles de la concentration, difficultés au travail, perte d'intérêt pour les activités sociales ou de loisir, troubles du sommeil, perte de confiance en soi). L'apparition des symptômes dans le mois suivant la survenue de l'évènement et l'altération du fonctionnement sont pris en compte. La présence d'un autre diagnostic comorbide se substitue au diagnostic de trouble de l'adaptation.

Les auteurs ont évalué la fiabilité inter-évaluateur du module dans un premier échantillon, puis la cohérence interne et la validité de construction du module dans un deuxième. Les taux élevés d'accord entre évaluateurs pour certains symptômes montrent une cohérence dans la manière dont les évaluateurs évaluent les résultats, mais ces résultats divergent selon les symptômes. On retrouvait également une cohérence interne modérée, avec une grande variabilité selon les données. Une analyse factorielle confirmatoire suggérait un meilleur ajustement des données à un modèle uni factoriel. Les auteurs soulignent des résultats prometteurs et la nécessité de nouvelles recherches utilisant le module AD-CIDI. En effet, contrairement aux échelles décrites précédemment, peu de recherches ont été menées sur l'AD-CIDI (57).

2.4 LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Nous allons décrire dans ce chapitre plusieurs troubles psychiatriques qui sont considérés comme des diagnostics différentiels du trouble de l'adaptation, avec lequel ils partagent des symptômes ou des facteurs précipitants relativement proches. Certains de ces troubles appartiennent à la même catégorie nosographique que le trouble de l'adaptation : les troubles spécifiquement associés au stress. Il s'agit du trouble de stress post-traumatique (TSPT), du trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC) et du trouble du deuil prolongé (TDP). Nous évoquerons également des troubles appartenant à des catégories nosographiques

différentes, mais qui partagent certaines similitudes avec le trouble de l'adaptation : le trouble dépressif caractérisé (TDC), le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble obsessionnel compulsif (TOC). Nous évoquerons les points communs et les différences entre ces troubles et le trouble de l'adaptation. Nous verrons que certains symptômes sont communs à ces différents troubles : le symptôme de préoccupation serait ainsi présent dans le TSPT, le TDP, certains troubles anxieux ou dépressifs, le TOC et certains troubles du comportement alimentaire (33). Dans un souci de comparaison, ces différents troubles seront décrits dans leur définition CIM-11. Nous avons sélectionné les troubles les plus souvent décrits comme diagnostics différentiels et ceux dont la différenciation avec le trouble de l'adaptation est parfois subtile du fait de leur forte ressemblance symptomatique.

2.4.1 Les troubles spécifiquement associés au stress

2.4.1.1 Le trouble de stress post traumatique (TSPT)

La CIM-11 définit le trouble de stress post-traumatique (CIM-11 version 01/2023) de la façon suivante : " Le trouble de stress post-traumatique peut se développer après une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants. Il se caractérise par tous les éléments suivants : 1) revivre l'événement ou les événements traumatiques dans le présent sous la forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs saisissants. Cela peut survenir via une ou plusieurs modalités sensorielles et s'accompagne généralement d'émotions bouleversantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de sensations physiques intenses ; 2) l'évitement de pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements ; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, visible par exemple sous la forme d'une hypervigilance ou d'une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants."

La CIM-11 (version anglaise) précise le caractère "extrêmement menaçant ou terrifiant" de l'évènement responsable de l'apparition du TSPT et donne plusieurs exemples : l'expérience de combats, d'accidents graves, de torture, de violences sexuelles, d'agressions, de maladies aiguës qui mettent sa propre vie en danger (par exemple une crise cardiaque). Être témoin de menaces de mort ou de blessure, ou témoin d'authentique blessure ou de la mort d'un individu, de façon soudaine, violente et inattendue, peuvent entraîner un TSPT. L'évènement menaçant peut me toucher directement ou concerner une personne à proximité de moi, mais pas seulement. Apprendre la mort d'un être cher de façon inattendue, soudaine ou violente peut également provoquer l'apparition d'un TSPT (sans que soit précisé le moyen de communication).

La CIM-11 propose un critère de "reviviscence" de l'évènement traumatique. Il s'agirait d'une "reviviscence de l'évènement traumatique dans le présent" se manifestant par des "souvenirs ou images intrusives vives", des "flashbacks", ou des "cauchemars intrusifs" associés à l'évènement traumatique. Ces symptômes peuvent s'accompagner d'émotions "fortes, écrasantes telles que la peur ou l'horreur" et de "sensations physiques intenses ". Elles peuvent immerger le patient dans un ressenti émotionnel proche de ce qu'il ressentait pendant l'évènement traumatique. Ces symptômes de reviviscence ne sont pas décrits dans la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation.

DJ. Eberle et A. Maercker (33), ainsi que L. Lorenz et al. (5) décrivent les flashbacks du TSPT et les préoccupations du trouble de l'adaptation comme des "symptômes intrusifs". Ils doivent cependant être différenciés l'un de l'autre. Le caractère traumatique de l'évènement stressant dans le TSPT provoquerait des altérations spécifiques dans la mémoire perceptuelle et épisodique à l'origine des symptômes de flashbacks. Les flashbacks sont des symptômes particulièrement vivants avec des détails perceptifs importants. Ce symptôme est décrit par les auteurs comme "l'intrusion involontaire d'images vives et détaillées dans lesquelles les scènes traumatiques sont revécues comme si elles se produisaient dans le présent". Le flashback serait lié au traitement d'une situation traumatique par les structures de la mémoire perceptuelle au détriment des structures de la mémoire épisodique. Dans le trouble de l'adaptation, le stress provoqué par l'évènement adverse ne serait pas - selon les auteurs - suffisamment fort pour provoquer le même type d'altération de la mémoire, d'où l'absence à priori de flashbacks dans le trouble de l'adaptation (33). La préoccupation (au sens de la CIM-

11) serait une altération de certains processus cognitifs ne faisant pas intervenir ces dysfonctionnements dans les structures de la mémoire (16). Dans ce modèle, une dysrégulation de la mémoire épisodique et perceptuelle pourrait être un critère distinctif entre flashbacks et préoccupations (39). Selon les auteurs, la préoccupation serait également présente dans le TSPT, bien que la définition officielle (CIM-11) ne mentionne pas la possibilité de la préoccupation dans le TSPT. Ces deux symptômes intrusifs semblent reposer sur des bases physiopathologiques différentes ce qui pourrait avoir des conséquences sur la prise en charge du trouble de l'adaptation (39).

Les stratégies d'évitement décrites dans la CIM-11 seraient présentes à la fois dans le trouble de l'adaptation et le TSPT. Selon la CIM-11, les évitements peuvent être internes avec l'évitement des pensées et souvenirs associés à l'évènement. Il peut aussi s'agir d'évitements externes ou comportementaux de situations, d'activités, de personnes qui rappellent l'évènement traumatique. Ces évitements peuvent entraîner des changements de vie importants comme un déménagement, un divorce... Ces processus sont bien décrits dans les modèles cognitifs et comportementaux. Il s'agit de processus activés de façon plus ou moins consciente, dans le but d'éviter le rappel en mémoire de l'évènement adverse et de l'émotion désagréable qui lui est associée.

Les "perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue" caractérisées par "une hypervigilance" ou une "réaction de sursaut accrue à des stimuli inattendus" correspondent à ce que la CIM-10 appelait un "hyperéveil neurovégétatif" qui était responsable de plusieurs symptômes : "hypervigilance, état de qui-vive, insomnie". Selon la CIM-11, les personnes en hypervigilance se sentent menacées dans l'immédiat et cherchent donc à se protéger du danger perçu. Selon certains auteurs, ces symptômes d'hyperéveil (insomnie, trouble de la concentration...) ne figurent plus dans la définition CIM-11 du TSPT car ils ne sont pas spécifiques du TSPT (39).

Dans le TSPT comme dans le trouble de l'adaptation, la symptomatologie entraîne une déficience fonctionnelle dans plusieurs domaines de vie : personnel, familial, social, scolaire, et professionnel. Comme pour le trouble de l'adaptation, le fonctionnement du patient peut être maintenu mais "au prix d'un effort important".

La CIM-11 décrit d'autres symptômes communs entre le TSPT et le trouble de l'adaptation. Il s'agit de plaintes somatiques, de dysphorie ou d'anxiété, d'idées suicidaires, de consommation excessive de toxiques (alcool, drogues). À l'inverse, certains symptômes ne sont évoqués que pour le TSPT, notamment les symptômes dissociatifs.

En population pédiatrique (CIM-11), l'expression du trouble de l'adaptation et du TSPT présentent plusieurs similitudes, avec notamment des comportements de régression, des crises de colère... Dans les deux troubles, une vigilance particulière sur les changements de comportement est conseillée, car les enfants et les adolescents peuvent avoir plus de difficultés pour exprimer leur vécu de l'évènement traumatique ou stressant. D'autres symptômes ne sont décrits que pour le TSPT : les reconstitutions spécifiques de l'évènement traumatique sous la forme de jeux répétitifs ou de dessins, les cauchemars effrayants, de nouveaux passages à l'acte, une réticence à s'engager dans de nouvelles activités, une recherche excessive de réconfort... En population adolescente, on retrouve dans les deux troubles la même appétence pour les comportements à risque (consommation de toxiques, comportements autodestructeurs).

Notons enfin que dans certaines cultures (CIM-11), l'expression du TSPT peut être très différente de celle décrite plus haut, avec au premier plan un ensemble de symptômes somatiques (céphalée, vertige, dyspnée, troubles gastro-intestinaux, tremblements...). Rappelons que la présence de tels symptômes est également décrite dans l'expression du trouble de l'adaptation, particulièrement en population gériatrique.

2.4.1.2 Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe)

Le trouble de stress post-traumatique complexe est décrit par la CIM-11 comme "un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou

maltraitance physique sur des enfants). Tous les critères diagnostiques du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par 1) des problèmes de régulation de l'affect ; 2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée d'un sentiment de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et 3) des difficultés à entretenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans le domaine personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement importants".

Les critères 1), 2) et 3) renvoient à ce que A. Maercker et al. (39) nomment "les troubles de l'organisation personnelle" ("DSO : disturbances of self organisation"). Les problèmes de régulation de l'affect se manifestent par une "réactivité émotionnelle accrue à des facteurs de stress mineurs, des accès de violence, un comportement imprudent ou autodestructeur, des symptômes dissociatifs, une incapacité à éprouver des émotions positives". Une image négative de soi traduite par la présence de croyances persistantes (avec l'impression d'être diminué, vaincu, sans valeur) ou par des sentiments de honte, de culpabilité, d'échec en lien avec l'évènement. Les problèmes interpersonnels s'expriment par des difficultés à entretenir des relations qui peuvent être intenses mais difficilement maintenues, ou par une difficulté à se sentir proche des autres (CIM-11).

La définition du TSPT complexe a fait l'objet de débats, certains auteurs considérant ce diagnostic comme un TSPT associé à un trouble de la personnalité de type "borderline". Cependant, le profil symptomatique du TSPT complexe serait distinct et fiable ce qui explique son apparition dans la CIM-11. Notons que les personnes ayant un TSPT complexe aurait un moins bon pronostic et une moins bonne réponse au traitement comparativement au TSPT (16). Les symptômes de TSPT complexe sont généralement plus graves et plus durables que ceux du TSPT (CIM-11).

En population adulte, le TSPT complexe peut avoir - comme le TSPT - des symptômes communs avec le trouble de l'adaptation (CIM-11) : des symptômes dépressifs, des idées suicidaires, ou une consommation excessive de certaines substances. Les symptômes de DSO ne sont cependant pas décrits dans le trouble de l'adaptation. Les enfants seraient plus à risque de développer un TSPT complexe après la survenue d'un évènement particulièrement

traumatique. Les troubles cognitifs seraient une présentation symptomatique plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. En population pédiatrique, les symptômes de DSO peuvent se manifester par des comportements d'agressivité, de régression, des difficultés à établir des relations avec les autres, la suppression de l'expression des émotions et l'évitement des situations qui pourraient susciter une émotion. Chez les adolescents, les symptômes de DSO peuvent s'exprimer par des symptômes que l'on retrouve dans le trouble de l'adaptation : la consommation de substances psychoactives, des comportements à risque avec des mises en danger et de l'agressivité (CIM-11). En population gériatrique, les symptômes physiologiques (somatiques) d'anxiété peuvent être au premier plan, avec la présence d'évitements anxieux de ce tout ce qui rappelle le traumatisme (CIM-11).

2.4.1.3 Le trouble du deuil prolongé (TDP)

Le trouble du deuil prolongé (TDP) est selon la CIM-11 "un trouble dans lequel, suite au décès d'un(e) conjoint(e), parent, enfant ou autre personne proche de l'endeuillé(e), il y a une réaction de deuil persistante et omniprésente caractérisée par le fait de se languir du/de la défunt(e) ou par une préoccupation persistante pour le/la défunt(e) accompagnée d'une douleur émotionnelle intense (p. ex. tristesse, culpabilité, colère, déni, accusation, difficulté à accepter la mort, sentiment d'avoir perdu une partie de soi, incapacité à avoir 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 clairement les normes sociales, culturelles ou religieuses attendues pour la culture et le milieu de l'individu. Les réactions de deuil qui ont persisté pendant de plus longues périodes et qui entrent dans une période normative de deuil au vu de l'environnement culturel et religieux de la personne sont considérées comme des réactions de deuil normales et ne font l'objet d'aucun diagnostic. Le trouble provoque une détresse importante dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants."

Le fait de "se languir" du défunt (traduit de l'anglais "longing" dans la version anglaise de la CIM-11), parfois qualifié de symptôme de "nostalgie" ("yearning" en anglais) est un symptôme

central du trouble du deuil prolongé. DJ. Eberle et A. Maercker (33) décrivent ce symptôme comme "un désir insatisfait, intense et orienté vers l'avenir à l'égard d'une personne perdue". Il a été décrit par les mêmes auteurs comme un processus cognitivo-émotionnel dans lequel se manifeste une réflexion répétitive dirigée sur la perte, la personne décédée et les circonstances de sa mort. La CIM-11 fait la distinction entre le symptôme "se languir" et le symptôme de "préoccupation", bien qu'ils soient tous deux considérés par DJ. Eberle et al. (58) comme des symptômes de mémoire intrusive. Dans le trouble du deuil prolongé, la préoccupation peut se concentrer sur "les circonstances du décès", avec une alternance entre "une préoccupation excessive" et "l'évitement" de ce qui rappelle la personne décédée (CIM-11).

L'expression du TDP peut varier en fonction de l'âge et du stade de développement (CIM-11). Les enfants et adolescents peuvent réagir de façon intense et durable au décès d'une figure d'attachement primaire. Les manifestations symptomatiques prennent souvent une forme comportementale notamment pour la nostalgie, avec un enfant qui attend le retour du défunt, ou retourne à l'endroit où il a vu le défunt pour la dernière fois. La préoccupation peut prendre l'aspect d'inquiétudes (comme dans définition CIM-11 du trouble de l'adaptation) sur la possibilité que d'autres proches puissent mourir, pouvant entraîner une anxiété de séparation dans certains cas. Des crises de colère, des comportements d'opposition ou de protestation et des troubles des conduites sont d'autres symptômes décrits, notamment à l'adolescence. D'autres symptômes sont décrits comme la consommation accrue de toxiques (tabac, alcool...) ou les comportements suicidaires. Chez les personnes âgées, une dépression durable, un sentiment de vide, un sentiment de perte d'une partie de soi, ou des "préoccupations" sur des symptômes somatiques sont souvent au premier plan.

Les symptômes dépressifs, les troubles des conduites (consommations de toxiques, comportements suicidaires), les inquiétudes autour de son état de santé sont des symptômes également décrits dans le trouble de l'adaptation, dans les mêmes classes d'âges (CIM-11). D'autres symptômes sont décrits uniquement dans le TDP, comme les difficultés à accepter la mort et à faire face à l'absence de l'être cher, les difficultés pour se rappeler des souvenirs positifs associés au défunt, des difficultés pour faire confiance aux autres, le sentiment d'avoir perdu une partie de soi ou que la vie n'a plus de sens (CIM-11).

Enfin, DJ. Eberle et A. Maercker (33) rappellent que le deuil et la nostalgie ne sont pas exclusifs du décès d'un proche et peuvent être des symptômes faisant suite à des événements difficiles de la vie (perte d'un emploi, rupture sentimentale...).

2.4.1.4 La réaction aiguë au stress

Elle n'est pas considérée comme un trouble psychiatrique à proprement dit et appartient à la catégorie des "facteurs influençant l'état de santé" (section 24 de la CIM-11). La réaction aiguë au stress est une réaction symptomatique dite "normale" compte tenu du type d'évènement ayant provoqué les symptômes. Le facteur de stress est un évènement traumatique "extrêmement menaçant ou horrible" du même ordre de gravité que dans le TSPT. Le spectre symptomatique est large avec un ensemble de "symptômes émotionnels, somatiques, cognitifs ou comportementaux" regroupant des symptômes d'anxiété, de tristesse, de colère, de désespoir, d'hyperactivité, d'inactivité, de confusion, de stupeur, de retrait social. Les symptômes apparaissent dans les heures ou les jours suivant l'évènement traumatique et disparaissent quelques jours après l'évènement. Si le facteur de stress persiste, les symptômes peuvent se maintenir mais s'atténuent généralement du fait d'une forme d'adaptation à la situation (CIM-11).

En population pédiatrique, les symptômes somatiques, les troubles du sommeil et de la concentration, les troubles du comportement avec opposition, les comportements de régression, les crises de colère et l'hyperactivité sont des symptômes courants. Chez l'adolescent, les troubles du comportement, les prises de risque, et la consommation de toxiques sont également fréquents (CIM-11).

On constate que les symptômes de "la réaction aiguë au stress" sont peu spécifiques et pourraient être des manifestations d'autres troubles, qu'il s'agisse du trouble de l'adaptation, du TSPT, de troubles anxieux ou dépressifs. La CIM-11 rapporte que les symptômes de réaction aiguë au stress peuvent inclure tous les symptômes du trouble de stress post-traumatique, y compris la reviviscence. La réaction aiguë au stress se distinguerait du trouble de l'adaptation

ou du TSPT par l'évolution temporelle des symptômes. Si les symptômes n'ont pas diminué dans la semaine suivant la disparition du facteur de stress (ou dans le mois pour un facteur de stress continu), un diagnostic de trouble de l'adaptation ou de TSPT pourra être envisagé.

2.4.2 Autres diagnostics différentiels

Nous allons maintenant décrire de façon plus succincte trois autres troubles dont la parenté symptomatique nous semble suffisamment proche du trouble de l'adaptation pour que nous précisions certains éléments qui faciliteront la décision diagnostique. Il s'agit du trouble dépressif caractérisé, du trouble anxieux généralisé et du trouble obsessionnel compulsif.

2.4.2.1 Le trouble dépressif caractérisé (TDC)

La CIM-11 décrit le trouble dépressif par "une période d'humeur dépressive ou de diminution de l'intérêt pour les activités survenant la majeure partie de la journée, presque tous les jours, pendant une période d'au moins deux semaines, accompagnée d'autres symptômes tels que des difficultés de concentration, des sentiments d'inutilité ou de culpabilité excessive ou inappropriée, de désespoir, des pensées récurrentes de mort ou de suicide, des changements dans l'appétit ou le sommeil, une agitation ou un ralentissement psychomoteur et une baisse d'énergie ou de la fatigue. Il n'y a jamais eu d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes, qui indiqueraient la présence d'un trouble bipolaire".

Nombreux symptômes décrits dans le trouble dépressif (CIM-11 version anglaise) sont également décrits dans le trouble de l'adaptation, qu'il s'agisse de tristesse, de ruminations, de troubles de la concentration, d'insomnie, de symptômes somatiques (douleur, vertige, fatigue) ainsi que d'autres symptômes dépressifs.

Bien que le trouble de l'adaptation puisse inclure des symptômes dépressifs, il répond aussi à d'autres critères diagnostiques qui sont absents dans la description du trouble dépressif. Les auteurs (CIM-11) précisent que si les critères diagnostiques du trouble dépressif sont remplis après la survenue d'un facteur de stress psychosocial identifié, un diagnostic de trouble dépressif doit être retenu.

2.4.2.2 Le trouble anxieux généralisé (TAG)

La CIM-11 rappelle que le trouble anxieux généralisé "se caractérise par des symptômes marqués d'anxiété qui persistent pendant au moins plusieurs mois, la plupart du temps, et qui se manifestent soit par une appréhension générale" (c'est-à-dire une "anxiété flottante"), soit par "une inquiétude excessive centrée sur de multiples événements de la vie quotidienne, concernant le plus souvent la famille, la santé, les finances, l'école ou le travail, ainsi que par des symptômes supplémentaires tels qu'une tension musculaire ou une agitation motrice, une hyperactivité sympathique autonome, une expérience subjective de nervosité, une difficulté à se concentrer, une irritabilité ou des troubles du sommeil. Les symptômes entraînent une détresse significative ou une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Les symptômes ne sont pas une manifestation d'un autre problème de santé et ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central".

On retrouve ici une appréhension générale, ou une inquiétude excessive qui n'est pas limitée à un événement en particulier mais touchant plusieurs événements de la vie courante. L'inquiétude est un symptôme également retrouvé dans le trouble de l'adaptation, considérée comme une forme d'expression de la préoccupation. Dans les deux troubles, l'inquiétude peut concerner plusieurs événements de façon simultanée. Il semble cependant qu'elle concerne toujours plusieurs événements dans le TAG, alors que dans le trouble de l'adaptation elle peut ne concerner qu'un seul événement. D'autres symptômes sont partagés par les deux troubles : des troubles de la concentration ou du sommeil, une hyperactivité du système sympathique, des symptômes somatiques (parfois au premier plan), des évitements. D'autres symptômes comme la tension musculaire, l'agitation motrice, un sentiment de nervosité ou d'être "à cran" ne sont pas décrits dans la définition du trouble de l'adaptation (CIM-11). Dans le TAG, on retrouve des individus relativement perfectionnistes, sensibles à la critique, cherchant souvent la réassurance et qui éprouvent souvent un sentiment de détresse en situation d'incertitude. Ces éléments renvoient à un type particulier de personnalité qui n'est pas décrit dans la définition du trouble de l'adaptation.

2.4.2.3 Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

"Le trouble obsessionnel compulsif se caractérise par la présence d'obsessions ou de compulsions persistantes, ou le plus souvent des deux. Les obsessions sont des pensées, des images ou des impulsions répétitives et persistantes qui sont intrusives, non désirées et couramment associées à de l'anxiété. L'individu tente d'ignorer ou de supprimer les obsessions ou de les neutraliser en exécutant des compulsions. Les compulsions sont des comportements répétitifs, y compris des actes mentaux répétitifs, que l'individu se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession, selon des règles rigides, ou pour atteindre un sentiment de "plénitude". Pour qu'un trouble obsessionnel compulsif soit diagnostiqué, les obsessions et les compulsions doivent être chronophages (par exemple, plus d'une heure par jour) ou entraîner une détresse importante ou une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants" (CIM-11).

L'obsession peut prendre la forme d'une "pensée répétitive et persistante" (par ex. la peur d'être contaminé, la peur d'avoir oublié quelque chose...). L'obsession peut aussi être une image mentale (par ex. une image sexuelle taboue) ou une impulsion (par ex. le patient se voit gifler quelqu'un). L'individu va tenter de supprimer ou d'écarter cette obsession par l'accomplissement d'une compulsion, qui est un "comportement ou rituel répétitif" respectant des "règles rigides" (lavage, vérification, acte mentale...) visant un soulagement temporaire de l'anxiété ou de la détresse induite par l'obsession. Notons que l'obsession ne concerne pas un événement passé vécu comme particulièrement stressant ou traumatisant, comme dans le trouble de l'adaptation. La préoccupation est un processus cognitif caractérisé par une pensée répétitive et chronophage sur un événement vécu dans le passé, identifiable, et sur les éventuelles conséquences futures de celui-ci. On ne retrouve ni obsession ni compulsion dans la description du trouble de l'adaptation. Dans les deux troubles, on retrouve des symptômes d'anxiété et des évitements (CIM-11). Dans le TOC, l'évitement est une manière d'éviter les stimuli (objets, situations...) qui déclenchent les obsessions et les compulsions. Dans le trouble de l'adaptation, l'évitement permet de ne pas se confronter aux

stimuli (personnes, lieux...) rappelant l'évènement adverse vécu par le passé, afin d'éviter l'apparition des pensées et émotions associées à cet évènement.

2.4.3 Le caractère transdiagnostique des "symptômes associés au stress"

Nous venons de le voir, de nombreux symptômes psychiatriques sont trans-diagnostiques, non spécifiques, c'est-à-dire qu'ils sont présents dans des troubles à priori très différents.

DJ. Eberle et A. Maercker (58) ont récemment mené une étude sur un échantillon de quatre cent quarante-sept individus suisses, dans lequel ils ont étudié la distribution des symptômes "associés au stress" dans divers troubles qui étaient considérés comme liés au stress. Les troubles étudiés comprenaient des "troubles spécifiquement associés au stress" (le trouble de stress post-traumatique (TSPT), le TSPT complexe, le trouble de l'adaptation, le trouble du deuil pathologique) pour lesquels le facteur de stress est considéré comme nécessaire à l'apparition du trouble. Il y avait également des troubles pour lesquels la présence d'un facteur de stress est souvent évoquée comme facteur précipitant mais non indispensable à la survenue du trouble (le trouble dépressif, le trouble anxieux généralisé). Les symptômes mesurés dits "associés au stress" comprenaient : le flashback, la perception élevée d'une menace, la perturbation de l'organisation de soi (DSO), l'évitement, la préoccupation, l'incapacité à s'adapter, la rumination, l'inquiétude, le désir nostalgique. Les échelles utilisées pour mesurer ces troubles (l'ITQ pour le TSPT, l'IPGDS pour le trouble du deuil pathologique, l'ADNM-20 pour le trouble de l'adaptation, la PHQ-9 pour le trouble dépressif, la GAD-7 pour le trouble anxieux généralisé) et ces symptômes (échelle CCI pour les ruminations, PSWQ-A pour l'inquiétude) se référaient à la définition CIM-11 de ces troubles (hormis le PHQ-9 basé sur le DSM-4 et le GAD-7 basé sur le DSM-5). Ces échelles étaient décrites comme ayant de bonnes propriétés psychométriques.

Les résultats de l'étude montraient que les "symptômes associés au stress" étaient présents dans les différents troubles étudiés et que leur prévalence respective variait fortement d'un trouble à l'autre. On retrouvait - dans l'échantillon complet - des corrélations positives, modérées (coefficient R de Pearson entre 0,30 et 0,60) et significatives ($p < 0,001$) entre les symptômes étudiés. Ceci implique selon les auteurs que ces symptômes sont intrinsèquement connectés par un facteur sous-jacent qualifié de "détresse générale". L'étude soutient l'idée

que "la psychopathologie n'est pas une manifestation de processus isolés mais une interaction de symptômes et d'autres mécanismes psychologiques" qui se renforcent mutuellement. Les symptômes d'évitement, d'incapacité à s'adapter et de préoccupation étaient les plus représentés parmi les différents troubles. D'autres symptômes, comme la perception accrue de la menace et la rumination étaient moins présents dans la plupart des troubles étudiés. Pour le trouble dépressif, les symptômes étaient représentés dans des proportions assez proches. Dans le trouble de l'adaptation, les symptômes de préoccupation et d'évitement étaient très représentés au détriment d'autres symptômes comme la rumination et la perception élevée d'une menace. La représentation plus ou moins forte des symptômes étudiés dans chacun des troubles mentionnés est conforme à la définition CIM-11 de ces troubles. Le symptôme de "perception accrue d'une menace" avait un score élevé dans le TSPT, de même que le symptôme de rumination dans le trouble dépressif, ou le symptôme de "perturbation de l'organisation de soi" (DSO) dans le TSPT complexe. La saillance de certains symptômes dans des diagnostics particuliers coïncide avec les données habituellement reconnues pour ces troubles. Cette saillance symptomatique permet selon les auteurs de différencier les troubles entre eux. Ils ajoutent que la prédominance de certains symptômes dans certains troubles particuliers pourrait être utilisée en recherche, par la conception de psychothérapies ciblées sur ces symptômes. La préoccupation était le symptôme dominant pour tous les troubles étudiés. Ils montrent ainsi que les préoccupations - en tant que "réflexion intensive sur les événements traumatiques" - sont des symptômes à prendre en compte chez les patients atteints de TSPT, au même titre que les flashbacks. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative entre les différents troubles concernant la prévalence des symptômes d'évitement et d'incapacité à s'adapter. Cette étude indique que tous ces symptômes sont peu spécifiques et peuvent survenir dans divers troubles après l'exposition à un facteur de stress.

En 2022, T. Karatzias et al. (38) ont mené une étude transversale sur un échantillon d'individus irlandais. Ils ont réalisé une analyse en réseau des symptômes des "troubles spécifiquement associés au stress" (le trouble de stress post-traumatique, le TSPT complexe, le trouble de l'adaptation, le trouble du deuil pathologique) dans le but d'évaluer le caractère distinctif de ces troubles psychiatriques. De façon générale, les résultats montraient que les associations entre symptômes étaient plus fortes au sein de chaque trouble qu'entre les symptômes issus

de troubles différents. Ce fort regroupement des symptômes entre eux était encore plus fort au sein des "troubles spécifiquement associés au stress" par comparaison aux autres troubles étudiés. Les auteurs ont ainsi retrouvé des communautés de symptômes qui définissaient quatre diagnostics distincts pour les troubles spécifiquement associés au stress.

2.5 L'EVOLUTION NATURELLE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION

2.5.1 La temporalité du trouble de l'adaptation

Dans cette partie, nous allons nous intéresser à l'évolution temporelle du trouble de l'adaptation, en dehors de toute prise en charge spécifique, à travers la description de plusieurs études récentes.

Dans une étude longitudinale parue en 2019, L. Lorenz et L. Makowski (59) ont évalué la prévalence du trouble de l'adaptation dans un échantillon Zurichois (N = 334) d'individus ayant perdu leur emploi de façon involontaire au cours des neuf derniers mois. Trois mesures ont été réalisées au cours du suivi (à l'entrée dans l'étude, à six et douze mois). Le trouble de l'adaptation a été évalué par le module AD-CIDI et par l'ADNM-8, tous deux adaptés à l'évaluation du trouble selon la définition de la CIM-11. Les résultats ont montré une diminution de la prévalence dans le temps, avec une prévalence de 25,6% à la première mesure, 18,2% à la deuxième et 10,5% lors de la troisième évaluation. Ce résultat soutient l'idée largement partagée que le trouble de l'adaptation est un trouble transitoire, spontanément résolutif. Par ailleurs, l'évolution du trouble a été mesurée par un modèle "LCLC" qui retrouvait trois niveaux de gravité du trouble (faible, modéré, haute). La majorité de l'échantillon présentait un trouble de l'adaptation de gravité faible à modéré. Pour ces personnes, le trouble de l'adaptation avait tendance à s'améliorer entre les mesures, avec des résultats statistiquement significatifs. Les individus du groupe de gravité élevée à la mesure initiale, moins nombreux, montraient une tendance à l'aggravation mais ces résultats n'étaient pas significatifs. Les résultats énoncés suggèrent que les personnes ayant une symptomatologie initiale plus grave pourraient bénéficier d'interventions ciblées, du fait d'un

possible risque d'aggravation en l'absence de prise en charge. Les auteurs reconnaissent certaines limites à cette étude qu'il convient de relever : la représentativité discutable de l'échantillon, la mesure par auto-évaluation, l'absence d'information sur l'utilisation d'interventions thérapeutiques par les patients eux-mêmes pendant l'étude. Ces résultats vont dans le sens de nombreuses études (se référant parfois à des définitions antérieures du trouble) qui décrivent le trouble de l'adaptation comme une maladie de résolution plus spontanée que d'autres troubles, particulièrement lorsque le facteur de stress ne persiste pas (27).

Plus récemment, B. Lueger-Schuster et al. (60) ont mené une étude visant à évaluer la prévalence et l'évolution symptomatique de plusieurs troubles psychiatriques, au cours de quatre phases de la pandémie liée au Covid-19. Elle s'est appuyée sur un échantillon d'individus autrichiens (N = 234) recrutés par différentes stratégies. Les évaluations ont été faites sur une période totale de dix-huit mois (à l'entrée dans l'étude : T1, à six mois : T2, à douze mois : T3, et à seize mois : T4). Le trouble de l'adaptation a été évalué par l'échelle ADNM-8 (auto-évaluation). Les résultats obtenus montraient une variation statistiquement significative de la prévalence du trouble de l'adaptation, avec une hausse entre T1 et T2 ($p = 0,001$) et une baisse entre T2 et T3 ($p = 0,009$), puis une hausse entre T3 et T4 (non significative). Nous constatons à travers ces résultats que le trouble de l'adaptation peut se maintenir dans le temps et fluctuer, dans un contexte où les facteurs de stress persistent de façon continue ou intermittente (confinements, majoration du nombre de décès liés au Covid...). Par ailleurs, La prévalence du trouble de l'adaptation était plus élevée en hiver (T2, T4) qu'en été (T1, T3). Ce résultat serait lié à la fréquence plus élevée de certains facteurs de stress en hiver : une réglementation plus restrictive sur les déplacements (un confinement strict) ou un taux de mortalité lié au Covid plus élevé. Les résultats montraient également que les femmes avaient des scores (à l'échelle ADNM-8) plus élevés que les hommes, peu importe le moment de l'évaluation, ce qui traduit une symptomatologie plus intense chez les femmes. De même, la période au cours de laquelle la symptomatologie était la plus forte (avec un score élevé à l'ADNM-8) différait selon les sexes. Plusieurs limites sont mentionnées par les auteurs, notamment le fait que l'échantillon était majoritairement féminin. Les auteurs soulignent l'importance de mettre en place des stratégies pour favoriser une adaptation saine en période pandémique, d'autant que le

trouble de l'adaptation aurait été "la condition de santé mentale la plus importante et la plus répandue au cours de la pandémie".

