

**UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE**

**ANNEE 2023**

**N° : 165**

**THESE  
PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat  
Mention DES Psychiatrie**

**PAR**

**Nom et prénom : LOTTMANN Marion**

**Date et lieu de naissance : 14/06/1984 à Strasbourg**

**La prise en charge du psychotraumatisme complexe vue à travers  
le prisme du patient :**

**Trauma'Prisme, une étude qualitative sur le vécu et les attentes de  
patients suivis au Centre Régional du Psychotraumatisme Grand Est.**

**Président de thèse : Professeur BERTSCHY Gilles**

**Directeur de thèse : Docteur MENGIN Amaury**





















**QS - PROFESSEURS HONORAIRES**

<p><b>PROFESSEUR HONORAIRE</b></p> <p>Professeur honoraire de Chimie organique, Université de Strasbourg            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (1970-1985)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (1985-1995)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (1995-2005)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2005-2015)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2015-2020)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2020-2025)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2025-2030)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2030-2035)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2035-2040)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2040-2045)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2045-2050)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2050-2055)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2055-2060)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2060-2065)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2065-2070)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2070-2075)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2075-2080)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2080-2085)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2085-2090)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2090-2095)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2095-2100)</p>	<p><b>PROFESSEUR HONORAIRE</b></p> <p>Professeur honoraire de Chimie organique, Université de Strasbourg            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (1970-1985)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (1985-1995)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (1995-2005)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2005-2015)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2015-2020)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2020-2025)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2025-2030)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2030-2035)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2035-2040)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2040-2045)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2045-2050)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2050-2055)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2055-2060)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2060-2065)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2065-2070)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2070-2075)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2075-2080)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2080-2085)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2085-2090)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2090-2095)            Directeur de l'Institut de Chimie de Strasbourg (2095-2100)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Informations générales :**

Les professeurs honoraires sont désignés par le conseil d'administration de l'université de Strasbourg pour une durée déterminée.

**Conditions de désignation :**

- être titulaire d'un doctorat en sciences exactes, sciences de la vie ou sciences humaines et sociales ;
- être titulaire d'un diplôme de niveau équivalent à celui d'un doctorat ;
- être titulaire d'un diplôme de niveau équivalent à celui d'un doctorat ;
- être titulaire d'un diplôme de niveau équivalent à celui d'un doctorat ;
- être titulaire d'un diplôme de niveau équivalent à celui d'un doctorat ;

Les professeurs honoraires sont désignés pour une durée déterminée.

Le conseil d'administration de l'université de Strasbourg est compétent pour désigner les professeurs honoraires.

Les professeurs honoraires sont désignés pour une durée déterminée.

Le conseil d'administration de l'université de Strasbourg est compétent pour désigner les professeurs honoraires.

Les professeurs honoraires sont désignés pour une durée déterminée.

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET D'ONCOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNOLOGIES ET SANTÉ  
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Nicolas BILLET - Directeur

**LA FACILITÉ À ARRÊTÉ QUE LES JUDICEMENTS DANS LES DISSERTATIONS QUI LES ONT FERMÉS  
 DOIVENT ÊTRE COMPTABILISÉS COMME PROPRE À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES INPROUVER**

## Serment d'Hippocrate

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## Remerciements

**Au Professeur Gilles Bertschy** pour me faire l'honneur de présider ce jury et pour m'avoir donné l'opportunité de confirmer mon intérêt pour la psychiatrie lors d'un stage FFI dans son service.

**Au Docteur Amaury Mengin** pour avoir accepté de prendre la direction de ce travail, pour sa réactivité, sa disponibilité, son point de vue éclairé sur ce sujet passionnant qu'est le trauma complexe. Merci également de m'avoir fait découvrir la richesse de la psychiatrie lors de mon stage d'externe.

**Au Docteur Julie Rolling** pour avoir accepté d'encadrer ce travail, la qualité de sa pédagogie, sa manière de rendre chacun de ses cours captivant.

**Au Professeur Pierre Vidailhet** pour sa participation à ce jury et son engagement auprès des internes.

**A ma famille** pour votre présence et votre soutien permanent tout au long de ce parcours, merci d'avoir cru en moi pour cette réorientation.

**A mon fils et mon conjoint** pour votre soutien indéfectible tout au long de cette aventure, merci d'avoir su vous adapter à ce rythme de vie et m'avoir ainsi permis d'atteindre cet objectif.

**A mes beaux-parents** pour leur disponibilité et leurs encouragements.

**A mes ami-e-s** chaque moment passé avec vous fut une bulle de décompression, tant nécessaire tout au long de ce parcours.

**A mes co-internes** avec qui j'ai pu partager en stage autant de moments riches que de moments de doutes.

**A mes ami-e-s ailleurs en France** qui n'auront probablement pas l'occasion de lire ces mots, je pense à vous du fond du cœur.

**A mes différents chef-fe-s** avec qui j'ai eu l'occasion de travailler tout au long de cet internat, merci pour votre disponibilité, votre pédagogie et tout ce que vous avez su me transmettre.

**A tous les patients** rencontrés lors de ce cursus et grâce à qui j'ai tant appris.

## Table des matières

I.	Introduction .....	18
II.	Emergence de la notion du traumatisme d'un point de vue historique : de la brève description symptomatique à la reconnaissance d'une pathologie .....	20
	A. Une symptomatologie aussi ancienne que les premières violences : les premières descriptions d'événements traumatiques .....	20
	B. Approche psychanalytique et découverte de l'inconscient traumatique .....	22
	C. La psychiatrie de guerre .....	23
	D. Post-Vietnam et post-traumatic stress disorder .....	26
III.	Définition du psychotraumatisme complexe et épidémiologie .....	29
	A. Symptomatologie du psychotraumatisme complexe .....	29
	B. Définition du traumatisme et évolution de la définition du psychotrauma complexe .....	32
	1. Les différents types de traumatismes .....	33
	2. Définition du TSPT .....	36
	3. Limite de la définition du TSPT dans le cas du trauma complexe .....	41
	4. Discussion autour des critères diagnostiques du trauma complexe .....	44
	5. Critères diagnostiques de l'International Trauma Questionnaire (ITQ) (43) .....	53
	C. Trauma et trouble de la personnalité borderline, une relation complexe .....	58
	D. Epidémiologie .....	62
IV.	Etude qualitative Trauma'Prisme .....	65
	A. Introduction et contexte scientifique .....	65
	B. Matériels et méthode .....	68
	1. Description de l'étude qualitative .....	68
	2. Méthode de recrutement .....	69
	3. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques .....	71
	4. Contenu des entretiens .....	72
	5. Méthodologie d'analyse .....	73

C. Résultats.....	74
1. Population .....	74
2. Entretiens .....	79
3. Analyse des entretiens .....	79
D. Discussion .....	100
1. Interprétation des résultats par rapport aux données bibliographiques antérieures – Contexte bibliographique.....	100
2. Analyse critique .....	102
3. Forces .....	108
4. Limites .....	108
5. Perspectives.....	111
V. Conclusion .....	114
VI. Annexes .....	117
A. Annexe 1. Décision du Comité d’Ethique pour la recherche .....	117
B. Annexe 2. Email de recrutement.....	118
C. Annexe 3. Formulaire d’information .....	121
D. Annexe 4. Consentement .....	124
E. Annexe 5. Questionnaire patient-e .....	126
F. Annexe 6. Questionnaire pour l’entretien semi-dirigé .....	131
G. Annexe 7. Questionnaire ACE .....	132
H. Annexe 8. Questionnaire .....	134
I. Annexe 9. Questionnaire ITQ .....	136
J. Annexe 10. Questionnaire PCL5 avec LEC5.....	139
K. Annexe 11. Exemple de retranscription de l’entretien avec le participant J ..	145

## Table des figures

Figure 1. Enchevêtrement des répercussions des traumatismes interpersonnels subis en enfance.....	32
Figure 2. Critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5 .....	37
Figure 3. Critères du C-PTSD ou TSPT-C selon Herman .....	45
Figure 4. Critères DESNOS.....	47
Figure 5. Critères consensuels proposés pour le trouble de traumatisme développemental (Developmental Trauma Disorder ou DTD).....	50
Figure 6. Evolution de la définition du trauma complexe au cours du temps.....	57

## Table des tableaux

Tableau 1. Distinction TSPT-C/Trouble de la personnalité borderline .....	61
Tableau 2. Caractérisation de la population étudiée.....	77
Tableau 3. Début du parcours en santé mentale.....	80
Tableau 4. Symptomatologie et impact sur le quotidien .....	81
Tableau 5. Liens symptômes/événements traumatisants.....	82
Tableau 6. Difficultés rencontrées tout au long du parcours.....	83
Tableau 7. Définition du trauma complexe perçue par le patient·e.....	84
Tableau 8. Fin de prise en charge .....	85

## I. Introduction

La difficulté de la prise en charge du trauma complexe se retrouve à tous les niveaux du parcours du·de la patient·e, du diagnostic jusqu'à la thérapeutique. L'absence de consensus de sa définition, la difficulté à évoquer des événements traumatisants pour lesquels le·la patient·e a mis en place durant des années des stratégies pour y faire face, s'en protéger, tenter d'oublier, autant de facteurs à l'origine d'une errance de diagnostic, de parfois plusieurs années.

Le psychiatre sensibilisé au sujet pourra évoquer le trauma complexe devant certains tableaux cliniques, parfois c'est le·la patient·e lui-même qui expliquera ses troubles et son comportement par le fait d'avoir subi une répétition de traumatismes de façon prolongée dans le temps.

En tant que psychiatre, nous souhaitons en priorité soigner les symptômes les plus bruyants, qui nous paraissent, de notre point de vue, handicapants dans la vie quotidienne. Ces symptômes sont bien souvent des stratégies d'adaptation mises en place par le·la patient·e afin de se protéger de la lourdeur de son vécu. Toucher ces stratégies, attaquer de manière frontale cette symptomatologie, c'est finalement ébranler les défenses du·de la patient·e. Sommes-nous alors en cohérence avec les attentes du·de la patient·e ?

Les ouvrages et les publications concernant le trauma complexe sont multiples, recensant des prises en charge aussi variées que les tableaux cliniques présentés par les patient·e·s. Mais finalement, peu s'intéressent au vécu des patient·e·s, à leur demande spécifique.

L'objectif de cette thèse sera dans un premier temps de présenter les différentes définitions de psychotraumatismes répétés, à l'origine de retard de diagnostic ou

diagnostic erroné étant donné l'absence de consensus. Dans un second temps, l'étude qualitative « Trauma'Prisme » sera présentée, étude dont l'objet est de recueillir le point de vue et le vécu du·de la patient·e lors de son parcours, depuis ses premières interrogations quant aux symptômes présentés jusqu'à la « guérison », en passant par le retentissement sur le quotidien ainsi que la prise en charge.

## II. Émergence de la notion du traumatisme d'un point de vue historique : de la brève description symptomatique à la reconnaissance d'une pathologie

### A. Une symptomatologie aussi ancienne que les premières violences : les premières descriptions d'événements traumatiques

Si la notion de psychotraumatisme apparaît pour la première fois en 1888 sous le terme de « névrose traumatique » (1), les premières descriptions gravées dans la pierre, d'effroi face à la mort et de rêves traumatiques, remontent déjà à l'antiquité, lors de l'épopée sumérienne de Gilgamesh (2200 av. J.-C.) puis l'Illiade d'Homère (900 av. J.-C.) (2). Les premiers cas de conversion hystériques retrouvés sont rapportés par Hérodote en 350 av. J.-C. avec la description d'un cas de « cécité hystérique émotionnelle » apparu en pleine bataille de Marathon, chez le guerrier athénien Epizelos, sans qu'il n'ait reçu le moindre coup, et persistant dans le temps (3). Les rêves traumatiques font leurs premières apparitions dans les écrits d'Hippocrate à cette même période (Traité des songes, 400 av. J.-C.), puis plus tard, c'est la Chanson de Roland (vers 1100) qui dévoilera les cauchemars de Charlemagne (3).

En 1572, au lendemain du massacre de la Saint Barthélémy dont il fut témoin, Charles IX se plaint auprès d'Ambroise Paré de ses rêves traumatiques et hallucinations, auxquels viennent progressivement s'ajouter la mélancolie et la culpabilité (4). Peu avant sa mort, il sue du sang, c'est l'hématidrose, qu'on sait aujourd'hui favorisée par le stress et l'anxiété, pierre angulaire du trouble de stress post-traumatique (TSPT). A cette même période, on retrouve les cauchemars de bataille dans certaines pièces de Shakespeare, et notamment dans « Roméo et Juliette » : (...) *Le soldat rêve d'embuscades, de batailles et d'estocades* (...).

Les évènements de la Révolution furent également à l'origine d'une clinique aussi riche que variée, reprise dans les observations de Philippe Pinel, médecin, aliéniste, et précurseur de la psychiatrie. Il établit en 1808, dans sa « Nosographie philosophique », un inventaire des troubles psychiques consécutifs à la violence physique, se manifestant par des « émotions morales », précurseurs du terme de névrose de guerre.

La symptomatologie mise en évidence devient de plus en plus abondante ; Goethe décrira avec inquiétude, dans les suites de la bataille de Valmy, le sifflement de l'obus « *comme le bruissement de la toupie, le bouillonnement de l'eau et la voix flûtée de l'oiseau* » ainsi que des sensations d'étrangeté (2). Desgenettes, Percy et Larrey, médecins de la grande armée, dénomment syndrome du « vent du boulet » l'état aigu stuporeux et de sidération présenté par les combattants épargnés de justesse par un boulet passé tout près d'eux (5) .

Des états de stress dépassé, à savoir des réactions inadaptées et inadéquates telle la sidération, seront décrits par Henri Dunant, secouriste bénévole de la bataille de Solferino le 24 juin 1859 (6).

Puis des médecins de l'armée décriront durant la guerre de Sécession américaine (1861-1864) un syndrome d'hystérie post-émotionnelle chez les hommes, causé par l'épuisement et la frayeur, ainsi que des cas de « nostalgie » dans l'armée nordiste (« *Cette notion, qui remonte à un médecin alsacien du XVII<sup>e</sup> siècle, désigne le mal ressenti par les soldats éloignés de leur foyer. C'est, à l'origine, un concept médical.* ») (7).

## B. Approche psychanalytique et découverte de l'inconscient traumatique

Le 19<sup>e</sup> siècle voit apparaître les premiers chemins de fer, mais aussi le terme de « névrose traumatique » dès 1888 (1), dans les suites d'accidents et notamment accidents de chemin de fer, et regroupe différents symptômes : souvenir obsédant de l'accident, troubles du sommeil, cauchemars, reviviscences, phobies électives, labilité émotionnelle. Devant la disproportion entre certains chocs physiques minimes d'un côté et l'ampleur de l'ébranlement psychique de l'autre côté, le neurologue allemand Herman Oppenheim émet l'hypothèse d'une cause d'origine psychogène, tandis que l'effet mécanique de la commotion cérébrale était jusqu'alors mis en avant, et parle d'un retentissement psychique « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ». Il proposera le terme de « névrose traumatique » après un travail sur 42 cas de névrose post accident du travail ou accident de chemins de fer. Il aura à défendre cette appellation face à Charcot (1), pour qui la « névrose traumatique » ne serait qu'un sous-type d'hystérie, ou éventuellement d'« hystéro-neurasthénie » (Charcot y consacra d'ailleurs ses célèbres « Leçons du mardi » à La Salpêtrière).(8)

Un an plus tard, Pierre Janet, philosophe, psychologue, médecin français, théoricien de l'hypnose, et créateur du terme « subconscient », décrit dans sa thèse « l'Automatisme psychologique » 20 cas d'hystérie et de neurasthénie dont l'origine traumatique, oubliée de la conscience, a été découverte sous hypnose.

Janet et Freud partagent des idées relativement similaires, Freud apportera le terme de « réminiscence » à la clinique du psychotraumatisme et proposera comme prise en charge des hystéries traumatiques la réexposition aux événements (9).

Freud émet dans un premier temps l'idée que toutes les hystéries relèveraient d'un traumatisme initial, principalement d'abus sexuels durant l'enfance. La

symptomatologie observée dans l'hystérie ne serait autre que la représentation déguisée de l'événement refoulé. Quelques années plus tard, ne pouvant accepter l'idée qu'autant de femmes aient été abusées sexuellement durant l'enfance, Freud délaisse l'origine traumatique de l'hystérie au profit du fantasme féminin, pour finalement y revenir lors de la première guerre mondiale avec les « névroses de guerre ». (10)

### C. La psychiatrie de guerre

La guerre russo-japonaise de 1904-1905 voit apparaître une nouvelle pratique de la psychiatrie de guerre, « la psychiatrie de l'avant ». En effet, à cette période, le chemin de fer transsibérien n'est pas achevé et s'arrête à 500km du front, les évacuations des blessés du front vers l'arrière sont ainsi difficiles, la prise en charge des blessés légers et des blessés psychiques doit s'effectuer sur place (11), grâce notamment aux charrettes psychiatriques hippomobiles d'Autocratov, médecin général, psychiatre en chef de l'armée russe. Des charrettes hippomobiles avec conducteur, psychiatre et infirmier parcouraient le front pour assurer les premiers traitements et le triage. Si ce dispositif ne fut pas d'une efficacité significative à la vue du faible nombre d'officiers et soldats en mesure de retourner au front (respectivement 1/5 et 1/20), il a néanmoins permis de mettre en évidence que l'intervention thérapeutique précoce diminuait l'intensité des symptômes présentés. (12)

A l'issue de cette guerre, le psychiatre allemand Honigman, volontaire à la Croix-Rouge, propose le terme de « névrose de guerre », pathologie évoluant en deux temps avec un premier tableau incluant des états confusionnels plus ou moins associés à

une anxiété massive, puis laissant place à des neurasthénies et des « hystéries » durables (13).

Le terme de « névrose de guerre » est repris durant la Première Guerre Mondiale tant chez les élèves de Freud que chez les psychiatres du camp des alliés, l'hypothèse commotionnelle cédant définitivement sa place à l'hypothèse émotionnelle (14). Les symptômes décrits peuvent être des troubles d'apparence neurologique (perte de mémoire, convulsions, baisse d'acuité visuelle etc), ainsi que des tremblements généralisés ou encore des états stuporeux. « l'obusite » ou « shellshock » et « l'hypnose des batailles » succèdent aux « syndromes du vent des obus » (15). La consultation de neuropsychiatrie de la Pitié-Salpêtrière voit un afflux massif « d'hystéries de conversion » similaires à celles décrites par Charcot, avec des manifestations physiques telles une baisse d'acuité visuelle, l'apparition soudaine d'une surdité ou d'une paralysie, « des *emotionn  s* plus que des *commotionnés* ». (16) Autant de symptômes physiques rendant inapte le soldat et lui permettant ainsi d'échapper de manière inconsciente à un retour au front ? (17)

Une évaluation précise d'un tel retentissement fut impossible à chiffrer du fait de la situation, mais l'historien américain Marc Roudebush estime à 10% la fréquence du psychotraumatisme chez les soldats au front. (18)

La Première Guerre Mondiale permet également en 1917 l'émergence des cinq principes fondateurs de la psychiatrie de l'avant « *forward psychiatry* », codifiée par l'américain Thomas Salmon : imm  diat  t  , proximité, espérance de guérison, simplicité, centralité (*immediacy-proximity-expentacy-simplicity-centrality*). (19)

Dans l'essai de psychanalyse « Au-delà du principe du plaisir », Freud, en 1920, au lendemain de la Première Guerre Mondiale, y expose le paradoxe du cauchemar

traumatique. (20) En effet, en opposition au principe hédonique du rêve, le cauchemar traumatique constitue un mécanisme de défense par répétition du désagréable « pour s'y habituer », il identifie là une « compulsion de répétition ». Fenichel, psychanalyste de « 2<sup>e</sup> génération », héritier des théories freudiennes et connu pour les avoir consolidées, reprendra en 1953 cette notion de répétition dans « la théorie psychanalytique des névroses » et inclura dans le tableau clinique de la névrose traumatique trois éléments principaux : les symptômes de répétition, les « complications psychonévrotiques » anxio-phobiques, hystériques, ou obsessionnelles, et blocage des fonctions du moi.

Les statistiques de la Seconde Guerre Mondiale dénombrent environ 350000 « pertes psychiques » dans l'armée américaine, et le double de blessés physiques ; une prise en charge par hypnose est majoritairement pratiquée. (21)

Le « *syndrome des déportés* » est identifié par une première phase où l'angoisse, la déréalisation (qui aurait permis, par protection contre l'horreur, la survie de déportés) et le désespoir sont dominants, puis laissent peu à peu place à une symptomatologie dépressive et un état d'indifférence affective et notamment aux horreurs découvertes en après-guerre. Une troisième et dernière phase est décrite avec une symptomatologie à prédominance apathique et un amenuisement de la volonté de survivre. Si la Grande Guerre avait fait émerger la notion de pathologie émotionnelle au courant même des combats et éventuellement de manière résiduelle, Targowla décrit, en 1954 seulement, une forme particulière « *le syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique* », un syndrome de répétition de la névrose traumatique, plus tard renommé « *KZ syndrome* » pour « *Konzentrationslager syndrome* ».

Les guerres postcoloniales sont le terrain d'une nouvelle symptomatologie. En effet, contrairement aux deux guerres précédentes, à grosse puissance de feu, les soldats

font cette fois-ci face à l'insécurité de la vie quotidienne en poste isolé, la méfiance et l'état d'alerte permanents, la culpabilité etc., c'est la « névrose de guérilla ». Les troubles caractériels, bien souvent associés à une consommation d'alcool, seront au premier plan. (21)

Les conflits du Moyen-Orient n'ont pas réellement apporté de nouveaux éléments particulièrement pertinents à la pathologie du psychotraumatisme, mis à part l'émergence de tableaux cliniques différents auprès des troupes de l'ONU, manifestant au premier plan de la démotivation et de l'exaspération.

Depuis 1970, une nouvelle forme de guerre, le terrorisme, apparaît en Europe et aux Etats-Unis ; la population civile peut ainsi également être amenée à faire face au psychotraumatisme.

Le syndrome de Stockholm, ce syndrome paradoxal de confiance et d'empathie de l'otage pour son ravisseur dans lequel le sujet se protège de sa propre angoisse, peut être assimilé à une forme particulière de psychotraumatisme.

#### D. Post-Vietnam et post-traumatic stress disorder

A partir de 1974-1975, une recrudescence de *post-Vietnam syndromes* est constatée chez les GI américains de retour du Vietnam, après un temps de latence relativement long, de l'ordre de plusieurs semaines, ou même plusieurs mois. Les reviviscences, les cauchemars, l'hypervigilance, l'impression de ne pouvoir être compris que par « ceux qui y étaient » et de « ne plus se reconnaître » sont au premier plan. (22) Shatan, psychiatre canadien, écouta de nombreux témoignages dans des groupes d'entraide et de parole spécialement dédiés aux vétérans du Vietnam, et constitua des

groupes de réflexions, composés de psychiatres exerçant dans des structures officielles. (3) On s'y interroge sur l'existence d'un diagnostic plutôt qu'une énumération de symptômes, et finalement apparaît en 1980 le diagnostic de *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dans l'athéorique DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), après une apparition transitoire du diagnostic de *Gross Stress Reaction* dans le DSM-I, et sa disparition (inexpliquée) dans le DSM-II. (Précisons que le DSM-II a été publiée en 1968, année de l'offensive du Tét, année de l'apogée de la guerre. On peut penser que la reconnaissance d'un trouble en lien avec les traumatismes d'une guerre si controversée pouvait ne pas arranger les hautes autorités.)

Le DSM III, en reconnaissant le TSPT comme conséquence d'un agent extérieur (la guerre en l'occurrence) et non plus comme une conséquence d'une vulnérabilité personnelle, a légitimé « le syndrome de la guerre du Viêt Nam.

Deux formes de TSPT sont distinguées : la forme « aigue » et la forme « chronique ou différée » avec un critère de délai d'apparition supérieur à six mois.

Dès lors, la littérature psychiatrique américaine voit fleurir les publications et autres écrits sur les TSPT chez les anciens combattants du Vietnam, avec pour objectif d'affiner la clinique de ce syndrome, d'étudier ses variantes ou encore la pathologie associée. Des *Vet Centers*, centres de consultations extrahospitaliers regroupant psychiatre, personnels psycho-sociaux et conseillers juridiques connaissent un succès inattendu : en 1979, soit 10 ans après la création du réseau, ce sont 700000 vétérans qui y ont consulté, sur les 3 millions de G.I. envoyés au Vietnam... Personne alors n'avait envisagé un tel retentissement psychique et une telle chronicisation de la symptomatologie chez cette population. (13)

En parallèle, s'étoffe également la littérature sur le TSPT dans la population civile, en temps de paix, à travers de nombreuses observations et réflexions. On peut citer par exemple la survenue de catastrophes naturelles ou technologiques, d'accidents, d'attentats, d'agressions etc. Dans le DSM, la définition du TSPT est remaniée et ajustée au fur et à mesure des nouvelles révisions, complété par l'« état de stress aigu ».

Ainsi, depuis des siècles, l'Histoire façonne progressivement la notion de psychotraumatisme, aboutissant aux définitions que l'on connaît et utilise actuellement, qui sont bien entendu susceptibles d'évoluer à leur tour.

### III. Définition du psychotraumatisme complexe et épidémiologie

Il aurait été appréciable de débiter une partie intitulée « Définition du psychotraumatisme complexe » par la définition du psychotraumatisme complexe mais cela mérite quelques explications et notions préalables.

#### A. Symptomatologie du psychotraumatisme complexe

C'est dans les années 1980 que les experts en psychotraumatisme - Judith Lewis Herman, Lenore Terr et Bessel van der Kolk pour ne citer qu'eux – éprouvent des difficultés à appliquer le diagnostic de TSPT à certaines situations présentées par les patient·e·s, réalisant ainsi la nécessité de complexifier le diagnostic de TSPT. Ce dernier permettant de « repérer les adultes traumatisés à l'âge adulte » (23) et de manière unique, ne pouvait s'appliquer à des adultes traumatisés de manière répétée durant l'enfance ou l'adolescence, et qui se sont structurés autour de cette répétition de traumatisme. En effet, chez l'enfant ou chez l'adolescent, l'activation itérative des mécanismes de réponses au stress conduit à un développement du sujet sur un mode « survie », avec une activation permanente de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien, de la sécrétion de cortisol et des régions cérébrales impliquées dans la régulation du stress, conduisant à des réponses neurobiologiques inadaptées, avec notamment un fonctionnement de type « anticipation et hypervigilance » plutôt que « développement des interactions sociales et découverte du monde ». (24) Ces patient·e·s, soit encore enfants ou adolescents, soit devenus adultes, pouvaient être amenés à présenter des symptômes mentionnés dans le TSPT, tel l'hypervigilance ou les reviviscences, mais toute une symptomatologie supplémentaire, protéiforme, venait s'y ajouter (25), conduisant ainsi à l'accumulation de diagnostics divers et variés

(conversion, troubles de la personnalité histrionique, trouble de la personnalité borderline etc.) afin de refléter au mieux les difficultés rencontrées par le·la patient·e, et à défaut de poser un diagnostic qui engloberait l'entièreté de cette clinique.

Ainsi, dès les années 1990, les experts en psychotraumatisme et les pionniers du trauma complexe ont tour à tour proposé des définitions du trauma complexe (26) (27), afin de regrouper en un seul et unique diagnostic le large panel de symptômes présentés par les patient·e·s ayant subi dans l'enfance la répétition de situations délétères. Ces différentes suggestions furent successivement rejetées du DSM-IV.