En 2022, Kazlauskas et al. (12) ont mené une étude longitudinale dans le but de déterminer les différentes trajectoires symptomatiques prises par le trouble de l'adaptation. Il s'agissait d'un échantillon Lithuanien (N = 205) essentiellement féminin (77,5%), composé d'individus ayant récemment subi divers facteurs de stress. L'évolution des symptômes a été mesurée par l'ADNM-8, complétée à deux reprises à douze mois d'intervalle. À partir d'une analyse de transition latente, quatre groupes de patients ont été identifiés selon le profil symptomatique présenté : un groupe à "symptômes faibles", un groupe à "symptômes hauts", un groupe dit de "rétablissement", et un groupe dit de "début du trouble". À la première mesure, 47,3% des participants appartenaient au profil "symptômes bas" et 28,8% au groupe "symptômes hauts". Près de trois quarts des patients n'ont pas changé de groupe au cours du suivi. Par ailleurs, seulement 37,9% de ceux qui avaient un trouble de l'adaptation à T1 (première mesure) n'avaient plus de trouble à T2 (évaluation à 12 mois de suivi). Ces résultats vont selon nous dans le sens des études énoncées plus haut et de la définition de la CIM-11. En effet, le trouble de l'adaptation semble pouvoir se maintenir dans le temps. Il n'était cependant pas précisé dans cette étude de quelle façon évoluaient les facteurs de stress pour chaque patient. Par ailleurs, certaines variables prédisaient la prolongation du trouble de l'adaptation (défini par la présence d'un trouble de l'adaptation à douze mois de suivi) : le sexe féminin, le niveau académique, ou la présence de facteurs de stress au cours des douze derniers mois. Plusieurs limites ont été décrites dans cette étude. L'échantillon était majoritairement féminin (77,5%), ce qui doit faire relativiser l'influence du sexe sur le prolongement du trouble. Près de 35% de l'échantillon suivait une thérapie externe à l'étude (médicamenteuse ou psychothérapie) dont la cible n'était pas le trouble de l'adaptation, mais qui a pu influencer les résultats de l'étude. Le taux d'abandon dans l'étude était élevé (34,3% de l'échantillon initial) sans que des différences notables ne soit constatées (autres que le niveau d'éducation et le fait d'habiter en zone urbaine) entre les patients.

Dans une étude publiée en 2022, Y. Levin et al. (61) ont réalisé une étude longitudinale avec une analyse en réseau pour étudier la dynamique des symptômes du trouble de l'adaptation au sein de l'échelle IADQ. Une évaluation des symptômes avant et après un second

confinement lié au Covid-19 a été réalisé dans un échantillon issu de la population israélienne. L'étude visait à déterminer les symptômes centraux du trouble et à évaluer les associations entre chacun d'eux. Au cours de l'étude, les auteurs ont identifié deux groupes de symptômes décrivant le groupe des symptômes de préoccupation et celui des symptômes d'incapacité à s'adapter. Ils ont observé des associations fortes et stables entre symptômes issus du même groupe et des associations plus faibles entre symptômes de groupes différents. Les auteurs soulignent que ces résultats viennent confirmer la structure symptomatique du trouble de l'adaptation décrit par la CIM-11 composée de deux grands groupes de symptômes. Il est important de noter que la structure symptomatique s'est modifiée à la deuxième mesure (après confinement) avec une interconnexion plus forte des symptômes au sein de chacun des deux groupes symptomatiques (incapacité à s'adapter et préoccupation), c'est à dire une association plus forte des symptômes entre eux. Ces résultats suggèrent selon eux une plus grande difficulté à traiter le trouble qui se serait comme "durci" après le confinement. Dans cette étude, l'incapacité à s'adapter (décrit par le symptôme "incapacité à se détendre") était le symptôme central, quel que soit le moment. Ceci entre en contradiction avec certaines études antérieures dans lesquelles le symptôme de préoccupation était décrit comme le symptôme prédominant. Pour expliquer cela, ils précisent que l'échantillon reflétait probablement une population "clinique" (population à expression symptomatique forte et visible, associée à un nombre de symptômes plus important) plutôt qu'une population "non clinique" (peu symptomatique). L'expression symptomatique, considérée comme forte dans l'échantillon est expliquée par le fait que la menace liée au Covid était perçue à cette période comme intense et aiguë, entraînant une manifestation clinique plus bruyante se manifestant par une incapacité à s'adapter au premier plan. À travers les résultats de cette étude, les auteurs soutiennent la modélisation du trouble de l'adaptation selon la CIM-11 avec deux grands groupes de symptômes. Ils suggèrent également l'idée nouvelle d'une consolidation du trouble au cours du temps (possiblement liée à l'addition d'autres facteurs de stress) soulignant la nécessité d'une intervention précoce pour maximiser les chances d'une guérison rapide. Enfin, cette étude soutient l'hypothèse que les symptômes prédominants dans l'expression du trouble dépendraient de la gravité globale du facteur de stress. Nous allons voir dans l'étude suivante que cette idée semble valide mais qu'elle implique d'autres paramètres que nous allons maintenant décrire.

Dans une étude publiée la même année, Y. Evin et al. (62) ont comparé la structure en réseau des symptômes du trouble de l'adaptation (évalués par l'ADNM 8) dans deux échantillons distincts (un échantillon clinique et un échantillon non clinique) issus de deux populations différentes (Royaume Uni pour le premier, Suisse pour le second). L'échantillon clinique regroupait des individus dont la majorité présentait la totalité des symptômes du trouble, alors que seulement 32,9% présentait tous les critères du trouble dans l'échantillon non clinique (ou subclinique). Les résultats ont montré des associations particulièrement fortes entre les symptômes de préoccupation d'un côté, et les symptômes d'incapacité à s'adapter de l'autre. Ce résultat est selon les auteurs un argument en faveur de la structure du trouble défini par la CIM-11. Dans l'échantillon clinique, les connexions les plus fortes étaient entre symptômes d'incapacité à s'adapter. Le symptôme le plus central de cet échantillon était représenté par un symptôme d'incapacité à s'adapter. À l'inverse, les connexions les plus fortes concernaient les symptômes de préoccupation dans l'échantillon non clinique, avec une centralité des symptômes de préoccupation dans l'expression du trouble.

Les résultats obtenus dans l'échantillon clinique corroborent ceux de l'étude décrite plus haut où l'on retrouvait également une centralité des symptômes d'incapacité à s'adapter dans ce type de population. Les auteurs font l'hypothèse d'un développement temporel du trouble de l'adaptation qui se caractériserait dans un premier temps par la prédominance des symptômes de préoccupation au détriment des symptômes d'incapacité à s'adapter qui seraient moins présents. Ce premier temps correspondrait à la phase initiale du trouble avec un profil symptomatique correspondant à celui d'une population dite "non clinique" (peu symptomatique). Si les symptômes de préoccupation persistent dans le temps, une incapacité à s'adapter peut apparaître et s'accompagner d'une altération du fonctionnement habituel. Ces symptômes d'incapacité à s'adapter seraient donc d'apparition secondaire et représenteraient la manifestation clinique et "visible" du trouble de l'adaptation, qui correspond à la population dite clinique (clairement symptomatique). D'autres auteurs (33) ont suggéré que l'incapacité à s'adapter soit une conséquence de la préoccupation. Prenons l'exemple d'un individu qui vient de perdre son travail : toutes ses pensées sont tournées vers cet événement et ses implications, de sorte qu'il perd sa capacité à se concentrer sur des tâches pourtant nécessaires pour trouver un nouvel emploi. Du fait de cette préoccupation pour l'évènement, il lui devient plus difficile d'interagir avec ses amis. Son fonctionnement est alors altéré, à la fois sur le plan professionnel et social. Y. Evin et al. (62) suggèrent qu'une

intervention précoce, ciblée sur les préoccupations permettrait de prévenir l'apparition ultérieure de symptômes d'incapacité à s'adapter et de déficience fonctionnelle. Les auteurs proposent d'utiliser d'autres outils thérapeutiques en cas d'intervention plus tardive, qui cibleraient plus spécifiquement les symptômes d'incapacité à s'adapter.

2.5.2 Gravité du trouble de l'adaptation et risque suicidaire

Dans cette partie nous décrivons quelques résultats concernant la gravité potentielle du trouble de l'adaptation, notamment sur le risque suicidaire associé à ce trouble. À notre connaissance, aucune étude utilisant la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation n'a évalué ce risque. De nombreuses études ont abordé ce sujet mais celles-ci utilisaient des définitions plus anciennes du trouble, notamment celle du DSM-5. Il nous semble malgré tout important de mentionner ces études dont la reproduction future nous paraît essentielle, en utilisant cette fois-ci la définition la plus récente du trouble de l'adaptation.

Plusieurs études ont montré une association entre le trouble de l'adaptation et le risque suicidaire ou des comportements d'automutilation, dans des proportions similaires voir supérieures à d'autres troubles psychiatriques (10,11). Une étude de R. Bachem et P. Casey (10) montrait notamment que dans certaines cultures, le trouble de l'adaptation était le diagnostic le plus fréquent parmi les personnes qui se suicident, en population adulte et adolescente. Une étude d'autopsie psychologique réalisée chez des adolescents décédés par suicide montrait que près d'un tiers de ces jeunes présentaient un diagnostic de trouble de l'adaptation au moment du décès (6, p160). R. Bachem et al. (10) ont signalé que les comportements suicidaires survenaient plus tôt, à des seuils symptomatiques plus faibles, avec un intervalle de temps plus court entre les menaces suicidaires et le passage à l'acte suicidaire, comparativement à d'autres troubles psychiatriques.

D'autres résultats plus ou moins récents ont été rapportés sur la gravité du trouble, le risque de complications et l'impact sur le fonctionnement individuel. Le trouble de l'adaptation a été décrit comme pouvant se compliquer d'autres troubles dits plus graves, comme des troubles dépressifs ou anxieux (6,10,11,63). Par rapport au trouble dépressif, les symptômes du trouble de l'adaptation disparaîtraient plus rapidement, avec un retour plus rapide au travail et des

taux de réadmission en hospitalisation plus faibles (10). D'autres études ont mis en évidence que les symptômes du trouble de l'adaptation pouvaient être suffisamment graves pour causer "une grande détresse, un handicap fonctionnel et une faible qualité de vie" (64, p2).

Nous constatons que les données relatives à la gravité du trouble de l'adaptation - dans sa définition la plus récente - sont très limitées en particulier sur un sujet aussi essentiel que le risque suicidaire associé à ce trouble. E. Kazlauskas et al. (12) ont pu mettre en évidence que le nombre de facteurs de stress était associé à la gravité symptomatique du trouble de l'adaptation (dans sa définition CIM-11) au début du suivi et à douze mois, dans un échantillon lithuanien. D'autres auteurs ont également montré une association entre la gravité du trouble de l'adaptation et le sexe féminin (60).

2.6 L'EPIDEMIOLOGIE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION

2.6.1 La prévalence du trouble de l'adaptation

Dans cette section nous aborderons plusieurs études ayant évalué la prévalence du trouble de l'adaptation dans différentes populations. Les études sur ce sujet sont nombreuses et utilisent différentes échelles (ADNM-20, ADNM-8, IADQ, AD-CIDI).

En 2020, M. Shelvin et al. (56) ont mesuré la prévalence du trouble de l'adaptation au sein d'un échantillon issu de la population générale irlandaise (N = 1020). Les auteurs ont utilisé l'échelle IADQ, complétée en ligne par les participants. L'algorithme diagnostique que nous avons décrit précédemment (voir partie 2.3.2 International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ)) a été utilisé pour définir les patients à risque d'avoir un trouble de l'adaptation. Au début de l'étude, la presque totalité des participants (89,2%) étaient confrontés à au moins un facteur de stress psychosocial dont les plus fréquents étaient les problèmes financiers ou liés au travail, et les problèmes de santé personnels. Sur l'ensemble de l'échantillon, la prévalence du trouble de l'adaptation était de 15,6% (IC95% (13,4% - 17,8%)). Après exclusion des diagnostics de dépression et de trouble du deuil pathologique, la prévalence diminuait à 7%, sans que ne soit retrouvée de différence significative entre les

sexes. Selon les auteurs, cette prévalence de 7% représente l'approximation la plus proche de la prévalence du trouble de l'adaptation en population générale. Le calcul de cette prévalence intégrait des personnes ayant de façon comorbide un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou un TSPT complexe associé. En excluant dans le calcul de la prévalence les participants ayant un TSPT (ou un TSPT complexe) comorbide, la prévalence du trouble de l'adaptation diminuait à 5,2% sans différence significative entre les sexes.

En 2023, R. Bala et al. (65) ont réalisé une étude afin de mesurer la prévalence du trouble de l'adaptation, en utilisant là aussi l'échelle IADQ. Les auteurs ont mesuré la prévalence du trouble de l'adaptation dans un échantillon d'individus indiens soumis à au moins un facteur de stress psychologique, venant consulter un service de consultation externe, en pleine pandémie liée au Covid-19 (juin-août 2020). Ces facteurs de stress comprenaient surtout des problèmes financiers liés au travail ou des problèmes de santé personnels. L'algorithme utilisé pour le diagnostic du trouble de l'adaptation était le même que décrit précédemment. Les auteurs ont calculé que 25,2% de l'échantillon présentait un trouble de l'adaptation, soit une prévalence bien plus forte que dans l'étude précédente. Il est tout à fait possible que l'accumulation d'évènements stressants durant la période de pandémie liée au Covid-19 ait pu participer à l'augmentation de la prévalence du trouble dans cette population.

D'autres études utilisant l'IADQ ont retrouvé dans d'autres populations des prévalences variables du trouble selon le type d'échantillon sélectionné. Ainsi Y. Levin et al. (42) ont retrouvé des prévalences distinctes du trouble de l'adaptation entre un échantillon suisse et un échantillon israélien lors la première vague de pandémie liée au Covid-19 (avril 2020). Dans l'échantillon suisse, la prévalence était de 18,8% contre 10,2% pour l'échantillon israélien. Plusieurs paramètres pourraient expliquer ces différences. Les auteurs mentionnent que la survenue de certains facteurs de stress quotidiens (comme des attaques "terroristes") pourraient masquer les effets d'autres facteurs considérés comme "plus modérés" et qui ont été évalués par l'IADQ. Les auteurs notent aussi que les facteurs de stress mesurés entre les deux échantillons n'étaient pas les mêmes ce qui limite leur comparabilité.

On retrouve des résultats comparables dans une étude de M. Ben-Ezra et al. (66) qui retrouvaient une prévalence de 15,9% dans un échantillon Anglais (N = 1023) sélectionné sur

internet au début de la pandémie liée au Covid-19. Cette mesure a été effectuée par auto-évaluation en utilisant l'échelle IADQ dans sa version originale. Une version modifiée de l'IADQ comprenant des facteurs de stress associés spécifiquement à la pandémie du Covid-19 permettait d'obtenir une prévalence de 17,8% dans ce même échantillon. Le taux de réponse plutôt faible, de même que le caractère volontaire de la participation à l'étude constituent des biais de sélection qu'il convient de noter.

D'autres mesures de la prévalence, utilisant l'échelle ADN-8, ont été réalisées dans des populations spécifiques. K. Abe et al. (67) ont comparé la prévalence du trouble de l'adaptation chez des adolescents Japonais et Lithuaniens dans une mesure transversale, au printemps 2021. La prévalence dans l'échantillon japonais (N = 913) était de 6,9%, contre 11,7% dans l'échantillon Lithuanien (N = 832). Pour cette mesure, le seuil diagnostique a été défini par une analyse des classes latentes (ACL). La moyenne des scores des symptômes de l'ADN-8 dans les classes identifiées par l'ACL a été utilisée comme le score seuil définissant la présence probable d'un trouble de l'adaptation. Une autre étude de A. Lotzin et al. (68) retrouvait une prévalence de 18,2% dans un large échantillon (N = 15 563) d'individus issus de onze pays européens, au cours de la pandémie du Covid-19. Un score seuil (≥ 22) a été utilisé pour établir le diagnostic de trouble de l'adaptation, après une auto-évaluation par l'ADN-8. P. Zelviene et al. (9) retrouvait une prévalence de 16,5% (seuil diagnostique ≥ 23 sur l'échelle ADN-8) dans un échantillon lithuanien (N= 649) représentatif de la population générale. Les participants étaient exposés à divers facteurs de stress au cours des deux dernières années et l'impact psychologique de ces facteurs était encore présent au cours des six derniers mois.

Les études évaluant la prévalence du trouble de l'adaptation à partir de l'échelle ADN-20 sont nombreuses. Nous évoquerons succinctement leurs résultats car la symptomatologie décrite dans cette échelle est selon nous moins fidèle à la définition de la CIM-11. Dans un échantillon de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein au cours de l'année écoulée, HY. Tang et al. (69) retrouvaient une prévalence de 38,6% pour le trouble de l'adaptation. M. Ben-Ezra et al. (70) retrouvaient des prévalences assez proches dans trois pays africains : 5,8% au Nigeria, 9,5% au Kenya, 9,6% au Ghana. Une étude de A. Juszczak et al. (4) montrait une prévalence de 8,4% au sein d'un échantillon polonais, au début de la première vague de pandémie liée au Covid-19. Une autre étude (46), également en population polonaise,

montrait une prévalence de 14% à la même période. Notons enfin qu'une étude plus ancienne (24) avait retrouvé une prévalence bien plus faible, de 2% dans un échantillon issu de la population générale allemande.

2.6.2 Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du trouble de l'adaptation

Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du trouble de l'adaptation ont été décrits dans plusieurs études. Nous distinguons trois types de facteurs de risque : les facteurs psychosociaux, les facteurs intrapersonnels et les facteurs interpersonnels. Concernant les facteurs protecteurs, nous distinguons les facteurs intrapersonnels et interpersonnels. Le caractère intra ou interpersonnel d'un facteur diffère selon nous par le fait que le second implique un autre individu dans sa genèse ce qui semble - dans une certaine mesure - moins vrai pour le premier. Dans la première partie de ce développement, nous nous attarderons plus spécifiquement sur les facteurs de risque psychosociaux, puis nous évoquerons les autres facteurs de risque ainsi que les facteurs protecteurs supposés du trouble de l'adaptation. Nous avons traité dans une même partie les facteurs de risque et les facteurs protecteurs intra/interpersonnels car les études présentées évaluent souvent ces paramètres de façon simultanée.

2.6.2.1 Les facteurs de stress psychosociaux

Les facteurs de stress psychosociaux sont au cœur de l'étiopathogénie du trouble de l'adaptation. Nous l'avons vu, ils sont un critère diagnostique indispensable à la survenue du trouble. Ils représentent par conséquent des facteurs de risque du trouble de l'adaptation. Dans la définition de la CIM-11, tout type de facteur de stress peut provoquer le trouble, ce que soutiennent plusieurs études (31).

Les grandes échelles d'évaluation du trouble mentionnent divers facteurs de stress, reconnus par celles-ci comme associés au trouble de l'adaptation. Dans l'échelle IADQ, on retrouve des problèmes financiers (être endetté..), des problèmes liés au travail (chômage, licenciement, retraite, problèmes/conflits avec les collègues, changement de fonction), des problèmes liés

à la scolarité (difficultés à suivre en cours, pression liée aux délais), des problèmes de logement (déménagement stressant, difficulté à trouver une résidence sûre, absence de résidence sûre), des problèmes relationnels (séparation ou divorce, conflit avec la famille ou les amis, problèmes d'intimité), ses propres problèmes de santé ou ceux d'un proche (apparition ou détérioration d'une maladie, problèmes de médication, blessure ou handicap), des problèmes liés aux soins des autres (stress émotionnel, contraintes de temps). L'ADNM (dans ses différentes versions) présente une liste d'évènements stressants touchant les mêmes domaines de vie. En 2022, E. Kazlauskas et al. (12) ont évalué la prévalence de plusieurs facteurs de stress (ADNM-8) dans un échantillon d'individus lithuaniens (N = 205) victimes de divers facteurs de stress. Les facteurs de stress les plus représentés étaient les facteurs liés au travail (63,4%), à la santé (43,4%) et les facteurs interpersonnels (42,4%). Les plus représentés étaient les conflits familiaux (34,1%), la maladie d'un proche (32,7%), le chômage (29,3%), les conflits au travail (25,7%), les difficultés financières (24,9%), les maladies graves (16,1%). Près de la moitié des participants étaient exposés à deux ou trois domaines différents.

M. Dragan et al. (46) ont évalué l'association statistique entre le trouble de l'adaptation (évalué par l'ADNM-20) et plusieurs facteurs de stress, dans un échantillon polonais (N = 1742) confronté à une période de confinement (lors de la pandémie liée au covid-19). Les mesures de régression logistique ont retrouvé une association positive et significative entre le trouble de l'adaptation et les conflits familiaux (OR = 1,457 ; IC95% (1,187 - 1,788) ; $p < 0,001$) ou au travail (OR = 1,127 ; IC95% (1,015 - 1,556) ; $p < 0,05$), le fait d'avoir trop ou pas assez de travail (OR = 1,326 ; IC95% (1,035 - 1,698) ; $p < 0,05$), les problèmes financiers (OR = 1,588 ; IC95% (1,263 - 1,998) ; $p < 0,001$), la fin d'une activité importante source de plaisir (OR = 1,312 ; IC95% (1,019 - 1,689) ; $p < 0,05$) et la pandémie liée au covid-19 (OR = 2,895 ; IC95% (2,260 - 3,709) ; $p < 0,001$). On retrouvait aussi le fait d'être une femme (OR = 1,609 ; IC95% (1,27 - 2,03)) et le fait de ne pas avoir de travail à temps plein (OR = 1,481 ; IC95% (1,04 - 2,09)), bien que le degré de significativité n'était pas précisé pour ces deux résultats.

Ben-Ezra et al. (66) ont évalué l'association entre plusieurs évènements stressants lors de la pandémie liée au Covid-19 et la survenue du trouble de l'adaptation. L'étude consistait en deux études transversales, réalisées sur deux échantillons britanniques sélectionnés sur internet entre mars et juin 2020 (une semaine après la fermeture nationale du pays). Dans

l'échantillon de la deuxième étude (N = 1023, taux de réponse de 42%), les facteurs de stress mesurés étaient issus de l'échelle IADQ. L'isolement actuel (OR = 1,89 ; IC95% (1,16 - 3,06)), des problèmes de santé personnels (OR = 2,07 ; IC95% ((1,38 - 3,10)) ou touchant une personne aimée (OR = 1,85 ; IC95% (1,22 - 2,80)), la difficulté à prendre soin des autres (OR = 2,59 ; IC95% (1,68 - 3,99)) étaient significativement associés à la survenue du trouble de l'adaptation. Cette association était d'autant plus forte que le nombre d'évènements stressants était élevé, avec une association plus faible pour un évènement (OR = 9,56 ; IC95% (5,44 - 16,80) ; $p < 0,001$) que pour trois évènements (OR = 16,64 ; IC95% (9,08 - 30,51) ; $p < 0,001$). Ce dernier résultat est en faveur d'un modèle dose-réponse du trouble de l'adaptation, comme le soulignent les auteurs. Parmi les limites de l'étude, on retrouve le caractère transversal et auto-déclaré des mesures effectuées, le taux de réponse faible et la participation volontaire des participants, qui peuvent être des biais de sélection potentiels.

M. Mahat-Shamir (29) ont mesuré l'association entre le trouble de l'adaptation (évalué par l'ADNM-20) et divers évènements dans un échantillon d'individus israéliens, immédiatement après un attentat survenu à Tel-Aviv. La survenue d'évènements traumatiques (évènements mettant en danger la vie du participant ou celle de l'un de ses proches) et stressants (divorce, mariage, maladie d'un proche, difficultés professionnelles ou matérielles...) dans le mois précédent l'étude a été évaluée (enquête en ligne). La mesure de cette association a également été faite pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'exposition antérieure à des évènements stressants ou traumatisants au cours du mois précédent était positivement et significativement associée au trouble de l'adaptation ($B = 3,571$, $t = 2,348$, $p = 0,019$; $B = 9,919$, $t = 3,642$, $p < 0,001$, respectivement), tandis que seule l'exposition antérieure à des évènements traumatisants était significativement associée au TSPT ($B = 1,036$; $t = 3,584$; $p < 0,001$). Les auteurs évoquent un processus de "sensibilisation" pour décrire le fait que les personnes ayant subi un traumatisme ont un risque majoré de développer un trouble de l'adaptation ou un TSPT. Notons que ces résultats sont conformes à la définition de la CIM-11 décrite plus haut. La participation volontaire à l'étude, de même que l'absence d'évaluation de l'état psychique antérieur des participants sont quelques limites évoquées dans cette étude.

M. Mahat-Shamir et al. (71) ont évalué l'association entre l'anxiété liée à la "peur de mourir" au début de la pandémie du Covid-19, l'exposition volontaire aux informations médiatiques sur le Covid, et la survenue du trouble de l'adaptation (évalué par l'ADNM-4). Les mesures ont été réalisées sur un échantillon israélien au début de la pandémie du Covid-19 (mars 2020). Les résultats montraient que l'anxiété liée à la crainte de mourir était associée aux symptômes du trouble de l'adaptation. Cette association était médiée par une variable intermédiaire représentée par l'exposition volontaire aux informations relatives au Covid. Les auteurs donnent quelques explications à ces résultats. Dans le cas de la pandémie liée au covid, les individus présentent une peur plus intense de mourir. Ils cherchent alors à diminuer cette anxiété en tentant de reprendre le contrôle sur la situation. Cette volonté de contrôle passe par une recherche d'informations sur le Covid, ses facteurs de risque... Dans le cas du Covid-19, le contenu particulièrement menaçant de l'information, en quantité importante, a pu avoir l'effet l'inverse, ce qui a majoré l'anxiété et les symptômes du trouble de l'adaptation. Ces résultats sont intéressants car ils montrent, au-delà de l'exposition réelle à certains événements stressants, que l'exposition à des informations sur des événements adverses pourrait dans certains cas majorer la détresse psychologique et les symptômes du trouble de l'adaptation. D. Ajduković et al. (72) ont montré une association positive et significative entre une exposition aux médias traitant du Covid-19 (plus de trente minutes par jour) et les symptômes du trouble de l'adaptation, avec une corrélation d'autant plus forte que l'exposition était longue. Les auteurs soulignent que les nombreuses inconnues dans l'information véhiculée sur la pandémie ont pu majorer la détresse, tandis que la disponibilité d'informations fiables permettrait de diminuer celle-ci. A. Lotzin et al. (68) retrouvaient aussi une association positive entre la durée d'exposition aux informations médiatiques sur le Covid-19 et le trouble de l'adaptation. Les auteurs soulignaient le rôle d'une information peu fiable, voire de la désinformation dans l'accroissement de l'anxiété. Une étude récente de Y. Levin et al. (42) vient appuyer ces résultats, en montrant que la consommation de médias traitant du Covid-19 était associée à davantage de symptômes d'anxiété et de dépression.

2.6.2.2 Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs intra/interpersonnels

D. Ajduković et al. (72) ont évalué les principaux facteurs de risque du trouble de l'adaptation, dans un échantillon représentatif de la population nationale Croate, au cours de la pandémie liée au Covid-19. Un large échantillon (N = 1201) a été sélectionné par une enquête en ligne (en juillet 2020). Deux mesures de l'ADNM-8 ont été réalisées pour identifier les personnes à risque d'avoir un trouble de l'adaptation (score seuil > 23). Une première mesure quatre mois après le début du confinement national, l'autre deux mois après la levée de la plupart des restrictions. Les principaux facteurs de risque ont été évalués par une mesure de régression logistique. On retrouvait de façon significative : un revenu dans la moyenne (OR = 1,93 ; IC95% (1,18 - 3,14) ; $p < 0,05$), un mauvais état de santé actuel (qui avait la corrélation la plus forte : OR = 8,74 ; IC95% (3,9 - 19,5) ; $p < 0,01$), un niveau de résilience faible (OR = 3 ; IC95% (1,49 - 6,26) ; $p < 0,05$) décrit par une confiance en soi et un sentiment d'efficacité personnelle faible (échelle RES), un âge inférieur à trente-cinq ans (OR = 3,55 ; IC95% (1,6 - 7,7) ; $p < 0,05$). Plusieurs limites sont évoquées par les auteurs, comme la représentativité de l'échantillon, ou les biais de sélection liés à un recrutement sur internet.

Dans l'étude de Jannini et al. (7), les auteurs ont évalué l'association entre les symptômes du trouble de l'adaptation (évalués par l'IADQ) et plusieurs variables, dans un échantillon italien (N = 21207) majoritairement féminin, pendant la première vague du Covid-19 (mars 2020). Ils retrouvaient une association positive et significative entre le trouble et le sexe féminin (OR = 1,245 ; IC95% (1,10 - 1,41) ; $p < 0,001$), le fait d'être veuve (OR = 1,571 ; IC95% (1,11 - 2,19) ; $p = 0,008$), le fait d'être dans une relation de couple instable (OR = 1,145 ; $p = 0,042$), et les facteurs de stress psychosociaux liés au Covid-19 (OR = 1,395 ; IC95% (1,34 - 1,44) ; $p < 0,001$).

Une étude a été menée en population adolescente par K. Abe et al. (67) dans le but d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque impliqués dans la survenue du trouble de l'adaptation dans cette population. Cette étude transversale comprenait un échantillon d'adolescents (de 12 à 18 ans) Lithuaniens (N = 832) et Japonais (N = 913) ayant rempli une enquête en ligne entre mars et juillet 2021 (période de pandémie liée au Covid-19). Le seuil diagnostique utilisé pour définir le groupe à risque de trouble de l'adaptation a été défini via une analyse des

classes latentes (ACL) utilisant l'ADNM-8 (dans une version adaptée aux facteurs de stress rencontrés en population adolescente). Une analyse de régression logistique a permis de mesurer l'association entre le trouble de l'adaptation et plusieurs paramètres. Les variables mesurées étaient la nationalité, le sexe, l'âge, le statut socio-économique, la présence de facteurs de stress cumulatifs, la solitude, la résilience (échelle RS-14 : stabilité de l'humeur, confiance, capacité à donner du sens, persévérance...), la perception de son support social (échelle CSS : "crisis support scale"). Le sexe féminin (OR = 1,85 ; IC95% (1,37 - 2,5)), un sentiment de solitude plus élevé (OR = 1,07 ; IC95% (1,02 - 1,10)) étaient associés à la survenue du trouble de l'adaptation. À l'inverse, le soutien social perçu (OR = 0,94 ; IC95% (0,91 - 0,96)) ainsi que la résilience (OR = 0,97 ; IC95% (0,96 - 0,99)) étaient inversement associés à la survenue du trouble. Notons quelques limites à cette étude : la conception transversale de l'étude ne permettant pas d'établir des liens de causalité entre les variables, le taux de réponse connu seulement pour l'échantillon lithuanien (65,7%), les modalités différentes d'inclusion des participants entre les deux échantillons.

A. Lotzin et al. (68) ont mené une étude transversale dans laquelle ils ont évalué l'influence de plusieurs facteurs sur la survenue du trouble de l'adaptation, dans un large échantillon (N = 15 563) issu de onze pays européens, recruté en pleine période de pandémie liée au Covid-19 (juin-novembre 2020). Après un recrutement par diverses stratégies, les participants ont complété plusieurs mesures en ligne. L'évaluation du trouble de l'adaptation a été faite par l'échelle ADNM-8, avec un score ≥ 22 indiquant un diagnostic probable. Dans l'analyse de régression multivariée, on retrouvait plusieurs facteurs significativement associés à des niveaux symptomatiques plus élevés du trouble de l'adaptation : l'avancée en âge, le sexe féminin, la durée d'exposition aux informations traitant du Covid-19 (risque d'autant plus grand que l'exposition aux médias est longue), un état de santé jugé mauvais, la peur de l'infection, l'exposition à un traumatisme pendant ou avant la pandémie, la présence d'un trouble mental actuel, la restriction des contacts sociaux et des activités plaisantes (achats, restaurants,...), des problèmes liés au travail (perte de revenus et d'emploi) ou au foyer (conditions de logement, conflits à la maison). À l'inverse on retrouvait plusieurs facteurs protecteurs : un revenu moyen ou élevé, le fait d'avoir des contacts sociaux en face-à-face (d'autant plus protecteurs qu'ils sont fréquents), ou le fait d'être à la retraite. Outre les aspects biologiques, les différences liées au sexe pourraient - selon les auteurs - être liées au fait que

les femmes ont été confrontées à une charge mentale plus importante pendant la pandémie, en tant que "principale fournisseuse de soins aux enfants et aux membres âgés de la famille". Dans cette étude, l'âge avancé était associé au risque d'avoir un trouble de l'adaptation, ce qui est compréhensible car le risque de décès lié au Covid était bien plus élevé dans cette population. Il est intéressant de noter qu'à côté de l'effet supposé protecteur des contacts réels et réguliers avec des proches, les contacts virtuels via les outils numériques (téléphone, webcam...) n'avaient pas d'effet significatif sur la survenue du trouble. La taille de l'échantillon donne une certaine robustesse aux données, même s'il n'est pas fait mention du NSN (nombre de sujet nécessaire) pour les mesures statistiques effectuées. La représentativité de l'échantillon, l'utilisation de stratégies de recrutement différentes selon les pays, le caractère volontaire de l'inclusion, le caractère transversal de l'étude, les variations de l'état de la pandémie selon les pays sont d'autres limites à cette étude.

Dans une étude longitudinale parue en 2019, L. Lorenz et L. Makowski (59) ont évalué l'association entre certains facteurs et la survenue du trouble de l'adaptation dans un échantillon d'individus zurichoïses (N = 334). Les participants venaient de perdre leur emploi de façon involontaire au cours des neuf derniers mois. Trois mesures ont été réalisées au cours du suivi (à l'entrée dans l'étude, à six et douze mois). Le trouble de l'adaptation a été évalué par le module AD-CIDI et par l'ADNM-8. Les facteurs associés de façon significative au trouble de l'adaptation étaient : un âge élevé, le sexe féminin, une situation financière mauvaise avec un budget par ménage < 4000 francs suisses, la perte d'un premier emploi, un emploi à haute responsabilité. On retrouvait également un sentiment d'efficacité personnelle (échelle SWE) et un sentiment de cohérence (échelle SOC-R, traduisant la perception de sa capacité à comprendre, maîtriser et donner du sens à un événement stressant) plus faibles, une reconnaissance sociale plus faible. Un sentiment de solitude élevé, un "dévoilement de soi dysfonctionnel", des interactions sociales perçues comme négatives étaient également associés à la survenue du trouble de l'adaptation. Un élément explicatif de l'âge avancé comme facteur de risque pourrait être lié à un accès facilité au marché du travail pour les plus jeunes. Le caractère auto déclaratif des évaluations ou la forte spécificité de l'échantillon sont quelques limites mentionnées dans cette étude.