Aujourd'hui encore, la définition du psychotraumatisme complexe continue d'être source de nombreuses discussions et multiples papiers. A ce jour, plusieurs définitions sont utilisées au quotidien, les innombrables travaux n'ayant pas abouti à un consensus au sein de la communauté psychiatrique. Malgré certaines divergences d'une définition à l'autre, des grandes catégories de répercussions et symptômes ont pu être proposées, englobant des difficultés psychologiques, sociales, biologiques et cognitives, rapportées par des patient·e·s ayant subis des traumatismes interpersonnels durant la période de l'enfance. (28)

S'il n'est pas possible de donner une définition unique, acceptée par tous les professionnels s'intéressant au psychotraumatisme, il est néanmoins possible de s'accorder sur un certain nombre de symptômes. Ainsi, il est possible d'identifier neuf grandes catégories de répercussions pouvant être en lien avec un trauma complexe (10) :

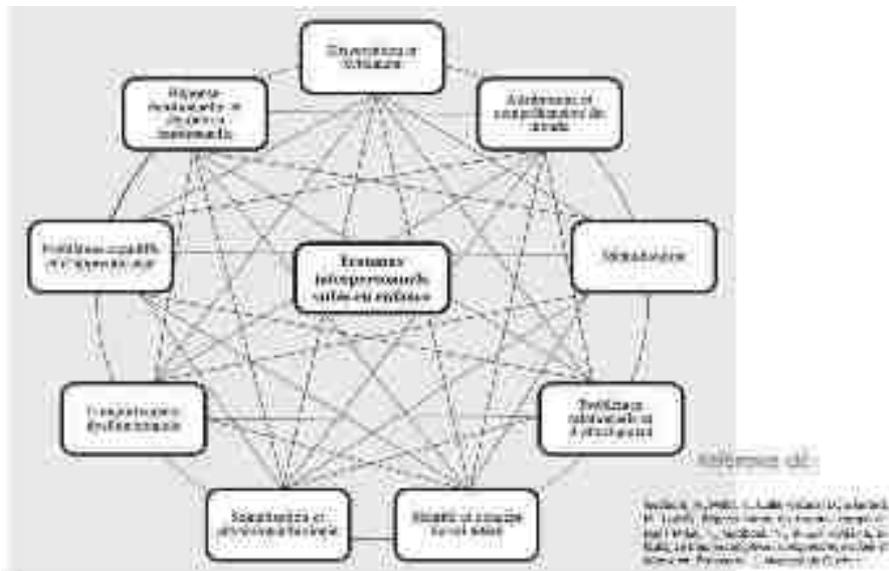
- Dissociation et évitement
- Difficultés relationnelles et d'attachement
- Identité et concept de soi altéré

- Somatisation
- Troubles cognitifs et d'apprentissage
- Troubles de la régulation émotionnelle, alexithymie
- Altération de la perception et de la compréhension de l'environnement
- Comportements dysfonctionnels et inadaptés
- Incapacité à interpréter son propre comportement et/ou le comportement des autres (mentalisation)

Ces différentes répercussions sont citées ci-dessus les unes après les autres, comme si celles-ci existaient toutes de manière indépendante. Or ce n'est pas la réalité des symptômes observés dans le psychotraumatisme complexe. La réalité, qui rend le diagnostic bien plus délicat et surtout très patient·e-dépendant, est que toutes ces répercussions sont enchevêtrées les unes aux autres, se potentialisant ainsi à différents degrés, et conduisant à autant de tableaux cliniques que de patient·e·s.

Finalement, c'est bien plus de la façon suivante qu'il faudrait citer les 9 catégories de répercussions (10) :

Figure 1. Enchevêtrement des répercussions des traumatismes interpersonnels subis en enfance



## B. Définition du traumatisme et évolution de la définition du psychotrauma complexe

Cette partie non plus n'aura pas pour vocation de proposer la définition exacte du psychotraumatisme complexe mais seulement d'apporter des éléments permettant une réflexion théorique et clinique sur cette notion.

Il s'agira dans un premier temps de définir les différents traumatismes dont on peut être victime, puis de présenter rapidement le TSTP afin de comprendre pourquoi ce diagnostic que l'on retrouve dans les nomenclatures officielles ne peut s'appliquer au trauma complexe, pour enfin exposer différentes définitions proposées jusqu'alors.

## 1. Les différents types de traumatismes

### a) *Traumatisme de type I, II, III et IV*

**Traumatisme de type I :** un événement traumatique unique présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif. (27)

Exemples : une agression, un incendie, une catastrophe naturelle.

**Traumatisme de type II :** lorsque l'événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif.

Exemples : la violence intra-familiale, la violence politique, les faits de guerre, les abus sexuels, etc.

Un traumatisme de type II commence par un traumatisme de type I qui, du fait de sa répétition ou sa menace de répétition, pousse l'individu à s'adapter progressivement de manière de plus en plus pathologique.

Le traumatisme de type II est à différencier de la situation dans laquelle une personne subit de manière répétée différents événements, indépendants les uns des autres, pouvant être chacun à l'origine d'un traumatisme de type I. (27)

**Traumatisme de type III :** événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif.

Exemples : les camps de prisonniers de guerre et de concentration, la torture, l'exploitation sexuelle forcée, la violence et les abus sexuels intra-familiaux, etc. (29)

**Traumatisme de type IV** : traumatismes en cours, qui se poursuivent dans le présent.

Exemples : une équipe confrontée au kidnapping ou à la prise d'otage, en cours, d'un des leurs (humanitaires, journalistes, etc.), les faits de guerre, les épidémies mortelles (choléra, SARS, etc.), la famine. (30)

*b) Traumatisme simple et traumatisme complexe*

Le traumatisme **simple** correspond à la survenue d'un événement unique et peut être assimilé à la définition du traumatisme de type I. Le traumatisme simple se différencie ainsi d'un traumatisme résultant d'une victimisation chronique d'une personne, durant une situation prolongée, avec incapacité de fuir, sous le contrôle de l'auteur des actes. Par opposition au traumatisme simple, on nommera ce traumatisme comme **complexe** et l'on pourra rapprocher cette notion du traumatisme de type III. (31)

**Réflexion d'une interne en psychiatrie au sujet du concept de trauma simple, à partir d'une situation vécue :**

Un soir alors que je suis de garde, un père se présente avec son fils de 10 ans à l'accueil de urgences psychiatriques. Cet enfant, sans aucun antécédent ni psychiatrique ni somatique, aux excellents résultats scolaires jusqu'alors, présente du jour au lendemain des troubles du sommeil générant beaucoup de fatigue, une anxiété massive, des troubles de la concentration avec impact sur son comportement en classe, une hypervigilance, des comportements d'évitement, ainsi que des douleurs abdominales. Le plafond d'une partie de leur logement s'était effondré un peu plus d'un mois auparavant, alors que toute la famille était présente au domicile. L'incident, par chance, n'avait pas fait de blessé, physique tout du moins...

Déjà plongée dans la rédaction de ma thèse à cette période-là, j'explique au jeune patient et à son père qu'il s'agit d'un état de stress post-traumatique, un trauma que l'on peut qualifier de « simple ». Au moment où je prononce ce terme, je ressens un profond malaise, le père me fixant, stupéfait, ou peut-être même choqué par le terme employé. En effet, qu'y avait-il de simple dans cette situation où ce jeune garçon ne fermait plus l'œil depuis plusieurs semaines et était manifestement incapable de fixer son attention sur les mots de son institutrice, préférant scruter le plafond, de peur que celui-ci ne s'effondre soudainement ?

Après de longues minutes d'explication et de définitions, j'ai pu regagner l'attention du père. Mais cette situation me fait désormais exclure l'utilisation du terme « trauma simple » du vocabulaire employé auprès des patient·e·s.

Le trauma simple n'a de simple que son identification, et pas son vécu, ce qui peut être source de mauvaise interprétation par les patient·e·s ! Il s'agit d'ailleurs d'un abus de langage, couramment utilisé par les professionnels de santé, mais qui n'apparaît dans aucune classification. Peut-être le terme de « trauma aigu » serait-il plus adapté ?

c) *Traumatisme direct et indirect*

Un traumatisme peut également être classé en direct ou indirect, selon le positionnement de l'individu par rapport à l'événement vécu (32) :

**Traumatisme direct** : confrontation directe au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. La victime peut être sujet, auteur/acteur (que ce soit volontaire ou non) ou témoin de l'événement traumatique.

**Traumatisme indirect** : situation dans laquelle la rencontre avec une personne traumatisée constitue en elle-même l'événement traumatique. On parle de traumatisme vicariant ou de traumatisme secondaire.

Exemples : les hôtes, famille et amis, recueillant des personnes affectées par la guerre sévissant dans une autre région du pays, les enfants réintégrant la cellule familiale après que leurs parents aient subi des événements traumatogènes, etc.

## 2. Définition du TSPT

Afin de comprendre le concept de TSPT-C, il est indispensable de définir dans un premier temps le TSPT, dont la notion de psychotraumatisme complexe émane autant qu'elle s'en éloigne. Le trouble de stress post-traumatique présente l'avantage d'avoir depuis plusieurs années déjà sa propre définition, à la fois dans la CIM (Classification Internationale des Maladies, publiée par l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé) actuelle et dans le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ouvrage de référence de l'American Psychiatric Association ou APA), mais aussi l'inconvénient de présenter une version restreinte du trauma et d'omettre certains éléments primordiaux pour évaluer le retentissement psychique (stade de

développement de l'individu, durée du temps traumatique, ou encore la relation entre la victime et l'auteur etc.).

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans, les critères diagnostiques issus du DSM-5 sont les suivants (33) :

Figure 2. Critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5

<b>Trouble stress post-traumatique</b>	
Critères diagnostiques	<b>309.81 (F43.10)</b>
<b>Trouble stress post-traumatique</b>	
<b>N.B.</b> : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.	
<b>A.</b> Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.</li> <li>2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.</li> <li>3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.</li> <li>4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).</li> </ol>	
<b>N.B.</b> : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.	
<b>B.</b> Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. <b>N.B.</b> : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.</li> <li>2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. <b>N.B.</b> : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.</li> <li>3. Réactions dissociatives (p. ex. <i>flashbacks</i> [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) <b>N.B.</b> : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.</li> <li>4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.</li> </ol>	

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
  2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
  2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
  3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
  4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
  5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
  6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
  7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  2. Comportement involéchi ou autodestructeur.
  3. Hypervigilance.
  4. Réaction de sursaut exagérée.
  5. Problèmes de concentration.
  6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

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

1. **Dépersonnalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

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

Spécifier si :

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

Dans la CIM-11, qui est entrée en application au 1<sup>er</sup> janvier 2022, nous retrouvons la définition suivante (**6B40 Trouble de stress posttraumatique**) (34) :

*Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Elle se caractérise par toutes les caractéristiques suivantes :*

- 1) *revivre l'événement ou les événements traumatisants dans le présent sous la forme de souvenirs intrusifs, de flashbacks ou de cauchemars. Elles s'accompagnent généralement d'émotions fortes ou accablantes, en particulier la peur ou l'horreur, et de sensations physiques fortes ;*
- 2) *l'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement des activités, des situations ou des personnes rappelant l'événement ou les événements ;*
- 3) *des perceptions persistantes de menace actuelle accrue, par exemple par hypervigilance ou une réaction accrue à un stimulus tel que le bruit imprévu. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles importants sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.*

Les termes employés pour la formulation de ce diagnostic ont chacun leur importance et les mots « stress » et « traumatique » méritent d'être explicités :

- Stress : ce mot d'origine anglaise fait référence à un mécanisme biologique, ceci pour s'opposer à la vision psychanalytique qui aurait employé le terme de névrose. Initialement, c'est en métallurgie qu'on parle de stress, ce sont les métaux qui subissent différents stress par pression, étirement ou torsion. Par la suite, le terme est employé pour évoquer la régulation hormonale chez les animaux, puis en 1945, il est transposé aux pathologies psychiatriques de guerre. C'est un physiologiste, Seyle, qui en 1950 transpose ce terme à ce qu'il appelait depuis 1936 « le syndrome général d'adaptation », qui répond à un mécanisme bio-neuro-physiologique. Le stress désigne donc une réaction de l'organisme, en réponse à un événement de l'environnement extérieur, que Seyle dénomme stresser. De nos jours, le mot stress est pourtant souvent, et à tort, utilisé indifféremment pour la réaction interne ou le déclencheur externe. (35)

Le stress peut ainsi être défini comme une réaction « biologique, physiologique et psychologique, d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée ». (13)

- Traumatique : l'étymologie du terme traumatisme provient du mot grec *trauma* qui a pour signification « blessure ». Initialement utilisé en chirurgie dans le sens d'une « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion », il peut être adapté et appliqué à la psychiatrie en y apportant la précision de l'origine du traumatisme : « traumatisme psychique », qui par

transposition se définit alors par la « transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme et y provoquant des perturbations psychopathologiques ». Le traumatisme psychique ou *trauma* peut ainsi être défini de la manière suivante : phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. (36)

Le stress et le trauma se différencie donc par leurs mécanismes, bio-neuro-physiologique pour le premier et psychologique pour le second, tout en étant intriqué, sans de lien de proportionnalité entre les 2. Si on pourrait s'attendre à ce qu'un stress adapté n'entraîne pas de trauma et qu'inversement un stress dépassé soit à l'origine d'un psychotrauma, il n'est pas rare d'observer des évolutions inattendues, non dépendantes de l'état de stress initial.

### 3. Limite de la définition du TSPT dans le cas du trauma complexe

L'apparition du TSPT dans la CIM et le DSM était il y a quelques années une véritable évolution dans la reconnaissance du concept du traumatisme. Longtemps considéré comme conséquence d'une fragilité génétique ou psychique, le psychotraumatisme se distinguait désormais des autres troubles psychiques par le fait que sa cause fait partie intégrante des critères de diagnostiques. Ainsi, le TSPT est le seul trouble psychiatrique, avec le TSPT-C désormais, qui nécessite d'avoir au préalable mis en évidence une cause pouvant expliquer la symptomatologie observée. Si cela constitue une véritable avancée pour le concept de psychotrauma, les psychiatres et experts en trauma tels Judith Lewis Herman, Lenore Terr et Bessel van der Kolk furent, comme

déjà évoqué précédemment, rapidement mis en difficultés par une définition, utile mais incomplète et trop restreinte, pour englober toutes les variétés de traumatismes, ainsi toute la variété de symptômes qui en découlent. Il s'agit là des deux limites principales de cette définition.

En effet, la définition du TSPT telle qu'on la retrouve dans le DSM décrit le traumatisme comme une situation où la menace ne concerne uniquement l'intégrité physique de la personne :

« *Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles (...)* », et ne fait pas état des menaces, du harcèlement psychique ou encore des négligences de la part de la figure d'attachement d'un enfant par exemple, qui elles menacent l'intégrité psychique. L'élargissement de la définition du trauma a ainsi été proposé et certains auteurs suggèrent de considérer comme traumatique un événement s'il (37) (38) :

« - *est vécu comme étant bouleversant, dépassant ou submergeant les capacités développementales d'une personne à composer avec cette expérience ;*

- *porte atteinte à son intégrité physique ou psychologique ;*
- *produit des symptômes psychologiques qui perdurent dans le temps. »*

Une autre limite de la définition du TSPT provient du fait qu'elle nécessite l'identification d'un événement, au singulier. Or certains événements sont amenés à se répéter et c'est la répétition de ceux-ci qui conduira au traumatisme. Se contenter de l'événement le plus significatif, c'est minimiser les difficultés du quotidien de la victime, c'est omettre toute la symptomatologie liée à la répétition et négliger le climat anxigène dans lequel évolue le patient·e.

La notion de répétition est importante dans le diagnostic de trauma complexe, mais la chronicité nécessite également d'y figurer. Lorsque l'on parle de traumatisme de manière générale, on est rapidement amené à comparer le « avant/après » de manière à comprendre quelles sont les conséquences au quotidien, qu'est-ce qui n'est plus comme avant. Cela sous-entend qu'il y ait un avant. Or, il existe des situations dans lesquelles, un enfant généralement, n'a jamais rien connu d'autre que la situation dans laquelle il grandit, se développe et se construit. Le critère B « *Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes (...) et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause (...)* » ne peut donc être systématiquement présent.

La répétition et la chronicité sont deux éléments d'autant plus importants qu'ils sont en relation étroite avec le contexte de séquestration de l'agression, notion à aborder au sens large du terme, comme une impossibilité de se soustraire à l'agresseur, conduisant à une situation de dépendance de la victime face à son agresseur.

Une notion dont la prise en compte paraît indispensable est la période à laquelle se déroule les traumas. Même si ce n'est pas une condition nécessaire pour qualifier un trauma de « complexe », l'aborder dans une perspective développementale permet une meilleure appréhension de la symptomatologie présentée, chez l'enfant comme chez l'adulte. C'est pour cela que Lenore Terr et Judith Herman ont suggéré le trauma dans une perspective développementale.

Enfin la définition du TSPT rend insuffisamment compte des difficultés de la personne traumatisée et des conséquences du trauma sur le quotidien, tant au niveau des relations interpersonnelles que du rapport au soi.

#### 4. Discussion autour des critères diagnostiques du trauma complexe

Depuis les années 1990, psychiatres, experts, chercheurs, ont tour à tour été sollicités afin de proposer une définition du trauma complexe, nécessitant d'être explicite et d'apporter au TSPT les éléments manquants (notion de répétition, âge de survenue, mécanisme neurodéveloppemental, clinique).

Plusieurs tentatives de définitions ont été suggérées et se sont succédées, sans pour autant que l'une d'entre elles ne fasse consensus. Dans son livre « Trauma and Recovery », Judith Herman propose dès 1992 l'extension du PTSD avec l'appellation C-PTSD (C pour Complex) ou en français l' « état de stress post-traumatique complexe ». (26)

Figure 3. Critères du C-PTSD ou TSPT-C selon Herman

<b>C-PTSD (Herman 1992)</b>	
<b>I. Altérations de la régulation des affects :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Dysphorie persistante</li> <li>B. Préoccupation suicidaire chronique</li> <li>C. Blessures infligées à soi-même</li> <li>D. Colère extrêmement inhibée ou au contraire explosive (peut alterner)</li> <li>E. Sexualité extrêmement inhibée ou au contraire compulsive (peut alterner)</li> </ul>
<b>II. Altérations de la conscience</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Amnésie ou hypermnésie pour les événements traumatiques</li> <li>B. Épisodes dissociatifs transitoires</li> <li>C. Dépersonnalisation/ déréalisation</li> <li>D. Revivre des expériences, soit sous la forme de symptômes du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), soit sous la forme de ruminations</li> </ul>
<b>III. Altérations dans la perception de soi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Sentiment d'impuissance ou paralysie de l'initiative</li> <li>B. Honte, culpabilité et auto-accusation</li> <li>C. Sentiment d'être sali ou d'être marqué</li> <li>D. Sentiment d'être complètement différent des autres (peut inclure : sentiment d'être spécial, solitude complète, conviction qu'aucune autre personne ne peut comprendre, ou sentiment d'identité non-humaine)</li> </ul>
<b>IV. Altérations dans la perception de l'agresseur :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Préoccupation par la relation avec l'agresseur (incluant les préoccupations de vengeance)</li> <li>B. Attribution irréaliste d'une puissance totale à l'agresseur (attention : l'évaluation de la victime des réalités de la puissance peut être plus réaliste que celle du clinicien)</li> <li>C. Idéalisation ou gratitude paradoxale</li> <li>D. Sentiment de relation spéciale ou surnaturelle</li> <li>E. Acceptation du système de pensée ou des rationalisations de l'agresseur</li> </ul>
<b>V. Altérations dans les relations avec les autres :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Isolement et retrait</li> <li>B. Rupture dans les relations intimes</li> <li>C. Recherche répétée d'un sauveur (peut alterner avec isolement et retrait)</li> <li>D. Méfiance persistante</li> <li>E. Échecs répétés dans la protection de soi</li> </ul>
<b>VI. Altérations dans les systèmes de signification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Perte de la croyance réconfortante en la loyauté</li> <li>B. Sentiment de désespoir</li> </ul>

Puis le DESNOS (Disorders of Extreme Stress, No Otherwise Specified), traduit en français par « troubles de stress extrême non spécifié » a été proposé mais non retenu, ni par le DSM-IV ni par le DSM-5, pour la raison que ce diagnostic était insuffisamment défini et circonscrit. (39). La définition que l'on retrouve est la suivante : « *trouble de l'âge adulte qui se caractérise par un déficit chronique de capacités du sujet à intégrer des expériences et à réguler ses affects en raison de traumatismes répétés,*

*notamment lorsque ceux-ci ont été vécus dans l'enfance (maltraitance, agressions sexuelles mais aussi tortures). Outre la répétition des expériences traumatiques, ce trouble est en grande partie dû à l'immaturité du cerveau de l'enfant au moment des expériences : l'absence ou l'incapacité des parents à fonctionner en tant que protecteurs ainsi que les pratiques de maltraitance physique et psychologique contribueraient à la genèse de ce syndrome. » (40)*

Figure 4. Critères DESNOS

<p>1. Effacement de la mémoire des événements (Gâche 1 et 2, critère unique D et F requis)</p> <p>A. Régulation des affects</p> <p>B. Mémoire de la colère</p> <p>C. Anxiété</p> <p>D. Difficultés à moduler l'engagement social</p> <p>E. Difficultés à moduler l'engagement social</p> <p>F. Types de risque excessives</p>
<p>2. Révélations de l'effacement de la mémoire (Gâche 1 et 2, critère unique D et F requis)</p> <p>A. Anxiété</p> <p>B. Episodes ultérieurs de tentatives et déperdition</p>
<p>3. Révélations dans le processus de la (Gâche 1 et 2, critère unique D et F requis)</p> <p>A. Tentative de régression</p> <p>B. Tentative de régression</p> <p>C. Capacité et responsabilité</p> <p>D. Honte</p> <p>E. Réponse au pourcentage de</p> <p>F. Anxiété</p>
<p>4. Révélations dans les réactions aux événements (Gâche 1 et 2, critère unique D et F requis)</p> <p>A. Incapacité à faire confiance</p> <p>B. Réaction</p> <p>C. Réaction de la nuit</p>
<p>5. Symptômes (Gâche 1 et 2, critère unique D et F requis)</p> <p>A. Système digestif</p> <p>B. Système digestif</p> <p>C. Système digestif</p> <p>D. Symptômes du système digestif</p> <p>E. Symptômes du système digestif</p>
<p>6. Révélations du système de traitement (Gâche 1 et 2, critère unique D et F requis)</p> <p>A. Révélations</p> <p>B. Révélations</p>

Contrairement à la CIM-11 et au DSM-5, on constate pour ces 2 définitions que la symptomatologie y est développée de manière très précise. Les événements déclencheurs, ou plutôt devrait-on dire, le contexte déclencheur, quant à lui, n'y figure pas. Chacune de ces définitions étaient considérées comme incomplètes mais à elles deux, elles reprenaient l'ensemble de la séméiologie du traumatisme complexe.

Actuellement des questions majeures autour du psychotraumatisme complexe ne font toujours pas l'unanimité. Si la définition ne fait pas consensus, la difficulté se trouve également ailleurs puisque l'existence même de cette entité nosographique fait débat auprès de certains spécialistes. En effet, certains psychiatres considèrent le trauma

complexe comme une forme spécifique du TSPT et donc nécessitant un diagnostic de TSPT au préalable.

Finalement, c'est avec l'entrée en vigueur de la CIM-11 que le diagnostic de trauma complexe est imposé, y apparaissant comme une entité nosographique à part entière, sous le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe, appellation déjà proposée, comme évoqué auparavant, par Judith Hermann en 1992. L'OMS reconnaît ainsi la spécificité des troubles et symptômes consécutifs à des traumatismes répétés et/ou prolongés dans le temps, desquels il n'est pas possible pour le sujet de fuir. Les symptômes pathognomoniques du TSPT y sont toujours mentionnés, auxquels sont ajoutés des éléments du rapport au soi et du rapport aux autres.

La définition que l'on retrouve dans la CIM-11 est la suivante (34) :

## **CIM-11**

### **6B41 Trouble de stress posttraumatique complexe**

*Le trouble de stress posttraumatique complexe (TSPT complexe) est 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 sexuel ou maltraitance physique sur des enfants). Tous les critères de diagnostic 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 de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et 3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les*

*domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.*

Cette définition diagnostic interroge par rapport à différents points. En effet, les critères du trauma complexe sont additionnés aux critères du TSPT, cela signifierait qu'il n'y a pas de TSPT-C sans TSPT. Or, du fait de l'environnement dans lequel se développe le trauma complexe, pouvant inclure des abus, de la trahison au niveau intrafamilial et la période spécifique de vulnérabilité durant l'enfance, les symptômes principaux du TSPT (hypervigilance, évitement, reviviscences) ne sont pas présents de manière systématique dans le trauma complexe, les stratégies de défense mises en place prenant le dessus dans l'expression de la symptomatologie. De plus, cette période vulnérable de l'enfance, le contexte de la cellule familiale ne sont pas étrangers à la symptomatologie développée : le trouble neurodéveloppemental conséquence du contexte dans lequel cette population spécifique a dû grandir, évoluer et se structurer semble largement sous-développé.

Par ailleurs, les critères diagnostics ne sont que très succinctement décrits, principalement d'un point de vue syndromique. Cela rend l'utilisation de ces critères non utilisables en routine.

Enfin, les troubles de la somatisation et les troubles dissociatifs sont tout simplement absents de ce diagnostic.

Au-delà d'une définition diagnostique du trouble, un groupe de travail a choisi de se pencher sur les critères consensuels du trouble de traumatisme développemental, sans que cela ne soit reconnu comme critère diagnostic. Il s'agit d'un groupe de travail affilié au Réseau National sur le Stress Traumatique chez l'Enfant (RNSTE), dirigé par

les docteurs Bessel van der Kolk et Robert S. Pynoos (41), dont le but est de rendre compte des difficultés rencontrées chez cette population spécifique et d'identifier les présentations cliniques possibles chez les enfants et adolescents ayant été exposés à un traumatisme afin d'améliorer leur détection, l'efficacité des interventions mises en place et aussi d'aider les chercheurs à étudier la neurobiologie et neurophysiologie. En effet, la symptomatologie du trauma complexe mène bien souvent chez les populations jeunes, en plein développement et structuration, à des diagnostics multiples ou au contraire inexistant, avec pour but le contrôle du comportement, sans identification et prise en charge du problème sous-jacent.

Si ces critères semblent pertinents et significatifs pour leurs auteurs qui les ont établis après étude de la littérature, études de médecins du RNSTE, observations d'enfants soignés dans différents centres, ils nécessiteront néanmoins d'être validés sur différents points – leur prévalence, leur utilité clinique etc. - avant d'envisager d'être un jour intégrés au DSM à visée diagnostique.

Figure 5. Critères consensuels proposés pour le trouble de traumatisme développemental (Developmental Trauma Disorder ou DTD)

(42)

<p>A. L'exposition. L'enfant ou l'adolescent a subi ou assisté à des événements négatifs ou multiples ou prolongés pendant une période d'au moins un an, dont :</p> <p>A.1. Une expérience, visuelle ou directe, d'épisodes graves et réitérés de violence interpersonnelle ;</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A.2. De nettes perturbations éducatives, par suite de changements fréquents de la personne à qui il est confié ; une séparation répétée avec celle-ci ; ou une exposition à une maltraitance émotionnelle grave et persistante.

B. Dérégulation affective et physiologique. L'enfant présente une altération des compétences développementales liées à la régulation de l'excitation, exprimée par au moins deux des symptômes suivants :

B.1. Incapacité à moduler, à supporter, ou à se remettre d'états émotionnels extrêmes (comme la peur, la colère, la honte), dont des crises intenses et prolongées, ou l'immobilisation ;

B.2. Troubles de la régulation des fonctions corporelles (telles que le sommeil, l'alimentation et l'excrétion ; réactivité insuffisante ou excessive aux sons et au toucher ; désorganisation pendant les transitions routinières) ;

B.3. Conscience diminuée/dissociation des sensations, des émotions et des états du corps ;

B.4. Capacité réduite à décrire les émotions ou les états du corps.

C. Dérégulation de l'attention et du comportement. L'enfant présente une altération des compétences développementales liées à l'attention soutenue, à l'apprentissage ou à la gestion du stress, qui s'exprime par au moins trois des symptômes suivants :

C.1. Peur de la menace, ou capacité restreinte à la percevoir, confusion des signaux de sécurité et de danger ;

C.2. Perturbation de la faculté d'autoprotection, avec prise de risques extrêmes ou recherches de sensations fortes ;

C.3. Tentatives inadaptées pour se calmer (telles que le balancement et d'autres mouvements rythmés, dont la masturbation compulsive) ;

C.4. Autoagression réactionnelle habituelle (intentionnelle ou automatique)

C.5. Incapacité à amorcer ou à maintenir un comportement dirigé vers un but.

D. Dérégulation personnelle et relationnelle. L'enfant présente une altération des compétences développementales liées au sentiment d'identité et à l'engagement relationnel, s'exprimant par au moins trois des symptômes suivants :

D.1. Vive inquiétude pour la sécurité du parent ou des êtres chers (y compris inversion des rôles), ou difficulté à supporter de les retrouver après une séparation ;

D.2. Persistance d'un sentiment négatif de soi : haine de soi, sentiment d'impuissance, d'inutilité, d'inefficacité ou de déficience ;

D.3. Méfiance extrême et persistante, défiance ou manque de comportement réciproque dans les relations proches avec les adultes ou les enfants du même âge ;

D.4. Agressivité réactionnelle, physique ou verbale, envers les enfants du même âge, les parents ou d'autres adultes ;

D.5. Tentatives déplacées (immodérées ou trop familières) de créer un contact intime (comprenant, mais non limitées à, l'intimité sexuelle ou physique), ou confiance excessive dans la capacité des autres – adultes ou enfants – à le protéger ou à le rassurer ;

D.6. Perturbation de la capacité à réguler la stimulation empathique, se traduisant par un manque d'empathie, une intolérance ou une trop grande réactivité aux expressions des souffrance des autres.

E. Symptômes du spectre post-traumatique. L'enfant présente au moins un des symptômes des deux des trois groupes B, C et D du SSPT.