P. Zelviene et al. (9) ont mené une étude analysant les facteurs de risque du trouble de l'adaptation (évalué par l'ADNM-8 avec un score seuil ≥ 23 pour le diagnostic) dans un échantillon lithuanien (N= 649) représentatif de la population générale. Les participants ont été exposés malgré eux à divers facteurs de stress au cours des deux dernières années, avec un impact psychologique encore présent au cours des six derniers mois. L'analyse logistique multivariée retrouvait une association entre le trouble de l'adaptation et le sexe féminin (OR = 1,83 ; IC95% (1,09 - 3,06) ; p = 0,022), des facteurs de stress liés à la santé (OR = 1,86 ; IC95% (1,43 - 2,42) ; p < 0,001), des facteurs de stress liés au travail (OR = 1,29 ; IC95% (1,06 - 1,56) ; p = 0,012). Les principales limites de l'étude étaient liées à son caractère transversal et l'auto-déclaration des mesures effectuées.

Dans son travail de thèse, P. Zelviene (73) avait déjà constaté le rôle de certains facteurs dans la survenue ou non du trouble de l'adaptation (défini par l'ADNM-20). Dans un échantillon à risque de trouble de l'adaptation (N = 103), elle retrouvait une association significative avec le sexe féminin (OR = 3,04 ; p < 0,01), un niveau académique plus faible (OR = 3,36 ; p < 0,01), les facteurs de stress chroniques (OR = 1,36 ; p < 0,01). Le bien-être psychologique, défini par l'échelle WBQ ("well being questionnaire") était au contraire un facteur protecteur de la survenue du trouble de l'adaptation (OR = 0,91, p < 0,01). La structure de l'échelle WBQ était décrite comme une conceptualisation du bien-être en six dimensions : l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, le développement personnel, les relations positives avec les autres, avoir un but dans la vie et l'acceptation de soi.

M. Kestler-Peleg et al. (74) ont étudié l'influence de la "stabilité émotionnelle" sur la survenue du trouble de l'adaptation au tout début de la pandémie liée au Covid-19 (mars 2020). Ils ont également évalué l'influence médiatrice du statut parental (le fait d'avoir ou non des enfants) sur le lien entre la stabilité émotionnelle et le trouble de l'adaptation. Un échantillon adulte d'individus israéliens (N = 244) majoritairement féminin (85,7%) a été recruté via les médias sociaux. La moitié des participants avait au moins un enfant. Plusieurs mesures ont été complétées en ligne, dans une période où les individus étaient encouragés à rester chez eux en famille, majorant ainsi l'investissement du rôle parental au domicile. La stabilité émotionnelle était évaluée par l'inventaire TIPI et le trouble de l'adaptation par l'ADNM-4. La stabilité émotionnelle est décrite - par les auteurs - comme le pôle opposé au neuroticisme. Ce dernier se

caractérise par une perception menaçante et déstabilisante du monde, associée à des émotions négatives (colère, tristesse, anxiété, irritabilité...). Les tests de Student réalisés n'ont pas révélé de différence statistiquement significative entre les parents et les non-parents en ce qui concerne les symptômes du trouble de l'adaptation ou la stabilité émotionnelle. Dans le groupe "non parent", on retrouve une association négative et statistiquement significative entre la stabilité émotionnelle et les symptômes du trouble de l'adaptation ($B = -0,78$; $t(238) = -4,23$; $IC95\% (-1,14 ; -0,42)$; $p < 0,001$) mais ce résultat n'était pas significatif pour le groupe "parents". Les résultats montrent selon eux que le rôle parental pourrait compenser une mauvaise stabilité émotionnelle des participants. Ainsi la mauvaise stabilité émotionnelle des "parents" aurait moins d'impact sur la survenue du trouble de l'adaptation. Il semble que le statut de parent protège ceux ayant une mauvaise stabilité émotionnelle contre les symptômes de trouble de l'adaptation. Le fait d'être parent modère, atténue la relation entre stabilité émotionnelle et symptômes du trouble de l'adaptation, dans les deux sens. En effet les "non parents" qui ont une bonne stabilité émotionnelle seraient mieux protégés contre le trouble de l'adaptation que les "parents" qui ont une bonne stabilité émotionnelle. Les auteurs expliquent que le fait de s'occuper de ses enfants ainsi que l'approbation de ces comportements par les autres peuvent produire un concept de soi positif, un sentiment supérieur d'efficacité personnelle, ce qui peut réduire l'anxiété du parent. Ils notent que la parentalité procure "un sentiment de sens et d'accomplissement qui surmonte les faibles niveaux de stabilité émotionnelle". Ces résultats suggèrent qu'une aide ciblée sur les personnes ayant une faible stabilité émotionnelle, d'autant plus s'ils n'ont pas d'enfant, pourrait permettre de prévenir l'apparition d'un trouble de l'adaptation. Parallèlement, les auteurs suggèrent que mobiliser l'identité sociale de parent, chez ceux ayant une faible stabilité émotionnelle pourrait aussi jouer ce rôle. Cette étude présente certaines limites qui doivent être mentionnées : la représentativité discutable de l'échantillon, sa conceptualisation transversale limitant les interprétations de cause à effet, ou le fait que les mesures soient auto-déclarées.

R. Bachem et al. (41) ont mené une étude transversale dans laquelle ils ont évalué la prévalence du trouble de l'adaptation au sein d'un échantillon composé d'individus allemands ayant subi une "transplantation d'organe" (pulmonaire, cardiaque, rénale...) ainsi que chez leurs proches. Les participants formaient des dyades "transplanté et proche" ($N = 140$) recrutés par différents moyens. Les proches étaient considérés comme ayant un rapport de proximité avec

le patient transplanté. Le trouble de l'adaptation était évalué par l'ADNM-20 (définition conservatrice). Les auteurs ont retrouvé une prévalence de 8,6% chez les patients et 16,4% chez les proches, avec une gravité comparable du trouble chez les deux partenaires et un score de préoccupation plus important chez les proches. Dans le groupe des patients transplantés, le sexe masculin était négativement et significativement associé au trouble de l'adaptation, le type d'organe transplanté (le cœur en première place) et les problèmes somatiques étaient positivement et significativement associés au trouble de l'adaptation. Le soutien social était négativement associé au trouble de l'adaptation, mais expliquait peu la variance du trouble. Dans le groupe des proches, le sexe masculin et le soutien social étaient négativement associés au trouble de l'adaptation. Le soutien social expliquait 17% de la variance du trouble de l'adaptation chez les proches. Les symptômes somatiques du transplanté étaient positivement associés (association la plus forte) au trouble de l'adaptation chez le transplanté, mais pas avec le trouble de l'adaptation de son conjoint. Le temps écoulé depuis la transplantation n'était pas associé à la gravité du trouble de l'adaptation, dans les deux groupes. La représentativité de l'échantillon, le taux de réponse assez faible aux questionnaires (entre 11 et 40%), le caractère auto-déclaré des mesures et la nature transversale de l'étude sont quelques limites discutées par les auteurs.

A. Vancappel et al. (53) ont mené une étude visant - parmi d'autres évaluations - à déterminer les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du trouble de l'adaptation, dans un échantillon (N = 1010) très majoritairement féminin (83%) recruté sur les réseaux sociaux. Les participants subissaient divers facteurs de stress, plus ou moins liés à la période de quarantaine imposée par la pandémie du Covid-19. Les mesures effectuées en ligne comprenaient l'ADNM-20 (seuil diagnostique $\geq 47,5$) pour évaluer le trouble de l'adaptation. Une analyse corrélative (modèle de Pearson) a été faite. Pour l'ensemble de l'échantillon, les scores de l'ADNM-20 étaient positivement associés au soutien instructif ($r = 0,144$; $p < 0,001$), au soutien émotionnel ($r = 0,277$; $p < 0,001$), au déni ($r = 0,378$; $p < 0,001$), au blâme ($r = 0,444$; $p < 0,001$), à la religion ($r = 0,0104$; $p < 0,001$), à l'utilisation de drogues ($r = 0,217$; $p < 0,001$) et au désengagement comportemental ($r = 0,396$; $p < 0,001$). À l'inverse, les scores de l'ADNM-20 étaient négativement associés à la planification ($r = - 0,111$; $p < 0,001$), au recadrage positif ($r = - 0,373$; $p < 0,001$), à l'acceptation ($r = - 0,448$; $p < 0,001$) et à l'humour ($r = - 0,327$; $p < 0,001$). Dans un sous-groupe de l'échantillon, pour lequel la "quarantaine" avait été un des

"événements les plus pénibles" au cours de la période récente, on retrouvait des résultats supplémentaires : une association négative entre les scores de l'ADNM-20 et l'ennui ($r = -0,298$; $p < 0,001$), un sommeil régulier ($r = -0,394$; $p < 0,001$), une alimentation stable ($r = -0,341$; $p < 0,001$), la capacité à se détendre ($r = -0,492$; $p < 0,001$), la gestion de la préoccupation ($r = -0,570$; $p < 0,001$), les capacités de communication ($r = -0,341$; $p < 0,001$), l'obtention d'informations claires ($r = -0,195$; $p < 0,001$), la gestion du temps d'écran ($r = -0,244$; $p < 0,001$), l'activité physique régulière ($r = -0,225$; $p < 0,001$), les contacts sociaux ($r = -0,344$; $p < 0,001$), la participation à des activités solidaires ($r = -0,143$; $p < 0,001$) et l'activité professionnelle ($r = -0,224$; $p < 0,001$). Ces résultats suggèrent de possibles stratégies d'intervention chez des personnes subissant les conséquences d'une pandémie mondiale, particulièrement en période de confinement. Les auteurs proposent la thérapie cognitive, comme outil de prise en charge de certains facteurs associés au trouble : le blâme, le recadrage cognitif, l'humour. Ils proposent aussi la prise en charge du désengagement comportemental et des difficultés d'acceptation par la thérapie d'exposition, ou encore une prise en charge des problèmes de planification par des techniques de résolution de problèmes. Plusieurs limites sont mentionnées dans l'étude, comme la représentativité de l'échantillon qui est majoritairement féminin, le caractère auto-déclaré des mesures et la transversalité de l'étude qui limite les interprétations de cause à effet.

En 2023, M. Kestler-Peleg et al. (75) ont examiné les relations entre certains traits de personnalité et le trouble de l'adaptation, ainsi que le rôle médiateur de deux paramètres (l'intolérance à l'incertitude et le sentiment d'efficacité personnelle) dans la relation entre ces deux variables. L'intolérance à l'incertitude est décrite comme "la difficulté à faire face à la réalité des conditions imprévisibles" avec "une tendance à percevoir les événements futurs comme menaçants" sans prendre en compte la probabilité réelle du danger. Le sentiment d'efficacité personnelle est décrit comme "la croyance globale d'un individu en ses capacités d'adaptation". Les auteurs mentionnent que les traits de personnalité sont des "variables clés" dans la façon dont un individu s'adapte à des événements stressants. L'échelle "Big Five" décrit cinq grandes dimensions de la personnalité : l'extraversion, l'agréabilité, l'esprit consciencieux, le neuroticisme, et l'ouverture. Dans cette étude, l'échantillon était composé d'adultes israéliens ($N = 673$) dont la majorité était des femmes (73,1%). Les mesures ont été faites au début de la pandémie liée au Covid-19, au moment où des mesures sanitaires contraignantes ont

été mises en place. Les participants ont rempli plusieurs échelles en ligne : l'ADNM-4 pour évaluer les symptômes du trouble de l'adaptation, l'échelle TIPI pour les traits de personnalité, l'échelle GSE-6 pour le sentiment d'efficacité personnelle, l'IUS-12 pour l'intolérance à l'incertitude. Concernant les résultats, on retrouvait une corrélation positive entre plusieurs traits de personnalité (neuroticisme, esprit consciencieux) et le trouble de l'adaptation. Plusieurs traits (extraversion, agréabilité, ouverture) étaient négativement associés à l'intolérance à l'incertitude, qui était elle-même positivement associée au trouble de l'adaptation. D'autres traits (l'esprit consciencieux, le neuroticisme) étaient positivement associés à l'intolérance à l'incertitude, elle-même positivement associée au trouble de l'adaptation. Par ailleurs, l'extraversion, l'esprit consciencieux et l'ouverture étaient positivement associés à l'auto-efficacité, tandis que le neuroticisme était négativement associé à l'auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle était négativement associé au trouble de l'adaptation. Notons que le sentiment d'efficacité personnelle et l'intolérance à l'incertitude étaient les variables médiatrices de l'effet des traits de personnalité sur le trouble de l'adaptation. De même, l'association négative entre ces deux variables médiatrices montre qu'une intolérance à l'incertitude élevée était associée à un sentiment d'efficacité personnelle faible. Ces résultats suggèrent - selon auteurs - que les personnes ayant une certaine stabilité émotionnelle, une ouverture aux autres, une plus grande sensibilité et des valeurs, sont moins à risque de développer un trouble de l'adaptation. À l'inverse, l'identification des personnes peu consciencieuses, peu ouvertes, ayant un haut niveau de neuroticisme, permettrait de proposer un soutien plus large à ces individus à risque de développer un trouble de l'adaptation. Cette démarche pourrait impliquer selon eux le développement de stratégies ciblant le sentiment d'efficacité personnelle et l'intolérance à l'incertitude. Les auteurs relèvent plusieurs limites à cette étude : son caractère transversal, la représentativité discutable de l'échantillon et le caractère auto-déclaré des mesures effectuées.

O. Dworakowski et al. (76) ont mené une étude au cours de la deuxième vague du Covid-19 (en novembre 2020) sur un échantillon international (Etats-Unis, Royaume Uni, Suisse, Allemagne) sélectionné sur internet. Les auteurs ont recherché une association entre "la rumination ou la co-rumination" et la survenue du trouble de l'adaptation. Ils ont également évalué si les différences d'âge dans la survenue du trouble de l'adaptation pouvaient s'expliquer par des différences d'intensité du symptôme de rumination (intrapersonnelle ou

interpersonnelle). La rumination est décrite par les auteurs comme "une occupation passive des sentiments, des causes et résultats de la détresse vécue" avec "une comparaison passive constante avec ses propres normes non atteintes". La co-rumination renvoie au partage social de ses pensées négatives, avec des "dialogues involontairement répétitifs et rigides sur un contenu négatif". Elle est souvent associée à une "sensation d'incompréhension dans la dyade qui échange" du fait que la personne qui rumine "tourne en rond" sans que l'autre puisse intervenir dans l'échange. Dans cet échantillon, l'augmentation de l'âge était associée à une diminution des symptômes du trouble de l'adaptation ($B = - 12$, $SE = - 0,03$, $p < 0,01$). Selon les auteurs, la relation entre l'âge et les symptômes du trouble de l'adaptation était entièrement médiée par la rumination/co-rumination. Cela signifierait que l'âge n'influence pas directement les symptômes du trouble de l'adaptation mais que son effet serait lié à son influence sur la rumination et la co-rumination. Le modèle (qui inclue l'âge, la rumination, la co-rumination) explique 25% de la variance des symptômes du trouble de l'adaptation ($R^2 = 0,25$; $F = (3, 1397)$; $p < 0,001$). On retrouve un effet médiateur de la rumination ($B = - 11$) et de la co-rumination ($B = - 0,05$) sur la relation entre l'âge et le trouble de l'adaptation. L'étude suggère qu'avec l'âge, les individus ont moins de comportements de rumination et de co-rumination, conduisant à une diminution des symptômes du trouble de l'adaptation. La rumination et la co-rumination joueraient un rôle majeur dans la compréhension de la relation entre l'âge et l'ajustement psychologique à la pandémie. Il semble - selon les auteurs - que les personnes âgées se soient mieux adaptées à la pandémie que les jeunes adultes bien qu'elles étaient plus exposées à une forme sévère de la maladie. Ce résultat serait le fait de stratégies d'adaptation plus efficaces chez les personnes âgées, comprenant des stratégies intra et interpersonnelles de régulation émotionnelle. À côté de la co-rumination qui est une forme "dysfonctionnelle" de la révélation de soi, les auteurs notent que la divulgation de contenus négatifs aux autres peut être bénéfique, voir fondamentale dans l'établissement de liens sociaux. Plusieurs limites sont évoquées dans cette étude, notamment la représentativité de l'échantillon qui a été sélectionné en ligne.

La même équipe de chercheurs (77) s'est intéressée dans une autre étude et dans le même échantillon au rôle des stratégies interpersonnelles de régulation des émotions lors de l'apparition d'une situation stressante. La régulation interpersonnelle des émotions renvoie à la façon dont les interactions sociales peuvent favoriser ou détériorer notre capacité à réguler

nos émotions. La régulation interpersonnelle des émotions, qui passe par "le partage social des émotions et des expériences" rejoint l'idée d'une voie "socio-affective" de régulation émotionnelle, qui passe par une "intimité psychologique" et la satisfaction d'un ensemble de besoins (affiliation, proximité sociale, sécurité...). Selon les auteurs, la "régulation interpersonnelle négative" des émotions majore la survenue de troubles émotionnels ou affectifs et détériore la qualité des relations du fait d'une plus grande difficulté à établir une intimité psychologique. Dans cette étude, les auteurs ont évalué les effets de deux variables latentes (la régulation interpersonnelle inadaptée des émotions (RII) et la régulation interpersonnelle adaptée des émotions (RIA)) sur la survenue de plusieurs indicateurs de santé mentale dont le trouble de l'adaptation (évalué par l'ADNM-8). Un ajustement a été fait pour minimiser l'effet des stratégies intrapersonnelles de régulation des émotions. La RIA était évaluée par plusieurs paramètres : la co-réévaluation (adopter ensemble une nouvelle vision de l'évènement), la co-distraction (c'est-à-dire le fait de se distraire ou d'être distrait des situations pénibles, par exemple en parlant d'autres sujets), l'affection physique (par exemple en serrant quelqu'un dans ses bras) et l'humour positif (par exemple en plaisantant avec bienveillance au sujet de la situation). La RII était évaluée par la mesure de la co-rumination (parler de façon rigide des émotions négatives sans laisser son partenaire intervenir dans le dialogue) et de l'humour négatif (c'est-à-dire l'ironie amère et le sarcasme). Les résultats montraient une association positive et significative entre la RII et la survenue du trouble de l'adaptation ($b = 0,75$; $p < 0,001$; IC95% (0,60 - 0,89)). Cette association était moins forte après ajustement sur certaines stratégies intrapersonnelles de régulation des émotions (rumination et réévaluation intrapersonnelles). On retrouvait aussi une association inverse et significative entre la RIA des émotions et les symptômes de trouble de l'adaptation ($b = - 0,26$; $p = 0,001$; IC95% (0,42 - 0,10)) mais ces résultats n'étaient pas ajustés sur les stratégies intrapersonnelles de régulation émotionnelle. Les auteurs notent également que la rumination intrapersonnelle était significativement associée aux symptômes du trouble de l'adaptation ($b = 0,25$; $p < 0,001$; IC95% (0,17 - 0,32)).

Une autre étude s'est intéressée aux stratégies de régulation interpersonnelle des émotions. AB. Horn et A. Maercker (78) ont évalué le rôle de la "co-réévaluation" et de la "co-rumination" dans la survenue du trouble de l'adaptation, dans un échantillon de couples hétérosexuels sélectionnés sur internet (N= 73). Les couples sélectionnés avaient subi un facteur de stress

majeur au cours des douze derniers mois et en subissaient encore les effets. Le trouble de l'adaptation a été évalué pour chaque membre du couple par l'échelle ADN-8. Les auteurs ont défini la réévaluation comme le fait de "changer d'avis" sur une situation afin de réduire son impact émotionnel négatif. De la même façon, la co-réévaluation serait "la modification de la signification d'une situation" faite dans l'interaction avec autrui. Plusieurs items sont proposés pour définir ce concept : "lorsque je suis de mauvaise humeur, je parle à mon partenaire pour avoir une nouvelle perspective sur les choses, écouter le point de vue de mon partenaire pour voir les choses sous un angle différent ". La rumination, considérée par les auteurs comme une stratégie inadaptée pour faire face au stress, est définie comme " la comparaison passive de la situation actuelle avec des normes non atteintes" et se caractérise par la "superficialité cognitive et l'évitement". La co-rumination renvoie selon eux à une focalisation passive et répétitive sur un contenu négatif non désiré, rigide et désagréable, verbalisé dans l'échange avec l'autre. Les auteurs ont proposé un outil d'évaluation de ce paramètre par les items suivants : " je répète sans cesse à mon partenaire les mêmes choses qui me dérangent même si je sais que cela ne fait pas de différence, je me surprends à me plaindre sans cesse des mêmes choses sans obtenir de réactions de mon partenaire qui paraît ne pas me comprendre". Ce mode de pensée ne permet pas de "réfléchir au contenu, de le traiter de manière constructive et de le réévaluer", ce qui majore le sentiment de ne pas être compris ou soutenu, avec un impact négatif sur la qualité de la relation. La rumination et la réévaluation sont connus pour exercer une influence sur la régulation intrapersonnelle des émotions. Leur propre perception de leur co-réévaluation et co-rumination, ainsi que la perception de ces paramètres par leur conjoint(e) ont été mesurées. Dans l'échantillon masculin comme féminin, la co-rumination était associée à la survenue des symptômes du trouble de l'adaptation (préoccupation, incapacité à s'adapter) après contrôle d'une potentielle rumination intrapersonnelle (qui était également associée aux symptômes du trouble de l'adaptation). Les effets de la co-réévaluation étaient moins clairs, avec une possible association avec la diminution des symptômes dépressifs chez les femmes. La co-rumination serait donc une façon inadaptée de traiter l'information au sein du couple, pour les deux sexes. Comme l'ont soutenu d'autres études, l'interaction avec autrui peut avoir des effets fonctionnelles ou dysfonctionnelles sur la régulation émotionnelle selon les stratégies utilisées. Selon les auteurs, une littérature croissante considère la rumination comme une stratégie inadaptée de régulation des émotions et la réévaluation de la situation comme une

stratégie adaptée. Le caractère transversal de l'étude, la sélection en ligne des participants sont quelques limites mentionnées par les auteurs.

AB. Horn et al. (35) ont évalué les capacités d'adaptation d'un échantillon de couples suisses (N = 28). L'un des conjoints était atteint de multimorbidité (au moins deux maladies chroniques) et hospitalisé dans un service de médecine interne pour une décompensation aiguë de l'une d'entre elles. Les auteurs se sont intéressés au rôle de la divulgation (révélation) d'informations de deux types (soit des informations de la vie quotidienne, soit des informations liées à la maladie) sur les symptômes du trouble de l'adaptation (préoccupation, incapacité à s'adapter) chez les deux conjoints. Une version révisée de l'ADNM-20 (ne prenant en compte que les symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter) et l'ADNM-4 (seuil diagnostique de 8,5) ont été utilisées. L'événement stressant était l'admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu. Pour mesurer "la divulgation de la vie quotidienne", on demandait à chacun si il/elle avait "parlé à leur partenaire au cours des mois précédant l'admission à l'hôpital, des bonnes et mauvaises choses qui se sont produites dans leur vie quotidienne, de ce qu'ils ressentaient, de ce qui les dérangeait ou les avait ému, de ce qu'ils aimaient ou n'aimaient pas". Pour "la divulgation liée à la maladie" il s'agissait d'évaluer (également sur une échelle de Likert) si "depuis l'admission à l'hôpital, les patients et leurs partenaires avaient parlé de l'état de santé actuel du patient, de leurs propres pensées, sentiments et inquiétudes concernant la santé du patient". La divulgation de la vie quotidienne par le patient était inversement corrélée aux symptômes du trouble de l'adaptation chez son partenaire (préoccupation : $B = -0,56$, $p \leq 0,01$; incapacité à s'adapter : $B = -0,45$, $p \leq 0,05$) ce qui suggère que ce type de divulgation par le patient peut diminuer les symptômes du partenaire. D'autres mesures viennent appuyer ce résultat (préoccupation : $B = -0,64$, IC95% (-4,6 - -0,7) , $p \leq 0,01$; incapacité à s'adapter : $B = -0,58$, IC95% (-2,8 - -0,3) , $p \leq 0,05$). Les effets de la "divulgation de la vie quotidienne" du partenaire sur le patient étaient plus modérés et non significatifs. D'autres résultats montraient - avec des tailles d'effet importantes - une association inverse entre la divulgation de la vie quotidienne par le patient et ses propres symptômes de trouble de l'adaptation (préoccupation : $B = -0,75$, IC95% (-4,4 - -1,2) , $p \leq 0,01$; incapacité à s'adapter : $B = -0,71$, IC95% (-2,7 - -2,6) , $p \leq 0,01$). La "divulgation liée à la maladie" par le partenaire était inversement associée aux symptômes de préoccupation du patient ($B = -0,41$; IC95% (-4,6 - -0,1) ; $p \leq 0,05$). La conversation

quotidienne et ses banalités sont - selon les auteurs - un moyen d'effacer les rôles soigné/soignant dans le couple, permettant de retrouver une certaine autonomie. L'échange de contenu quotidien peut aussi être un partage d'expériences positives dans le couple, reconnu comme "renforçant la qualité de la relation" et associé à moins de détresse. Le fait que le partage d'informations liées à la maladie par le partenaire ait un effet positif sur le patient est vu par les auteurs comme la nécessité de parler de ces sujets pour s'adapter. Cette adaptation passerait par une "une amélioration de la qualité de la relation", grâce à "des conversations plus ouvertes" et une mise à jour de "l'appréciation conjointe de la maladie". On retrouvait aussi une corrélation positive et élevée entre la préoccupation chez le patient et la préoccupation chez le partenaire. Les auteurs expliquent ce résultat par une possible contagiosité de l'inquiétude excessive (manifestation de la préoccupation selon la CIM-11) d'un partenaire à l'autre. Ceci pourrait expliquer que la présence d'un trouble de l'adaptation chez le patient est associée à la présence du trouble chez le partenaire, avec une intensité parfois comparable. D'autres résultats de l'étude suggèrent que les patients et leurs partenaires avaient un risque plus élevé de trouble de l'adaptation lorsque les conjoints avaient une perception élevée de la gravité de la maladie aiguë. Cette perception subjective de la gravité somatique exerçait une influence plus forte sur les symptômes du trouble de l'adaptation que l'évaluation objective des médecins. L'ensemble de ces résultats soulignent l'importance d'une relation de qualité lors de la survenue d'un événement aigu de santé. Les principales limites de l'étude étaient le nombre important de refus pour participer à l'étude, la petite taille de l'échantillon, sa spécificité avec une moyenne d'âge de soixante-dix-ans et le caractère transversal de l'étude limitant toute interprétation de causalité.

Une dernière étude - menée par AB. Horn et al. (44) - s'est intéressée à l'impact des stratégies de régulation émotionnelle au sein du couple, sur les symptômes du trouble de l'adaptation. Quarante-cinq couples issus de la population zurichoise ont été sélectionnés par différents canaux (de 2015 à 2017). Les participants ont complété en ligne, quotidiennement, un ensemble de mesures pendant deux semaines (dont une version modifiée de l'ADNM-20 utilisant seulement les items de préoccupation et d'incapacité à s'adapter). Pour chaque couple, l'un des conjoints venait de vivre un départ volontaire à la retraite qu'il considérait comme un "défi encore présent", tandis que son/sa conjoint(e) n'était pas dans cette situation. Les auteurs ont évalué si la régulation intrapersonnelle des émotions (notamment

le niveau de rumination) exerçait une influence sur la qualité de la divulgation des informations relatives à la retraite, et si des modifications de cette divulgation avaient des effets sur les symptômes du trouble dans le couple. La divulgation d'informations liées à la retraite était mesurée comme suit : "aujourd'hui, j'ai parlé avec mon partenaire de mes pensées et de mes sentiments concernant ma/sa retraite". La rumination était évaluée par l'item : "aujourd'hui, j'ai dû réfléchir encore et encore aux raisons de mon humeur et je n'ai pas réussi à la contrôler." Selon les conjoints des retraités, les jours où la rumination des retraités était plus importante, le discours des retraités paraissait répétitif, négatif, difficile à suivre et ils étaient moins ouverts aux commentaires. Les jours où les partenaires présentaient une rumination plus élevée, leurs conjoints retraités les percevaient comme moins authentiques et moins ouverts. La divulgation d'informations liée à la retraite était - selon les auteurs - empreinte de ruminations (une forme d'expression possible de la "préoccupation" selon la CIM-11) ce qui peut altérer la qualité de l'information transmise. Ce discours ruminatif, partagé avec le conjoint, est aussi appelé "co-rumination". Nous avons décrit précédemment les effets délétères de la "co-rumination" sur l'interaction avec autrui, la qualité de la relation, avec un risque de contagion émotionnelle. Dans cette étude, le fait que le conjoint était davantage "préoccupé" les jours où son partenaire retraité parlait de ses sentiments et pensées concernant la retraite (divulgation liée à la retraite) vient appuyer l'argument selon lequel il y a une contagiosité de la rumination. Cette étude souligne que les stratégies individuelles dysfonctionnelles de régulation des émotions (comme la rumination) peuvent altérer la qualité de l'échange avec autrui et générer une perturbation émotionnelle des deux protagonistes. Les auteurs mentionnent dans les domaines à explorer, le possible intérêt des discussions banales de la vie quotidienne et du partage d'expériences positives, comme outils favorisant la régulation émotionnelle et la qualité relationnelle des conjoints. La petite taille de l'échantillon, sa représentativité contestable, ainsi que la subjectivité de certaines mesures sont quelques limites relevées par les auteurs.

I. Truskauskaitė-Kuneviciene et al. (79) ont récemment étudié les effets de la "santé mentale positive" et du "bien-être subjectif" sur les symptômes du trouble de l'adaptation, dans un échantillon d'étudiants lithuaniens (N = 299, 35,7% de femmes, âge moyen = 20 ans) exposés à des facteurs de stress de la vie courante. Un modèle d'équations structurelles a été utilisé pour l'analyse des données de cette étude transversale. Les participants, inclus en 2019 sur la

base du volontariat, ont complété un ensemble de mesures. L'ADNM-8 pour le trouble de l'adaptation ; la PMH-S (Positive Mental Health Scale) qui mesure les aspects émotionnels, cognitifs et sociaux de la santé mentale positive ; la WHO-5 (Well-being index WHO) pour le bien-être subjectif. Trois modèles ont été testés pour évaluer dans quelle mesure le "bien-être subjectif" et la "santé mentale positive" étaient associés à la survenue du trouble de l'adaptation. Dans le premier modèle : la santé mentale positive était négativement associée au trouble de l'adaptation ($B = - 0,54$) et aux facteurs de stress ($B = - 0,22$) de façon statistiquement significative. Dans le deuxième modèle : le bien-être subjectif était négativement associé au trouble de l'adaptation ($B = - 0,49$) et aux facteurs de stress ($B = - 0,23$) de façon statistiquement significative. Dans le troisième modèle : l'association négative entre le trouble de l'adaptation et la "santé mentale positive" était plus importante que celle entre le trouble de l'adaptation et le "bien-être subjectif". Ce résultat signifie que la santé mentale positive était associée à des niveaux plus faibles de symptômes du trouble de l'adaptation, par comparaison au bien-être subjectif. Les résultats de l'étude montrent aussi que l'exposition aux facteurs de stress de la vie quotidienne ont possiblement un effet délétère sur le bien-être subjectif et la santé mentale positive. Les auteurs de l'étude distinguent les concepts de "santé mentale positive" et de "bien-être subjectif" de la façon suivante. La santé mentale positive reflèterait "des aspects hédoniques et eudémoniques" qui seraient négativement associés à la psychopathologie. Le bien-être subjectif reflèterait quant à lui uniquement le bien-être hédonique, c'est à dire l'affect positif. Les auteurs suggèrent que "la santé mentale positive" pourrait avoir un intérêt dans la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble de l'adaptation ou des personnes confrontées à des facteurs de stress et donc à risque de développer le trouble. Ils notent que les personnes ayant un haut niveau de santé mentale positive développent souvent des mécanismes fonctionnels pour faire face aux événements stressants et présente un meilleur niveau de résilience. Les interprétations faites dans cette étude sont à considérer avec prudence du fait notamment de son caractère transversal. Des études longitudinales seront nécessaires pour confirmer ces interprétations préliminaires. La représentativité de l'échantillon et le caractère auto-déclaré des mesures réalisées sont d'autres limites de cette étude.

Une autre étude récente s'est intéressée au rôle du "bien-être psychologique" comme variable médiatrice entre les facteurs de stress et le trouble de l'adaptation. Y. Hamama-Raz et al. (28) ont recruté en ligne un échantillon d'individus israéliens (N = 419) majoritairement féminin (83%). Un ensemble de mesures ont été complétées en ligne par les participants : l'ADNM-20 pour le trouble de l'adaptation et les facteurs de stress quotidiens, l'OMS-5 pour le bien-être psychologique, la LEC-R pour les événements traumatiques. Le "bien-être psychologique" est décrit comme "l'acceptation de soi, l'autonomie, le but de la vie, les relations avec les autres, la maîtrise de l'environnement et l'épanouissement personnel". Dans cette étude, le rôle médiateur du "bien-être psychologique" (BEP) entre les facteurs de stress et le trouble de l'adaptation a été mesuré. Les auteurs ont retrouvé une association négative entre les facteurs de stress quotidiens et le BEP ($B = -0,14$; $SE = 0,03$; $p < 0,001$), de même qu'entre le BEP et le trouble de l'adaptation ($B = -6,1$; $SE = 0,76$; $p < 0,001$). Les résultats de l'étude ont confirmé le rôle médiateur du BEP entre les facteurs de stress et les symptômes du trouble de l'adaptation ($B = 0,85$; $IC95\% (0,353 - 1,537)$). Il existait aussi une association positive et significative entre les facteurs de stress du quotidien et le trouble de l'adaptation ($B = 4,00$; $SE = 0,56$; $p < 0,001$). Les auteurs soulignent l'intérêt de promouvoir le BEP à différentes échelles, afin de prévenir l'apparition d'un trouble de l'adaptation chez les personnes confrontées à des facteurs de stress. La thérapie ACT (thérapie de l'acceptation et de l'engagement) pourrait selon les auteurs participer à ce projet. Le caractère transversal de l'étude limite les interprétations de cause à effet entre les variables, ce qui représente une limite importante de l'étude. L'auto-évaluation des mesures réalisées, ou la représentativité de l'échantillon sont d'autres limites évoquées.

2.7 LES MODELES THEORIQUES ET EXPLICATIFS DU TROUBLE DE L'ADAPTATION

Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux modèles les plus souvent décrits dans la littérature pour expliquer l'installation et le maintien du trouble de l'adaptation. Ces modèles sont nombreux et tentent d'expliquer le trouble de l'adaptation à différents niveaux. On retrouve ainsi des modèles s'intéressant aux mécanismes biologiques du trouble, quand

d'autres traitent principalement de ses composantes cognitives ou sociales. Nous décrivons ces différents modèles en nous attardant sur ceux que nous jugeons les plus fidèles à la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation.