F. La perturbation (les symptômes des critères B, C, D et E du trouble du traumatisme développemental) dure au moins six mois.

G. Déficience fonctionnelle. La perturbation cause une souffrance ou un handicap cliniquement significatif dans au moins deux des domaines de fonctionnements suivants :

- Scolaire
- Familial
- Groupe des enfants du même âge
- Judiciaire
- Santé
- Professionnel (pour les jeunes qui exercent un métier, un travail bénévole, cherchent un emploi ou suivent une formation professionnelle).

## 5. Critères diagnostiques de l'International Trauma Questionnaire (ITQ) (43)

Pour pallier l'aspect peu spécifique des critères diagnostiques du TSPT-C que l'on retrouve dans la CIM-11, un outil d'évaluation spécifique du TSPT complexe, l'ITQ, a été mis au point par Cloitre et al. comme outil d'évaluation diagnostique, traduit à ce jour dans 27 langues. Ce questionnaire fait état de 18 questions divisées en deux catégories de critères, la première spécifique au trauma simple, la seconde relative au trauma complexe. L'utilisation de cet outil nécessite un premier temps où le-la patient·e décrit l'épisode qu'il juge le plus traumatisant et le date (moins de 6 mois, 6 à 12 mois, 1 à 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 20 ans, plus de 20 ans).

Le second temps est consacré à la symptomatologie présentée par le-la patient·e au cours du dernier mois ; les symptômes spécifiques au TSPT complexe, C1 à C9, sont abordés un à un et le-la patient·e évalue pour chacun d'eux le degré de perturbation de 0 (pas du tout), 1 (un petit peu), 2 (modérément), 3 (beaucoup), 4 (extrêmement).

De nombreuses études ont prouvé la validité de l'ITQ pour distinguer le TSPT complexe du TSPT simple, et ceux dans diverses populations de différentes origines. Ainsi ce questionnaire a pu progressivement s'imposer au niveau international, tant dans la littérature que dans l'utilisation pratique. (44) (45)

Les symptômes listes de P1 à P9 s'intéressent aux symptômes en lien avec le TSPT classique :

- P1. Avoir des rêves perturbants où se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience ?

- P2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se rejoue ici et maintenant ?
- P3. Eviter les ressentis qui rappellent l'expérience (par exemple, pensées, sentiments ou sensations physiques) ?
- P4. Eviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (par exemple, personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations) ?
- P5. Être en état de super-alerte, vigilance ou sur ses gardes ?
- P6. Réaction exagérée de surprise ou sursaut ?

**Au cours du dernier mois...**

- P7. Est-ce que cela a affecté vos relations et votre vie sociale ?
- P8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?
- P9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?

Les symptômes listes de C1 à C9 s'intéressent aux symptômes spécifiquement liés au TSPT complexe :

- C1. Quand je suis contrarié(e), il me faut beaucoup de temps pour me calmer
- C2. Je me sens insensible ou émotionnellement éteint(e)
- C3. Je me sens nul(le)
- C4. Je me sens sans valeur
- C5. Je me sens distant(e) ou coupe des autres

- C6. Je trouve difficile de rester émotionnellement proche des autres

**Au cours du dernier mois...**

- C7. Est-ce que cela a créé de l'inquiétude ou de la détresse concernant vos relations ou votre vie sociale ?

- C8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou capacité à travailler ?

- C9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?

Critères de TSPT :

- Le critère Revivre L'Expérience est atteint si P1 ou P2  $\geq$  2

- Le critère Evitement est atteint si P3 ou P4  $\geq$  2

- Le critère Sentiments de Menaces est atteint si P5 ou P6  $\geq$  2

- Le critère de Déficience Fonctionnelle est atteint si P7, P8, ou P9  $\geq$  2

- Les critères du TSPT sont atteints si les critères Revivre L'Expérience, Evitement, Sentiments de Menaces et Déficience Fonctionnelle sont tous atteints.

**Critères de TSPT complexe/perturbation de l'auto-organisation :**

- Le critère Régulation Emotionnelle est atteint si C1 ou C2  $\geq$  2

- Le critère Perception de soi négative est atteint si C3 ou C4  $\geq$  2

- Le critère Déficit dans les relations est atteint si C5 ou C6  $\geq$  2

- Le critère Perturbations d'Auto-Organisation est atteint si C7, C8, ou C9  $\geq$  2

Les critères du TSPT complexe sont réunis si les critères Régulation Emotionnelle, Perception de soi négative, Déficit dans les relations et perturbations d'auto-organisation sont tous atteints.

Le TSPT est diagnostiqué si les critères TSPT sont atteints et que les critères perturbation de l'auto-organisation **ne sont pas** atteints.

Le TSPT complexe est diagnostiqué si les critères TSPT sont atteints **et** que les critères perturbation de l'auto-organisation sont atteints.

La notion de trauma complexe est ainsi en constante évolution depuis désormais plus de 40 ans, sans jamais trouver de consensus entre les experts sur le sujet et les institutions de santé et psychiatrie.

Voici un schéma récapitulatif de l'évolution du trauma complexe et ses éléments diagnostiques au cours du temps :



### C. Trauma et trouble de la personnalité borderline, une relation complexe

Depuis l'émergence de la notion de trauma complexe dans les années 1980, différentes positions ont été adoptées par les psychiatres sensibilisés par le sujet. Pour certains, le trauma complexe n'existe pas en tant que tel et n'est autre qu'un trouble borderline, tandis que pour d'autres, il s'agit d'un sous-type bien spécifique du trouble borderline, ou bien même d'une comorbidité, des événements d'adversité durant l'enfance pouvant également être retrouvés dans ce trouble de la personnalité. Enfin, pour une dernière catégorie de psychiatres, le trauma complexe est une entité à part entière, indépendante de tout trouble de la personnalité, et ce d'autant qu'il possède désormais sa propre définition dans la CIM-11. Celle-ci aurait pu mettre fin au débat, si seulement ses critères diagnostics n'avaient pas été aussi vagues et proches de ceux du trouble borderline...

En effet, la définition faite du trouble borderline, ou état limite, dans la CIM-11 est la suivante :

*« ...individus dont le schéma de troubles de la personnalité se caractérise par un schéma persistant d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et l'affect, et d'impulsivité marquée, visible à bon nombre des signes suivants: des efforts frénétiques pour éviter un abandon réel ou imaginaire ; un schéma de relations interpersonnelles instables et intenses ; un trouble de l'identité, manifesté par une image ou une sensation de soi clairement et systématiquement instable ; une tendance à agir trop rapidement dans des états d'affect très négatif, entraînant des comportements potentiellement autodestructeurs ; des épisodes récurrents de préjudice auto-infligé ; une instabilité émotionnelle due à une réactivité marquée de l'humeur ; des sentiments chroniques de vide ; une colère intense inappropriée ou une*

*difficulté à contrôler sa colère ; des symptômes dissociatifs transitoires ou des caractéristiques de type psychotique dans des situations de forte excitation affective ».*

Si l'on compare cette définition à celle du TSPT-C présentée dans le paragraphe III.B.4, la principale différence avec le trouble borderline se trouve dans la mention « ...d'une exposition à un événement ou à une série d'événements... ». Mais cet argument est bien entendu insuffisant pour différencier un diagnostic de l'autre, les patient·e·s porteurs d'un trouble personnalité de type B étant très nombreux à avoir dû faire face à des événements d'adversité durant l'enfance !

Plusieurs publications récentes traitent des similitudes et différences des diagnostics de trauma complexe et trouble borderline, allant dans le sens d'une distinction des 2 diagnostics mais d'un chevauchement des symptômes, nécessitant des études supplémentaires afin de distinguer plus aisément chaque entité, pouvant être des comorbidités ou dans la continuité l'un de l'autre. (46) (47) (48) (49)

Certaines études vont plus loin dans la distinction des 2 diagnostics. Une analyse en classe latente de M. Cloitre en 2014, paru dans l'European Journal of Psychotraumatology, concluait déjà à une différence majeure au niveau de la symptomatologie. L'évaluation de chacun des symptômes du trouble borderline et sa « puissance » en tant que marqueur de l'appartenance au trouble borderline par rapport au TSPT-C était calculé à l'aide du risque relatif RR. Ainsi, il a pu être mis en évidence 4 symptômes qui augmentaient considérablement les chances d'être dans le trouble borderline plutôt que dans le TSPT-C. Ces symptômes sont les suivants (50) (51) :

- Efforts frénétiques pour éviter l'abandon,
- Sentiment de soi instable,

- Relations interpersonnelles instables et intenses,
- Impulsivité.

Une autre étude plus récente, également parue dans l'European Journal of Psychotraumatology, s'appuyant quant à elle sur un modèle dimensionnel, reconnaît la structure commune des 2 troubles tout en mettant en avant l'expression différente de mêmes symptômes. Un symptôme permet particulièrement de distinguer les 2 diagnostics : l'altération du sentiment de soi. Une vision négative fixe de soi était la caractéristique la plus distinctive du TSPT-C tandis que la fluctuation de la perception du soi était la caractéristique la plus distinctive du trouble de la personnalité. De plus, l'engourdissement émotionnel et l'évitement des relations distinguait particulièrement le TSPT-C. (52)

Rappelons que, pour le trauma complexe ou le trouble de la personnalité borderline, tous deux peuvent être diagnostiqués à l'aide d'outils psychométriques spécifiques et reconnus, respectivement l'ITQ et le BPQ (Borderline Personality Questionnaire). (53)

Afin de répondre à la question « un seul et unique diagnostic, ou deux diagnostics distincts ? » il pourrait également être intéressant de réaliser une étude où des patient·e·s ayant un diagnostic borderline répondraient au questionnaire ITQ et vice et versa, les patient·e·s au diagnostic de trauma complexe répondraient au questionnaire BPQ afin de savoir s'il y a recouvrement ou non entre les deux diagnostics. Nous pourrions nous attendre à avoir 3 types de patient·e·s : les patient·e·s présentant un trauma complexe, les patient·e·s présentant un trouble borderline, et enfin une catégorie de patient·e·s présentant les 2 troubles à la fois.

Pour résumé, et en s'appuyant sur un modèle dimensionnel, nous pouvons proposer le tableau suivant comme aide au diagnostic du trouble. (54) (55)

Tableau 1. Distinction TSPT-C/Trouble de la personnalité borderline

<b>Stress post-traumatique complexe</b>	<b>Personnalité borderline</b>
Une hypervigilance orientée vers le risque de violences et le danger d'être blessé	Une hypervigilance axée sur le risque d'être abandonné, humilié ou rejeté
Image de soi principalement négative	Image de soi oscillante
Difficultés à initier de nouvelles relations	Tendance à considérer le moindre échange comme indice d'une relation forte
Difficulté à entretenir les relations dont le vécu est majoritairement négatif, tendance à rompre	Oscillation entre idéalisation et dénigrement
L'idéation suicidaire s'accompagne beaucoup moins de passage à l'acte	L'idéation suicidaire s'accompagne beaucoup plus de tentatives de suicide et d'automutilation (tentatives d'autorégulation)

Si cette distinction paraît aujourd'hui importante, c'est qu'elle permettra d'une part de répondre à la demande d'une population de patient·e·s dont un diagnostic d'état limite a été fait, mais dont le quotidien dépasse les cases de ce trouble, mais aussi et surtout une amélioration de la prise en charge de la symptomatologie, spécifique au TSPT-C. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que ces 2 troubles peuvent émerger dans des contextes de facteurs de risques communs, mais aussi, et qu'ils sont un risque mutuel l'un pour l'autre.

#### D. Epidémiologie

Rares sont dans la littérature les publications et les chiffres précis retrouvés quant à la prévalence de TSPT-C, ou même de manière plus large, du TSPT dans la population générale. Les publications sont plus nombreuses dès lors qu'il s'agit d'une population spécifique, par exemples les militaires engagés en Afghanistan ou en Irak. (56)

Cette faille épidémiologique peut s'expliquer par l'apparition récente de la définition du TSPT-C dans la CIM-11 mais aussi par un sous-diagnostic massif de ces troubles. Le·la patient·e lui·elle-même pour différentes raisons ne consulte pas de manière systématique : parce que les troubles rencontrés remontent à l'enfance et qu'il a toujours « fait avec », par doute de l'aide que le médecin peut lui apporter, par l'absence de lien réalisé entre les différents symptômes et l'événement traumatisant, ou voire par peur de la stigmatisation. De son côté, le médecin peut lui-même passer à côté du diagnostic par méconnaissance de celui-ci, d'autant plus vrai pour le diagnostic de TSPT-C, et/ou par méconnaissance des outils pour le diagnostiquer, et bien souvent par la non-possession de certains éléments lui permettant de faire le lien entre symptômes, histoire de vie et troubles.

La reconnaissance du TSPT et TSPT-C, l'entrée du trauma complexe dans la CIM-11, l'existence de questionnaires tel l'ITQ, et malheureusement la médiatisation auprès du grand public du stress post-traumatique dans les suites des attentats ayant frappés la France ces dernières années, permettent d'espérer un meilleur repérage de ces troubles et laissent envisager un accroissement des publications sur ces sujets et notamment en termes de chiffre et d'épidémiologie.

Une des premières publications sur le sujet date de 2020, réalisée au Danemark, dans une population de patient·e·s adultes suivis en psychiatrie ambulatoire. L'étude conclut

à une prévalence élevée des TSPT et TSPT-C, diagnostiqués à l'aide de la CIM-11, respectivement de 8 et 36%. (57)

Une étude de 2022 retrouve également une prévalence plus élevée du TSPT-C (3,4%) par rapport au TSPT (1,5%), cette fois-ci dans une population de jeunes patient·e·s âgées de 11 à 19 ans. (58)

Se basant sur la définition du trauma complexe telle qu'on la retrouve dans la CIM-11, une publication de 2021 estime la prévalence du TSPT-C au sein de la population adulte ne bénéficiant pas de traitement en psychiatrie comprise entre 0,5 et 7,7% (49), tandis qu'elle avoisinerait les 36% chez les patient·e·s suivis en psychiatrie. (57)

Des données plus aisément accessibles sont celles des chiffres sur la maltraitance infantile. Depuis 2006 seulement, l'OMS reconnaît comme problème de santé publique majeur la maltraitance infantile, au même titre que d'autres pathologies chroniques. En 2014, 1% à 5% des enfants des pays développés étaient alors concernés par l'un des différents types de maltraitance. (59)

Des données plus récentes mettent en évidence des chiffres accrus : la maltraitance physique concernerait dans les pays développés 4 à 16% des enfants âgés de moins de 18 ans (60). Néanmoins, la sensibilisation et l'amélioration du diagnostic de maltraitance limite la portée de la comparaison et de l'étude de l'évolution de ces chiffres.