2.7.1 Le modèle de réponse au stress d'Horowitz

La notion de "syndrome de réponse au stress" a été inventé par le psychiatre MD. Horowitz qui fournit une description psychopathologique détaillée des troubles spécifiquement associés au stress. Il propose de situer le trouble de l'adaptation sur un continuum de réponse au stress sur lequel on retrouve les autres troubles du même groupe nosographique. Le regroupement de ces troubles sous le terme de "syndromes de réponse au stress" se base sur des similitudes cliniques, des processus psychopathologiques similaires concernant la mémoire ou l'indépendance relative par rapport à des antécédents psychiatriques (80). MD. Horowitz (33) définit le syndrome de réponse au stress comme un processus en quatre étapes successives. On retrouve tout d'abord une "prise de conscience" de l'évènement qui s'accompagne d'émotions négatives (tristesse, peur, rage) et d'un évitement de tout ce qui peut rappeler l'évènement (rappels internes de pensées associées à l'évènement, rappels externes de l'évènement...). Dans la deuxième phase, on retrouve un déni de l'évènement avec un refus de faire face aux conséquences de celui-ci. La troisième phase se caractérise par des "intrusions", c'est à dire l'apparition non désirée d'images, de pensées et d'émotions associées à l'évènement stressant. Selon ce modèle, l'incompatibilité entre l'information nouvelle véhiculée par l'évènement stressant et les schémas cognitifs préexistants de l'individu entrainerait le maintien de l'information incongruente (dissonante) en mémoire active ce qui provoquerait l'apparition des symptômes "intrusifs" (19,49). Horowitz (33) précise que les intrusions sont au cœur du syndrome de réponse au stress et prennent différentes formes selon le trouble considéré : le flashback pour le trouble de stress post-traumatique, la préoccupation pour le trouble de l'adaptation, le désir nostalgique pour le trouble du deuil pathologique. Selon R. Bachem et P. Casey (10), la préoccupation est un "souvenir intrusif" qui survient lorsque l'information apportée par l'évènement stressant est incompatible avec les schémas préexistants de l'individu. DJ Eberle et al. (33) considèrent également la préoccupation comme un symptôme psychopathologique proche des intrusions post-traumatiques. Le modèle d'Horowitz suggère qu'un travail d'élaboration et de traitement

cognitif volontaire, conscient de l'information incongruente permettrait la diminution et la disparition des symptômes d'intrusion avec le temps, grâce à une "intégration des souvenirs dans les schémas cognitifs de l'individu et dans la mémoire à long terme". Dans la quatrième phase du processus décrit par Horowitz, plusieurs issues sont possibles. La réponse au stress peut prendre fin si l'individu s'est adapté au facteur de stress et à ses conséquences. Dans le cas contraire, un "trouble mental" peut s'installer avec un possible changement de la personnalité (19,49).

A. Maercker et al. (49) ont proposé d'inscrire le trouble de l'adaptation dans un modèle dimensionnel, dans lequel il occuperait une place intermédiaire (8) entre une "adaptation normale" à un facteur de stress et une forme sévère de réaction au stress, comme dans le TSPT. Les troubles présents sur ce continuum auraient des symptômes communs regroupés en trois groupes symptomatiques : les symptômes d'intrusion, les symptômes d'évitement, et les symptômes d'incapacité à s'adapter. Les auteurs décrivent "l'intrusion" comme un souvenir involontaire, récurrent et pénible apparaissant ou déclenché par un indice de l'environnement. Les intrusions peuvent présenter divers degrés d'intensité, allant de pensées isolées sur l'évènement stressant et ses conséquences (pourquoi ? comment ?) à l'envahissement par les souvenirs de l'évènement. L'évitement renvoie à la non-confrontation (volontaire ou non) aux pensées, sentiments et activités rappelant l'évènement stressant. L'incapacité à s'adapter se manifeste par des changements comportementaux intra et interpersonnels (perte de confiance, difficultés pour se concentrer ou pour faire face au quotidien...) lorsque l'évènement stressant n'est pas traité avec succès. Selon les auteurs, les modèles théoriques du trouble de l'adaptation se rapprochent du trouble de stress post-traumatique (TSPT) mais différent notamment par la gravité du facteur de stress impliqué. La "moindre gravité" du facteur de stress dans le trouble de l'adaptation leur fait noter que les modèles biologiques (notamment hormonaux) décrits dans l'étiopathogénie du trouble du stress post-traumatique ne s'appliqueraient pas au trouble de l'adaptation. Maercker et al. (80) soulignent le rôle des processus de la mémoire dans les troubles dits "spécifiquement associés au stress". La préoccupation du trouble de l'adaptation, la reviviscence du TSPT, le désir nostalgique du trouble du deuil pathologique auraient en commun un dysfonctionnement de la mémoire avec une incapacité à réguler volontairement l'accès à celle-ci. Plusieurs modèles ont tenté d'expliquer les dysfonctionnements mémoriels associés

aux évènements stressants et traumatiques. Il s'agit du modèle de Foa, de Brewin ou d'Ehlers et Clark que nous allons maintenant décrire.

2.7.2 Le modèle cognitif d'Ehlers et Clark

A. Ehlers et DM. Clark (81) ont proposé un modèle cognitif et comportemental visant à expliquer la persistance des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) après la survenue d'un évènement traumatisant. Ils suggèrent que la persistance des symptômes est liée à un traitement particulier de l'information stressante, à l'origine du maintien d'un sentiment de menace dans le présent. Ce sentiment de menace serait le fait d'évaluations excessivement négatives du traumatisme et de ses conséquences, d'une perturbation de la mémoire autobiographique de l'évènement traumatique caractérisée par un manque d'élaboration et de contextualisation de ce souvenir, associée à une forte mémoire associative et un amorçage perceptuel important.

L'évaluation excessivement négative serait la conséquence d'interprétations biaisées (biais de généralisation, biais de focalisation sur le négatif...) des évènements et de leurs conséquences, ce qui majore les symptômes du trouble et la menace perçue.

La mémoire associative serait également impliquée avec des associations cognitives fortes entre certains indices (internes ou externes) et l'évènement traumatique. L'exposition accidentelle à ces indices pourrait ainsi entraîner l'activation de souvenirs traumatiques. Dans certains cas, le patient mettra en place des stratégies comportementales et cognitives d'évitement des pensées et des émotions associées au traumatisme, ce qui peut diminuer la détresse du patient à court terme. Sur le long terme, ces stratégies dysfonctionnelles empêchent tout changement cognitif, toute redéfinition et recontextualisation de l'évènement, ce qui participe au maintien du trouble. En effet, ces efforts pour ne pas penser au traumatisme empêcheraient selon eux la création d'une mémoire du traumatisme plus élaborée, reliée à un contexte temporel et spatial particulier, aux informations antérieures et postérieures à l'évènement et aux autres souvenirs autobiographiques. Dans ce modèle, l'évitement s'accompagne d'une diminution des activités antérieures ce qui empêche également toute confrontation des croyances dysfonctionnelles à la réalité. L'évitement ou la "suppression active" des pensées associées à l'évènement traumatique pourrait à l'inverse majorer la fréquence des souvenirs intrusifs et des émotions associées.

Concernant les altérations de la mémoire dans le TSPT, les auteurs notent la présence de deux voies de récupération des informations autobiographiques. La première fait appel à des stratégies de récupération volontaires des souvenirs. La deuxième voie est une récupération involontaire, activée par l'exposition aux stimuli associés au traumatisme. Une mauvaise élaboration et une mauvaise intégration du souvenir traumatique en mémoire biographique expliquerait les difficultés de rappel intentionnel et la plus grande activation de la voie de récupération involontaire du souvenir traumatique.

Les auteurs décrivent également le rôle de la rumination dans le TSPT, qui serait un mode de réflexion souvent utilisé chez ces patients, au détriment de la description des pensées et ressentis associés à l'évènement traumatique. La rumination est vue par les auteurs comme un mécanisme cognitif inadapté proche de l'évitement cognitif qui interfère avec la formation d'un souvenir plus complet du traumatisme et par conséquent son intégration en mémoire autobiographique. La rumination pourrait aussi fournir des indices de récupération internes favorisant la survenue de souvenirs intrusifs. Notons que dans le trouble du deuil pathologique également, la rumination est vu comme un mécanisme d'évitement face au deuil ou à la nostalgie (33). Les auteurs soutiennent également que la survenue des symptômes peut être différée dans le temps, lorsqu'un évènement ultérieur donne une signification nouvelle, plus menaçante, à l'évènement traumatique initial et à ses conséquences.

À partir de ce modèle, Ehlers et Clark proposent une prise en charge cognitive et comportementale du TSPT basée sur une reviviscence volontaire qui passe par l'élaboration du souvenir traumatique (verbalement ou par écrit) et sa contextualisation, permettant son intégration dans la mémoire biographique du patient. Des stratégies de restructuration cognitive des pensées excessivement négatives sont proposées. Ces stratégies, à la fois d'exposition aux souvenirs traumatiques et de restructuration cognitive permettraient de diminuer les symptômes intrusifs de reviviscence. Les auteurs conseillent également au patient de ne pas "chercher à chasser les symptômes intrusifs, mais à les laisser aller et venir, en les observant, comme s'il s'agissait d'un train passant dans une gare" (81, p337).

Plusieurs auteurs ont montré l'intérêt de ce modèle pour expliquer les symptômes du trouble de l'adaptation, caractérisé lui aussi par trois grands groupes de symptômes : l'intrusion, l'évitement et l'incapacité à s'adapter (49). Dans le trouble de l'adaptation, on retrouve parfois

une appréciation dysfonctionnelle des évènements stressants et de leurs conséquences, ce qui maintiendrait la dissonance cognitive et donc les symptômes de préoccupation. Un évitement des indices rappelant ces évènements, notamment par la rumination, empêcherait ce travail d'élaboration nécessaire à la disparition des préoccupations. Enfin, les symptômes d'incapacité à s'adapter seraient liés dans le trouble de l'adaptation à une perception permanente de la menace qui s'accompagne d'un état d'éveil permanent (22, p18).

2.7.3 Les modèles de Foa et de Brewin

EB. Foa et CR. Brewin ont proposé plusieurs modèles décrivant les dysfonctionnements de la mémoire après une exposition à des évènements stressants ou traumatiques. Ces modèles ont été initialement proposés pour expliquer les processus à l'œuvre dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT), notamment pour décrire les symptômes d'intrusion et d'évitement (82). Ces modèles ont été décrits comme particulièrement pertinents pour décrire le fonctionnement du trouble de l'adaptation (80).

Foa et al. (84) proposent une théorie des réseaux associatifs expliquant les symptômes d'intrusion et d'évitement dans le TSPT. Selon cette théorie, un réseau associatif de la mémoire de l'évènement traumatique se formerait après la survenue de celui-ci. Ce réseau serait composé d'informations sur les stimuli associés à l'évènement (lieux, personnes et détails sensoriels), d'informations sur les réactions (cognitives, comportementales, et physiologiques) acquises et associées à l'évènement, ainsi que des croyances violées ou modifiées par l'expérience traumatisante. Le réseau associatif d'un évènement traumatique serait dysfonctionnel, activable à chaque confrontation avec l'un de ses éléments, ce qui amènerait en mémoire de travail les informations associées à l'évènement traumatique. Les symptômes intrusifs (les préoccupations) du trouble de l'adaptation seraient eux aussi activés par l'exposition à des stimuli associés à l'évènement. Les auteurs indiquent que la suractivation de la mémoire de travail est un élément essentiel des troubles spécifiquement associés au stress. Dans cette idée, l'information associée au traumatisme est stockée dans la mémoire de travail et devient ainsi plus accessible, capable d'influencer nos émotions et pensées en cours. Pour éviter l'inconfort des souvenirs intrusifs, les individus peuvent adopter des stratégies d'évitement ce qui peut involontairement maintenir ou exacerber leurs

symptômes en empêchant le retraitement des souvenirs traumatiques. Dans ce cadre, la thérapie vise à modifier ce réseau en aidant l'individu à intégrer les souvenirs traumatisants en mémoire biographique, ce qui permettra de réduire l'intensité et la fréquence des intrusions.

CR Bewin et al. (85) ont proposé de leur côté une théorie sociale-cognitive du TSPT. Dans ce modèle l'évènement traumatique génère une dissonance cognitive, c'est à dire qu'il vient confronter l'individu à des expériences qui contredisent ses croyances, attentes et schémas fondamentaux. L'équilibre cognitif de l'individu peut être rétabli en modifiant certains schémas préexistants, ou par l'apport d'informations nouvelles à l'expérience vécue, afin que le schéma initial soit en accord avec la situation actuelle. Pour éviter l'inconfort de la dissonance cognitive et les symptômes intrusifs qui en découlent, les individus peuvent se livrer à un évitement cognitif (comme la suppression des souvenirs), ce qui peut majorer la fréquence et l'intensité des souvenirs intrusifs (flashbacks). Selon les auteurs, les informations traumatiques seraient stockées séparément des souvenirs autobiographiques "normaux". Les souvenirs traumatiques seraient involontairement déclenchés par des rappels contextuels, ce qui explique leur caractère intrusif. Selon les auteurs, la prise en charge des symptômes intrusifs passe par le retraitement des souvenirs traumatiques, permettant l'intégration des souvenirs traumatiques dans un récit personnel cohérent et non menaçant. Par ce procédé, les intrusions seraient moins fréquentes et moins intenses, diminuant ainsi la détresse du patient.

2.7.4 Les modèles biologiques et neuro-fonctionnels

En 2018, A. Doherty (6, p93) faisait remarquer le manque frappant de recherches publiées sur les fondements biologiques du trouble de l'adaptation, qu'il s'agisse de prédicteurs génétiques, de données de neuroimagerie ou de neurochimie. Les quelques recherches réalisées sur ces sujets reposent selon elle sur de petits ensembles de données, avec des résultats non significatifs. En 2023, nous constatons que le manque de recherches sur ces sujets est toujours d'actualité. Quelques études abordent cette thématique, à partir de définitions antérieures à la CIM-11. Elles représentent malgré tout quelques pistes

intéressantes pour des recherches futures sur le trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente.

W. Myung et al. (86) ont comparé les IRM fonctionnelles de patients ayant un trouble de l'adaptation (selon la définition du DSM-4 : MINI) à ceux d'individus jugés sains. Les auteurs ont constaté une diminution de la substance grise (dans le gyrus frontal médian droit du cortex préfrontal médian) chez les patients ayant un trouble de l'adaptation, comparativement à un groupe témoin. Selon les auteurs, ce résultat pourrait expliquer la mauvaise régulation des processus de peur, la plus grande fréquence des symptômes anxieux et dépressifs, ou certains déficits retrouvés dans la fonction exécutive (mémoire de travail, résolution de problèmes, planification, contrôle attentionnel). Plus récemment, H. Li et al. (87) ont montré que les personnes ayant un trouble de l'adaptation (selon le DSM-4) présentaient des dysfonctionnements de certaines régions cérébrales. Ces anomalies étaient absentes dans un échantillon d'individus exempts de tout trouble psychiatrique.

Le Dr H. Selye a été parmi les premiers à s'intéresser aux mécanismes physiologiques du stress. A partir de ses travaux, il élabore en 1956 une théorie du stress systémique dans laquelle il développe ce qu'il nomme le syndrome général d'adaptation. Il décrit celui-ci comme "une réaction non spécifique de l'organisme face à n'importe quel type d'exigence environnementale" (27, p4). Selye identifie trois phases dans la réponse à un facteur de stress : une phase d'alarme marquée par une réaction de fuite ou de lutte, une phase de résistance pendant laquelle l'individu tente de retrouver un fonctionnement normal, puis une phase d'épuisement ou d'adaptation selon les cas. C'est pendant la phase d'épuisement, lorsque le facteur de stress persiste et épuise l'individu, que vont apparaître les troubles psychologiques (82, p19). Ce modèle permet de mieux comprendre le développement des symptômes après l'apparition d'un facteur de stress psychosocial. En présence d'un facteur de stress, une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) se produit, impliquant la libération d'hormones à différents niveaux (CRH, ACTH, adrénaline, noradrénaline, cortisol). Un retour à l'équilibre physiologique (à l'homéostasie) est le plus souvent possible grâce à de multiples systèmes hormonaux à rétrocontrôle négatif. Lorsque le facteur de stress est sévère, durable ou multiple, la "charge allostatique" (pression exercée par le facteur de stress sur l'organisme) est plus importante ce qui perturbe davantage le fonctionnement de l'axe HPA

(avec une majoration des sécrétions hormonales) et aboutit à une majoration des symptômes psychologiques (22, p22). H. Selye a été l'un des premiers à décrire le rôle clé de l'axe HPA dans la réponse à un facteur de stress en montrant que la psychopathologie apparaissait lorsqu'il y avait un déséquilibre entre "processus d'éveil et d'inhibition" (27, p4). H. Selye introduit la notion de "maladies de l'adaptation", conséquences d'une sécrétion accrue de cortisol lors de l'exposition excessive à des événements menaçants (88, p82). Les dysfonctionnements de cet axe ont été décrits dans d'autres troubles comme la dépression, le TSPT et divers troubles anxieux (6, p97). Pour l'heure, les études évaluant les paramètres biologiques de l'axe HPA dans le trouble de l'adaptation ne sont pas probantes (6, p97) et n'ont pas fait l'objet de recherches systématiques utilisant les nouveaux critères du trouble. Certains résultats suggèrent cependant un taux sérique de cortisol plus élevé chez ces patients par rapport aux individus sains. Il serait même comparable à celui observé chez les patients atteints de dépression. D'autres résultats indiquent également que le taux sérique de certaines protéines physiologiques du stress (les protéines nitrosylées et carbonylées) serait plus élevé dans le trouble de l'adaptation (6, p103). De nouvelles recherches devront être menées pour identifier d'éventuelles spécificités biologiques permettant de différencier le trouble de l'adaptation d'autres troubles psychiatriques.

2.7.5 Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman

Le modèle transactionnel, décrit par R. Lazarus et S. Folkman (89,90), postule que la réaction à un facteur de stress est subjective et dépend de l'évaluation cognitive que l'individu fait de cet événement. Ainsi la réponse psychologique et physiologique face à un événement particulier dépend de sa signification pour l'individu. Dans un premier temps, une évaluation primaire de l'événement, rapide et automatique va permettre d'évaluer ses caractéristiques, son caractère dangereux ou bénéfique, sa durée et ses conséquences prévisibles. Dans un deuxième temps, l'individu confronté à cet événement va réaliser une évaluation secondaire, c'est à dire une évaluation subjective de ses ressources personnelles (contrôle perçu) et sociales (soutien social perçu) pour faire face à cet événement. Le contrôle perçu est l'estimation transitoire par le sujet de sa capacité à maîtriser un problème particulier. Le soutien social perçu est l'évaluation subjective de l'aide que les autres peuvent me fournir. Il comprend la disponibilité perçue de cet entourage et sa propre satisfaction vis-à-vis de ce

soutien. À partir de cette double évaluation de la situation, deux cas de figure peuvent se présenter. Soit il perçoit que ses ressources sont supérieures à ce qu'il juge nécessaire pour s'adapter à la situation. Dans ce cas la réaction de stress est absente ou faible. Soit il pense que ses ressources sont trop limitées pour faire face à la situation et une réaction de stress apparaît. Dans ce dernier cas, l'individu va adopter un ensemble de stratégies d'adaptation dites de "coping" pour faire face à l'évènement stressant. Selon Lazarus et Folkman, le coping correspond aux efforts cognitifs et comportementaux permettant de supporter ou réduire les exigences internes ou externes qui menacent les ressources de l'individu. Ils identifient un coping centré sur l'émotion (passif ou évitant) caractérisé par : des stratégies d'autocontrôle émotionnel (le fait de garder ses émotions pour soi), l'évitement direct et indirect (dormir, consommer de l'alcool et d'autres substances...) de la situation problème, l'autoaccusation sur l'origine de la situation problème. Le coping centré sur le problème (actif ou vigilant) vise quant à lui la gestion de la détresse par la résolution du problème et mobilise : des techniques structurées de résolution de problème, de reconceptualisation, de réévaluation positive, de distanciation (prise de recul et dédramatisation), de confrontation à la source du problème. Des stratégies centrées sur la recherche de soutien social sont également présentes, qu'il s'agisse d'un soutien informationnel (recherche d'informations concernant le problème à résoudre) ou émotionnel avec la recherche d'un réconfort auprès de l'entourage. À partir des résultats de plusieurs études, M. Bruchon-Schweitzer (90) suggère que les stratégies centrées sur le problème seraient plus adaptées que les stratégies centrées sur l'émotion, mais que cela dépend de la situation. Selon elle, une stratégie centrée sur le problème pourrait être délétère si le facteur de stress est durable et peu contrôlable, comme dans le cas d'une maladie incurable, c'est à dire lorsqu'il n'y a pas de perspective d'amélioration de la situation problème. Le coping centré sur l'émotion serait ainsi plus adapté à court terme et pour les évènements incontrôlables.

Une étude utilisant le modèle transactionnel - menée par M. Kestler-Peleg et al. (74) - a montré que les personnes confrontées à la pandémie du Covid-19 qui avaient une grande stabilité émotionnelle considéraient - plus souvent que les autres - que les ressources qu'ils possédaient étaient suffisantes face aux exigences de l'environnement. Selon les auteurs, cette perception favorable de ses aptitudes à faire face à un évènement stressant est associée à moins de symptômes du trouble de l'adaptation.

Dans une autre étude, M. Kestler-Peleg et al. (75) relevaient que les personnes ayant certains traits de personnalité (niveau de neuroticisme élevé, faible niveau d'esprit consciencieux et d'ouverture) évaluent souvent les évènements stressants comme nécessitant plus de ressources qu'ils ne pensent en posséder. Ces individus avaient un risque plus élevé de développer un trouble de l'adaptation pendant le confinement lié à la pandémie du Covid-19. Selon les auteurs, les individus ayant une intolérance à l'incertitude perçoivent les évènements futurs et incertains comme menaçants. Ces derniers auraient une évaluation primaire négative de l'évènement, considéré de fait comme menaçant. Cette évaluation primaire négative pourrait ensuite affecter la perception que les individus ont de leurs capacités à faire face à cet évènement (c'est à dire une évaluation secondaire défavorable). Selon les auteurs, c'est donc le sentiment d'efficacité personnelle - décrit par A. Bandura comme la croyance d'un individu dans sa capacité à réaliser une tâche ou à atteindre un objectif donné (91) - qui pourrait être altéré chez ces individus lors de l'évaluation dite secondaire. Selon les auteurs, le sentiment d'efficacité personnelle est une ressource d'adaptation majeure en présence d'un évènement stressant. Des niveaux élevés d'intolérance à l'incertitude ont été associés à la survenue d'un trouble de l'adaptation dans d'autres études (92).

2.7.6 Le modèle d'interruption des plans selon Mandler

G. Mandler (93) a développé une théorie sur la manière dont nos émotions sont générées, et leurs relations avec nos cognitions. Dans ce modèle, les émotions sont souvent le résultat d'interruptions dans la réalisation de plans cognitifs ou attentes de l'individu. Lorsqu'une personne définit un plan particulier pour atteindre un objectif futur, elle définit plusieurs séquences d'action successives permettant de l'atteindre. Lorsque nos plans se déroulent comme prévu, nous sommes dans un état d'équilibre car il n'y a pas d'écart entre nos attentes et la réalité. En cas d'interruption ou de perturbation de ce plan, le cerveau oriente son attention vers la cause de cette interruption et réalise une évaluation cognitive, automatique de la nature et de la signification de cette interruption. Si la cause de l'interruption est retrouvée, il est possible de remplacer la séquence d'action par une autre pour atteindre l'objectif souhaité. Si aucune séquence d'action ne permet d'atteindre cet objectif, une

émotion particulière (peur, anxiété, tristesse...) peut apparaître et persister. Les émotions seraient des états physiologiques activés en réponse à ces perturbations, visant à ramener l'individu à un état d'équilibre ou à l'aider à s'adapter à la nouvelle situation. La réponse à une interruption de plan et l'émotion qui lui est associée, de même que tout ce qui se rapporte à l'atteinte ou non de l'objectif, seront enregistrés en mémoire et utilisés comme référence dans des situations similaires. Parfois, l'adaptation du patient à l'interruption de ses plans nécessitera une redéfinition de l'objectif initial.

2.7.7 Le modèle du cadre socio-interpersonnel de Maercker et Horn

A. Maercker et AB. Horn (94) ont proposé un modèle décrivant les processus en jeu dans les syndromes de réponse au stress (notamment le trouble de l'adaptation) dans une perspective intégrative. L'individu est vu comme imbriqué dans différentes sphères qui influencent l'apparition et l'évolution des symptômes du trouble de stress post-traumatique. On retrouve un niveau individuel représenté par les réactions affectives à connotation sociale (réactions socio-affectives : honte, colère...) et les processus psychiques propres à l'individu (régulation émotionnelle, divulgation dysfonctionnelle, sentiment d'efficacité personnelle...). Le "niveau des relations proches" - aussi qualifié de niveau interpersonnel - comprend les processus à l'œuvre lorsque le patient interagit avec des personnes significatives pour lui (soutien social positif ou négatif...). Le "niveau social ou contextuel" comprend les influences sociétales et culturelles sur les symptômes du patient (reconnaissance sociale ou stigmatisation du traumatisme...). Ce modèle élargit la vision intrapersonnelle, centrée sur l'individu, de la psychopathologie, en intégrant des dimensions interpersonnelles et sociales à la physiopathologie du trouble. Il s'agit d'un modèle intégratif qui élargit la vision individualiste de la psychothérapie individuelle. Des retours sociaux et culturels positifs, ou des facteurs interpersonnels favorables peuvent ainsi améliorer les symptômes du patient. Les auteurs suggèrent l'utilisation d'outils de restructuration cognitive pour atténuer les sentiments de honte et de colère parfois associés au trouble. Des techniques basées sur les thérapies cognitives pourraient - selon eux - améliorer les aptitudes de communication ou d'empathie, afin de lutter contre l'isolement des personnes victimes de traumatismes. Ce modèle implique une prise en charge tournée vers l'inclusion des proches du patient et la mobilisation de sa communauté. Le modèle socio-interpersonnel a été décrit comme un modèle pertinent pour

expliquer les mécanismes étiopathogéniques à l'œuvre dans le trouble de l'adaptation, du fait de sa parenté avec les syndromes de réponse au stress (23).

2.8 LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION

2.8.1 Le traitement pharmacologique du trouble de l'adaptation

En 2018, P. Casey (6) proposait une revue de la littérature sur le traitement pharmacologique du trouble de l'adaptation. Ces études avaient étudié le trouble à partir des critères diagnostiques de définitions antérieures à la CIM-11 (DSM-3R, DSM-4, DSM-5, CIM-10). À notre connaissance, aucune étude n'a étudié l'efficacité des traitements pharmacologiques en utilisant la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation. Nous présenterons de façon succincte les résultats de ces études. Nous reviendrons sur certains d'entre eux dans la partie discussion car ils proposent quelques pistes qui pourraient s'avérer utiles pour le traitement du trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente.

M. Olfson et al. (95) ont montré une utilisation des antidépresseurs dans le trouble de l'adaptation avec une hausse de leur utilisation entre 1996 et 2005 qui restait cependant bien inférieure à celle retrouvée dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux. Une étude relativement ancienne réalisée par JJ. Strain et al. (96) suggérait que les patients vus en consultation hospitalière et atteints d'un trouble de l'adaptation (selon le DSM-3R) se voyaient prescrire des traitements antidépresseurs, dans des proportions équivalentes à d'autres troubles psychiatriques. Une autre étude de M. Anseau et al. (97) retrouvait une efficacité et une tolérance comparables de l'alprazolam, de la miansérine et de la tianéptine, dans le traitement du trouble de l'adaptation à composante émotionnelle mixte (définition DSM-3R). L'absence de différence significative à six semaines entre les traitements était retrouvée à la fois dans les symptômes anxieux (échelle d'anxiété d'Hamilton HAM-A) et les symptômes dépressifs (échelle MADRS) avec une diminution par deux des scores symptomatiques dans les différents groupes thérapeutiques. L'absence de groupe contrôle dans cette étude limitait la portée de ces résultats.

Dans une étude plus récente, N. Nguyen et al. (98) retrouvaient une efficacité comparable du lorazépam et de l'étifoxine sur les symptômes du trouble de l'adaptation (DSM-4) avec anxiété (évalués par l'échelle HAM-A). Dans le groupe "étifoxine", les rebonds anxieux à l'arrêt du traitement étaient moins fréquents que chez les patients qui avaient reçu du lorazépam. En 2015, DJ. Stein (99) a réalisé une étude multicentrique comparant l'efficacité de l'étifoxine et de l'alprazolam sur les symptômes du trouble de l'adaptation avec anxiété (DSM-4). Cette étude de non-infériorité mettait en évidence une diminution des symptômes (mesurés par l'échelle HAM-A) dans les deux groupes de traitement, à vingt-huit jours de prise en charge. Cette diminution était plus importante dans le groupe bénéficiant de l'alprazolam, de façon statistiquement significative. À l'arrêt du traitement, les symptômes ont continué à régresser dans le groupe "étifoxine" tandis qu'ils se sont majorés dans le groupe "alprazolam". Par ailleurs les effets indésirables du traitement étaient perçus comme plus fréquents chez les patients qui avaient reçu de l'alprazolam.

Plus récemment d'autres auteurs se sont intéressés aux effets thérapeutiques de la phytothérapie sur les symptômes du trouble de l'adaptation. Selon P. Casey (6), la plupart des études en double aveugle ayant évalué des thérapeutiques dans le trouble de l'adaptation utilisaient des remèdes à base de plantes. HP. Volz et al. (100) ont comparé l'efficacité d'un traitement par Kava-Kava¹ à un traitement par placebo sur les symptômes du trouble de l'adaptation avec anxiété (définition DSM-3), dans un essai multicentrique et randomisé en double aveugle. Le traitement par Kava-Kava a permis une diminution plus importante des symptômes (mesurés par l'HAM-A) que le traitement placebo. Les effets indésirables étaient rares et présents dans des proportions équivalentes dans les deux groupes. Dans une autre étude, M. Bourin et al. (102) ont évalué l'efficacité de l'Euphytose® (un mélange de plusieurs extraits végétaux : Crataegus, Ballota, Passiflora, Valeriana ...) sur un échantillon d'individus ayant un trouble de l'adaptation avec anxiété (définition DSM-3). L'étude multicentrique retrouvait une diminution plus importante des symptômes (mesurés par l'échelle HAM-A) dans le groupe de traitement par rapport au groupe placebo. Mentionnons enfin l'étude de

¹ Le Kava, également connu sous le nom de Kava Kava, est un type d'arbuste vivace de la famille des Poivreries. Originaire d'Océanie, il est cultivé et utilisé dans de nombreuses régions du monde depuis des milliers d'années, pour ses effets relaxants (anxiété, insomnie) et analgésiques (101).

H. Woelk et al. (103) dans laquelle les auteurs ont évalué l'efficacité thérapeutique du Ginkgo Biloba (EGb 761®) sur les symptômes du trouble anxieux généralisé et du trouble de l'adaptation avec anxiété (DSM-3R). À quatre semaines de traitement, les patients ayant reçu l'extrait végétal montraient une diminution plus importante de leurs symptômes anxieux (mesurés par l'HAM-A) par rapport aux participants du groupe placebo (pour lesquels les symptômes avaient également régressé).

Nous venons de le voir, les propositions thérapeutiques dédiées à la prise en charge pharmacologique du trouble de l'adaptation sont limitées. P. Casey suggère que les médicaments antidépresseurs auraient un intérêt dans le traitement du trouble de l'adaptation du fait de leurs propriétés sédatives et anxiolytiques, avec un effet direct sur la réduction de la pensée ruminative. De même, les benzodiazépines (dont les hypnotiques) pourraient - selon elle - s'avérer utiles pour la prise en charge de l'anxiété passagère ou de l'insomnie (6, p219). Nous constatons l'absence d'études et de recommandations concernant le traitement pharmacologique du trouble de l'adaptation dans sa définition CIM-11. De ce fait, plusieurs auteurs relèvent que la prise en charge de ce trouble est avant tout psychothérapeutique (104).

2.8.2 Le traitement psychothérapeutique du trouble de l'adaptation

Avec la nouvelle définition de la CIM-11, le trouble de l'adaptation est conçu comme un syndrome de réponse au stress au même titre que le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ainsi A. Maercker (27, p20) avait suggéré l'utilisation de techniques thérapeutiques reconnues comme efficaces dans la prise en charge du TSPT pour le trouble de l'adaptation : les exercices d'exposition et de restructuration cognitive basés sur les modèles de thérapie cognitivo-comportementale et émotionnelle (TCCE) ou encore les outils issus de la thérapie EMDR.

Nous décrivons dans cette partie les principaux courants psychothérapeutiques ayant montré leur efficacité dans la prise en charge du trouble de l'adaptation. Le nombre d'études abordant la prise en charge du trouble de l'adaptation dans sa définition CIM-11 est là aussi très limité. Nous avons fait le choix de présenter les résultats de certaines études qui utilisaient des

définitions antérieures du trouble car elles nous permettent de faire quelques hypothèses sur le type de prise en charge dont pourrait bénéficier le trouble dans sa définition la plus récente.

2.8.2.1 Les interventions basées sur les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles (TTCE)

2.8.2.1.1 Les outils thérapeutiques des TTCE

2.8.2.1.1.1 La thérapie de résolution de problème et l'activation comportementale

Plusieurs auteurs ont mentionné l'intérêt des techniques issues de la thérapie de résolution de problèmes dans la prise en charge du trouble de l'adaptation (105). Les thérapies de résolution de problème se décomposent le plus souvent selon les étapes suivantes : (1) Prise de conscience du problème, (2) Acceptation de la situation, (3) Planification du processus de résolution de problèmes, (4) Mise en œuvre de la stratégie de résolution de problèmes (27, p20). Une revue de la littérature Cochrane, menée par I. Arends et al. (106) a montré que la thérapie de résolution de problème pourrait significativement réduire le délai d'un retour partiel au travail, chez des patientes atteintes d'un trouble de l'adaptation (évalué selon la définition DSM-4/CIM-10 du trouble), sans qu'un résultat comparable ne soit retrouvé concernant un retour complet au travail.