En 2017, l'Association l'Enfant Bleu, qui agit depuis près de 30 ans auprès des enfants victimes de maltraitances, rapportait des chiffres encore plus élevés. L'enquête consistait à interroger des Français sur leur propre vécu de leur enfance. Les chiffres rapportés étaient les suivants (61) :

- 16% de ces victimes auto-déclarées témoignent d'une maltraitance de nature sexuelle (principalement en des attouchements surtout vécus par des jeunes filles)
- 8% font état d'une maltraitance psychologique (menaces, insultes, humiliations)
- 5% de violences régulières (coups)
- 3% de négligence répétée (soins, hygiène).

De même, les violences faites aux femmes ont été chiffrées et selon le site Santé Publique France, au sein de l'Union Européenne, une femme sur 5 a été victime de violences physiques et/ou sexuelle et presque une sur 2 a été victime de violences psychologiques. Ces violences sont commises pour 38,6% des homicides de femmes et 6,3% des homicides d'hommes par le partenaire d'après une étude de l'OMS.

Autant de chiffres qui ne conduisent pas de manière systématique à un diagnostic de TSPT-C, mais qui sont pourvoyeurs à fréquence élevée de ce trouble.

## IV. Etude qualitative Trauma'Prisme

### A. Introduction et contexte scientifique

Malgré les difficultés à s'accorder sur la définition du TSPT-C (Trouble de Stress Post Traumatique Complexe) (62) (42) (63), il est désormais reconnu, comme nous avons pu le voir dans la partie précédente, que les événements traumatiques répétés et prolongés, et plus particulièrement ceux vécus durant la période de développement de l'enfant, sont fortement pourvoyeurs de TSPT-C (64). L'intégration du TSPT-C dans la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies – 11<sup>e</sup> révision) et la création de l'ITQ (International Trauma Questionnaire) facilitent son diagnostic. Lorsque le-la patient·e reçoit ce diagnostic, la route aura généralement été longue et accidentée. Plusieurs diagnostics auront parfois été posés : trouble de la personnalité (65), TSPT (Trouble de Stress Post-Traumatique), ou parfois même psychose pour les patient·e·s ayant des symptômes dissociatifs intenses. Il existe des situations de co-diagnostic, notamment avec le trouble de personnalité borderline, où les traumatismes répétés dans l'enfance sont fréquents (66). Le chemin ne s'arrête pas là pour le-la patient·e, il lui faut désormais pouvoir accéder à une prise en charge adaptée. C'est dans ce cadre-ci qu'ont récemment été créés (en 2018) les CRP (Centre Régionaux du Psychotraumatisme) (67), centres ayant pour vocation d'orienter au mieux les patient·e·s et de proposer des consultations spécialisées de prise en charge du psychotraumatisme, que celui-ci soit qualifié de simple ou de complexe. Dans la continuité de l'amélioration de la prise en charge, les recommandations ont été revues et publiées en 2019 par l'ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) (68), mettant en avant de nouvelles données de prévention et de traitement du TSPT-

C. Ainsi, le cadre médical et psychiatrique du TSPT-C s'est affiné et précisé au fil de ces dernières années, promettant désormais au·à la patient·e un parcours médical plus aisé.

Néanmoins, le vécu du·de la patient·e, principal·e acteur·rice de sa prise en charge, n'a pas fait – à notre connaissance - l'objet de publications jusqu'à l'heure actuelle. Nous retrouvons dans la littérature de nombreux témoignages, articles, livres écrits, rapportés par des patient·e·s ayant un diagnostic de trouble de la personnalité par exemple (69). Nous retrouvons également ces témoignages concernant les TSPT, notamment avec la prise en charge de soldats, au retour de missions, voire des années plus tard. Si de tels ouvrages, témoignages existent concernant des traumatismes répétés (violences intrafamiliales, inceste, etc.) (70), la question du trauma complexe n'y est pas toujours abordée, et un abord qualitatif précisant le vécu de ces patients concernant leur trouble et leur parcours de soin viendrait apporter un nouveau point de vue.

C'est pourquoi, afin d'améliorer l'aide apportée aux patient·e·s dans leur parcours de soins, nous souhaiterions leur donner la parole à travers cette étude, afin de mieux appréhender les difficultés endurées, notamment en ce qui concerne l'errance diagnostique et thérapeutique.

L'errance diagnostique n'est pas l'apanage des maladies rares, bien que les définitions retrouvées dans la littérature fassent souvent allusion à celles-ci. L'errance diagnostique se définit comme la période allant de l'apparition des premiers symptômes à la date à laquelle un diagnostic précis est posé (71), et concerne certaines pathologies psychiatriques tel le trouble bipolaire, pathologie fréquente qui touche entre 1 et 2,5% de la population, soit entre 650000 et 1650000 personnes en

France (72). La durée entre le premier épisode et le diagnostic correct du trouble associé à l'introduction d'un traitement thymorégulateur a été estimée à environ 8 à 10 ans dans différentes cohortes de patients atteints de troubles bipolaires (73). L'errance diagnostique semble également être un obstacle majeur de la prise en charge du trauma complexe. De plus, l'errance ne s'arrête pas une fois le diagnostic établi, l'errance thérapeutique peut faire suite, avec un tâtonnement au niveau pharmacologique.

Améliorer la compréhension de cette errance, le vécu du·de la patient·e de cette période souvent longue et chaotique, déceler l'origine du retard diagnostique et identifier l'élément qui aura finalement permis de poser le diagnostic sont des éléments indispensables à l'amélioration de l'orientation du·de la patient·e face à ses symptômes. Passée cette première étape, le psychiatre cherchera à améliorer les troubles les plus bruyants de son point de vue. Mais les attentes du médecin sont-elles conformes aux attentes du·de la patient·e ? Il existe à ce jour peu de références mettant en évidence l'objectif de soin du·de la patient·e, ou de descriptions de situations dans lesquelles le·la patient·e s'est retrouvé·e fortement impacté·e par son trouble (12). Enfin, si au niveau médical, la reconnaissance, l'acceptation et le diagnostic du trauma complexe dans les référentiels furent à l'origine de nombreuses publications, il paraît légitime de s'interroger sur ce que le·la patient·e, premier·ère concerné·e, en a lui-même comme représentation.

Une méthodologie utile au recueil de thématiques, d'opinions ou de vécus des sujets est celle de la recherche qualitative. « Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (74)

A la différence des études quantitatives, qui ont pour objectif de mesurer et quantifier ce qui se déroule dans un milieu expérimental, les études qualitatives ont pour objectif d'éclairer des comportements et des représentations dans les circonstances réelles.

Nous avons ainsi interrogé des patient·e·s chez lequel·le·s un diagnostic de trauma complexe a récemment été évoqué et débutant une prise en charge spécifique du trauma complexe. L'objectif de notre travail a été de mettre en évidence les thématiques d'intérêt rapportées par ces patient·e·s concernant leur parcours de soins, leurs attentes en matière de soins et leurs représentations du trauma complexe. Ce travail s'inscrit donc dans une vision « au travers du prisme du·de la patient·e », afin que celle-ci soit utile à l'amélioration de leur parcours de soin.

## B. Matériels et méthode

### 1. Description de l'étude qualitative

Nous avons adopté une méthode descriptive, non-interventionnelle, menée à l'aide d'entretiens semi-structurés individuels. Cette étude a été validée en amont et enregistrée par le Comité d'Ethique pour la Recherche (CER) UniStra sous le numéro d'accréditation suivant : UniStra/CER/2022-24. Les informations recueillies tout au long de l'étude ne sont utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Les données sont conservées par Dr Amaury Mengin et Marion Lottmann jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données.

## 2. Méthode de recrutement

Les patient·e·s ont été recrutés sur la base du volontariat lors du premier entretien au Centre Régional du Psychotraumatisme (CRP) Grand Est ou en cours de suivi au Centre Hospitalier d'Erstein (CHE) après identification d'un psychotraumatisme complexe.

L'inclusion dans l'étude a lieu une fois que le diagnostic de psychotrauma complexe a été posé, avant de débiter la prise en charge spécifique au TSPT-C.

Aucune indemnisation n'a été effectuée.

Les critères d'inclusion suivants ont été les suivants :

### **Critères d'inclusion :**

- homme ou femme ;
- âge entre 18 et 65 ans ;
- avoir été exposé à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles ;
- avoir eu un diagnostic de TSPT-C (selon la CIM-11) incluant les critères suivants : reviviscence, évitement et hypervigilance, altérations de la conscience de soi, de la régulation émotionnelle et des relations interpersonnelles,

### **Critères de non-inclusion :**

- un diagnostic de schizophrénie, de trouble bipolaire, de retard mental ou de psychopathologie sévère nécessitant une prise en charge immédiate ;

- une(des) tentative(s) de suicidant ayant engagé le pronostic vital au cours des deux derniers mois ;
- des conditions médicales contre-indiquant l'échange concernant un traumatisme non intégré (par exemple, grossesse) ;
- une situation de vie très instable (par exemple, l'itinérance).

Une automutilation continue, des tendances suicidaires ou des comportements à haut risque ne sont pas des critères d'exclusion car ils sont des symptômes fréquents dans le psychotraumatisme complexe.

Les patient·e·s correspondant aux critères susmentionnés se verront proposer, au cours de leur premier entretien au Centre de Psychotrauma ou durant leur hospitalisation en service de Psychiatrie au Centre Hospitalier d'Erstein, une fois le diagnostic de TSPT-C posé et avant de débiter la prise en charge spécifique, la possibilité d'être inclus à la présente étude. Les critères d'inclusion seront remplis selon les réponses données aux questionnaires (cf annexes 7 à 10), qui font partie de l'évaluation clinique habituelle au Centre Psychotrauma et complètent l'évaluation clinique et diagnostique par le psychiatre permettant d'établir ou non un diagnostic de Trouble Stress Post-traumatique Complexe. Ces questionnaires auront été réalisés avant inclusion dans l'étude, afin de poser le diagnostic de TSPT-C, critère nécessaire à l'inclusion dans cette étude. Les patient·e·s répondant aux critères d'inclusion et souhaitant participer à l'étude recevront un courriel de recrutement (annexe 2), un RDV pour la visite 1 sera fixé, correspondant à l'entretien individuel. Une notice d'information et un formulaire de consentement leurs seront remis avant cet entretien. Ce dernier a pour objectif de répondre aux 6 questions de l'enquête (cf. annexe 6 : questionnaire pour l'entretien semi-dirigé »). Un équilibre entre le nombre d'hommes

et de femmes inclus dans l'étude a été recherché afin d'avoir une représentation suffisante des traumatismes vécus, les événements traumatisants pouvant potentiellement être dépendants du sexe (par exemple, les violences conjugales touchent une plus forte proportion de femmes).

Le nombre de participants a été défini au cours de l'étude par saturation des données : celle-ci est atteinte lorsqu'il n'y a plus de nouvelles données qui émergent des entretiens avec un échantillon donné, les informations supplémentaires recueillies sont alors jugées redondantes. Cette méthode nécessite donc une analyse des données en continu et conditionne la fin de l'étude.

### 3. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques

Un questionnaire a été remis à chaque patient en amont des entretiens semi-dirigés afin de préciser certaines caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, situation familiale, catégorie socio-professionnelle), les violences vécues (période des événements traumatiques, environnement, type de violence subie), la symptomatologie (principaux symptômes, addictions, période de survenue des symptômes) et le parcours de soin (premier contact, lien symptômes/événements etc)..

Certains patients ont pu compléter avec le clinicien les adressant des questionnaires concernant leurs antécédents traumatiques (ACE, LEC-5) et leur symptomatologie actuelle (PCL-5, BSL-23, ITQ). Il s'agit de différents questionnaires utilisés en pratique clinique habituelle pour l'aide au diagnostic de TSPT complexe (annexes 7 à 10) :

- questionnaires ACE (Adverse Childhood Experiences) (75) : 10 questions binaires concernant les antécédents d'événements adverse de l'enfance ;

- questionnaire BSL-23 (Borderline Symptoms List) (76) : mesure en auto-évaluation permettant l'appréciation de l'intensité et de la fréquence de 23 symptômes du trouble borderline, qui peut constituer un diagnostic différentiel du trauma complexe ;
- questionnaire PCL-5 avec LEC-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 et Life Event Checklist for DSM-5) (77) : auto-évaluation en 20 items des symptômes de TSPT (PCL-5) associée à une exploration des événements de vie (LEC-5) ;
- questionnaire ITQ, développé en page 53.

#### 4. Contenu des entretiens

Nous nous sommes tournés vers des entretiens individuels. En effet, ceux-ci, par rapport aux entretiens de groupe, bénéficient de plusieurs avantages, ils permettent notamment :

- D'aborder plus en profondeur des sujets délicats (les événements traumatisants, les émotions ressenties etc.) ;
- Au·à la patient·e de s'exprimer avec facilité et spontanéité ;
- Une organisation plus aisée à adapter en fonction des besoins de chacun des participants ;
- L'intervention d'un unique enquêteur.

Les informations concernant l'étude ayant au préalable déjà été envoyées par courriel au participant, l'entretien débutait par un échange sur l'étude avec les éventuelles interrogations du·de la patient·e, et la signature du consentement lorsque celui-ci n'avait pas encore été rempli.

Le premier temps de l'entretien était consacré au questionnaire socio-démographique. Puis l'enregistrement de l'entretien semi-dirigé débutait ; les 6 questions posées aux patient·e·s recrutés étaient les suivantes :

1. En quelle année avez-vous consulté pour la première fois un professionnel de santé mentale ? Pour quel motif ? Quels moyens avez-vous envisagé pour vous faire soigner ?
2. Quels sont les symptômes et gênes que vous rapportez, et dont vous souhaiteriez voir l'intensité diminuer, voire disparaître ? Quel en est l'impact sur votre quotidien ?
3. Quand et comment avez-vous fait le lien entre vos symptômes et les traumatismes subis ?
4. Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre parcours de soins ?
5. Comment comprenez-vous ce qu'est le trauma complexe ?
6. A quel moment considérerez-vous que votre thérapie puisse prendre fin ? Sur quels éléments cliniques et quels changements dans votre mode de vie et de fonctionnement vous considérerez-vous comme « guéri(e) » ?

## 5. Méthodologie d'analyse

Les données socio-démographiques du « questionnaire patient·e » sont regroupées dans un tableau de caractérisation de la population étudiée. Chaque entretien oral a été enregistré par dictaphone puis retranscrit dans son intégralité.