J.L. Van der klink et al. (107) ont mené un essai randomisé et contrôlé pour étudier l'effet d'une intervention d'activation comportementale sur un échantillon d'individus (N = 192) en arrêt maladie du fait d'un trouble de l'adaptation (défini selon les critères du DSM-4). Dans un premier temps, l'intervention comprenait des informations sur les causes de la perte de contrôle, la réalisation de tâches quotidiennes moins exigeantes, l'élaboration de stratégies de résolution de problème sur les événements causaux. Dans un deuxième temps, la mise en pratique de ces stratégies et la réalisation d'activités plus exigeantes étaient encouragées. Une analyse en intention de traiter, mesurant les scores de diverses échelles (la SLC-90 et la 4DSQ...) a été réalisée dans le groupe d'intervention (N = 109) et dans le groupe témoin dit de

"soins courants" (N = 83). Trois mois après le début de l'intervention, les résultats montraient un retour au travail plus rapide pour les patients du groupe d'intervention, comparativement au groupe témoin. À douze mois, tous les patients étaient retournés au travail mais la durée de l'arrêt maladie était plus courte pour les patients du groupe d'intervention. De même, le taux de récurrence était plus faible dans le groupe d'intervention.

2.8.2.1.1.2 L'écriture expressive

AB. Horn et al. (44) ont évalué l'effet de "l'écriture expressive" (aussi appelée "divulgateur écrite solitaire") sur la régulation interpersonnelle des émotions et les symptômes du trouble de l'adaptation (évalués par une version révisée de l'ADNM-20) dans un échantillon zurichois comprenant quarante-cinq couples. Dans l'écriture expressive, le patient écrit ses pensées et sentiments les plus profonds concernant une expérience stressante. Les auteurs soulignent l'effet positif de l'écriture expressive dans la régulation intrapersonnelle des émotions et notamment dans la diminution des processus de rumination, au profit de l'apparition de processus cognitifs plus sains. Les auteurs font ainsi l'hypothèse que l'écriture expressive pourrait avoir un impact positif sur la qualité de la divulgation des informations liées à la retraite (du retraité à son conjoint), grâce à une meilleure régulation intrapersonnelle des émotions (qui se manifeste par un niveau de rumination individuel plus faible). Une divulgation plus adaptée de l'information par le retraité, moins empreinte de ruminations, diminuerait les symptômes du trouble de l'adaptation chez son conjoint. Face à une divulgation plus fonctionnelle, celui qui écoute pourrait répondre de façon plus compréhensive et adaptée à son interlocuteur. Au début de l'étude, les auteurs ont proposé aux conjoints de réaliser l'écriture expressive, décrite comme suit : "Aujourd'hui, je veux que vous écriviez pendant les quinze prochaines minutes sur vos pensées et sentiments les plus profonds concernant la transition vers la retraite de votre partenaire. Vous pouvez lier ce que vous écrivez à des aspects de votre vie qui ont pu changer en raison de la nouvelle situation : Comment la situation actuelle est-elle liée à votre passé, à vos relations avec les autres, à ce que vous aimeriez devenir, à ce que vous avez été, à ce que vous aimeriez être ou à ce que vous êtes aujourd'hui ? Qu'est-ce que la transition vers la retraite a signifié pour votre relation ? Qu'est-ce qui a été difficile pour vous en tant que couple ? Qu'est-ce qui a été positif ? Que recommanderiez-vous à d'autres couples confrontés à cette situation ?". Les auteurs notent

qu'après cet exercice, une augmentation de la divulgation d'informations par le retraité (le plus souvent sous forme de rumination) n'était plus associée à une hausse des préoccupations (ruminations, inquiétude) chez le conjoint. Ceci suggère une moindre contagion de la rumination chez le/la conjoint(e), lorsque celui-ci/celle-ci a réalisé l'exercice d'écriture expressive. En limitant les processus de rumination intrapersonnelles, cette intervention pourrait limiter les phénomènes de co-rumination (focalisation passive et répétitive sur un contenu négatif non désiré, rigide et désagréable, verbalisé dans l'échange avec l'autre) qui sont des facteurs de risque dans la survenue du trouble de l'adaptation (78). L'étude de AB. Horn et al. (44) n'a pas montré d'effet significatif de l'écriture expressive sur les symptômes du trouble de l'adaptation, une semaine après la fin de l'exercice. Les limites de cette étude, notamment la petite taille de l'échantillon, pourraient expliquer ce résultat.

2.8.2.1.1.3 Les thérapies basées sur la méditation

P. Holas (108) a évalué l'efficacité thérapeutique d'une intervention de méditation MBCT ("Mindfulness based cognitive therapy") sur les symptômes du trouble de l'adaptation (évalués par l'ADNM-20) pendant la période de pandémie liée au Covid-19. La MBCT est une forme de thérapie psychologique qui combine des outils de la méditation de pleine conscience et des éléments de la thérapie cognitive. La pleine conscience est une forme de méditation qui se concentre sur l'attention et la conscience du moment présent. Dans la MBCT le patient est invité à devenir plus conscient de ses pensées, émotions, sensations, et à les accepter sans essayer de les éviter ou de les modifier. Ce travail favoriserait la reconnaissance des processus de rumination et des schémas de pensée dysfonctionnels qui peuvent entraîner l'apparition de troubles anxieux ou dépressifs (109). Dans l'étude de P. Holas, les participants (N = 438) ont été randomisés et assignés à trois groupes distincts : un groupe d'entraînement à la relaxation musculaire progressive (PMR), un groupe d'intervention MBCT, et un groupe sur liste d'attente sans intervention spécifique. Les auteurs ont retrouvé - après quatre semaines d'intervention - une diminution statistiquement significative des symptômes du trouble de l'adaptation, seulement dans le groupe "MBCT". De même, on retrouvait une diminution des scores dans certaines échelles associées aux symptômes anxieux et dépressifs (PHQ-9, HADS-D, HADS-A, GAD-7) uniquement dans le groupe MBCT et PMR, avec une diminution plus forte des symptômes dans le groupe MBCT. Ces résultats sont en faveur de l'utilisation de la

thérapie MBCT dans la prise en charge du trouble de l'adaptation dans une population d'individus soumis à divers facteurs de stress.

M. Srivastava et al. (110) ont réalisé une étude afin d'évaluer l'effet d'une formation à la méditation sur les symptômes du trouble de l'adaptation (critères DSM-4) dans un échantillon indien (N = 30). Les participants ont été formés à la méditation de type "Yoga" sur vingt-huit semaines, une heure par jour pendant un mois, puis une heure hebdomadaire. Cette intervention comprenait des exercices d'étirement, de relaxation de l'ensemble du corps, des exercices de respiration et de méditation. L'évolution des symptômes était mesurée par plusieurs échelles qui décrivaient des symptômes anxieux et dépressifs. Les auteurs ont retrouvé une amélioration de l'ensemble des paramètres dans les deux groupes (intervention et témoin) mais celle-ci était plus forte dans le groupe d'intervention. Ces résultats suggèrent que la méditation dans son approche "Yoga" pourrait avoir un effet bénéfique sur les symptômes du trouble de l'adaptation.

2.8.2.1.2 Les programmes thérapeutiques basés sur les TCCE

2.8.2.1.2.1 L'intervention BADI (Brief Adjustment Disorder Intervention)

P. Skruibis et al. (111) ont développé l'intervention BADI dans le but d'aider les personnes atteintes d'un trouble de l'adaptation à mieux gérer leurs symptômes. Il s'agit d'un programme thérapeutique en ligne composé de quatre modules, chacun comprenant trois types d'exercices. Le BADI a été construit à partir des modèles issus de la thérapie cognitive, comportementale et émotionnelle (dont la méditation de type "Mindfulness"), les pratiques "corps-esprit" et des exercices visant à renforcer le soutien social. C'est une intervention axée sur l'amélioration de la résilience psychologique, le développement des ressources personnelles et sociales. La "relaxation" correspond au premier module et comprend trois exercices : la relaxation musculaire progressive à l'aide d'instructions vocales (détente musculaire active sur le modèle de Jacobson), la respiration en pleine conscience (le patient se concentre sur sa respiration, dans le moment présent), le scanner corporel (le patient focalise son attention sur ses sensations physiques). Le deuxième module correspond à "la gestion du temps" et intègre : les priorités du jour (planification d'activités importantes pour

soi, selon ses valeurs), l'activité d'accomplissement (choix, planification et exécution d'une tâche essentielle à ses yeux), les activités plaisantes (choix et planification d'activités plaisantes). Le troisième module est "la méditation de pleine conscience" (ou mindfulness) et propose plusieurs exercices de méditation : la marche en pleine conscience (concentration sur l'action en cours, sa propre posture...), la méditation sur l'environnement et ses propres sensations (focalisation de l'attention sur ce que l'on voit, perçoit dans et à l'extérieur de soi). Le quatrième module est axé sur "le renforcement des relations" avec un travail sur l'empathie, le renforcement du soutien social et de l'affirmation de soi, l'expression de son appréciation et de sa reconnaissance à autrui. Les patients peuvent utiliser les modules/exercices librement, sans ordre défini et à la fréquence qu'ils le souhaitent.

J. Eimontas et al. (104) ont étudié l'efficacité de l'intervention BADI au cours d'un essai randomisé et contrôlé comparant un groupe d'intervention à un groupe témoin. Un échantillon de participants lithuaniens (N = 284) a été recruté en ligne. Plusieurs mesures ont été réalisées : l'échelle ADN-8 pour le diagnostic du trouble de l'adaptation (avec un score seuil > 8) et l'OMS-5 pour l'évaluation du bien-être psychologique. Les participants décrivaient en moyenne quatre facteurs de stress au cours des deux dernières années, parmi lesquels le fait d'avoir trop ou pas assez de travail (62%), les conflits familiaux (55,3%) et les difficultés financières (46,8%). La majorité des participants ont effectué entre un et trois exercices (54%) pendant la période d'étude (trente jours). Les personnes incluses avaient utilisé l'intervention au moins une fois pendant cette période. Les symptômes du trouble de l'adaptation - mesurés avant intervention (T1) et trente jours après le début de l'intervention (T2) - ont significativement diminué ($t(20) = 2,55, p = 0,019$) dans le groupe "intervention" entre T1 (M = 27,38, SD = 3,03) et T2 (M = 24,9, SD = 4,69) avec une taille d'effet modérée (d de Cohen = 0,63). Dans le groupe témoin, on retrouvait également une diminution significative - mais plus faible - des symptômes du trouble de l'adaptation ($t(66) = 2,29, p = 0,025$) entre T1 (M = 28,49, SD = 2,81) et T2 (M = 27,66, SD = 3,65) avec une taille d'effet intra groupe faible (d de Cohen = 0,23). Notons aussi qu'une augmentation significative du bien-être ($t(20) = - 2,74, p = 0,013$) a été retrouvée entre T1 (M = 40,38, SD = 16,78) et T2 (M = 50,86, SD = 8,96) dans le groupe d'intervention, avec une taille d'effet intra groupe modéré (d de Cohen = 0,78). On ne retrouvait cependant pas d'évolution statistiquement significative de ce paramètre dans le groupe témoin. Le nombre important de perdus de vue au cours de l'étude limite la portée

des résultats que nous venons d'exposer. Cette étude soutient tout de même l'effet positif d'une intervention en ligne, à partir de la définition la plus récente du trouble de l'adaptation.

Dans une autre étude, J. Eimontas et al. (112) ont évalué l'effet du "soutien d'un thérapeute" sur l'efficacité de l'intervention BADI, dans un échantillon lithuanien (N = 1077) recruté en ligne. Une randomisation a permis de définir deux groupes de patients à haut risque (ADNM-8 > 23) pour lesquels une intervention BADI a été appliquée de façon variable : un groupe BADI avec soutien du thérapeute (N = 178) et un groupe BADI sans soutien du thérapeute (N = 182). Le soutien du thérapeute était fait par message sur la plateforme en ligne du BADI et consistait à répondre aux messages et questions du patient concernant les exercices. En moyenne les participants des deux groupes ont effectué 6,36 exercices au cours des deux mois de l'intervention. Des tests post-hoc utilisant la correction de Bonferroni ont montré que l'utilisation du BADI (sans soutien) était associée à une diminution statistiquement significative ($p < 0,001$) des symptômes du trouble de l'adaptation de T1 (avant intervention : MAjD = $27,83 \pm 0,31$) à T2 (trente jours après le début de l'intervention : MAjD = $25,94 \pm 0,46$) et de T1 à T3 (soixante jours après début de l'intervention : MAjD = $25,62 \pm 0,47$). L'analyse ANOVA ne montrait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'évolution dans le temps des symptômes du trouble de l'adaptation. Ces résultats soutiennent l'efficacité de l'intervention BADI, sans que le soutien d'un thérapeute semble avoir un effet significatif sur l'évolution des symptômes. Cependant, il semble que l'intervention d'un thérapeute ait augmenté l'engagement des patients dans l'intervention, se manifestant par un taux d'abandon plus faible. Notons également que le taux d'attrition (ou de perdus de vue) était élevé dans les deux groupes de l'étude. Les résultats obtenus par l'analyse per protocole (mentionnés plus haut) sont donc à considérer avec prudence. L'analyse en intention de traiter a montré une influence positive faible sur l'évolution des symptômes. D'autres études seront nécessaires pour confirmer ou non ces résultats, en essayant autant que possible de limiter les biais que nous venons d'exposer.

2.8.2.1.2.2 L'intervention cognitivo-comportementale avec réalité virtuelle (EMMA'S world)

L'intervention EMMA'S world a été développée par Botella et al. (113) et a servi de base au développement - par Andreu-Mateu et al. (114) - d'une intervention ciblant le trouble de l'adaptation. S. Quero et al. (115) ont plus tard proposé une intervention légèrement modifiée, composée d'un programme de TCCE utilisant des outils de la psychologie positive, associé aux outils de la réalité virtuelle "EMMA'S World".

L'intervention de réalité virtuelle "EMMA'S world" a été conçue pour le traitement du trouble de stress post-traumatique et du trouble de l'adaptation. Il permet de plonger le patient dans un environnement fictif dont l'opérateur peut modifier les paramètres en temps réel (lieu, météo, écoulement du temps, objets, personnes...) à partir d'une base de données prédéfinie (comprenant des objets, des lieux...) ou apportée par le patient (un fichier audio ou une photo personnelle...). Ce système permet la création d'environnements virtuels personnalisés qui représentent ou symbolisent la situation stressante. Il permet un traitement des émotions et des cognitions associées à l'évènement stressant, par une exposition à ses différentes composantes (lieu, personnes, bruits...) dans un cadre moins confrontant que certaines techniques d'exposition traditionnelle. Cet outil, qui se base sur le modèle de Foa, soutient l'importance d'activer les structures mémorielles pathologiques de l'évènement redouté afin de permettre son traitement émotionnel et cognitif (34,115).

S. Quero et al. (115) ont évalué l'efficacité de ce programme sur une série de treize patients ayant un trouble de l'adaptation (critères du DSM-4 ou de la CIM-10). Ils ont constaté une amélioration statistiquement significative des symptômes du trouble de l'adaptation, quel que soit le type d'évènement stressant vécu par les participants. La petite taille d'échantillon et l'absence de groupe contrôle sont quelques limites mentionnées. De même, cette étude ne permettait pas d'identifier la contribution de chaque paramètre dans l'amélioration des symptômes.

S. Quero et al. (116) ont mené une étude randomisée et contrôlée (N= 18) dans laquelle ils ont comparé l'efficacité du même programme thérapeutique, avec et sans l'outil de réalité

virtuelle. L'étude comprenait un groupe bénéficiant de l'intervention décrite plus haut (un protocole soutenu par la réalité virtuelle), un groupe ne bénéficiant pas de l'outil de réalité virtuelle (protocole traditionnel avec un récit de l'expérience en face à face avec le thérapeute), et un groupe témoin ne bénéficiant d'aucune intervention. Des améliorations statistiquement significatives (sur une échelle utilisant les critères DSM-4/CIM-10 du trouble de l'adaptation) ont été observées dans les deux groupes d'intervention (à six et douze mois) avec des tailles d'effet importantes, sans qu'aucune différence statistiquement significative ne soit constatée entre ces groupes les douze premiers mois de suivi. Un effet supérieur de l'intervention avec réalité virtuelle a été constatée après douze mois de suivi. La taille de l'échantillon et sa représentativité sont quelques limites mentionnées par les auteurs.

S. Quero et al. (63) ont récemment étudié l'efficacité d'un programme thérapeutique - basé sur le protocole de Botella et al. (113) et de S. Quero et al. (115) - pour le traitement du trouble de l'adaptation (évalué selon les critères de la CIM-10 ou du DSM-4) dans deux groupes d'intervention. L'ensemble des participants (N = 57) ont bénéficié d'un programme hebdomadaire (six séances hebdomadaires, une heure trente chacune, dont trente minutes de réalité virtuelle par séance) comprenant :

- Une psychoéducation sur le trouble de l'adaptation, les façons "adaptées" de faire face à un problème, les réactions courantes face à un événement stressant.
- Le traitement de l'évènement stressant, en cherchant d'autres significations à l'évènement notamment par l'intermédiaire du "livre de vie". Celui-ci consiste à élaborer par écrit les situations significatives associées à l'évènement stressant, en prenant conscience - sans jugement - de ses pensées, émotions, et comportements.
- L'exposition "in vivo" (réelle) aux stimuli associés à l'évènement stressant, qui sont souvent évités par le patient.
- Les stratégies issues de la psychologie positive avec : l'importance d'accepter les problèmes comme faisant partie de la vie, le développement des vertus et des forces du patient (curiosité, humour, optimisme...), le choix de "proverbes" définissant une ligne de conduite favorisant le maintien des changements réalisés par le patient.

Un groupe d'intervention a bénéficié du programme thérapeutique traditionnel (c'est à dire que les exercices entre les séances étaient sur papier) tandis que l'autre groupe d'intervention bénéficiait d'une intervention en ligne "TEO" (composée de sessions de devoirs personnalisés

en ligne, avec un accès à l'outil de réalité virtuelle EMMA'S world). Les auteurs ont retrouvé des améliorations significatives dans les deux groupes pour tous les paramètres (BDI-II, ISL) qui évaluaient les symptômes liés au stress et à la dépression. Ces améliorations symptomatiques se sont poursuivies jusqu'à l'évaluation douze mois après la fin de l'intervention. Dans cette étude également, le trouble de l'adaptation a été évalué à partir de définitions antérieures à la CIM-11 (DSM-4 et CIM-10). D'autres études utilisant les critères diagnostiques les plus récents devront confirmer ces résultats.

2.8.2.1.2.3 Le manuel TCC de Maercker et l'intervention ZIEL

R. Bachel et A. Maercker (27) ont développé un manuel d'auto-assistance en ligne basé sur les modèles de la thérapie cognitive et comportementale. Celui-ci a été conçu pour la prise en charge du trouble de l'adaptation. Il comprend des exercices ciblant les symptômes du trouble de l'adaptation : la préoccupation (ruminant, inquiétude excessive) et l'incapacité à s'adapter (troubles du sommeil et de la concentration). Les deux premières parties du manuel concernent la psychoéducation sur le trouble, avec une information sur les causes et les symptômes du trouble de l'adaptation. La troisième partie se décompose en quatre modules, chacun comprenant divers exercices.

1) Le "sens de soi" renvoie à la compréhension de sa propre réponse émotionnelle et adaptative, du lien entre ses pensées et émotions, et le développement de stratégies individuelles d'adaptation.

2) Le "coping" comprend la remise en cause de ses pensées négatives, la reconnaissance et la modification de ses biais cognitifs, la prise en charge de sa ruminant, des exercices d'exposition par écrit à l'évènement stressant, la compréhension et la gestion de l'anxiété.

3) "L'activation" du réseau social, la définition d'objectifs personnels réalistes, la programmation d'activités sources de plaisir, la pratique sportive.

4) La "relaxation" passe par l'hygiène du sommeil et l'initiation à diverses techniques de relaxation (relaxation musculaire progressive de Jacobson, training autogène de Schultz, méditation, yoga), ainsi que l'équilibre entre les activités et la relaxation.

Les auteurs ont évalué l'efficacité de ce manuel dans un échantillon d'individus ayant développé un trouble de l'adaptation (sub-clinique ou clinique) après avoir subi un cambriolage domestique. Le diagnostic était posé (ADNM-20) si au moins trois éléments des

deux groupes principaux de symptômes étaient évalués ≥ 2 ou si tous les éléments du groupe de symptômes "caractéristiques associées" étaient évalués ≥ 2 . Cette étude était randomisée et contrôlée, composée d'un groupe d'intervention (N = 30) et d'un groupe témoin (N = 24). Les auteurs ont retrouvé une amélioration des symptômes dans le groupe d'intervention et dans le groupe témoin (trente jours après le début de l'intervention). Cette amélioration était plus prononcée dans le groupe d'intervention ($t(28) = 6,12$; $d = 1,15$; IC95 % (1,89 - 3,79) ; $p = 0,00$) que dans le groupe contrôle ($t(23) = 3,18$; $d = 0,38$; IC95% (0,37 - 1,72) ; $p = 0,00$). Malgré les quelques limites mentionnées par les auteurs, la représentativité d'un l'échantillon majoritairement féminin, un taux d'abandon élevé dans le groupe d'intervention (25%) ; ces résultats montrent qu'une intervention en autonomie sans l'intervention d'un thérapeute peut être efficace dans la prise en charge des symptômes du trouble de l'adaptation.

A. Maercker et RC. Bachem (117) ont réalisé une étude de cas mesurant les effets de ce cette même intervention chez un individu suisse ayant développé un trouble de l'adaptation suite à un cambriolage de nuit alors qu'il était présent au domicile. Le patient présentait un score de 48/60 sur l'échelle ADN-20 (quinze points pour la sous-échelle de préoccupation, onze points pour la sous-échelle d'incapacité à s'adapter) avant l'intervention. Le patient a utilisé le manuel d'intervention en ligne huit mois après le cambriolage, durant quatre semaines, complétant au total quinze heures d'intervention en ligne. À l'issue de l'intervention, les symptômes du trouble de l'adaptation avaient diminué (avec un score de 35/60 à l'ADNM-20 : huit points pour la sous-échelle de préoccupation, huit points pour la sous-échelle d'incapacité à s'adapter). Une mesure effectuée sur l'échelle DAS-21 montrait également une légère diminution des symptômes de dépression (deux points) et d'anxiété (un point) juste après l'intervention. Trois mois après le début de l'intervention, l'intensité totale de tous les symptômes évalués restait très inférieure à celle retrouvée avant l'intervention. On note tout de même que les symptômes de préoccupation avaient augmenté entre la fin de l'intervention et la mesure à trois mois, alors que les symptômes d'incapacité à s'adapter avaient continué à diminuer. Dans l'ensemble, les auteurs notent que le manuel d'auto-assistance semble avoir eu des effets bénéfiques à court et moyen terme sur les symptômes du trouble de l'adaptation, ainsi que sur les symptômes anxieux et dépressifs.

Plus récemment, C. Moser et R. Bachem (118) ont développé une intervention en ligne dédiée à prise en charge du trouble de l'adaptation (intervention ZIEL). Celle-ci reprend les mêmes modules thérapeutiques que ceux proposés dans le manuel de Bachem et Maercker (27). Les auteurs ont évalué l'efficacité de cette intervention en ligne sur un échantillon suisse, par une étude randomisée et contrôlée comprenant un groupe d'intervention et un groupe contrôle. L'analyse réalisée montrait une diminution statistiquement significative du score ADN-20 et de ses sous-échelles dans les deux groupes, entre le début et la fin de l'intervention, sans différence significative entre les groupes. Parmi les limites de l'étude, le taux d'abandon important (48%) doit faire discuter la validité de ces résultats. Les auteurs suggèrent de renouveler ces évaluations, tout en soutenant l'engagement des participants par diverses techniques (rappels automatiques, système de récompense...).

2.8.2.2 L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

L'intervention EMDR ("désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires") est une approche psychothérapeutique développée par Francine Shapiro à la fin des années 1980, initialement conçue pour traiter les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Plusieurs études ont montré l'intérêt de l'EMDR dans la prise en charge des symptômes du TSPT (119) et dans d'autres troubles (120). Plusieurs auteurs (6,10) mentionnent l'efficacité de l'EMDR dans la prise en charge du trouble de l'adaptation, notamment l'étude de R. Cvetek (121). À la lecture de celle-ci, nous constatons cependant qu'elle utilisait l'échelle IES ("impact event scale"), dédiée à l'évaluation des symptômes de TSPT. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué à ce jour l'efficacité de l'EMDR dans la prise en charge du trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente.

2.8.2.3 La thérapie centrée sur le patient

Selon M. Domhardt et H. Baumaster (105), deux études soutiennent l'efficacité de la thérapie centrée sur le patient dans la prise en charge du trouble de l'adaptation. Cette approche psychothérapeutique a été développée par Carl Rogers et s'inscrit autour de plusieurs

principes thérapeutiques fondamentaux : une attitude non directive (le thérapeute est un compagnon d'écoute qui facilite l'expression des émotions et des pensées du patient), l'expression d'une forte empathie (permettant au patient d'explorer et de comprendre ses propres sentiments), un regard positif inconditionnel (acceptation bienveillante des pensées et émotions du patient lui permettant d'accepter et de valoriser son propre soi), la congruence du thérapeute (marquée par l'authenticité et la sincérité). L'approche centrée sur le client met l'accent sur la relation thérapeutique, vise le développement personnel et l'autoréalisation du patient, en laissant celui-ci utiliser ses propres ressources pour explorer et résoudre ses problèmes (122,123).

Altenhöfer et al. (124) ont comparé deux groupes de patients ayant développé un trouble de l'adaptation (selon les critères de la CIM-10) après la survenue de divers événements : la perte d'un proche, un échec dans le travail ou dans les études académiques. L'un des groupes a bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique (limitée à douze heures) par la parole, en ambulatoire, et basée sur les outils de la thérapie centrée sur le patient. L'autre groupe, sur liste d'attente, n'a bénéficié d'aucune intervention. Les auteurs ont noté une amélioration statistiquement significative des symptômes dans le groupe d'intervention, qui s'est maintenue lors d'une évaluation à trois mois.

2.8.2.4 Les thérapies d'inspiration psychodynamique

Les thérapies d'inspiration psychodynamique regroupent différentes formes de psychothérapies destinées à améliorer "la compréhension des souhaits, des affects, des relations d'objet ou des mécanismes de défense" (105, p30). M. Domhardt et H. Baumaster mentionnent plusieurs études qui soutiennent l'efficacité des thérapies psychodynamiques dans le traitement du trouble de l'adaptation (105). Citons l'étude de U. Kramer et al. (125) qui ont évalué l'efficacité de la psychothérapie dynamique à court terme (basée sur la théorie psychanalytique des relations d'objet) dans un échantillon d'étudiants universitaires (N = 32) ayant un trouble de l'adaptation (selon la définition DSM-4). Les participants ont effectué en moyenne trente-quatre séances de thérapie, sur une période maximale d'un an. Les auteurs ont évalué l'influence de la thérapie sur les symptômes du trouble de l'adaptation (évalués par l'échelle SCID) ainsi que le rôle médiateur des mécanismes de défense et de coping dans

cette relation. Les résultats ont montré une évolution vers des défenses plus matures au cours de l'intervention, qui étaient elles-mêmes associées à une diminution des symptômes du trouble de l'adaptation. Plus récemment, U. Kramer et al. (126) ont étudié les effets d'un traitement émotionnel sur les symptômes du trouble de l'adaptation (définition DSM-4) dans le cadre d'une intervention psychodynamique de courte durée (avec interprétation et clarification des processus émotionnels). Dans cette étude, les paramètres étudiés (BDI-II, SCL-90R) évaluaient des symptômes dépressifs et anxieux peu spécifiques. Les auteurs ont retrouvé une diminution des symptômes chez la moitié des patients à la fin de l'intervention. M. Domhardt et al. (127) mentionnent également deux autres études qui auraient montré un effet thérapeutique de la psychothérapie dynamique brève, comparativement à l'absence d'intervention ou à une intervention à plus long terme, sur les symptômes du trouble de l'adaptation (DSM-4).

PARTIE 3 : DISCUSSION

3.1 DISCUSSION SUR LES RESULTATS

3.1.1 La définition CIM-11 du trouble de l'adaptation

Au cours des dernières décennies, la définition du trouble de l'adaptation a beaucoup évolué au sein des principales classifications nosographiques des troubles psychiatriques. Dès les premières tentatives de description du trouble, la CIM et le DSM ont partagé le caractère situationnel de ce trouble, qui apparaît nécessairement dans les suites d'un événement stressant d'ordre psychosocial, dans le sens où celui-ci est extérieur à l'individu et vient impacter sa vie psychique. La symptomatologie du trouble a toujours été présentée comme une symptomatologie anxieuse et dépressive, décrite sous les termes de "perturbations émotionnelles" dans le DSM-5 et la CIM-10, associée à une manifestation "comportementale" du trouble qui se traduit par un trouble des conduites dans les deux définitions. Plusieurs auteurs ont proposé de considérer le trouble de l'adaptation comme une forme de dépression névrotique, aussi appelée dépression réactionnelle, dans laquelle les événements stressants et la personnalité de l'individu seraient les principaux facteurs étiologiques du trouble. Le DSM-5, puis la CIM-11 ont marqué une rupture dans la nosographie du trouble de l'adaptation, en intégrant celui-ci à la catégorie des "Troubles spécifiquement associés au stress" (CIM-11) et des "Troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress" (DSM-5). Cette décision a eu un impact sur la conceptualisation du trouble de l'adaptation, qui se rapproche de fait d'autres troubles appartenant à cette catégorie diagnostique, avec le partage supposé de substrats étiologiques et physiopathologiques.

Plusieurs auteurs soutiennent que la redéfinition de ces critères diagnostiques dans la CIM-11 a permis de proposer une symptomatologie plus spécifique du trouble, permettant de considérer celui-ci comme un trouble à "seuil complet". Il est vrai que la nouvelle définition semble - à priori - délimiter de manière plus précise les principaux symptômes du trouble, comparativement aux définitions antérieures. Elle souligne notamment l'importance de la

préoccupation et de l'incapacité à s'adapter dans son expression clinique. Elle a également permis d'élever le seuil diagnostique grâce à des critères plus exigeants. Cependant, les symptômes présentés dans la nouvelle définition du trouble de l'adaptation sont également décrits dans la définition d'autres troubles psychiatriques. La définition anglaise de la CIM-11 précise que le trouble de l'adaptation peut se manifester par des symptômes dépressifs ou anxieux, une consommation de toxiques, des manifestations somatiques et des troubles du comportement... Autant de symptômes peu spécifiques, également présents dans d'autres troubles psychiatriques, ce que reconnaissent les auteurs de la classification.

De nombreuses interrogations demeurent sur la définition CIM-11 du trouble de l'adaptation. Le type de facteur de stress impliqué dans la survenue du trouble de l'adaptation ne fait pas consensus. Bien que la CIM-11 indique que le facteur de stress puisse être "de n'importe quelle gravité et de n'importe quel type" voir "extrêmement menaçant ou horrible", plusieurs auteurs soulignent que le facteur de stress est le plus souvent non traumatique et moins grave que dans le trouble de stress post-traumatique. Ils n'excluent cependant pas qu'un facteur de stress particulièrement traumatique puisse engendrer un trouble de l'adaptation. La qualification d'une "réaction inadaptée" au stress proposée par la CIM-11 renvoie à la distinction entre le normal et le pathologique, difficile à établir en psychiatrie, notamment parce que l'expression émotionnelle et symptomatique d'un trouble varie grandement selon l'expérience individuelle de cet événement et la culture dans laquelle il s'exprime. Si définir ce qu'est une réaction inadaptée à un événement stressant paraît complexe, la prise en compte de la détresse subjective du patient et de son retentissement fonctionnel nous semble être une démarche adaptée dans la décision de prendre en charge un patient. Il n'y a pas de consensus clair à ce jour sur ce que les auteurs de la CIM-11 englobent dans le syndrome "d'incapacité à s'adapter", mais les symptômes les plus souvent mentionnés dans la littérature sont les troubles du sommeil et les troubles de la concentration. L'échelle IADQ a fait le choix, conformément à la définition de la CIM-11, de séparer les symptômes d'incapacité à s'adapter et de déficience fonctionnelle en deux groupes symptomatiques. La définition de la préoccupation, définie par la CIM-11 comme l'expression d'"une inquiétude excessive, des pensées récurrentes et pénibles à propos du facteur de stress, ou une rumination constante de ses implications" est contestée par des auteurs qui proposent d'autres définitions de ce

symptôme. La façon dont la préoccupation est définie a des conséquences notables sur la conceptualisation du trouble. Nous y reviendrons plus loin.

3.1.2 Les diagnostics différentiels du trouble de l'adaptation

Dans notre étude, nous avons décrit plusieurs diagnostics différentiels dont la symptomatologie relativement proche du trouble de l'adaptation peut rendre difficile la distinction de ces troubles entre eux.

La "reviviscence de l'évènement traumatique dans le présent" qui est décrite dans le TSPT par des "souvenirs, des images intrusives, et des flashbacks" est absente de la définition du trouble de l'adaptation, de même que les symptômes dissociatifs. La "préoccupation" (dans sa définition CIM-11) et la "reviviscence" seraient des symptômes dits intrusifs (au sens qu'ils apparaissent de façon involontaire à la conscience de l'individu) qui se distingueraient par les processus neurocognitifs mis en jeu : des dysfonctionnements de la mémoire perceptuelle et épisodique pour le TSPT ; des dysfonctionnements cognitifs pour le trouble de l'adaptation (33,59). D'autres auteurs soulignent que ces symptômes auraient une base physiopathologique différente et donc une prise en charge différente (39). La CIM-11 décrit des symptômes communs entre les deux troubles. Les symptômes d'hyperveil neurovégétatif du TSPT (hypervigilance, réaction de sursaut) se manifesteraient selon nous dans le trouble de l'adaptation par des troubles de la concentration et des troubles du sommeil. Ces deux symptômes sont regroupés selon plusieurs auteurs (34–36) dans le syndrome d'incapacité à s'adapter du trouble de l'adaptation. D'autres symptômes sont partagés par les deux diagnostics : les symptômes anxieux, les plaintes somatiques et la prise de toxiques. La présentation clinique de ces troubles est d'autant moins distincte que la population clinique est jeune. Dans le trouble de l'adaptation, le facteur de stress peut être - selon la CIM-11 - de n'importe quelle gravité. De façon surprenante, la CIM-11 précise que si la réponse symptomatique répond aux critères du TSPT, mais que celle-ci fait suite à un "évènement ou une situation moins grave" que prévue par la définition, un diagnostic de trouble de l'adaptation doit être posé. De même, les personnes qui subissent un évènement "extrêmement menaçant ou terrifiant" qui ne répondent pas à tous les critères diagnostiques du TSPT devraient se voir poser un diagnostic de trouble de l'adaptation. Il y a selon nous une

incohérence entre ces deux critères diagnostiques. Alors que le premier donne la primauté au type de facteur de stress - au détriment des symptômes - pour le choix du diagnostic ; le deuxième critère met le facteur de stress au second plan pour la décision diagnostique. Ce choix, de considérer qu'une symptomatologie qui ne remplit que partiellement les critères du TSPT puisse porter le diagnostic de trouble de l'adaptation nous paraît surprenante. En effet, il relègue selon nous le trouble de l'adaptation à un statut de diagnostic "par défaut", auquel il a longtemps été associé. D'autres études devront éclaircir ce point pourtant essentiel à l'établissement d'un diagnostic fiable et à une prise en charge adaptée.