L'analyse des données est réalisée par une analyse thématique des entretiens retranscrits. Cela correspond à l'étape de codage qui correspond à l'extraction de mots-clés ou expressions qui permettront d'identifier des nœuds de sens. Un tableau

thématique est créé, regroupant les thématiques principales dégagées de l'analyse et des sous-thématiques pertinentes. Une double cotation indépendante a été réalisée par deux investigateurs (Amaury Mengin et Marion Lottmann) afin d'augmenter la validité interne de notre étude. Cette analyse sera principalement manuelle.

Aucun logiciel n'a été utilisé.

## C. Résultats

### 1. Population

Dix patient·e·s ont été recruté·e·s, dont 7 femmes et 3 hommes. La moyenne d'âge était de 37,6 ans, avec un âge minimum de 19 ans et un âge maximum de 54 ans. La médiane est de 38,5 ans. La moitié des participant·e·s est en couple, l'autre moitié célibataire. Les profils sont variés sur le plan professionnel : salarié, indépendant, sans emploi, accident du travail, en apprentissage, étudiant. Sept d'entre eux ont connu des traumatismes répétés durant l'enfance, deux durant l'enfance et l'adolescence et l'un à l'adolescence et à l'âge adulte. Parmi les 10 participants, 9 ont connu ces traumatismes au niveau de la cellule familiale ; pour 3 d'entre eux, les traumatismes subis se sont joués en plus au-delà de la cellule familiale : au niveau scolaire, professionnel, dans les relations de couple. Pour l'une des participantes, les violences se sont passées en dehors du cercle familial, au niveau scolaire puis conjugal. Les violences subies sont psychiques pour 2 patient·e·s, psychiques et physiques pour un·e patient·e, et sexuelles +/- physiques/psychiques pour les 7 autres participants.

Les principaux symptômes gênants pour les patient·e·s sont variés et multiples : modification de la personnalité, manque de confiance en soi, difficultés dans les interactions sociales, cauchemars, amnésie, dissociation, anxiété, angoisses, peur

des hommes, sentiment d'incurabilité, TCA (Troubles des Conduites Alimentaires), addictions à l'alcool, vulnérabilité sociale (tendance à se faire manipuler, difficulté à se faire entendre etc.), ruminations, comportements obsessionnels, impression d'être constamment jugé, hypervigilance, aboulie, troubles cognitifs. L'anxiété, la dissociation, les cauchemars, l'addiction à l'alcool, les troubles cognitifs sont des symptômes redondants qui sont mentionnés par plus d'un participant. Les symptômes sont apparus dans les mois suivants les événements pour 2 participant·e·s, durant les 5 premières années suivants les événements pour 3 participant·e·s, et plus de 5 ans après les événements pour 5 participant·e·s.

Neuf participants ont au moins une comorbidité psychiatrique associée au trauma complexe ; les comorbidités rapportées sont les suivantes : dysphorie de genre, TDI (Trouble Dissociatif de l'Identité), TCA, TSPT, TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention et Hyperactivité), trouble de la personnalité, suspicion de TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme) en cours d'exploration au moment de l'entretien, trouble bipolaire. Deux patient·e·s rapportent avoir été testé·e·s HPI (Haut Potentiel Intellectuel). L'âge moyen du premier contact avec la psychiatrie est de 20,7 ans, l'âge médian est de 20 ans, le premier contact avec la psychiatrie le plus précoce s'étant fait à l'âge de 12 ans, le plus tardif à l'âge de 52 ans.

La relation entre les événements et la symptomatologie présentée s'est fait en moyenne en 2017 par les participants et en 2022 par les professionnels de santé. La moyenne de la durée de l'errance diagnostique (durée entre le 1<sup>er</sup> contact avec un professionnel de santé mentale et l'évocation du diagnostic de TSPT complexe) est de 12,6 ans avec une grande disparité au niveau des participants et une errance diagnostique qui semble évoluer en fonction de l'âge du·de la patient·e. Le diagnostic

de trauma complexe a été évoqué par le psychiatre (6 participants), le psychologue (2 participants), le médecin traitant (1 participant), le médecin du travail (1 participant).

Les scores ITQ ont été réalisés pour 5 participant·e·s.

Les caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Caractérisation de la population étudiée

	Date d'entretien	Sexe	Age	Situation familiale	Catégorie socio-professionnelle	Période des premiers événements traumatiques identifiés	Environnement des événements	Type de violence	Symptômes	Usage alcool	Usage drogue	Usage médicaments
A	09/12/2022	F	19 ans	en couple	apprentissage	durant l'enfance	cellule familiale	psychique	1. Troubles de la personnalité 2. Manque de confiance en soi 3. Difficultés dans les relations sociales	/	/	/
B	10/01/2023	F	24 ans	célibataire	étudiante	durant l'enfance	cellule familiale/ environnement scolaire et professionnel	physique psychique sexuelle	1. Cauchemars 2. Amnésie 3. Dissociation	/	/	/
C	16/02/2023	F	54 ans	célibataire	sans emploi/ indépendante	durant l'enfance	cellule familiale/ environnement professionnel	physique psychique	1. Anxiété 2. Terreur des hommes 3. Problèmes relationnels	Consommations d'alcool à visée anxiolytique, dépendance à l'alcool	/	/
D	24/02/2023	F	26 ans	en couple	sans emploi	durant l'enfance	cellule familiale/ environnement scolaire et professionnel/ lors d'une relation conjugale	physique psychique sexuelle	1. Anxiété 2. Cauchemars 3. Sentiment d'incurabilité, peur que ça recommence	/	/	/
E	07/06/2023	F	47 ans	en couple	salariée	durant l'enfance	cellule familiale	psychique sexuelle	1. Troubles du comportement alimentaire 2. Addictions 3. Vulnérabilité sociale	A visée anxiolytique	/	/
F	19/06/2023	M	46 ans	en couple	sans emploi suite à accident du travail	à l'adolescence/à l'âge adulte	cellule familiale	psychique	1. Addiction à l'alcool 2. Reviviscences 3. Ruminations	Consommations d'alcool à visée anxiolytique, dépendance à l'alcool	Cannabis à visée anxiolytique	/
G	26/06/2023	M	31 ans	célibataire	en recherche d'emploi	durant l'enfance/à l'adolescence	cellule familiale	psychique sexuelle	1. Comportements obsessionnels 2. Impression d'être observé/jugé 3. Impact sur les relations sociales et au niveau professionnel	/	/	/
H	28/06/2023	F	49 ans	en couple	indépendante	durant l'enfance	cellule familiale	physique psychique sexuelle	1. Stress permanent - hypervigilance 2. Troubles de la mémoire 3. Aboulie	/	/	/
I	27/07/2023	M	53 ans	célibataire	indépendant en accident du travail	durant l'enfance	cellule familiale	sexuelle décès	1. Troubles de la mémoire 2. Angoisses 3. Difficultés de concentration	/	/	/
J	27/07/2023	F	27 ans	célibataire	sans emploi	durant l'enfance et à l'adolescence	environnement scolaire et lors de relations conjugales	sexuelle	1. Dissociation 2. Hypervigilance 3. Cauchemars	/	/	/

Usage alcool	Usage drogue	Usage médicaments		Association du TSPT-C à d'autres diagnostics	Période d'apparition de la symptomatologie psychique	Année du 1er contact avec la psychiatrie (âge du patient)	Année de la relation faite entre symptômes et événements par le patient	Année de la relation faite entre symptômes et événements par le professionnel de santé	Nombre d'années d'errance (année de diagnostic - année 1er contact avec la psychiatrie)	Type de professionnel de santé	Adressé au Centre Psychotrauma par	Score ITQ
/	/	/	A	/	> 5 ans après événements	2019 (15 ans)	2019	2021	2 ans	MT	CMP	NR
/	/	/	B	Dysphorie de genre	> 5 ans après événements	2019 (20 ans)	2020	2020	1 an	psychologue	psychiatre	Critères TSPT: 32/36 Critères TSPT-C: 32/36 Total: 64/72
Consommations d'alcool à visée anxiolytique, dépendance à l'alcool	/	/	C	/	durant les 5 premières années après les événements	1989 (20 ans)	1993	2022	33 ans	psychiatre	MT	Critères TSPT: 29/36 Critères TSPT-C: 28/36 Total: 57/72
/	/	/	D	TDI	dans les mois suivants les événements traumatiques	2010 (13 ans)	2019	2022	12 ans	psychiatre	psychiatre	Critères TSPT: 20/36 Critères TSPT-C: 29/36 Total: 49/72
A visée anxiolytique	/	/	E	TCA	dans les mois suivants les événements traumatiques	2014 (38 ans)	2021	2022	8 ans	psychologue	psychologue/MT	NR
Consommations d'alcool à visée anxiolytique, dépendance à l'alcool	Cannabis à visée anxiolytique	/	F	TSPT TDAH	durant les 5 premières années après les événements	1997 (20 ans)	2022	2022	25 ans	psychiatre	psychiatre	NR
/	/	/	G	Troubles de la personnalité	> 5 ans après événements	2004 (12 ans)	2018	2022	19 ans	psychiatre	psychiatre	Critères TSPT: 15/36 Critères TSPT-C: 12/36 Total: 27/72
/	/	/	H	TDAH TSA en cours d'exploration	durant les 5 premières années après les événements	1999 (25 ans)	2022	2023	24 ans	psychiatre	psychiatre	NR
/	/	/	I	TSPT	> 5 ans après événements	2022 (52 ans)	2022	2023	1 an	médecin du travail	médecin du travail	NR
/	/	/	J	Trouble bipolaire TDAH	> 5 ans après événements	2018 (22 ans)	2018	2019	1 an	psychologue	psychiatre	Critères TSPT: 32/36 Critères TSPT-C: 30/36 Total: 62/72

**Abréviations :**

TDI : Trouble Dissociatif de l'Identité

TSA : Trouble du Spectre Autistique

TCA: Trouble des Conduites Alimentaires

CMP : Centre Médico-Psychologique

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

NR : Non renseigné

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention et Hyperactivité

MT : Médecin Traitant

## 2. Entretiens

Dix entretiens ont été réalisés entre le 09/12/2022 et le 27/07/2023. La durée des entretiens était comprise entre 17 minutes et 57 minutes. Un unique entretien a été nécessaire pour chacun des participants. Tous les participants ont répondu à la totalité des questions. Un participant a demandé à ce que certains éléments de l'entretien ne soient pas retranscrits.

## 3. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens semi-dirigés est réalisée en fonction des 6 questions posées aux participant·e·s, selon les 6 points essentiels du parcours en santé mentale : le début de parcours, les symptômes, le lien symptômes/événements traumatisants, les difficultés rencontrées, la définition du trauma complexe vu par le·la patient·e, les attentes de fin de prise en charge. Les différentes thématiques abordées par les participant·e·s sont regroupées et classées dans les tableaux suivants.

Début de parcours	Symptomatologie initiale	Apragmatisme
		Tentative de suicide / idées suicidaires
		Trouble de personnalité
		Anxiété - angoisses
		Mal-être
		Symptômes physiques
		Dissociation
		Addictions
	Quand	A l'adolescence
		A l'entrée dans la vie adulte
		Plus tardif à l'âge adulte
	Contexte / Elément déclencheur	Relation de couple
		Déménagement
	Premier contact en santé mentale	Consultation
		Hospitalisation
		Délai
	Qui ?	Proche / famille
		Patient.e lui.elle-même
		Services de prévention / Santé au travail
	Moyen de soin envisagé par le·la participant·e	Demande peu précise
		Pas d'attente
		Extraction du milieu délétère
	Freins	Pas de demande / refus des soins
		Pessimisme
Banalisation		

Tableau 3. Début du parcours en santé mentale

Tableau 4. Symptomatologie et impact sur le quotidien

Symptomatologie	Antérieure / résolue	Irritabilité	
		Contrôle	
		Dissociation	
	Problématique actuelle		Stress
			Anxiété -angoisses
			Instabilité psychomotrice
			Dissociation
			Symptômes physiques
			Obsessions
			Troubles sexuels
			Irritabilité
			Hypersensibilité
			Tristesse / Dépression
			Troubles cognitifs
			Addictions
			TCA
			Cauchemars
			Solitude
			Peur des hommes
			Difficultés relationnelles / Retrait social
			Fluctuation du comportement
			Manque de confiance en soi
			Difficultés avec repos / Calme / Méditation
	Impact fonctionnel		Général
			Scolaire / professionnel
			Relationnel
	Identité		Acceptation / Non acceptation
			Dévalorisation
	Comorbidités		TDAH
			TDI
			Addictions
			Trouble de la personnalité
			Trouble bipolaire
		TSPT	

## Abréviations :

TDI : Trouble Dissociatif de l'identité

TCA: Trouble des Conduites Alimentaires

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention et Hyperactivité

Tableau 5. Liens symptômes/événements traumatisants

Liens	Comment	Prises de conscience successives, progressives
		Evénement déclencheur (film, colloque etc)
		Symptômes sexuels
		Peur des hommes
		Stress
		Cauchemars
		Flashbacks / Souvenirs
		Reviviscences
		Symptômes Physiques
		Dissociation
		Méconnaissance du diagnostic par les professionnels de santé
		Non reconnaissance du diagnostic
Définition vague du trauma		
Difficultés		

Parcours	Types de professionnels	Psychiatres
		Psychologues
		Psychothérapeute
		Libéraux
		CMP
		Médecin du travail
	Echecs / Limites / Difficultés	Propos inappropriés de la part des professionnels de santé
		Minimisation/Banalisation des trauma et des symptômes
		Méthodes
		Trauma non évoqué
		Manque de reconnaissance
		Manque de solution
		Méconnaissance du diagnostic
		Ruptures de suivi
		Errance
		Longueur / Lenteur du processus de prise en charge
		Effets secondaires des traitements
		Autres patients
		Coût
		Symptômes eux-mêmes
	Evitement / Peur	
	Réussites	Professionnels de santé aidants
		Relation de confiance avec le professionnel de santé
	Lien CRP	Psychologue
		Psychiatre
		Médecin traitant
Médecin du travail		

Tableau 6. Difficultés rencontrées tout au long du parcours

Tableau 7. Définition du trauma complexe perçue par le patient·e

Définition du trauma complexe	Définition	Absence
		Par les traumas
		Par le diagnostic
		Par les symptômes
	Causes / Nature des traumas	Par le process
		Répétition de traumas
		Durée
		Causes - Conséquences - Liens
	Impact du diagnostic	Précocité
		Identité - Singularité
		Légitimité
		Réassurance
	Représentations	Acceptation
		Monde extérieur / Culture
	Lien symptômes - Trauma	Corps
		Mémoire

Objectifs - Guérison - Espoirs	Qualificatifs de la guérison	Repos / Régénération
		Acceptation
		Vivre avec
		Contrôle
		Reconstruction
		Identité
		Unité
		Stabilité
	Régulation émotionnelle	Gestion des émotions
	Emotions positives	Sérénité / Calme
	Métaphorique	Métaphores du "vivre avec"
	Relations	Placer des limites / Dire stop
		Sécurité
		Diminution des comportements agressifs
		Clarification / Discernement
	En lien avec le trauma	Sortir des revictimations / retraumatisations
	Impact fonctionnel	Pouvoir prendre les transports /se mêler à la foule
		Professionnel
		Relationnel
	Disparition des symptômes	TOC
Addictions		
Anxiété -angoisses		
Arrêt des traitements	But en soi	
Normalisation	Acceptation	
Espoirs et remarques quant aux soins	Formation des professionnels	
	Lectures / Self-help	
	Valeurs	

Tableau 8. Fin de prise en charge

a) *Début de parcours*

## (1) Symptomatologie initiale

Pour certains patient·e·s, le motif est précis, et sont rapportées des **idées suicidaires**, **tentatives de suicide**, **dépression** ou **addictions** ; pour d'autres les symptômes sont plus **généraux**, à type de « mal-être ».