Les symptômes de DSO ("DSO : disturbances of self organisation") tels qu'ils s'expriment en population adulte ne sont pas retrouvés dans la définition du trouble de l'adaptation. Selon la CIM-11, l'expression clinique de ces symptômes en population pédiatrique pourrait ressembler sur certains aspects aux symptômes décrits pour le trouble de l'adaptation au même âge : symptômes de régression, troubles du comportement, prises de risque, consommation de substances... Cependant, certains symptômes plus spécifiques des DSO ne sont pas décrits dans le trouble de l'adaptation, comme la difficulté à établir des relations avec les autres.

Dans le trouble du deuil prolongé, la CIM-11 distingue deux symptômes principaux. Le symptôme de "préoccupation" qu'elle différencie du symptôme de "nostalgie" qui serait plus spécifique du trouble du deuil pathologique. DJ. Eberle et A. Maercker (33) ont proposé une définition de la nostalgie ("réflexion répétitive dirigée sur la perte, la personne décédée, et les circonstances de sa mort") qui nous semble assez proche de la définition CIM-11 de la préoccupation (à savoir une préoccupation sur "les circonstances du décès"). Les auteurs de la CIM-11 ayant utilisé le terme de "préoccupation", il est possible que "la préoccupation" du trouble du deuil pathologique corresponde sur le plan conceptuel à "la préoccupation" du trouble de l'adaptation. Un élément va dans ce sens : chez l'enfant et l'adolescent il est mentionné que la préoccupation du TDP peut prendre la forme d'inquiétudes. D'autres manifestations du trouble du deuil prolongé sont comparables à celles du trouble de l'adaptation, aux mêmes âges, que ce soit en population pédiatrique (troubles du comportement, prise de toxiques...) ou âgée (plaintes somatiques). Des critères plus distincts, mieux spécifiés pour ces deux troubles permettront de mieux les distinguer, car le type d'évènement causal ne semble pas déterminant dans la décision diagnostique. En effet,

le trouble de l'adaptation peut être précipité par tout type d'évènement adverse. Il n'est donc pas exclu que le décès d'un être cher puisse entraîner l'apparition d'un trouble de l'adaptation, de façon isolée ou associée à d'autres troubles. Comme l'avaient souligné L. Lorenz et L. Makowski, une différenciation des troubles liés au stress basée uniquement sur l'évènement de vie déclencheur paraît insuffisante (58).

La distinction entre le trouble de l'adaptation et la "réaction aiguë au stress" se base principalement sur des critères temporels puisque l'éventail symptomatique très large de cette réaction physiologique pourrait correspondre à des troubles très différents (le trouble de l'adaptation, le trouble dépressif, le trouble de stress post traumatique...).

Nous avons également décrit d'autres troubles n'appartenant pas à la catégorie des "Troubles spécifiquement associés au stress" mais qui présentent de très nombreuses similarités symptomatiques avec le trouble de l'adaptation.

Le trouble dépressif caractérisé partage plusieurs symptômes avec le trouble de l'adaptation. La CIM-11 (version anglaise) stipule que le trouble de l'adaptation peut se manifester par "des symptômes anxieux et dépressifs". Des symptômes de tristesse, des troubles de la concentration, ou des troubles du sommeil ont été décrits dans les deux troubles, ce qui peut rendre leur distinction difficile. Plusieurs études ont relevé la prédominance des symptômes de préoccupation dans la symptomatologie du trouble de l'adaptation, représentés par "des pensées récurrentes et pénibles, des inquiétudes et des ruminations", toutes orientées vers un évènement particulier. Cette symptomatologie, au premier plan dans le trouble de l'adaptation, ne domine pas la symptomatologie du trouble dépressif caractérisé où l'on retrouve un syndrome dépressif marqué par la tristesse, la perte d'intérêt et de plaisir. De même, certains symptômes du trouble dépressif (dévalorisation, culpabilité, ralentissement psychomoteur, fluctuation de l'appétit) ne sont pas décrits dans le trouble de l'adaptation. Selon la CIM-11, les symptômes anxieux du trouble anxieux généralisé ("les inquiétudes excessives") touchent plusieurs sujets de la vie courante sans cibler spécifiquement un facteur de stress comme dans le trouble de l'adaptation. On retrouve des symptômes communs entre le TAG et le trouble de l'adaptation (les troubles de la concentration et du sommeil, l'hyperactivité du système nerveux sympathique autonome, les symptômes somatiques) et

des symptômes décrits uniquement dans le trouble anxieux généralisé (tension musculaire, nervosité...).

Le trouble obsessionnel compulsif se distingue davantage du trouble de l'adaptation. L'obsession, qui partage le caractère intrusif, non désiré et répétitif de la préoccupation n'est pas décrite dans le trouble de l'adaptation, de même que la compulsion qui est présente uniquement dans le TOC.

Le trouble de l'adaptation partage de nombreux symptômes avec les diagnostics que nous avons décrits plus haut. Le caractère trans-diagnostique de certains symptômes a été décrit par plusieurs auteurs. DJ Eberle et A. Maercker (58) ont remarqué qu'un certain nombre de symptômes dits "associés au stress" (le flashback, la perception élevée d'une menace, le trouble de l'organisation de soi (DSO), l'évitement, la préoccupation, l'incapacité à s'adapter, la rumination, l'inquiétude) étaient présents dans différents troubles psychiatriques (le TSPT simple et complexe, le trouble de l'adaptation, le trouble du deuil pathologique, le trouble dépressif, le trouble anxieux généralisé). L'association modérée (R de Pearson entre 0,30 et 0,60) et statistiquement significative entre ces différents symptômes suggère une interaction et un renforcement mutuel de ces derniers. Les auteurs ont également montré que la représentation de chacun de ces symptômes variait selon le trouble considéré, avec une prédominance (ou "saillance") de certains symptômes dans certains troubles en particulier. La préoccupation (considérée ici comme une "réflexion intensive sur les événements") était le symptôme dominant dans tous les troubles étudiés et donc une cible thérapeutique de choix d'après les auteurs.

Cette étude souligne l'existence d'une symptomatologie partagée par des troubles appartenant à des catégories nosographiques bien différentes. Ceci suggère que les processus psychopathologiques sous-jacents à ces troubles pourraient être relativement proches. Le partage transdiagnostique de certains de ces symptômes n'est pas toujours décrit dans la définition officielle de ces troubles. Cependant, la description symptomatique restrictive de ces définitions diagnostiques pourrait - selon nous - refléter la "saillance" symptomatique décrite plus haut, par l'énoncé - dans la CIM-11 - des symptômes censés prédominer la symptomatologie du trouble. Récemment, T. Karatzias et al. (38) ont montré qu'il y avait une forte association des symptômes au sein de chaque trouble "spécifiquement associé au stress" ce qui est un argument supplémentaire en faveur de l'existence de diagnostics bien distincts

les uns des autres malgré le partage de nombreux symptômes. Selon nous, la présentation symptomatique la plus évidente, celle s'exprimant au premier plan de la clinique, devrait guider le choix diagnostique et thérapeutique.

Ce fort recoupage symptomatique des troubles mentaux est une des limites de la nosographie classique des grandes classifications internationales (CIM-11, DSM-5) qui peut parfois complexifier la distinction des troubles psychiatriques entre eux. Dans ce contexte, de nouveaux modèles nosographiques ont émergé pour répondre à ces problématiques. Le modèle HiTop ("Hierarchical Taxonomy of psychopathology") propose une structure hiérarchisée de la psychopathologie. Il s'agit d'un "retour à la clinique" avec une "hiérarchisation structurale" des symptômes. Dans ce paradigme, un modèle en particulier nous semble pertinent : le modèle de Borsboom (20, p37).

Dans ce modèle, les symptômes sont connectés de façon plus ou moins forte entre eux, dessinant des réseaux de symptômes plus ou moins associés. La survenue d'un événement extérieur au réseau (événement adverse de la vie, syndrome inflammatoire, lésion cérébrale) peut activer certains symptômes d'un réseau particulier. Une fois activés, ces symptômes vont à leur tour activer d'autres symptômes auxquels ils sont connectés, d'autant plus facilement que la connexion qui les relie est forte. L'activation des symptômes avec lesquels ils ont les connexions les plus fortes va générer un auto-entretien de l'ensemble du réseau par rétroaction mutuelle : c'est le phénomène de l'hystérésis qui va permettre l'apparition du trouble mental. Une fois activé, ce réseau peut rester actif longtemps après la survenue de l'évènement du champ extérieur ayant déclenché la crise. Dans les réseaux où les connexions sont moins fortes, un événement extérieur (même grave) peut perturber (activer) ce réseau mais celui-ci reviendra progressivement à son état stable, asymptomatique. Dans un réseau peu connecté, il n'y a pas de rétroaction positive ou de phénomène d'auto-entretien. Il n'y a donc pas de trouble psychiatrique à proprement dit. Les fortes connexions entre certains symptômes dessinent des "îlots" symptomatiques, proches des syndromes psychiatriques décrits dans les grandes classifications nosographiques (CIM-DSM). Des connexions moins fortes avec des symptômes d'autres "îlots" sont également présentes. Ces connexions inter-syndromes peuvent permettre à un réseau d'activer un autre réseau, d'où l'inéluctabilité de la comorbidité en ce qui concerne les troubles mentaux. Selon ce modèle, la recherche de

formes "pures et isolées" de troubles serait illusoire. Ce modèle implique donc que certains symptômes font le lien entre des réseaux différents, ce qui suggère que ces symptômes peuvent appartenir à des réseaux ou syndromes différents. Ce modèle définit la santé comme un état stable et équilibré d'un réseau faiblement connecté. La résilience d'un individu face à la survenue d'évènements adverses serait liée à la capacité de ces réseaux à revenir rapidement à un état de stabilité. Dans ce modèle, la prise en charge d'un trouble passe par l'intervention sur les symptômes, sur les connections entre eux ou sur le champ extérieur (128).

3.1.3 Les comorbidités du trouble de l'adaptation

Les auteurs de la CIM-11 proposent qu'en présence de certains diagnostics, caractérisés par des "symptômes de préoccupation, d'incapacité à s'adapter, de rumination et d'inquiétude", le trouble de l'adaptation comorbide devrait être écarté. Ces diagnostics regroupent les autres troubles spécifiquement associés au stress, le trouble anxieux généralisé, les troubles de l'humeur... Ils indiquent que la comorbidité est possible pour le trouble de l'adaptation si le trouble comorbide présente une symptomatologie qui ne reflète pas les symptômes que nous venons d'évoquer et que les critères diagnostiques sont remplis pour les deux troubles. Ce critère, qui limite drastiquement la possibilité de la comorbidité nous paraît contestable. La question de la comorbidité a été abordée par plusieurs auteurs qui ont apporté des éléments nouveaux remettant en cause certains aspects de la définition diagnostique de la CIM-11. M. Dragan et al. (46) ont retrouvé une corrélation positive et statistiquement significative entre le trouble de l'adaptation (selon l'ADNM-20) et d'autres troubles psychiatriques : le trouble anxieux généralisé (GAD-7), le trouble dépressif (PHQ-9) et le trouble de stress post-traumatique (ITQ). T. Jannini et al. (7) ont également montré une corrélation positive et significative entre les symptômes du trouble de l'adaptation (IADQ) et les symptômes du trouble dépressif (PHQ-9) ou du trouble anxieux généralisé (GAD-7). Ces corrélations suggèrent selon eux une possible comorbidité entre ces troubles. J. Sundquist et al. (47) ont fourni des résultats comparables, bien que les échelles utilisées pour mesurer les symptômes se référaient à la définition CIM-10 de ces troubles. L.Liang et al. (129) ont également montré que la comorbidité était possible entre le trouble de l'adaptation (ADNM-4) et le trouble dépressif (PHQ-9). Les différentes études que nous avons décrites soutiennent la possibilité

de la comorbidité entre le trouble de l'adaptation et d'autres troubles psychiatriques, comme le trouble dépressif, le trouble anxieux généralisé ou le trouble de stress post-traumatique. Nous notons que ces résultats nuancent certains critères de la définition officielle, qui ne considèrent pas ces troubles comme de potentielles comorbidités du trouble de l'adaptation. En effet, la CIM-11 stipule que le diagnostic chez un même patient de l'un de ces troubles se substituerait à celui du trouble de l'adaptation. Notons aussi que les échelles symptomatiques utilisées pour les troubles comorbides au trouble de l'adaptation se référaient à des définitions symptomatiques différentes de la CIM-11 (CIM-10, DSM-4). De nouvelles recherches devront confirmer ces données en utilisant des définitions appartenant au même référentiel pour une meilleure comparabilité des résultats. Le modèle de Borsboom, qui soutient la possibilité de la comorbidité, va également dans le sens de ces résultats. Il nous paraît nécessaire d'explorer davantage cette notion de comorbidité car, dans la définition actuelle, certains patients risquent de ne pas recevoir un diagnostic de trouble de l'adaptation et donc de ne pas bénéficier d'une prise en charge dédiée.

3.1.4 La temporalité du trouble de l'adaptation

Des études récentes ont apporté des informations nouvelles sur la temporalité et l'évolution naturelle du trouble de l'adaptation. L. Lorenz et al. (5) ont retrouvé des résultats soutenant le caractère transitoire, spontanément résolutif de ce trouble, mais seulement pour les individus qui avaient un score symptomatique initial faible à modéré. Les personnes ayant un score initial élevé présentaient une tendance à l'aggravation du trouble, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif. Les personnes ayant un trouble de l'adaptation d'intensité faible verraient donc leur trouble s'améliorer avec le temps, ce qui serait moins vrai quand l'intensité initiale du trouble est forte. D'autres études devront confirmer ces résultats qui pourraient remettre en cause le caractère spontanément résolutif du trouble décrit dans la CIM-11.

D'autres études - comme celle de B. Lueger-Schuster et al. (60) - soutiennent que le trouble de l'adaptation peut persister dans le temps lorsque le facteur de stress initial se maintient ou qu'apparaissent d'autres facteurs de stress après la disparition du facteur initial. La possible persistance du trouble de l'adaptation a aussi été constatée par Kazlauskas et al. (12) qui montraient que celui-ci pouvait persister plus d'un an, chez une majorité d'individus soumis à

des facteurs de stress persistants. Le trouble pourrait donc se maintenir dans le temps, notamment lorsque les facteurs de stress persistent ou reviennent par intermittence, ce qui est également décrit dans la CIM-11.

En 2022, Y. Levin et al. (61) notait une association plus forte des symptômes entre eux, au sein de chaque groupe symptomatique (préoccupation, incapacité à s'adapter), après l'addition d'un facteur de stress supplémentaire (un confinement) au facteur de stress initial (la pandémie liée au Covid-19). Selon eux le trouble serait donc plus difficile à traiter lorsqu'il se maintient dans le temps, sans que l'on sache précisément si ce résultat serait la conséquence d'une simple prolongation du trouble ou de l'apparition de facteurs de stress additionnels. Dans cette idée, les auteurs mentionnent que la prise en charge du trouble serait d'autant plus facile et rapide qu'elle serait précoce. Une description originale de l'évolution temporelle des symptômes (évalués par l'ADNM-8) a été proposée par Y. Evin et al. (62). Ils suggèrent l'existence d'une première phase de la maladie, marquée par la prédominance des symptômes de préoccupation, suivie d'une seconde phase où l'incapacité à s'adapter et la déficience fonctionnelle domineraient l'expression clinique du trouble. Dans certains cas, notamment lors de la survenue d'un facteur de stress particulièrement intense, cette évolution séquentielle serait modifiée, avec la prédominance des symptômes d'incapacité à s'adapter dès la phase initiale du trouble. Les auteurs proposent ainsi une prise en charge spécifique, ciblée sur les symptômes de préoccupation ou d'incapacité à s'adapter, selon la phase prédominante chez le patient.

À partir du modèle de Borsboom proposé plus haut, nous faisons l'hypothèse que le trouble de l'adaptation appartient à un réseau symptomatique fait de connexions faibles à modérées (contrairement à d'autres troubles où les connexions seraient fortes : le TSPT, le trouble dépressif caractérisé...). En effet, ce trouble tend le plus souvent à disparaître lorsque l'évènement adverse a disparu, ce qui est une caractéristique de ce type de réseau. Cependant, l'augmentation des connexions entre symptômes lorsque le trouble de l'adaptation est amené à durer (130), du fait par ex. de la persistance du facteur de stress, suggère que ce réseau évoluerait et deviendrait fortement connecté avec le temps. Dans ce cas, nous faisons l'hypothèse que le phénomène d'hystérésis serait possible, avec un phénomène d'auto-entretien des symptômes. Le trouble pourrait alors se maintenir dans le temps, même lorsque le facteur de stress a disparu depuis longtemps. Cette hypothèse, d'un possible maintien du trouble de l'adaptation après la disparition du facteur de stress n'est pas

décrit dans la littérature et vient contester l'un des critères temporels de la CIM-11 : la disparition du trouble généralement dans les six mois suivant la disparition du facteur de stress.

Concernant le risque suicidaire associé au trouble de l'adaptation dans sa définition CIM-11, aucune étude n'a - à notre connaissance - évalué ce paramètre. Nous avons rapporté des résultats utilisant des définitions diagnostiques antérieures, qui suggéraient que le trouble de l'adaptation était le diagnostic le plus représenté chez les personnes qui se suicident, avec des passages à l'acte suicidaires survenant plus tôt dans l'évolution du trouble, comparativement au trouble dépressif (10).

3.1.5 Les outils d'évaluation du trouble de l'adaptation

Au cours de notre étude, nous avons décrit plusieurs échelles reconnues comme adaptées et fiables pour le diagnostic du trouble de l'adaptation dans sa définition CIM-11. Plusieurs études ont décrit de bonnes propriétés psychométriques pour l'ADNM-29 (50,51) et l'ADNM-20 (48,52) concernant plusieurs paramètres (cohérence interne, validité discriminante, fiabilité test-retest). La structure factorielle de l'ADNM-20 était - selon H. Tang et al. (52) - en faveur d'une structure bifactorielle à deux facteurs (ou groupes de symptômes) principaux. Cette structure se rapproche de la définition de la CIM-11 qui propose deux grands groupes symptomatiques : les symptômes de préoccupation et les symptômes d'incapacité à s'adapter. Ce constat était moins évident dans d'autres études qui montraient une structure unidimensionnelle du trouble, dominée par un facteur général (48,53). À partir de cette échelle, plusieurs auteurs ont tenté de définir un score seuil pour le diagnostic du trouble de l'adaptation (51), avec des résultats discutables (131). Plusieurs méthodes diagnostiques ont été proposées (46), dont certaines (24,51) proposaient un seuil diagnostique $> 47,5$ pour l'ADNM-20. Nous notons que les items proposés par l'ADNM-20 reflètent la symptomatologie décrite dans la définition officielle du trouble de l'adaptation, c'est-à-dire les symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter. Elle reflète également des symptômes (anxiété, dépression, évitement, comportements impulsifs) qui sont décrits dans la version anglaise de la CIM-11. Si l'on s'attarde sur les items symptomatiques de l'ADNM-20, nous constatons que les items de préoccupation (items 2,4,13,15) reflètent certains aspects de la définition officielle, en particulier "les pensées récurrentes et pénibles à propos du facteur de stress".

Les symptômes "d'inquiétude" et de "ruminacion constante" décrits dans la CIM-11 nous paraissent cependant mal décrits par ces items. L'un d'entre eux (l'item 13) décrit des symptômes incontrôlables de mémoire intrusive, alors que l'aspect mémoriel (au sens de souvenir intrusif) du symptôme de préoccupation n'est pas précisé dans la définition officielle. Dans la CIM-11, la "préoccupation" n'est pas décrite comme le rappel involontaire d'un souvenir. Les symptômes d'incapacité à s'adapter sont décrits dans l'ADNM-20 par des troubles du sommeil et de la concentration, ce qui concorde avec les résultats avancés par certains auteurs (34–36). Cependant, ces symptômes d'incapacité à s'adapter ne sont pas décrits dans la définition officielle de la CIM-11. Malgré les limites spécifiques à chacune d'entre elles, ces études soutiennent une certaine fiabilité de l'ADNM-20 pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité du trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente.

Dans l'ADNM-4 et l'ADNM-8, les énoncés symptomatiques restent les mêmes que dans l'ADNM-20, mais seuls les items reflétant les symptômes de préoccupation et d'incapacité à s'adapter ont été retenus dans les deux échelles. Plusieurs auteurs ont rapporté des résultats encourageants concernant les propriétés psychométriques de l'ADNM-4 et de l'ADNM-8. E. Kazlauskas et al. (54) ont décrit la bonne validité interne de l'ADNM-8, tandis que O. Lavenda et al. (8) soutenaient la bonne validité convergente et discriminante de l'ADNM-4. M. Ben-Ezra et al. (36) ont décrit de bonnes propriétés psychométriques pour l'ADNM-4 et l'ADNM-8, comme B. Harris et al. (55) qui retrouvaient des propriétés psychométriques satisfaisantes pour ces deux échelles, une cohérence interne élevée, une bonne validité discriminante et convergente. La validité discriminante (capacité de l'échelle à ne mesurer que le concept qu'elle est censée mesurer) de ces deux échelles était cependant plus discutable dans cette dernière étude. M. Ben-Ezra et al. (36) ont retrouvé des corrélations fortes entre les échelles ADNM-20, ADNM-8 et ADNM-4 ($R > 0,938$). O. Lavenda et al. (8) ont également retrouvé de bonnes corrélations entre les échelles ADNM-8 et ADNM-4. Ces résultats suggèrent selon les auteurs que les échelles plus courtes pourraient être utilisées pour le dépistage du trouble de l'adaptation, avec une précision comparable à l'ADNM-20 ou à l'ADNM-8. L'analyse en réseau réalisée par Y. Levin et al. (40) a montré une redondance de certains items de l'ADNM-8, alors qu'elle serait absente dans l'ADNM-4. La suppression de certains items de l'ADNM-8 nous paraît surprenante. En effet, certains des items qui ont été retirés de l'ADNM-8 ("l'incapacité à dormir correctement", "l'altération du fonctionnement dans des domaines de vie divers") ne sont plus représentés par d'autres items de l'ADNM-4, ce qui signifierait selon nous une

perte de contenu symptomatique par rapport à l'ADNM-8. Des scores de seuil diagnostique (18,5 pour l'ADNM-8 et 9 pour l'ADNM-4) ont été définis par M. Ben-Ezra et al. (36), avec une sensibilité haute et supérieure à la spécificité du test. O. Lavenda et al. (8) ont proposé un score seuil à 8,5 (ADNM-4) pour le diagnostic du trouble de l'adaptation, avec une bonne sensibilité (inférieure à celle retrouvée pour un score seuil de 9). La bonne sensibilité de ces deux échelles montre qu'elles sont particulièrement adaptées au dépistage du trouble de l'adaptation.

Selon certains auteurs, l'échelle IADQ décrirait plus fidèlement les symptômes du trouble de l'adaptation tels qu'ils sont décrits dans la CIM-11 (42). M. Shelvin et al. (56), Levin et al. (132), et T. Jannini et al. (133) ont retrouvé des propriétés psychométriques bonnes voir excellentes pour cette échelle, notamment en ce qui concerne sa cohérence interne, dans des échantillons issus de populations très différentes. Les mêmes auteurs ont décrit la structure de l'échelle comme un modèle à deux facteurs (préoccupation, incapacité à s'adapter) fortement corrélés, suggérant que le trouble de l'adaptation serait un construit unidimensionnel. M. Shelvin et al. (56) et Levin et al. (42) indiquent une forte corrélation entre l'échelle IADQ et les symptômes d'autres troubles (trouble de stress post-traumatique et du deuil prolongé, trouble anxieux généralisé). Ce résultat indique selon eux une proximité des symptômes et des mécanismes sous-jacents à ces différents troubles. Selon nous, ce résultat pourrait signifier que la validité discriminante de l'IADQ est discutable et qu'elle devrait être étudiée plus en détails. Les critères diagnostiques de l'IADQ, proposés par M. Shelvin et al. (56) sont selon nous discutables sur plusieurs points. Certains items reflètent le symptôme "d'inquiétude excessive" (items 10 et 12) et "de pensées récurrentes et pénibles à propos du facteur de stress" (item 11), sans qu'aucun ne mentionne le symptôme de "ruminant constante" de la CIM-11. Les symptômes d'incapacité à s'adapter ne sont pas précisément définis, même si les items "difficulté à se relaxer" ou "difficulté à atteindre un état de calme ou de paix intérieur" de l'IADQ pourraient rentrer dans ce groupe symptomatique. En effet, nous avons suggéré que les symptômes d'incapacité à s'adapter pourraient être liés à un "hyperéveil neurovégétatif" responsable - selon la CIM-10 - d'un état "d'hypervigilance, de qui-vive, avec insomnie". Ces deux symptômes de l'IADQ pourraient selon nous être liés à une hyperactivation du système sympathique neurovégétatif. Y. Levin et al. (61) ont également proposé d'intégrer la "difficulté à se relaxer" dans la catégorie des symptômes d'incapacité à

s'adapter, en suggérant l'utilisation de techniques de relaxation (yoga, training autogène) pour prendre en charge ce symptôme.

De notre point de vue, les échelles ADN-8 et IADQ semblent les plus pertinentes pour le diagnostic du trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente. Elles tentent de décrire les symptômes centraux du trouble (préoccupation, incapacité à s'adapter) tels qu'ils sont mentionnés dans la définition officielle. L'élaboration d'échelles spécifiques mesurant fidèlement un trouble donné nécessite l'établissement de critères diagnostiques précis, qui laissent peu de place à l'interprétation et à la subjectivité de l'évaluateur. L'amélioration de l'IADQ et de l'ADNM nécessitera dans un premier temps que des précisions soient apportées dans les critères proposés par la CIM-11. Des précisions sur la définition des symptômes de "préoccupation" et "d'incapacité à s'adapter", avec l'inclusion ou non de symptômes additionnels dans la définition officielle. Ces modifications permettront ensuite d'améliorer la précision diagnostique des échelles que nous avons évoqué. Notons enfin que la structure symptomatique du trouble de l'adaptation, à deux facteurs indépendants fortement corrélés, suggérant une structure unidimensionnelle du trouble, est un argument supplémentaire en faveur de l'existence de ce trouble qui est parfois remise en cause.

Les échelles que nous avons décrit dans cette partie ont été validées dans des populations très diverses, issues d'Europe, du Moyen-Orient et d'Asie. Ces résultats suggèrent une validité transculturelle de ces échelles qui décrivent une symptomatologie commune, partagée par des populations parfois différentes sur le plan culturel. La validité transculturelle de ces échelles devra être confirmée dans des échantillons d'autres nationalités. Il n'est pas exclu que certaines spécificités culturelles puissent influencer la façon dont le trouble de l'adaptation s'exprime dans une population spécifique. Les données sont presque inexistantes sur ce sujet, alors qu'une meilleure connaissance de ces particularités pourrait faciliter l'identification du trouble de l'adaptation dans certaines populations.

3.1.6 L'épidémiologie du trouble de l'adaptation

3.1.6.1 La prévalence du trouble de l'adaptation

Nous avons rapporté un ensemble de données sur la prévalence du trouble de l'adaptation. M. Shelvin et al. (56) ont mesuré une prévalence de 15,6% (à partir de l'IADQ, en considérant la comorbidité comme possible) dans un échantillon d'individus irlandais soumis à divers facteurs de stress de la vie courante (problèmes financiers, problèmes de santé...). Avec la même échelle, R. Bala et al. (65) retrouvait une prévalence de 25% dans un échantillon indien durant la pandémie liée au Covid-19. D'autres mesures (utilisant l'IADQ) durant la première vague de l'épidémie retrouvaient des prévalences de 10,2 et 18,8 % dans des échantillons israélien et suisse, respectivement (42). Une étude de M. Ben-Ezra et al. (66) retrouvait une prévalence de 15,9% dans un échantillon anglais à la même période. D'autres mesures utilisant l'ADNM-8 retrouvaient des prévalences comparables dans les premiers mois de la pandémie liée au Covid-19, allant de 6,9% (échantillon japonais) à 11,7% (échantillon lithuanien) (67). A. Lotzin et al. (68) retrouvait une prévalence de 18,2% pendant la pandémie, dans un large échantillon européen. En 2019, P. Zelviene et al. (9) retrouvait une prévalence de 16,5% dans un échantillon lithuanien soumis à divers facteurs de stress de la vie courante. Nous constatons que la prévalence du trouble de l'adaptation varie fortement selon le type d'échantillon sélectionné. Certaines circonstances, individuelles ou collectives (confinement...) sont associées à une recrudescence de certains facteurs de stress, ce qui peut se traduire par une prévalence plus élevée du trouble. La prévalence semble plus faible en population générale, notamment lorsque celle-ci n'est pas confrontée à des facteurs de stress inhabituels (comme la pandémie liée au Covid-19). Notons que ces études utilisent des échelles et donc des critères diagnostiques parfois différents. Notons également que les seuils diagnostiques utilisés ne sont pas toujours mentionnés. L'exclusion des participants qui ont un diagnostic comorbide au trouble de l'adaptation - dans le calcul de la prévalence du trouble de l'adaptation - est discutable. En effet, nous avons vu précédemment (voir partie 2.2.2.2.6 La question de la comorbidité) que le trouble de l'adaptation pouvait être comorbide à d'autres troubles. La façon dont les auteurs ont pris en compte la possibilité de la comorbidité

(inclusion ou exclusion des patients comorbides) dans le calcul de la prévalence du trouble de l'adaptation n'est pas toujours décrite.

3.1.6.2 Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du trouble de l'adaptation

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux facteurs de stress associés à la survenue du trouble de l'adaptation dans des échantillons issus de populations très différentes. Ces facteurs de stress sont directement issus des échelles diagnostiques dédiées au trouble de l'adaptation (ADNM, IADQ) ce qui limite les évènements possibles à une liste ne pouvant englober toutes les situations susceptibles de provoquer un trouble de l'adaptation. On retrouve notamment les conflits familiaux, les problèmes financiers (5,67), la fin d'une activité importante source de plaisir, l'isolement, les problèmes de santé personnels ou affectant un proche (9,66,68,72), le divorce, les difficultés professionnelles (9,46,68). De façon intéressante, Ben-Ezra et al. (66) propose un modèle dose-réponse dans lequel l'augmentation du nombre de facteurs de stress serait associée à une majoration du risque de survenue du trouble de l'adaptation. M. Mahat - Shamir et al. (29) montrent de leur côté que la survenue d'un évènement stressant ou traumatique est associée à la survenue du trouble de l'adaptation, alors que seuls les évènements traumatiques semblent associés au trouble de stress post-traumatique. À travers ces quelques exemples, nous constatons que le type et la gravité des facteurs de stress impliqués peuvent varier dans le temps et l'espace. La situation économique, sanitaire, environnementale d'un pays ou d'une région du monde est déterminante pour le type d'évènement adverse auquel une population sera confrontée. Aujourd'hui, le changement climatique avec son lot de "menaces économiques, sociales, et existentielles pour les êtres humains du monde entier" (134, p5) représente un catalyseur potentiel d'évènements stressants, présents et à venir. On pense notamment aux conséquences des sécheresses sur la sécurité alimentaire, aux conséquences des inondations massives et des incendies, de plus en plus présentes à travers le monde. La forte inflation qui sévit dans les pays de l'union européenne, associée à une augmentation de la pauvreté, la recrudescence des tensions diplomatiques entre grandes puissances nucléaires, sont des facteurs de stress très actuels. Ils représentent un risque pour la santé mentale des populations concernées avec une possible majoration actuelle et future des troubles associés au stress, dont le trouble de

l'adaptation. L'exposition volontaire à des informations médiatiques traitant d'évènements adverses semble favoriser la survenue de troubles psychiatriques parmi lesquels on retrouve le trouble de l'adaptation (135). En ce qui concerne l'information liée au Covid-19 durant la pandémie, cette association serait liée au fait que l'individu se trouve incapable de reprendre le contrôle sur la situation (71) face à une information dont la fiabilité est contestée, qui est hautement menaçante et diffusée en quantité importante (72). Les conséquences du traitement médiatique de l'actualité sur notre psychisme et notre santé mentale est un sujet essentiel. Il serait intéressant d'explorer les conditions d'un traitement médiatique favorable permettant de prévenir la survenue des symptômes du trouble de l'adaptation.

Plusieurs facteurs de risque intra et interpersonnels ont été décrits. Des facteurs de risque supposés ont été identifiés pendant la période de pandémie liée au Covid-19, sur des échantillons internationaux représentatifs de la population générale. Certains auteurs retrouvaient un faible niveau de résilience, représenté par une faible confiance en soi et un faible sentiment d'efficacité personnelle (72). On retrouvait des caractéristiques démographiques comme le sexe féminin (7,9,59,67,68,73), un âge élevé (68) ou un âge inférieur à trente-cinq ans (72). O. Dworakowski et al. (76) décrivaient également le jeune âge comme un facteur de risque du trouble de l'adaptation. Cette association était médiée par deux variables à risque (la rumination et la co-rumination) qui seraient moins présentes chez les sujets âgés. Le veuvage (7), un sentiment de solitude plus élevé (67), la restriction des échanges sociaux (66,68) ou un trouble mental préexistant (68) ont également été décrits. M. Kestler-Peleg et al. (75) montraient une association positive et significative entre certains traits de personnalité (neuroticisme, esprit consciencieux) et le trouble de l'adaptation. Cette association était médiée par deux variables intermédiaires : une intolérance à l'incertitude élevée et un sentiment d'efficacité personnelle faible. O. Dworakowski et al. (77) retrouvaient une association positive et significative entre une régulation interpersonnelle des émotions inadaptée (marquée par la co-rumination et l'humour négatif) et la survenue du trouble de l'adaptation.

Dans un échantillon d'individus ayant récemment subi un cambriolage (5), le sentiment de solitude, un âge élevé, une perception négative de ses échanges sociaux, un sentiment d'efficacité personnelle (échelle SWE) et de cohérence (échelle SOC-R : traduisant la perception de sa capacité à comprendre, maîtriser et donner du sens à un évènement

stressant) plus faibles étaient considérés comme des facteurs de risques. AB. Horn et A. Maercker (78) montraient une association positive et significative entre les processus de rumination (ou de co-rumination) et la survenue du trouble de l'adaptation chez des couples soumis à divers facteurs de stress. AB. Horn et al. (35) notaient dans un échantillon de couples que la présence d'un trouble de l'adaptation chez le conjoint hospitalisé était associée à la présence du trouble chez son partenaire. Cette association serait liée à une contagiosité de l'inquiétude (symptôme de préoccupation) d'un conjoint à l'autre. Dans cette étude, la perception subjective de la gravité de la maladie par le conjoint exerçait une influence sur la survenue du trouble chez les deux partenaires. AB. Horn et al. (44) ont également appuyé le risque de "contagiosité" de la rumination au sein du couple (co-rumination) et son impact délétère sur la relation et l'équilibre émotionnel des deux partenaires. D'autres auteurs (78) ont montré que la co-rumination était un facteur de risque pour d'autres troubles psychiatriques, en particulier la dépression.

À l'inverse, d'autres études ont proposé l'existence de facteurs - supposés - protecteurs de la survenue du trouble de l'adaptation. Certaines études ont été réalisées pendant la pandémie du Covid-19 sur des échantillons internationaux représentatifs de la population générale. Le soutien social (échelle CSS), un score de résilience élevé (échelle RS-14 : stabilité de l'humeur, confiance, capacité à donner du sens, persévérance...) (67), un score de bien-être subjectif élevé (échelle WBQ : reflétant l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, le développement personnel, les relations positives avec les autres, le but dans la vie et l'acceptation de soi) (73) ont été proposés. A. Lotzin et al. (68) ont montré que les contacts en face-à-face étaient d'autant plus protecteurs qu'ils étaient fréquents, alors que les contacts "virtuels" n'étaient pas décrits comme protecteurs. A. Vancappel et al. (53) ont proposé plusieurs facteurs protecteurs potentiels : la planification, le recadrage positif, l'acceptation, la gestion de la préoccupation, l'humour, un sommeil régulier, une alimentation stable, l'activité physique régulière, les contacts sociaux, les capacités de communication, la capacité à se détendre, l'activité professionnelle... M. Kestler-Peleg et al. (74) ont montré que la "stabilité émotionnelle" - s'opposant au "neuroticisme" (une perception menaçante et déstabilisante du monde associée à des émotions négatives : colère, tristesse, anxiété, irritabilité...) - aurait un effet protecteur sur la survenue du trouble de l'adaptation. Cependant, le niveau de stabilité émotionnelle aurait moins d'influence sur la survenue du trouble chez les "parents"

(participants avec enfant) qui avaient une faible stabilité émotionnelle. Chez ces derniers, le rôle de parent fournirait une forme de protection contre la survenue du trouble de l'adaptation. M. Kestler-Peleg et al. (75) ont montré une association inverse entre certains traits de personnalité (extraversion, esprit consciencieux, ouverture) et la survenue d'un trouble de l'adaptation. Là encore, cette association était médiée par l'intolérance à l'incertitude (faible) et le sentiment d'efficacité personnelle (élevé). O. Dworakowski et al. (76) retrouvait une association inverse entre une régulation interpersonnelle adaptée des émotions (comprenant la co-réévaluation, la co-distraction, l'affection physique et l'humour positif) et la survenue du trouble de l'adaptation. Dans un échantillon de patients transplantés, le soutien social était un facteur protecteur, chez les patients et leurs proches (41). AB. Horn et al. (35) ont montré que dans un échantillon de couples dont l'un des conjoints était hospitalisé pour un motif aigu, la "divulgence d'informations de la vie quotidienne" par le patient était négativement associée à la survenue du trouble chez lui et son/sa conjoint(e). La "divulgence d'informations liées à la maladie" par le/la conjoint(e) était négativement associée aux symptômes de préoccupation chez le patient. Ceci montre l'importance de parler des expériences positives du quotidien (44) mais aussi des sujets plus difficiles car cela renforcerait la qualité de la relation et la capacité des individus à faire face aux événements difficiles (35).

I. Truskauskaitė-Kuneviciene et al. (79) ont mis en évidence un possible effet protecteur de la "santé mentale positive" et du "bien-être subjectif" sur le risque de survenue d'un trouble de l'adaptation. La santé mentale positive (reflétée par des facteurs hédoniques et eudémoniques) aurait un effet protecteur supérieur au bien-être subjectif (associé au plaisir, au bien-être hédonique). Dans un échantillon israélien, Y. Hamama-Raz et al. (28) ont montré le rôle médiateur du "bien-être subjectif" (compris comme "l'acceptation de soi, l'autonomie, le but de la vie, les relations avec les autres, la maîtrise de l'environnement et l'épanouissement personnel") entre les facteurs de stress et la survenue du trouble de l'adaptation. Ils retrouvaient une association inverse et significative entre le "bien-être psychologique" et les symptômes du trouble de l'adaptation.

À travers les études que nous venons de décrire, nous constatons que les potentiels facteurs de risque ou protecteurs du trouble de l'adaptation font appel à des caractéristiques intraper-

sonnels ou interpersonnels. Ces paramètres peuvent varier selon le type de population étudiée et le type de facteur de stress auquel elle est exposée. Certains facteurs protecteurs sont fréquemment retrouvés : le soutien social perçu et la qualité des relations affectives, qui sont considérés comme des facteurs protecteurs essentiels dans tous les troubles psychiatriques. La confiance en soi, le sentiment d'efficacité personnelle, la capacité à donner du sens aux événements ou à donner un but à sa vie, la capacité à maîtriser les événements ou à pouvoir réévaluer une situation stressante sont d'autres facteurs récurrents. De même, la rumination individuelle (décrit par la CIM-11 comme un symptôme de préoccupation) semble être un facteur de risque déterminant dans la survenue du trouble de l'adaptation, chez le patient mais également chez son entourage (par contagiosité). Les limites mentionnées dans ces études, en particulier le caractère transversal de la plupart d'entre elles, impliquent une certaine prudence dans l'interprétation de ces résultats, notamment en ce qui concerne les liens de causalité parfois proposés entre ces variables et le trouble de l'adaptation. D'autres études - longitudinales - devront compléter ces résultats afin d'appuyer ou non ces interprétations préliminaires. De même, les études que nous avons citées utilisaient des échelles diagnostiques et des seuils diagnostiques variables, ce qui peut limiter la comparabilité de leurs résultats. Elles nous fournissent cependant quelques pistes sur de possibles cibles thérapeutiques, notamment en psychothérapie. Nous reviendrons sur ce point dans la partie dédiée à la prise en charge du trouble.

3.1.7 Les modèles explicatifs du trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation partage de nombreux symptômes avec d'autres diagnostics que nous avons évoqué plus haut. Selon la CIM-11, la préoccupation se manifeste par "une inquiétude excessive, des pensées récurrentes et pénibles à propos du facteur de stress, ou une rumination constante de ses implications". De même, l'incapacité à s'adapter se manifesterait par des troubles du sommeil et de la concentration. Dans cette conception, le trouble de l'adaptation semble plus proche des troubles anxieux et dépressifs (le trouble dépressif caractérisé, le trouble anxieux généralisé...) que des "troubles spécifiquement associés au stress". Par ailleurs, le symptôme de préoccupation n'est pas décrit comme un symptôme "mémoriel" dans la CIM-11, au sens où il n'est pas décrit comme un "souvenir"

intrusif faisant irruption dans la conscience de l'individu, comme c'est le cas dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT) avec la reviviscence traumatique. Plusieurs auteurs ont soutenu cette distinction sémiologique entre TSPT et trouble de l'adaptation, en précisant que les mécanismes neurocognitifs impliqués étaient différents pour la préoccupation et la reviviscence (5,33,39).

D'après les résultats de notre recherche, il existe un autre paradigme qui implique une autre définition de "la préoccupation". Celui-ci se base sur un ensemble de modèles initialement proposés pour décrire la physiopathologie du TSPT. Ces modèles ont ensuite été proposés par plusieurs auteurs pour décrire les processus à l'œuvre dans le trouble de l'adaptation. Le modèle d'Horowitz (33) considère le trouble de l'adaptation comme un syndrome de réponse au stress, intégré à un continuum sur lequel on retrouve les autres troubles spécifiquement associés au stress. Ce modèle suggère qu'une information dissonante, générée par l'évènement stressant, est maintenue en mémoire active. Le maintien de cette information en mémoire active (ou mémoire de travail) se manifeste par l'apparition de pensées "intrusives" (la préoccupation). Selon A. Maercker et al. (49), les symptômes "intrusifs" vont d'une pensée isolée sur l'évènement stressant et ses conséquences, à des souvenirs plus vivants de l'évènement. Cette définition pourrait selon nous inclure la préoccupation (pensée sur l'évènement) et la reviviscence (souvenir vivant de l'évènement). Foa et al. (49,84) proposent un modèle dans lequel le "réseau associatif" de la mémoire de l'évènement traumatique serait activé à chaque confrontation à un stimulus associé à l'évènement. Dans ce modèle, l'évitement des indices rappelant l'évènement stressant risque de majorer l'intensité et la fréquence des symptômes intrusifs. Le modèle cognitif d'Ehlers et Clark (81) propose que les stratégies d'évitement (comprenant la rumination) des indices rappelant l'évènement stressant participeraient au maintien des symptômes. La théorie sociale cognitive de C.R. Bevin et al. (85) soutient également ce modèle cognitif.

Les auteurs proposent à partir de ces modèles originaux une prise en charge basée sur les thérapies cognitives et comportementales (TCC) (33,49,81,85). Ils proposent un travail d'exposition aux souvenirs de l'évènement traumatique et l'abandon des stratégies d'évitement comme la rumination. Ceci permettrait une élaboration autour de l'évènement traumatique, une description des pensées et des sentiments associés au traumatisme, une restructuration cognitive sur le sens des évènements et de leurs conséquences permettant le traitement de l'information dissonante. Ce travail thérapeutique permettrait l'intégration du

souvenir et de ses composantes en mémoire biographique grâce à la formation d'un récit personnel cohérent et moins menaçant. Cette résolution de la dissonance cognitive et donc l'intégration du souvenir en mémoire à long terme permettrait de diminuer la fréquence des pensées intrusives. Le trouble de l'adaptation qui - selon les auteurs (83,84) - se caractériserait également par des symptômes intrusifs (la préoccupation) pourrait bénéficier de ce type de prise en charge.

Ces modèles, basés sur les TCC ont été conçus initialement pour le trouble de stress post-traumatique, mais ils pourraient s'appliquer au trouble de l'adaptation, comme l'ont suggéré plusieurs auteurs. La préoccupation serait alors la manifestation du maintien en mémoire active (mémoire de travail, mémoire à court terme) d'une information dissonante (apparue après l'évènement adverse) qu'il conviendrait de résoudre. Cette résolution de la dissonance cognitive passerait par l'exposition aux stimuli associés à l'évènement stressant, permettant ensuite un travail d'élaboration autour de celui-ci, une restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles ou un travail sur les biais cognitifs. Ce travail thérapeutique permettrait l'intégration de l'information associée à l'évènement stressant en mémoire à long terme (mémoire biographique) ce qui permettrait une diminution des processus intrusifs de préoccupation. À côté de cette définition de la préoccupation, considérée comme un symptôme intrusif, involontaire, résultat d'un maintien de l'information dissonante en mémoire active ; on retrouve la définition développée par D. Eberle et A. Maercker (33) qui se distingue de la première sur plusieurs points. Les auteurs décrivent la préoccupation comme un processus volontaire et actif de résolution de la dissonance, un besoin psychique de traiter l'information associée à l'évènement stressant, une forme de réflexion consciente visant à comprendre et clarifier les causes et les conséquences de celui-ci. Cette définition pourrait selon nous s'apparenter au travail d'élaboration psychothérapeutique que nous venons d'évoquer. Les mêmes auteurs proposent une autre définition de la préoccupation. Celle-ci serait un ensemble de cognitions sources de détresse involontairement activées après l'exposition à un stimulus associé à l'évènement stressant (une situation, une émotion...). Dans ce modèle, la rumination et l'inquiétude permettraient d'éviter toute confrontation au contenu de la préoccupation, c'est à dire aux pensées, émotions et images désagréables associées en mémoire à l'évènement stressant.

La définition du symptôme de préoccupation ne fait pas consensus et cela a des conséquences sur la conceptualisation du trouble. Dans un premier cas, la préoccupation serait un symptôme intrusif, manifestation d'une dissonance cognitive à résoudre. Les symptômes d'inquiétude et de rumination seraient des symptômes contre lesquels il faudrait lutter car ils empêcheraient l'exposition aux différents aspects de l'évènement stressant, qui est pourtant nécessaire à la résolution de la préoccupation. Ce modèle inscrit le trouble de l'adaptation dans des processus physiopathologiques proches des autres troubles spécifiquement associés au stress, dont le TSPT. Dans le cas de la CIM-11, la préoccupation se manifeste par des symptômes de rumination, d'inquiétude et de pensée répétitive. Dans cette définition, il n'est pas question de résoudre une dissonance cognitive comme cela a été décrit pour certains troubles spécifiquement associés au stress. La définition de la CIM-11 rapproche selon nous le trouble de l'adaptation des troubles anxieux et dépressifs. Ce choix de ne pas distinguer la préoccupation des autres symptômes (rumination, inquiétude, pensée répétitive) de la définition nous paraît discutable car ces derniers semblent avoir des processus sous-jacents et des expressions cliniques distincts. La CIM-11 a décidé de classer le trouble de l'adaptation dans la catégorie nosographique des troubles spécifiquement associés au stress sans que cela ne semble - pour le moment - se traduire dans la symptomatologie proposée. De même, les arguments (neuro-hormonaux, neuro-fonctionnels...) en faveur de cette parenté nosographique mériteraient d'être davantage étayés.

Des modèles biologiques et neuro-fonctionnels ont été évoqués pour décrire la physiopathologie du trouble de l'adaptation. Plusieurs auteurs (6,86) ont retrouvé des anomalies fonctionnelles et structurales dans le cerveau des patients ayant un trouble de l'adaptation. Ils utilisaient cependant des définitions diagnostiques différentes de celle proposée par la CIM-11. L'intervention de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) dans les "maladies de l'adaptation" a été décrit par H. Selye (82, p19). Les déséquilibres entre les "processus d'éveil et d'inhibition" (19, p4) associés à une sécrétion excessive de cortisol pourraient selon nous expliquer les symptômes d'incapacité à s'adapter décrits dans la CIM-11. À notre connaissance, aucune étude n'a étudié le lien entre l'axe HPA et le trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente.

Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman nous paraît intéressant pour décrire la façon dont un individu réagit à un évènement stressant. L'évaluation de l'évènement stressant et de ses ressources personnelles ou sociales pour y faire face est déterminante dans la survenue ou non d'une réaction de stress. La perception de ressources suffisantes pourrait selon nous se rapprocher du sentiment d'efficacité personnelle, qui pourrait jouer un rôle protecteur dans la survenue du trouble de l'adaptation. Lorsqu'un individu perçoit ses capacités personnelles et sociales comme insuffisantes face à un évènement particulier, une réaction de stress apparaît ce qui mobilise des stratégies de "coping" dont l'efficacité - sur la détresse du patient - est variable selon le type d'évènement. D'autres auteurs ont noté que la stabilité émotionnelle (136) était associée à une perception positive de ses capacités à faire face à un évènement, qui était elle-même associée à moins de symptômes du trouble de l'adaptation. Certains traits de personnalité (neuroticisme élevé, faible niveau d'ouverture et d'esprit consciencieux) (75) ainsi que l'intolérance à l'incertitude étaient associés à une perception défavorable de ses capacités à faire face, eux-mêmes associés à un risque plus élevé de développer un trouble de l'adaptation.

Enfin, le modèle socio-interpersonnel de Maercker et Horn (94) nous rappelle l'importance des facteurs interpersonnels sociaux et culturels dans l'étiopathogénie et la prise en charge des troubles associés au stress et du trouble de l'adaptation.

3.1.8 La prise en charge du trouble de l'adaptation

La prise en charge du trouble de l'adaptation (définition CIM-11) est l'aspect le moins traité dans la recherche sur ce trouble. Les études que nous avons évoquées se rapportaient le plus souvent à des définitions diagnostiques antérieures.

Concernant le traitement pharmacologique, nous avons décrit les effets positifs comparables de l'alprazolam et de l'étifoxine (98) sur les symptômes anxieux du trouble de l'adaptation, avec un risque de rebond anxieux moindre à l'arrêt du traitement par étifoxine. D'autres études ont montré un effet supérieur de l'alprazolam sur l'étifoxine, avec un risque d'effets indésirables plus fréquent pour l'alprazolam (99). D'autres études ont également testé

l'efficacité thérapeutique de produits issus de la phytothérapie (Kava-Kava, Euphytose[®], ...), avec un effet positif sur les symptômes anxieux du trouble de l'adaptation (100,102,103).

Dans la CIM-11, le trouble de l'adaptation se caractérise par des symptômes que l'on retrouve également dans d'autres troubles anxieux et dépressifs (inquiétudes, ruminations, troubles de la concentration, troubles du sommeil...). Ces troubles sont souvent traités sur le plan pharmacologique par des antidépresseurs, avec en première et seconde intention : les ISRS (inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine) et les ISRNA (inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline). Il nous paraît envisageable d'utiliser ce type de traitement dans le trouble de l'adaptation tel qu'il est décrit actuellement. Par ailleurs, le rapprochement conceptuel du trouble de l'adaptation et du trouble de stress post-traumatique suggère que les traitements proposés dans le TSPT (également des ISRS et des ISRNA) pourraient être utilisés dans le trouble de l'adaptation. D'autres traitements, d'utilisation ponctuelle et limitée dans le temps pourraient être utiles pour traiter une symptomatologie anxieuse ou des troubles du sommeil. Les benzodiazépines et molécules apparentées pourraient remplir ce rôle, ainsi que d'autres molécules (Hydroxyzine, Alimémazine, Cyamémazine...) selon l'intensité symptomatique et les antécédents du patient. De nouvelles recherches seront nécessaires pour répondre à ces hypothèses.

Dans notre étude, nous avons décrit divers outils et programmes psychothérapeutiques, parfois développés à partir de définitions antérieures du trouble de l'adaptation. Nous rappelons certains de ces résultats en montrant de quelle façon ils pourraient s'avérer utiles dans la nouvelle définition du trouble.

L'intervention en ligne "BADI" intègre des éléments thérapeutiques comme la méditation de pleine conscience, la relaxation musculaire de Jacobson, l'investissement dans des activités plaisantes et chargés de sens pour le patient, le renforcement des relations via des outils facilitant une communication positive avec autrui (affirmation de soi, expression de sa reconnaissance...). J. Eimontas et al. (104) ont montré un effet supérieur de cette intervention par rapport à un groupe témoin, avec une diminution plus importante des symptômes du trouble de l'adaptation (ADNM-8) dans le groupe d'intervention. Certains biais de l'étude limitent cependant la portée de ces résultats. Par ailleurs, l'intervention d'un thérapeute (ou

conseiller) au cours de l'intervention ne semblait pas avoir d'effet notable sur les résultats de la prise en charge (112). Notons aussi que cette étude ne permettait pas de mesurer la contribution de chacun des paramètres dans l'amélioration des symptômes.

L'intervention cognitivo-comportementale avec réalité virtuelle "EMMA'S world" a été conçue à la fois pour le TSPT et le trouble de l'adaptation. Elle se base sur les thérapies comportementales et cognitives que nous avons exposées. Elle propose une thérapie d'exposition permettant l'activation des émotions et des cognitions associées à l'évènement stressant ou traumatique (114). S. Quero et al. (63) ont proposé un programme comprenant des exercices de restructuration cognitive par l'intermédiaire d'un "livre de vie" (assez proche de l'écriture expressive décrite plus haut) dans lequel le patient décrit l'évènement stressant et les éléments qui lui sont associés (les pensées, les émotions et les comportements) dans une posture non jugeante. Ils proposent également des exercices issus de la psychologie positive avec le développement des vertus et des forces du patient (curiosité, optimisme...). Les auteurs ont retrouvé une amélioration des paramètres associés au trouble de l'adaptation, sans que l'on puisse identifier la contribution de chacun de ces outils dans l'amélioration des symptômes.

D'autres auteurs comme R. Bachel et A. Maercker (27) ont proposé un programme thérapeutique en ligne également basé sur le modèle des thérapies comportementales et cognitives et comprenant : la restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles et des biais cognitifs, l'exposition aux éléments associés à l'évènement stressant, l'activation du réseau social et l'investissement dans des activités sources de plaisir, la pratique de techniques de relaxation (relaxation musculaire de Jacobson, training autogène de Schultz, yoga, méditation). Les auteurs montraient un effet supérieur de l'intervention dans la réduction des symptômes du trouble de l'adaptation (ADNM-20) par rapport à un groupe témoin ne bénéficiant pas du programme thérapeutique. A. Maercker et RC. Bachem (117) ont utilisé le même programme dans une étude de cas et retrouvaient des résultats allant dans le même sens. De la même façon, la contribution de chacun des facteurs à l'effet thérapeutique n'était pas mesurée.

Dans une partie dédiée, nous avons vu que l'expression clinique du trouble de l'adaptation dépendait de la phase symptomatique dans laquelle se trouvait le patient (137). Les symptômes de préoccupation prédominaient la symptomatologie dans un premier temps. Puis les symptômes d'incapacité à s'adapter devenaient centraux si le trouble se maintenait dans le temps. Plusieurs auteurs ont mentionné l'intérêt de cibler les symptômes principaux du trouble pour une prise en charge optimale (38,40,62). Le ciblage des symptômes de préoccupation impliquerait des outils thérapeutiques permettant - selon la CIM-11 - le traitement des inquiétudes et des ruminations. Une étude de Pan Li et al. (138) a montré que la méditation de pleine conscience permettait de réduire les processus de rumination dans un groupe de patients souffrant de dépression. Une autre méta-analyse retrouvait (139) des résultats allant dans le même sens chez des patients atteints d'un cancer. Les auteurs soutenaient également l'utilisation des TCC dans la prise en charge de la rumination, via la restructuration cognitive de ces pensées négatives et répétitives. ER. Watkins et al. (140) ont souligné l'efficacité d'un modèle de TCC centré sur la rumination (intégrant la "modification des préjugés cognitifs") avec des résultats positifs sur la rumination, l'inquiétude, les symptômes du trouble dépressif et du trouble anxieux généralisé. Les mêmes auteurs décrivent d'autres thérapies adaptées à la prise en charge de la rumination et des symptômes dépressifs : la thérapie métacognitive, la MBCT, l'entraînement au contrôle cognitif de l'attention, la thérapie de l'auto-système, les approches de neurostimulation à courant continu... Les mêmes auteurs soulignent qu'une thérapie spécifiquement dédiée à la prise en charge de ce symptôme était plus efficace qu'une thérapie plus "généraliste". Nous avons montré l'utilité de l'écriture expressive dans la régulation intrapersonnelle des émotions, par la diminution des processus de rumination chez celui qui pratique cet exercice (44). L'écriture expressive diminuerait le risque d'être "contaminé" par la rumination de son conjoint, diminuant ainsi son propre risque de développer un trouble de l'adaptation (44). Selon nous, cet exercice d'écriture (sur ses pensées et sentiments concernant l'évènement stressant) permet une exposition aux informations associées à l'évènement stressant, diminuant ainsi l'intensité émotionnelle qui lui est associée par un phénomène d'habituation. Le travail d'élaboration par l'écriture permet de mettre du sens, de redéfinir sa perception et les pensées associées à l'évènement (sur ses causes et ses conséquences), dans le but de diminuer la détresse qui lui est associée. Sur le plan pharmacologique, la prise en charge de la rumination pourrait faire appel à l'utilisation d'antidépresseurs (141).

La prise en charge de la rumination et de l'inquiétude nous paraît essentielle car ces deux symptômes favoriseraient l'évitement des éléments (pensées, émotions...) associés à l'évènement stressant. L'évitement de l'émotion désagréable qui empêche tout processus d'habituation, l'évitement des pensées associées à l'évènement qui empêche toute restructuration cognitive pourtant nécessaire à la réduction des symptômes. Si l'on considère que les modèles (notamment TCC) décrits plus hauts pour le TSPT (A. Maercker et al. (49), Foa et al. (84), Ehlers et Clark (81)) s'appliquent également au trouble de l'adaptation ; la prise en charge de la préoccupation passerait par l'exposition aux éléments associés à l'évènement stressant (permettant un processus d'habituation) et la restructuration cognitive (permettant de résoudre la dissonance cognitive). Ces outils thérapeutiques permettraient de réduire les symptômes de préoccupation et la détresse qui leur est associée. Dans cette conception, la thérapie EMDR - connue pour ses résultats positifs sur la prise en charge du TSPT - pourrait être utile pour traiter les symptômes du trouble de l'adaptation. D'autres études ont évalué l'efficacité de cette thérapie dans les troubles dépressifs et anxieux, avec des résultats encourageants (142). Dans l'EMDR, le retraitement de l'information associée à l'évènement traumatisant passe par une exposition aux éléments qui lui sont associés (émotions, images, croyances...) afin de traiter l'information et de diminuer progressivement l'intensité de l'émotion négative associée au souvenir. Il y a également un travail de modification des croyances négatives sur soi pour aboutir à des croyances plus positives. Ce type de thérapie se différencie des modèles de thérapies comportementales et cognitives classiques par la place qui est faite au vécu interne du patient et sa méthodologie spécifique.

Si l'on s'en tient à la définition de la CIM-11, la prise en charge de la préoccupation passerait par la prise en charge des ruminations, des inquiétudes et des "pensées récurrentes et pénibles" dont nous ne connaissons pas la nature exacte. Selon nous les modèles basés sur les thérapies cognitives et comportementales initialement conçus pour le TSPT (décrits plus haut) pourraient s'appliquer au trouble de l'adaptation, quelle que soit la définition retenue pour la préoccupation. En effet, si la préoccupation est un ensemble de pensées (pensées récurrentes et pénibles, ruminations, inquiétudes) activées par la confrontation à des stimuli associés à l'évènement stressant (comme cela est décrit dans la définition anglaise de la CIM-11) ; les mêmes procédés thérapeutiques pourraient selon nous s'appliquer. La lutte contre l'évitement et l'exposition progressive aux stimuli associés à l'évènement stressant, la

restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles sont quelques outils qui pourraient être utiles, quelle que soit la façon dont le symptôme de préoccupation est considéré.

La prise en charge des symptômes d'incapacité à s'adapter (symptômes possiblement liés à un hyperéveil neurovégétatif) impliquerait de cibler les troubles du sommeil, les troubles de la concentration, ou encore l'incapacité à se relaxer. Cette prise en charge pourrait selon certains auteurs faire intervenir diverses techniques de relaxation : yoga, training autogène... (61). Une étude de P. Holas (108) a montré un effet thérapeutique de la méditation de type MBCT (après une intervention de quatre semaines) avec une diminution statistiquement significative des symptômes du trouble de l'adaptation (définis par l'ADNM-20). De même, des techniques de méditation de type "yoga" (relaxation, méditation, étirement) ont montré leur efficacité sur les symptômes anxieux et dépressifs du trouble de l'adaptation (110). Il est possible qu'une intervention précoce sur les symptômes de préoccupation puisse empêcher la survenue des symptômes d'incapacité à s'adapter. Une activation excessive du système neurovégétatif et de l'axe HPA est présente dans le trouble de l'adaptation, les troubles dépressifs, anxieux et le TSPT. Il est possible que les connaissances acquises sur les dysfonctionnements de cet axe neuroendocrinien dans d'autres troubles puissent bénéficier à la compréhension et la prise en charge du trouble de l'adaptation (6).

Nous avons relevé le rôle bénéfique de la thérapie de résolution de problème et de l'activation comportementale chez les patients atteints d'un trouble de l'adaptation (19,107). Selon nous, le modèle d'interruption des plans de Mandler (93) est pertinent pour décrire le fonctionnement de la résolution de problème dans le trouble de l'adaptation. Dans ce modèle, les patients confrontés à un événement adverse voient leurs plans cognitifs ou attentes remis en cause. Si aucune solution n'a permis de rétablir la continuité de la séquence d'actions permettant d'atteindre leur objectif, une émotion (de peur, de colère...) peut apparaître. Selon nous, lorsque l'intensité émotionnelle est trop élevée, il peut devenir difficile de trouver de nouvelles solutions. Une thérapie de résolution de problèmes, accompagnée d'un thérapeute, peut alors s'avérer nécessaire.

Les éléments thérapeutiques de la "thérapie centrée sur le patient", issus du courant humaniste développé par C. Rogers, ont montré une certaine efficacité dans la plupart des

troubles psychiatriques. Les résultats de M. Domhardt et H. Baumaster (105) soutenant l'utilisation de cette thérapie dans le trouble de l'adaptation ne sont pas surprenants. De nombreux outils issus de la thérapie centrée sur le patient ont été décrits comme des facteurs communs aux différentes psychothérapies, reconnus comme des déterminants essentiels du changement thérapeutique. On retrouve parmi eux la capacité à établir une alliance thérapeutique forte avec le patient grâce à de bonnes compétences empathiques, une attitude chaleureuse, positive et non jugeante vis-à-vis du patient, ou encore l'authenticité du thérapeute dans son rapport à l'autre... (143,144).

Enfin, la recherche sur les facteurs associés au trouble de l'adaptation offre des pistes intéressantes pour l'établissement d'outils de prévention et de prise en charge de ce trouble. La promotion du lien social et des aptitudes du patient à une communication adaptée est essentielle et non exclusive du trouble de l'adaptation. Le développement de certaines composantes individuelles : le sentiment d'efficacité personnelle, la capacité à redonner un sens aux événements et à sa vie, le développement de forces individuelles (l'optimisme, l'humour positif...) parfois associées au courant de la psychologie positive et au concept de résilience, sont d'autres voies qui restent à explorer pour le développement de thérapies adaptées à la prise en charge du trouble de l'adaptation.

3.2 APPORTS ET LIMITES DE CETTE ETUDE

À travers cette revue narrative de la littérature, nous proposons une revue générale des connaissances disponibles sur un trouble psychiatrique longtemps délaissé par la recherche scientifique. Nous avons abordé le trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente, en explorant ses différentes composantes, à partir d'une bibliographie particulièrement fournie regroupant les dernières études parues sur le sujet. À notre connaissance, cette revue de la littérature, dédiée au trouble de l'adaptation dans sa définition CIM-11, est la plus récente et la plus complète réalisée à ce jour. Elle constitue également la seule revue de la littérature sur ce sujet depuis la parution de la CIM-11 en 2019. Pour chacune des études sélectionnées, nous avons essayé de faire ressortir les informations pertinentes et les limites

de chacune d'entre elles. Dans la partie discussion, nous avons rappelé les principaux résultats de l'étude et apporté une analyse critique de ces derniers, avec la formulation d'analyses originales et inédites. Nous ne reviendrons pas sur ces propositions que vous retrouverez dans la partie 3.1 DISCUSSION SUR LES RESULTATS.

Dans un souci de reproductibilité, nous avons veillé tout au long de cette étude à respecter un certain nombre de critères méthodologiques. Nous avons suivi les recommandations de l'échelle SANRA, reconnue comme fiable pour l'évaluation qualitative des revues narratives de la littérature. Nous avons obtenu un score de 12/12 sur cette échelle après évaluation par deux personnes différentes (le rédacteur de cette étude et le directeur de thèse) ce qui correspond à la note maximale pour ce type d'étude. À travers cette étude, nous proposons une vue générale du trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente, à partir des dernières données de la littérature scientifique. En répondant aux objectifs initiaux, nous avons pu mettre en avant les enjeux actuels entourant le trouble de l'adaptation, les avancées de ces dernières années et les questions encore en suspens concernant les différents aspects de ce trouble. À partir de ces résultats, nous avons réalisé plusieurs analyses personnelles et propositions qui nous l'espérons susciteront de nouvelles recherches sur ces questions essentielles pour la compréhension et la prise en charge du trouble de l'adaptation.

Notre étude présente plusieurs limites qu'il convient d'évoquer. Nous avons essayé de réaliser une recherche biographique exhaustive, à partir des bases de données les plus reconnues pour ce type de recherche. Cependant, il est possible que nous n'ayons pas réussi à réunir la totalité des études traitant de ce sujet. Certaines références notamment celles de la littérature grise ont pu échapper à notre recherche bibliographique malgré une méthodologie rigoureuse. Par ailleurs, l'analyse critique d'article que nous avons réalisé pour chacune des études présentées se limite à une analyse de la significativité statistique des résultats et de leurs principaux biais. Au vu du nombre conséquent d'études à analyser, nous n'avons pas réalisé d'analyse critique poussée des modèles statistiques utilisés dans ces études, contrairement à ce qui peut se voir dans certaines études systématiques ou méta-analyses. La revue narrative de la littérature n'exige pas ce type d'analyse statistique. Il est donc possible, au-delà des limites que nous avons exposé pour chacune de ces études, que la validité de ces dernières soit compromise par d'autres paramètres que nous n'avons pas décrit. Nous pouvons tout de même relativiser

ce point par le fait qu'une part importante de ces études a été soumise à l'avis d'un comité de lecture avant publication, garant de la validité des données exposées.

Malgré les quelques limites que nous venons d'exposer, nous pensons que cette étude fournit un travail original et inédit sur de nombreux points. Nous pensons que les analyses faites dans cette étude motiveront des recherches ultérieures sur le trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente.

CONCLUSION

La nouvelle définition du trouble de l'adaptation - proposée par la CIM-11 - a permis de clarifier certains critères symptomatiques. Nous constatons cependant que cette définition manque encore de précision sur de nombreux points. Dans la CIM-11, la préoccupation se traduit par "une inquiétude excessive, une pensée récurrente et pénible à propos du facteur de stress, ou une rumination constante de ses implications". La définition qui est faite de ce symptôme dans la CIM-11 rapproche le trouble de l'adaptation d'autres troubles anxieux et dépressifs sur le plan conceptuel : le trouble dépressif, le trouble anxieux généralisé... D'autres auteurs ont montré que le symptôme de préoccupation différait de ces symptômes (inquiétude, rumination...) dans son expression clinique et dans les processus psychopathologiques impliqués. Cette définition de la préoccupation est issue de certains modèles décrivant le trouble de stress post-traumatique. La préoccupation serait alors un symptôme intrusif, la manifestation d'une dissonance cognitive à résoudre. La façon dont le symptôme de préoccupation est décrit a des conséquences notables sur la conceptualisation du trouble de l'adaptation et le choix des modèles théoriques qui s'y appliquent. Cette question n'est pas résolue et des mises à jour de la CIM-11 devront éclairer ce point. D'autres aspects de la définition diagnostique du trouble de l'adaptation mériteraient d'être davantage explorés. Le type de facteur de stress impliqué dans le trouble de l'adaptation fait toujours débat même si la plupart des auteurs relèvent que celui-ci peut être représenté par tout type d'évènement. Les symptômes d'incapacité à s'adapter ne sont pas explicitement décrits par la CIM-11 même si de nombreux auteurs mentionnent les troubles du sommeil ou les troubles de la concentration, qui pourraient selon nous être une conséquence de l'hyperactivation du système neurovégétatif. La comorbidité entre le trouble de l'adaptation et d'autres troubles psychiatriques semble possible et fréquente, ce qui va à l'encontre de la conception de la comorbidité définie par la CIM-11. L'étude de la temporalité du trouble de l'adaptation est un domaine où la recherche a beaucoup avancé ces dernières années. L'évolution temporelle du trouble de l'adaptation suggère la nécessité d'une prise en charge précoce du trouble pour éviter une forme de chronicisation de celui-ci. Cette prise en charge pourrait impliquer un ciblage des symptômes, variable selon l'état d'avancement de la pathologie.

Une redéfinition plus précise de ces critères diagnostiques permettrait une meilleure différenciation des troubles psychiatriques entre eux même si la spécificité symptomatique semble être l'exception plutôt que la règle. La recherche sur l'évaluation du trouble de l'adaptation a fortement progressé ces dernières années. Nous avons décrit plusieurs échelles reconnues comme fiables pour le diagnostic du trouble de l'adaptation du fait de bonnes propriétés psychométriques. Les seuils diagnostiques proposés suggèrent l'utilisation de ces échelles comme outils de dépistage du fait d'une sensibilité élevée. Nous avons relevé les limites propres à chacune de ces échelles, notamment leur capacité à refléter fidèlement les critères diagnostiques de la CIM-11. La construction d'échelles traduisant fidèlement les critères diagnostiques de la CIM-11 nécessitera une définition plus précise de ces critères. En attendant, l'IADQ et l'ADNM-8 nous semblent adaptées au dépistage du trouble de l'adaptation. La structure du trouble de l'adaptation, à deux facteurs fortement connectés suggère l'unidimensionnalité du trouble de l'adaptation. Ce résultat, souvent reproduit, appuie l'idée de symptômes fortement connectés et donc de l'existence du trouble de l'adaptation, qui est parfois considéré comme une simple construction théorique. L'épidémiologie du trouble de l'adaptation nous montre qu'il s'agit d'un trouble très fréquent, particulièrement lorsque les circonstances adverses de la vie se font plus intenses, qu'il s'agisse de facteurs de stress individuels ou collectifs. Les facteurs de risque et particulièrement les facteurs protecteurs nous donnent quelques pistes pour la construction d'outils thérapeutiques adaptés. Nous proposons que certains modèles issus des TTCE, initialement proposés pour la prise en charge du trouble de stress post-traumatique, soient utilisés dans celle du trouble de l'adaptation. Une prise en charge ciblée sur le traitement des symptômes de rumination et d'inquiétude nous semble pertinente, au vu de la centralité de ces symptômes dans une première phase de l'évolution du trouble. Les symptômes d'incapacité à s'adapter, également associés à "une difficulté à se relaxer" pourraient bénéficier des techniques de relaxation que nous avons exposé. L'utilisation de psychotropes enfin, notamment des antidépresseurs, pourrait s'avérer utile dans la prise en charge des symptômes du trouble de l'adaptation. Quelques résultats préliminaires vont dans ce sens et devront être reproduits par d'autres études.

BIBLIOGRAPHIE

1. Intergovernmental Panel On Climate Change (Ippc). Climate Change 2022 – Impacts, Adaptation and Vulnerability: Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Internet]. 1^{re} éd. Cambridge University Press; 2023 [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/product/identifler/9781009325844/type/book>
2. Schönfeld P, Brailovskaia J, Zhang XC, Margraf J. Self-Efficacy as a Mechanism Linking Daily Stress to Mental Health in Students: A Three-Wave Cross-Lagged Study. *Psychol Rep.* déc 2019;122(6):2074-95.
3. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry.* oct 2013;12(3):198-206.
4. Juszczak A, Dragan M, Grajewski P, Holas P. Prevalence of adjustment disorder in Poland during the COVID-19 pandemic and its association with symptoms of anxiety and depression. *Postępy Psychiatr Neurol.* 2021;30(3):141-53.
5. Lorenz L, Makowski L, Maercker A. The Zurich Adjustment Disorder Study: Diagnostics and Risk Factors of ICD-11 Adjustment Disorder Following Involuntary Job Loss. *Rassegna Psicol.* 29 juill 2019;Vol 36:73-86 Pages.
6. Casey P. Adjustment disorders: from controversy to clinical practice. First edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2018. 212 p.
7. Jannini TB, Rossi R, Socci V, Reda F, Pacitti F, Di Lorenzo G. Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study. *Clin Psychol Psychother.* mars 2023;30(2):436-45.
8. Lavenda O, Mahat-Shamir M, Lorenz L, Hamama-Raz Y, Greenblatt-Kimron L, Pitsch-Prelentzos S, et al. Revalidation of Adjustment Disorder–New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other *ICD-11* mental disorders. *PsyCh J.* sept 2019;8(3):378-85.
9. Zelviene P, Kazlauskas E, Maercker A. Risk factors of ICD-11 adjustment disorder in the Lithuanian general population exposed to life stressors. *Eur J Psychotraumatology.* 31 déc 2020;11(1):1708617.

10. Bachem R, Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *J Affect Disord.* févr 2018;227:243-53.
11. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health.* 16 juill 2019;16(14):2537.
12. Kazlauskas E, Elklit A, Truskauskaite I. A Longitudinal Course of ICD-11 Adjustment Disorder Symptom Profiles: A 12-Month Follow-Up Study. *Psychopathology.* 2022;55(6):373-81.
13. Kazlauskas E, Zelviene P, Lorenz L, Quero S, Maercker A. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *Eur J Psychotraumatology.* 15 déc 2017;8(sup7):1421819.
14. Saracci C, Mahamat M, Jacquérior F. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Rev Médicale Suisse.* 2019;15(664):1694-8.
15. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* déc 2019;4(1):5.
16. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* févr 2019;18(1):3-19.
17. Augsburger M, Maercker A. Spezifisch belastungsbezogene psychische Störungen im neuen ICD-11: Ein Überblick. *Fortschritte Neurol · Psychiatr.* mars 2018;86(03):156-62.
18. Ey H, Bernard P. *Manuel de psychiatrie (6ème édition).* Elsevier Masson; 2010.
19. Rahel Christina Bachem. Contributions to research into stress response syndromes: the intrapersonal resource sense of coherence and an intervention for adjustment disorder. [Internet] [Thesis]. [Zurich]: University of Zurich; 2015. Disponible sur: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/124503/1/20162605.pdf>
20. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science.* 8 avr 1977;196(4286):129-36.
21. Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. *Manuel de psychiatrie.* 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021.
22. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Fifth edition). 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

23. Lorenz L. Adjustment disorder as proposed for icd-11: empirical investigations of its validity and application of a sociointerpersonal framework model among individuals who experienced involuntary job loss. [Internet] [Thesis]. [Zurich]: University of Zurich; 2018. Disponible sur: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/165207/1/20183409.pdf>

24. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res.* oct 2015;229(3):940-8.

25. ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) [Internet]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>

26. Ben-Ezra M, Hamama-Raz Y, Goodwin R, Leshem E, Levin Y. Association between mental health trajectories and somatic symptoms following a second lockdown in Israel: a longitudinal study. *BMJ Open.* sept 2021;11(9):e050480.

27. Bachem R, Maercker A. Self-help interventions for adjustment disorder problems: a randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cogn Behav Ther.* 2 sept 2016;45(5):397-413.

28. Hamama-Raz Y, Ben-Ezra M, Lavenda O. Factors Associated with Adjustment Disorder – the Different Contribution of Daily Stressors and Traumatic Events and the Mediating Role of Psychological Well-Being. *Psychiatr Q.* mars 2021;92(1):217-27.

29. Mahat-Shamir M, Ring L, Hamama-Raz Y, Ben-Ezra M, Pitcho-Prelorentzos S, David UY, et al. Do previous experience and geographic proximity matter? Possible predictors for diagnosing Adjustment disorder vs. PTSD. *Psychiatry Res.* déc 2017;258:438-43.

30. Lorenz L, Perkonigg A, Maercker A. A socio-interpersonal approach to adjustment disorder: the example of involuntary job loss. *Eur J Psychotraumatology.* 1 janv 2018;9(1):1425576.

31. Zelviene P, Kazlauskas E. Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* janv 2018;Volume 14:375-81.

32. Casey P. Adjustment disorder or adaptive adjustment? *BJPsych Adv.* mai 2021;27(3):179-80.

33. Eberle DJ, Maercker A. Preoccupation as psychopathological process and symptom in

adjustment disorder: A scoping review. *Clin Psychol Psychother.* mars 2022;29(2):455-68.

34. Quero S, Molés M, Campos D, Andreu-Mateu S, Baños RM, Botella C. An adaptive virtual reality system for the treatment of adjustment disorder and complicated grief: 1-year follow-up efficacy data. *Clin Psychol Psychother.* mars 2019;26(2):204-17.

35. Horn AB, Boettcher VS, Holzer BM, Siebenhuener K, Maercker A, Battegay E, et al. Couples Adjusting to Multimorbidity: A Dyadic Study on Disclosure and Adjustment Disorder Symptoms. *Front Psychol.* 8 nov 2019;10:2499.

36. Ben-Ezra M, Mahat-Shamir M, Lorenz L, Lavenda O, Maercker A. Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *J Psychiatr Res.* août 2018;103:91-6.

37. Shafierizi S, Basirat Z, Nasiri-Amiri F, Kheirkhah F, Chehrazi M, Pasha H, et al. The prevalence of adjustment disorder and predisposing factors in infertile women. *BMC Psychol.* 2 mai 2023;11(1):142.

38. Karatzias T, Knefel M, Maercker A, Cloitre M, Reed G, Bryant RA, et al. The Network Structure of ICD-11 Disorders Specifically Associated with Stress: Adjustment Disorder, Prolonged Grief Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Psychopathology.* 2022;55(3-4):226-34.

39. Maercker A, Eberle DJ. Disorders specifically associated with stress in ICD-11. *Clin Psychol Eur.* 15 déc 2022;4(Special Issue):e9711.

40. Levin Y, Bachem R, Karatzias T, Shevlin M, Maercker A, Ben-Ezra M. Network structure of ICD-11 adjustment disorder: a cross-cultural comparison of three African countries. *Br J Psychiatry.* oct 2021;219(4):557-64.

41. Bachem, Baumann, Köllner. ICD-11 Adjustment Disorder among Organ Transplant Patients and Their Relatives. *Int J Environ Res Public Health.* 21 août 2019;16(17):3030.

42. Levin Y, Bachem R, Hyland P, Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland. *Clin Psychol Psychother.* juill 2022;29(4):1321-30.

43. Perkonig A, Strehle J, Beesdo-Baum K, Lorenz L, Hoyer J, Venz J, et al. Reliability and Validity of a German Standardized Diagnostic Interview Module for *ICD-11* Adjustment Disorder. *J Trauma Stress.* avr 2021;34(2):275-86.

44. Horn AB, Holzgang SA, Rosenberger V. Adjustment of Couples to the Transition to Retirement: The Interplay of Intra- and Interpersonal Emotion Regulation in Daily Life. *Front Psychol.* 18 juin 2021;12:654255.
45. Mahat-Shamir M, Zychlinski E, Lavenda O, Kagan M. Adjustment Disorder Amongst Welfare Social Service Clients: The Role of Period of Service Receipt and Social Worker's Alternation. *Br J Soc Work.* 15 janv 2022;52(1):44-60.
46. Dragan M, Grajewski P, Shevlin M. Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatology.* 1 janv 2021;12(1):1860356.
47. Sundquist J, Ohlsson H, Sundquist K, Kendler KS. Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. *BMC Psychiatry.* déc 2017;17(1):235.
48. Liang L, Ben-Ezra M, Chan EWW, Liu H, Lavenda O, Hou WK. Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *J Anxiety Disord.* juin 2021;81:102406.
49. Maercker A, Einsle F, Köllner V. Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology.* 2007;40(3):135-46.
50. Einsle F, Köllner V, Dannemann S, Maercker A. Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychol Health Med.* oct 2010;15(5):584-95.
51. Lorenz L, Bachem R, Maercker A. The Adjustment Disorder–New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values. *Int J Occup Environ Med.* 1 oct 2016;7(4):215-20.
52. Tang H, Xiong H, Deng L, Maercker A, Zhang J, Meng H. Psychometric properties of the Chinese version of adjustment disorder new module-20 in breast cancer patients. *BMC Psychol.* déc 2020;8(1):128.
53. Vancappel A, Jansen E, Bachem R, Bray A, Egreteau L, Réveillère C, et al. Validation of the French ADNM-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak. *BMC Psychol.* déc 2021;9(1):180.
54. Kazlauskas E, Gegieckaite G, Eimontas J, Zelviene P, Maercker A. A Brief Measure of the

International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*. 2018;51(1):10-5.

55. Harris BE, Rice K, Murray CV, Thorsteinsson EB. Validation of the brief Adjustment Disorder New Modules with Australian oncology patients. *Biopsychosoc Med*. 25 janv 2023;17(1):2.

56. Shevlin M, Hyland P, Ben-Ezra M, Karatzias T, Cloitre M, Vallières F, et al. Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*. mars 2020;141(3):265-74.

57. Perkonig A, Lorenz L, Maercker A. Prevalence and correlates of ICD-11 adjustment disorder: Findings from the Zurich Adjustment Disorder Study. *Int J Clin Health Psychol*. sept 2018;18(3):209-17.

58. Eberle DJ, Maercker A. Stress-associated symptoms and disorders: A transdiagnostic comparison. *Clin Psychol Psychother*. sept 2023;30(5):1047-57.

59. Lorenz L, Makowski L, Maercker A. The Zurich Adjustment Disorder Study: Diagnostics and Risk Factors of ICD-11 Adjustment Disorder Following Involuntary Job Loss. *Rassegna Psicol*. 29 juill 2019;Vol 36:73-86 Pages.

60. Lueger-Schuster B, Zrnić Novaković I, Lotzin A. Two Years of COVID-19 in Austria—Exploratory Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population. *Int J Environ Res Public Health*. 5 juill 2022;19(13):8223.

61. Levin Y, Bachem R, Goodwin R, Hamama-Raz Y, Leshem E, Ben-Ezra M. Relationship between adjustment disorder symptoms and probable diagnosis before and after second lockdown in Israel: longitudinal symptom network analysis. *BJPsych Open*. nov 2022;8(6):e186.

62. Levin Y, Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, Maercker A, Bachem R. The network structure of ICD-11 adjustment disorder: A comparison of clinical and nonclinical samples. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e43.

63. Quero S, Rachyla I, Molés M, Mor S, Tur C, Cuijpers P, et al. Can Between-Session Homework Be Delivered Digitally? A Pilot Randomized Clinical Trial of CBT for Adjustment Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 11 oct 2019;16(20):3842.

64. Quero S, Rachyla I, Molés M, Mor S, Tur C, Cuijpers P, et al. Can Between-Session Homework Be Delivered Digitally? A Pilot Randomized Clinical Trial of CBT for Adjustment

Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 11 oct 2019;16(20):3842.

65. Bala R, Srivastava A, Ningthoujam G, Potsangbam T, Anal L. Prevalence of adjustment disorder during COVID-19 in Northeast India: An observational study. *Indian J Soc Psychiatry*. 2023;39(1):52.

66. Ben-Ezra M, Hou WK, Goodwin R. Investigating the relationship between COVID-19-related and distress and ICD-11 adjustment disorder: two cross-sectional studies. *BJPsych Open*. janv 2021;7(1):e21.

67. Abe K, Daniunaite I, Truskauskaitė-Kunevičienė I, Sugimura K, Zelviene P, Hihara S, et al. Cross-Cultural Comparison of ICD-11 Adjustment Disorder Prevalence and Its Risk Factors in Japanese and Lithuanian Adolescents. *Brain Sci*. 31 août 2022;12(9):1172.

68. Lotzin A, Krause L, Acquarini E, Ajdukovic D, Ardino V, Arnberg F, et al. Risk and protective factors, stressors, and symptoms of adjustment disorder during the COVID-19 pandemic – First results of the ESTSS COVID-19 pan-European ADJUST study. *Eur J Psychotraumatology*. 1 janv 2021;12(1):1964197.

69. Tang H yan, Xiong H hua, Deng L chao, Fang Y xin, Zhang J, Meng H. Adjustment Disorder in Female Breast Cancer Patients: Prevalence and Its Accessory Symptoms. *Curr Med Sci*. juin 2020;40(3):510-7.

70. Ben-Ezra M, Hyland P, Karatzias T, Maercker A, Hamama-Raz Y, Lavenda O, et al. A cross-country psychiatric screening of ICD-11 disorders specifically associated with stress in Kenya, Nigeria and Ghana. *Eur J Psychotraumatology*. 31 déc 2020;11(1):1720972.

71. Mahat-Shamir M, Pitcho-Prelorentzos S, Kagan M, Kestler-Peleg M, Lavenda O. Adjustment Disorder in the Face of COVID-19 Outbreak: The Impact of Death Anxiety, Media Exposure, Fear of Contagion and Hypochondriasis Symptoms. *OMEGA - J Death Dying*. sept 2023;87(4):1189-206.

72. Ajduković D, Rezo Bagarić I, Bakić H, Stevanović A, Frančišković T, Ajduković M. Mental health status and risk factors during Covid-19 pandemic in the Croatia's adult population. *Eur J Psychotraumatology*. 1 janv 2021;12(1):1984050.

73. Želviene Paulina. The structure and risk factors of adjustment disorder in lithuanian population. [Thesis]. [Vilnius]; 2017.

74. Kestler-Peleg M, Pitcho-Prelorentzos S, Mahat-Shamir M, Kagan M, Lavenda O. Being a parent, emotional stability, and adjustment disorder symptoms in the face of COVID -19.

Fam Relat. oct 2022;71(4):1325-38.

75. Kestler-Peleg M, Mahat-Shamir M, Picho-Prelorntzos S, Kagan M. Intolerance to uncertainty and self-efficacy as mediators between personality traits and adjustment disorder in the face of the COVID-19 pandemic. *Curr Psychol.* avr 2023;42(10):8504-14.

76. Dworakowski O, Huber ZM, Meier T, Boyd RL, Horn AB. Emotion regulation across the lifespan: age differences in intrapersonal and interpersonal strategies for the adjustment to the COVID-19 pandemic in four countries. *Aging Ment Health.* 3 oct 2022;26(10):2048-53.

77. Dworakowski O, Huber ZM, Meier T, Boyd RL, Martin M, Horn AB. You Do Not Have to Get through This Alone: Interpersonal Emotion Regulation and Psychosocial Resources during the COVID-19 Pandemic across Four Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 25 nov 2022;19(23):15699.

78. Horn AB, Maercker A. Intra- and interpersonal emotion regulation and adjustment symptoms in couples: The role of co-brooding and co-reappraisal. *BMC Psychol.* déc 2016;4(1):51.

79. Truskauskaite-Kuneviciene I, Kazlauskas E, Ostreikaite-Jurevice R, Brailovskaia J, Margraf J. Positive mental health and adjustment following life-stressors among young adults. *Curr Psychol.* avr 2022;41(4):1951-6.

80. Maercker A, Lorenz L. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *World J Biol Psychiatry.* 22 juin 2018;19(sup1):S3-13.

81. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* avr 2000;38(4):319-45.

82. Eimontas Jonas J. Internet-based intervention for adjustment disorder: Outcomes of a self-help modular program [Thesis]. [Vilnius]; 2018.

83. Maercker A, Einsle F, Köllner V. Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology.* 2007;40(3):135-46.

84. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behav Ther.* 1989;20(2):155-76.

85. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev.* oct 1996;103(4):670-86.

86. Myung W, Na KS, Ham BJ, Oh SJ, Ahn HW, Jung HY. Decreased medial frontal gyrus in patients with adjustment disorder. *J Affect Disord.* févr 2016;191:36-40.
87. Li H, Lin Y, Chen J, Wang X, Wu Q, Li Q, et al. Abnormal regional homogeneity and functional connectivity in adjustment disorder of new recruits: a resting-state fMRI study. *Jpn J Radiol.* avr 2017;35(4):151-60.
88. Élie-Grosboilliot Ludivine. Le trouble de l'adaptation: revue de la littérature et cas cliniques [Internet] [Thesis]. [Rouen]; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01059609/document>
89. Servant Dominique, Lavoipierre Thomas, Robin-Prevallee Valentine. Gestion du stress et de l'anxiété (pratiques en psychothérapie). Elsevier Masson; 2012. 353 p.
90. Bruchon-Schweitzer Marilou. Au-delà du modèle transactionnel. Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé. 2006; Disponible sur: <https://docplayer.fr/5425480-Au-dela-du-modele-transactionnel-vers-un-modele-integratif-en-psychologie-de-la-sante-1.html>
91. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997. 604 p.
92. Hamama-Raz Y, Goodwin R, Leshem E, Ben-Ezra M. The toll of a second lockdown: A longitudinal study. *J Affect Disord.* nov 2021;294:60-2.
93. Mandler G. Mind and emotion. New York: Wiley; 1975. 280 p.
94. Maercker A, Horn AB. A Socio-interpersonal Perspective on PTSD: The Case for Environments and Interpersonal Processes. *Clin Psychol Psychother.* nov 2013;20(6):465-81.
95. Olfson M, Marcus SC. National Patterns in Antidepressant Medication Treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 1 août 2009;66(8):848.
96. Strain J. Adjustment Disorder: A Multisite Study of its Utilization and Interventions in the Consultation-Liaison Psychiatry Setting. *Gen Hosp Psychiatry.* mai 1998;20(3):139-49.
97. Anseau M, Bataille M, Briole G, De Nayer A, Fauchère PA, Ferrero F, et al. Controlled Comparison of Tianeptine, Alprazolam and Mianserin in the Treatment of Adjustment Disorders with Anxiety and Depression. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* juill 1996;11(4):293-8.

98. Nguyen N, Fakra E, Pradel V, Jouve E, Alquier C, Le Guern M, et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* avr 2006;21(3):139-49.
99. Stein DJ. Etifoxine Versus Alprazolam for the Treatment of Adjustment Disorder with Anxiety: a Randomized Controlled Trial. *Adv Ther.* janv 2015;32(1):57-68.
100. Volz HP, Kieser M. Kava-kava Extract WS 1490 versus Placebo in Anxiety Disorders - A Randomized Placebo-controlled 25-week Outpatient Trial. *Pharmacopsychiatry.* janv 1997;30(01):1-5.
101. Bian T, Corral P, Wang Y, Botello J, Kingston R, Daniels T, et al. Kava as a Clinical Nutrient: Promises and Challenges. *Nutrients.* 5 oct 2020;12(10):3044.
102. Bourin M, Bougerol T, Guitton B, Broutin E. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol.* 4 mars 1997;11(2):127-32.
103. Woelk H, Arnoldt KH, Kieser M, Hoerr R. Ginkgo biloba special extract EGb 761® in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Res.* sept 2007;41(6):472-80.
104. Eimontas J, Rimsaite Z, Gegieckaite G, Zelviene P, Kazlauskas E. Internet-Based Self-Help Intervention for ICD-11 Adjustment Disorder: Preliminary Findings. *Psychiatr Q.* juin 2018;89(2):451-60.
105. Domhardt M, Baumeister H. Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions. *World J Biol Psychiatry.* 22 juin 2018;19(sup1):S21-35.
106. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 12 déc 2012 [cité 10 janv 2024]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006389.pub2>
107. Van Der Klink JJJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med.* 1 juin 2003;60(6):429-37.
108. Holas P. I-mindfulness-based cognitive therapy (i-MBCT) in the treatment of COVID-19

related adjustment disorder. a RCT study with active control group. *Eur Psychiatry*. avr 2021;64(S1):S100-S100.

109. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev*. avr 2015;37:1-12.

110. Srivastava M, Talukdar U, Lahan V. Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complement Ther Clin Pract*. nov 2011;17(4):241-5.

111. Skruibis P, Eimontas J, Dovydaitiene M, Mazulyte E, Zelviene P, Kazlauskas E. Internet-based modular program BADI for adjustment disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. déc 2016;16(1):264.

112. Eimontas J, Gegieckaite G, Dovydaitiene M, Mazulyte E, Rimsaite Z, Skruibis P, et al. The role of therapist support on effectiveness of an internet-based modular self-help intervention for adjustment disorder: a randomized controlled trial. *Anxiety Stress Coping*. 4 mars 2018;31(2):146-58.

113. Botella C, Baños R, Rey B, Alcañiz M, Guillen V, Quero S, et al. Using an adaptive display for the treatment of emotional disorders: a preliminary analysis of effectiveness. In: CHI '06 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems [Internet]. Montréal Québec Canada: ACM; 2006 [cité 10 janv 2024]. p. 586-91. Disponible sur: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/1125451.1125574>

114. Andreu-Mateu, Sabrina; Botella, Cristina; Quero, Soledad; Guillen, Veronica; Baños, Rosa Maria. La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Asoc Psicológica Iberoam Clínica Salud APICSA* [Internet]. 2012; Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10234/67199>

115. A cognitive-behavioral therapy program utilizing virtual reality for the treatment of adjustment disorders: a case series. *Rev Argent Clin Psicol* [Internet]. 2017 [cité 10 janv 2024]; Disponiblesur:<https://www.revistaclinicapsicologica.com/article.php?doi=10.24205/03276716.2017.1001>

116. Quero S, Molés M, Campos D, Andreu-Mateu S, Baños RM, Botella C. An adaptive virtual reality system for the treatment of adjustment disorder and complicated grief: 1-year follow-up efficacy data. *Clin Psychol Psychother*. mars 2019;26(2):204-17.

117. Maercker A, Bachem RC, Lorenz L, Moser CT, Berger T. Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study. *JMIR Ment Health*. 8 mai

2015;2(2):e15.

118. Moser C, Bachem R, Berger T, Maercker A. ZIEL: Internet-Based Self-Help for Adjustment Problems: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Med*. 11 oct 2019;8(10):1655.

119. Schrader C, Ross A. A Review of PTSD and Current Treatment Strategies. *Mo Med*. 2021;118(6):546-51.

120. Scelles C, Bulnes LC. EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review. *Front Psychol*. 20 sept 2021;12:644369.

121. Cvetek R. EMDR Treatment of Distressful Experiences That Fail to Meet the Criteria for PTSD. *J EMDR Pract Res*. mars 2008;2(1):2-14.

122. Rogers CR. Significant aspects of client-centered therapy. *Am Psychol*. 1946;1(10):415-22.

123. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. 1957;21(2):95-103.

124. Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*. janv 2007;52(1):24-34.

125. Kramer U, Despland J, Michel L, Drapeau M, De Roten Y. Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *J Clin Psychol*. déc 2010;66(12):1232-41.

126. Kramer U, Pascual-Leone A, Despland JN, De Roten Y. One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *J Consult Clin Psychol*. févr 2015;83(1):187-98.

127. Domhardt M, Baumeister H. Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions. *World J Biol Psychiatry*. 22 juin 2018;19(sup1):S21-35.

128. Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*. févr 2017;16(1):5-13.

129. Liang L, Ben-Ezra M, Chan EWW, Liu H, Lavenda O, Hou WK. Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *J Anxiety*

Disord. juin 2021;81:102406.

130. Levin Y, Bachem R, Goodwin R, Hamama-Raz Y, Leshem E, Ben-Ezra M. Relationship between adjustment disorder symptoms and probable diagnosis before and after second lockdown in Israel: longitudinal symptom network analysis. *BJPsych Open*. nov 2022;8(6):e186.

131. Kazlauskas E, Zelviene P, Lorenz L, Quero S, Maercker A. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *Eur J Psychotraumatology*. 15 déc 2017;8(sup7):1421819.

132. Levin Y, Bachem R, Hyland P, Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland. *Clin Psychol Psychother*. juill 2022;29(4):1321-30.

133. Jannini TB, Rossi R, Socci V, Reda F, Pacitti F, Di Lorenzo G. Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study. *Clin Psychol Psychother*. mars 2023;30(2):436-45.

134. Cianconi P, Betrò S, Grillo F, Hanife B, Janiri L. Climate shift and mental health adjustment. *CNS Spectr*. févr 2021;26(1):5-6.

135. Levin Y, Bachem R, Hyland P, Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland. *Clin Psychol Psychother*. juill 2022;29(4):1321-30.

136. Kestler-Peleg M, Pitscho-Prelorentzos S, Mahat-Shamir M, Kagan M, Lavenda O. Being a parent, emotional stability, and adjustment disorder symptoms in the face of COVID -19. *Fam Relat*. oct 2022;71(4):1325-38.

137. Levin Y, Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, Maercker A, Bachem R. The network structure of ICD-11 adjustment disorder: A comparison of clinical and nonclinical samples. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e43.

138. Li P, Mao L, Hu M, Lu Z, Yuan X, Zhang Y, et al. Mindfulness on Rumination in Patients with Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 1 déc 2022;19(23):16101.

139. Öcalan S, Üzar-Özçetin YS. Effects of interventions on rumination among individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. nov 2021;77(11):4347-70.

140. Watkins ER, Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms

and treatment of rumination. Behav Res Ther. avr 2020;127:103573.

141. Robles A, Romero YA, Tatro E, Quezada H, McCallum RW. Outcomes of Treating Rumination Syndrome with a Tricyclic Antidepressant and Diaphragmatic Breathing. Am J Med Sci. juill 2020;360(1):42-9.

142. Maxfield L. A Clinician's Guide to the Efficacy of EMDR Therapy. J EMDR Pract Res. 1 nov 2019;13(4):239-46.

143. L'essence du changement utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies. Bruxelles: De Boeck; 2012.

144. Olivier C, Michel MC. Les bases de la psychothérapie Approche intégrative et éclectique. Paris (5 Rue Laromiguière 75005): Dunod; 2019.

ANNEXES

Annexe 1. Scale for the Assessment of Narrative Review Articles - SANRA

Référence : Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S: SANRA — a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review* (2019) 4:5.

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Annexe 2. Adjustment Disorder New Module 20 Questionnaire

Référence : https://www.psychology.uzh.ch/dam/jcr:15220404-d1b2-4d9a-9661-f1709b4ca3f4/ADNM_20_Homepage_English.pdf

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Annexe 3. Adjustment Disorder New Module 8 Questionnaire

Référence : https://www.psychology.uzh.ch/dam/jcr:1bf5e05f-fbd5-4cbb-a97e-f8029a090680/ADNM_8_Homepage_English.pdf

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Annexe 4. Tableau récapitulant les différences entre ADN-4 et ADN-8

Référence : Harris BE, Rice K, Murray CV, Thorsteinsson EB. Validation of the brief Adjustment Disorder New Modules with Australian oncology patients. *Biopsychosoc Med.* 25 janv 2023;17(1):2.

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Annexe 5. International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ)

Référence : <https://www.traumameasuresglobal.com/iadq>

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Élément sous droit retiré pour la diffusion en ligne

Le trouble de l'adaptation selon la CIM-11 : une revue narrative de la littérature.

Résumé :

Introduction : Depuis 2017, aucune revue de la littérature n'a été consacrée au trouble de l'adaptation tel que défini dans la CIM-11 alors que de nombreuses études sont parues depuis, et qu'il s'agit d'une situation très fréquemment rencontrée en clinique. L'objectif de cette étude est de faire la présentation détaillée des dernières avancées de la recherche sur ce trouble à partir de la définition proposée par la CIM-11.

Méthodes : Une revue narrative de la littérature a été réalisée. Une recherche bibliographique par mots-clés a été menée dans les principales bases de données pertinentes pour ce type de sujet, permettant l'inclusion de cent-douze références pour cette étude.

Résultats/Discussion : Des questionnements et imprécisions persistent concernant les critères diagnostiques proposés par la CIM-11. Des interrogations demeurent sur le type de facteur de stress impliqué, la définition de la préoccupation, de l'incapacité à s'adapter ou d'une réaction inadaptée à un facteur de stress, qui impliquent des notions différentes selon les auteurs. Des précisions dans les critères de la CIM-11 permettraient d'améliorer la fiabilité de l'ADNM et de l'IADQ pour l'évaluation du trouble de l'adaptation, et de mieux distinguer le trouble de l'adaptation d'autres diagnostics dont la symptomatologie est parfois proche. La comorbidité semble possible entre le trouble de l'adaptation et d'autres troubles pourtant exclus du champ de la comorbidité défini par la CIM-11. L'évolution temporelle du trouble de l'adaptation suggère la nécessité d'une intervention précoce et ciblée pour une prise en charge optimale. Le manque de recherche sur le risque suicidaire associé à la nouvelle définition du trouble est à souligner. La prévalence du trouble de l'adaptation est variable selon le type d'échantillon et les facteurs de stress impliqués. Les facteurs associés à la survenue du trouble nous rappellent l'importance du soutien social perçu dans sa prévention. Les modèles physiopathologiques considérés comme pertinents pour le trouble de l'adaptation renvoient à une définition particulière du symptôme de préoccupation qui ne correspond pas à la définition proposée dans la CIM-11. La littérature soutient l'utilité des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles dans la prise en charge du trouble de l'adaptation.

Certains modèles thérapeutiques, initialement conçus pour le trouble de stress post-traumatique, pourraient s'avérer utiles dans le trouble de l'adaptation. Une prise en charge spécifique pour les symptômes dominant la symptomatologie du trouble semble pertinente.

Conclusion : Les futures mises à jour de la CIM-11 devraient préciser certains aspects de la définition actuelle. Une définition plus précise des critères diagnostiques du trouble de l'adaptation permettrait la construction d'échelles d'évaluation plus fidèles et comparables. La définition du symptôme de préoccupation ne fait pas consensus ce qui a des conséquences sur la conceptualisation du trouble. Les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles semblent adaptées à la prise en charge du trouble de l'adaptation dans sa définition la plus récente, alors que l'efficacité des psychotropes reste à évaluer.

Spécialité :

[Psychiatrie](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#) : troubles de l'adaptation ; syndrome général d'adaptation ; classification internationale des maladies ; littérature de revue comme sujet

Forme ou Genre :

[fMeSH](#) : Dissertation universitaire

[Rameau](#) : Thèses et écrits académiques

**Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**