*C : « ... car j'ai fait une dépression... »*

*E : « ... parce que j'avais des envies suicidaires... »*

Dans la majorité des cas, le motif de consultation est vague et peu spécifique, d'autant plus lorsque le·la patient·e est jeune et que la demande provenait d'un tiers.

*G : « ... je ressentais un mal-être dans ma scolarité, au collège, j'avais du mal, je ne me sentais pas intégré à la classe... »*

*D : « C'est ma mère qui voulait que j'y aille parce qu'elle me trouvait beaucoup dans ma chambre, perdue dans mes pensées, elle voulait savoir ce qu'il se passait. »*

## (2) Quand ?

Le premier contact avec la psychiatrie se fait principalement à l'**adolescence** ou au **début de l'âge adulte**. Pour 2 patient·e·s, le premier contact se fait plus tardivement. L'entourage familial proche est majoritairement à l'origine de la démarche.

*D : « C'est ma mère qui voulait que j'y aille... »*

*B : « ... c'est ma sœur qui a pris rdv avec cette psychologue... »*

Les participants ont un souvenir plutôt précis de l'année et du contexte.

*C : « J'ai appelé quelqu'un qui devait être psychologue quand j'étais en HEC en 1<sup>ère</sup> année... »*

*B : « C'était en septembre 2019, j'avais consulté une psychologue car durant l'été 2019... »*

### (3) Contexte et élément déclencheur

Un événement précis est parfois identifié comme **déclencheur**.

*A : « ...quand j'ai rencontré mon copain, il y a des choses qui sont venues dans ma tête... »*

Pour l'un des participants, le premier contact fait suite à la survenue d'un TSPT à l'âge adulte.

*I : « Bien après l'accident du travail à moto, j'ai rencontré le médecin du travail, dans le cadre de la reprise de travail. »*

### (4) Premier contact en santé mentale

Les **psychologues** et **pédopsychiatres libéraux** ont été les acteurs principaux de ce premier contact.

A l'étranger (au Québec), un service universitaire dédié à la prévention du suicide a été le premier maillon.

*E : « ... et ils avaient un gros service de prévention des suicides sur le campus de l'université... »*

Pour l'une des participantes, cela s'est fait via une hospitalisation.

*A : « ... j'ai été hospitalisée durant une semaine... »*

Les **délais d'attente** pour la prise de rdv ont pu repousser le début de prise en charge.

*C : « Comme il y avait 2 mois d'attente... j'y suis pas allée... donc je ne l'ai jamais vu. »*

(5) Avec qui ?

Les professionnels rencontrés sont des **psychiatres**, **pédopsychiatres** ou **psychologues**. Pour l'une des participantes, le premier contact avec la psychiatrie s'est fait via l'intermédiaire d'une hospitalisation.

*A : « En 2019, à la suite d'une tentative de suicide, j'ai été hospitalisée durant une semaine. »*

Dans le contexte d'accident du travail, le **médecin du travail** joue également un rôle prédominant.

*I : « ... j'ai rencontré le médecin du travail, dans le cadre de la reprise de travail. »*

(6) Moyens de soins envisagés

Les attentes sont **peu précises** d'autant que le-la patient·e n'est pas à l'initiative de la démarche.

*G : « Je ne savais pas ce que j'attendais, moi j'étais jeune. »*

*F : « Je n'avais pas vraiment d'attente précise, j'y suis allée car on m'a conseillé d'y aller. »*

## (7) Freins

Certaines **représentations du-de la patient·e** ont pu constituer un frein à la prise en charge, par pessimisme en le soin et banalisation des événements.

*B : « J'étais très défaitiste en me disant « ça ne sert à rien » ... »*

*E : « ... j'avais recouvert ça d'un « voile de normalisation » »*

Lorsque la démarche n'est pas volontaire, des **craintes** peuvent même être décrites :

*A : « J'avais des craintes plutôt que des attentes. »*

## b) Symptomatologie

## (1) Résolue

Les patient·e·s peuvent déjà constater l'amendement de certains symptômes.

*G : « J'étais en dissociation aussi ».*

## (2) Problématique actuelle

Les symptômes sont **multiples, variés, peu spécifiques** : difficultés à gérer les émotions, fluctuations de l'humeur, difficultés relationnelles, susceptibilité, irritabilité, autodépréciation, faible confiance en soi, cauchemars, dissociation, troubles de la mémoire, anxiété avec toutes ses répercussions, ruminations, crises d'angoisses, stress, hypervigilance, reviviscences, addictions (à l'alcool principalement, à visée anxiolytique), dépression, sentiment de solitude, idées suicidaires, TCA, aboulie, méfiance. Le **retrait social**, l'**irritabilité**, l'**hypersensibilité** reviennent fréquemment.

*F : « Je gueule sur le petit »*

*E : « ... je pleurais énormément et surtout j'étais extrêmement sensible et vulnérable à la moindre remarque »*

*I : « J'étais devenu très irritable... »*

*J : « ... je me retire on va dire socialement etc. C'est très dur de maintenir un contact social... »*

Un même participant peut présenter de très nombreux symptômes à la fois :

*D : « ... pourquoi je m'enfermais, pourquoi je m'isolais, les trous noirs, les changements d'humeur, l'anxiété, la peur constante de tout et n'importe quoi, dès que je devais rencontrer quelqu'un, j'étais angoissée... »*

### (3) Retentissement sur le quotidien

Le retentissement sur le quotidien et la qualité de vie est spontanément assimilé à un **handicap** par les participants. C'est principalement **au niveau professionnel** que l'impact se ressent de manière la plus concrète et qu'il est le plus facilement objectivable.

*A : « Je suis très instable au niveau professionnel à cause de cela. »*

*C : « Je ne peux pas travailler » « L'impact, c'est quotidien. »*

*D : « J'attends que mon dossier MDPH soit pris pour travailler en tant que travailleur handicapé, pour avoir un aménagement aussi. » - « L'anxiété m'empêche de sortir. Et de travailler. »*

*G : « Ce sont des symptômes qui sont très handicapants au quotidien et qui me pourrissent complètement la vie depuis très longtemps quoi. Ça c'est sûr. Je m'interdis*

*des sorties. Ma vie est aménagée à partir de cette problématique-là. Même ma vie professionnelle. »*

Mais le retentissement se fait sur **tous les domaines de la vie** :

*B : « Il y a les cauchemars qui depuis que j'ai eu les souvenirs traumatiques, en 2020, c'est tous les soirs. »*

*B : « Aujourd'hui j'ai des pertes de mémoires pour tout et n'importe quoi, je pense que c'est fortement lié à la dissociation, car j'oublie ce qu'il se passe, c'est hyper angoissant, j'oublie des choses, je pense ne pas les avoir faites. »*

*D : « ... j'ai une anxiété qui est intense, je suis handicapée. Ce sont des tensions physiques au niveau du dos, des insomnies, des crises d'angoisse la nuit, la nuit c'est l'horreur totale, vous m'aviez donné rdv à 8h30 je me suis dit « elle ne se rend pas compte à qui elle parle ! ». »*

*E : « Au niveau des interactions sociales, j'ai tendance un peu à les fuir. »*

*I : « Toute ma vie a été conditionnée par ce que j'ai vécu durant mon enfance, toute ma vie. »*

Pour l'une des participantes, les cauchemars ont un impact direct sur l'une des comorbidités.

*J : « Les cauchemars ça impacte beaucoup mon hygiène de sommeil... Et mon trouble bipolaire, il est beaucoup lié aussi aux cycles de sommeil... »*

#### (4) Identité

L'identité du·de la patient·e est également mise à mal.

A : « ... je me dis que je suis nulle... »

C : « ... l'image de moi est pffhh... »

#### (5) Comorbidités

**De nombreuses comorbidités psychiatriques** ont été mises en évidence tout au long des entretiens : trouble de la personnalité, addictions, TCA, HPI, TDAH, trouble bipolaire, TSPT, TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs).

#### c) Lien trauma/symptômes

##### (1) Quand ?

Le diagnostic est **récent** pour nos participants, entre 2020 et 2023, quel que soit l'âge.

Pour beaucoup, le lien s'est fait **de manière progressive**.

B : « C'est petit à petit que les liens se sont faits avec ce qu'on a pu me dire, ce que j'ai lu etc. »

Des **événements déclencheurs** à la prise de conscience peuvent être identifiés.

E : « C'est en regardant un film, en 2021... »

J : « Ce qui a été déclenchant, c'est que j'ai déménagé de chez mes parents, et je pense que du coup, ça a déclenché beaucoup de choses. »

##### (2) Comment ?

Les liens peuvent se faire à travers des **reviviscences** :

*A : « Je fais des cauchemars, j'ai des moments où j'ai des flashes avec des souvenirs, je fais toujours des liens entre ce qui s'est passé et ce que je vis maintenant, j'ai l'impression de revivre actuellement ce qui s'est passé avec mon père. »*

*B : « ... je ressentais des sensations physiques de toucher, des choses que j'avais vécues mais je ne me rendais pas compte que c'était ça. J'avais l'impression de ne plus être là au travail mais d'être dans mon corps à l'âge de 8 ans. »*

Des **discussions avec l'entourage** peuvent également être à l'origine d'une prise de conscience :

*D : « J'en discute de façon tout à fait normale et ça arrive que les amis disent « nan, c'est pas tout à fait normal ». »*

Certains participants ont été amenés à faire eux-mêmes des **recherches** afin de trouver des réponses à leurs interrogations.

*C : « En 2021, j'ai suivi un forum mondial sur les traumatismes, j'ai découvert Van Der Kolk etc... »*

*H : « Grâce à mes recherches, les discussions avec mes différents potes. C'est par moi-même que j'ai fait les liens. J'étais un peu désespérée, j'ai dû chercher, chercher, pour trouver. »*

Les professionnels de santé ont également pu identifier ou confirmer ce lien.

*I : « Le médecin du travail a fait le lien... »*

*G : « Au centre psychotrauma, j'ai eu la confirmation. »*

d) *Difficultés rencontrées lors du parcours de soins*

(1) Errance diagnostique

La plainte principale concerne l'**errance diagnostique**, soit par absence de diagnostic, soit par multiplication de diagnostics erronés.

*A : « Au début, on m'a dit que c'était une dépression, puis une dépression chronique, personne n'avait fait le lien avec les événements passés. »*

*D : « ...parce qu'il n'y avait pas de mots sur ce qu'il y avait. J'avais besoin d'un diagnostic. »*

Les patient·e·s ont dû être **acteurs·rices** de leur prise en charge.

*E : « J'ai dû initier pas mal de choses. »*

(2) Difficultés financières

Chez certain·e·s patient·e·s, les **ressources financières** pouvaient être un frein à la prise en charge adéquate.

*B : « ... je n'avais pas d'argent pour aller en libéral... »*

(3) Difficultés avec les professionnels de santé

De manière homogène, les participants rapportent une **minimisation des troubles** par le corps médical.

*A : « J'ai l'impression que ça a été pris à la légère. » - « J'ai refait une tentative de suicide pour faire comprendre que j'avais vraiment besoin d'aide. »*

*B : « Je n'avais pas l'impression d'être prise au sérieux, j'y allais, on me fait une ordonnance de lorazepam. »*

*C : « En mars, il (le psychiatre) me dit que je suis guérie alors que je ne me sentais pas du tout guérie, mais il ne m'a pas posé la question de comment je me sentais. »*

*H : « Quand j'ai demandé de l'aide, je n'en ai pas eu, quand j'ai demandé de l'aide médicamenteuse, je n'en ai pas eu ... ça n'a pas été entendu du tout ! »*

Des **propos inappropriés** sont également rapportés.

*A : « Vous avez le sourire, vous pouvez repartir, c'est une dépression, vous allez apprendre à vivre avec ».*

*B : « ... il m'a dit « les agressions sexuelles pour une femme, c'est comme un rite de passage ». »*

Le recours rapide aux **traitements** et les **effets indésirables** ont été difficilement vécus par les patient·e·s.

*D : « ...c'était un psychiatre, il voulait juste me bourrer de médicaments. Le premier médicament, j'ai eu tous les effets secondaires, du coup il m'a prescrit un 2è, sans me voir, sans m'en parler ou quoi que ce soit, je ne l'ai pas pris celui-là, je ne le sentais pas. Ce n'était pas adapté, il était beaucoup trop fort pour moi. »*

*E : « Dr G. m'a prescrit des antidépresseurs, elle voulait que j'essaye, je les ai pris 3-4 soirs, j'étais tellement vertigineuse et pas bien que je les ai arrêtés. »*

*G : « Les premiers jours où je l'ai pris (fait référence à l'aripiprazole), je me sentais très mal et moi j'ai pas envie de continuer avec ça. »*

## (4) Difficultés avec l'entourage proche

Si dans certaines situations, c'est un membre de l'entourage familial qui initie les démarches vers le professionnel de santé, dans d'autres situations, la famille au contraire constitue un **frein** par rapport à la prise en charge.

*A : « L'hospitalisation qui a été écourtée car mon père a signé pour que je sorte. »*

*C : « Il n'y a jamais eu de consultations chez le pédopsychiatre, c'est pour les fous ! »*

*D : « Mes parents minimisent encore beaucoup. »*

## (5) Réussite

Des **relations de confiance** sont également soulignées.

*I : « S'il n'y avait pas eu le médecin du travail, c'était pas la même chose. Parce qu'elle était formée pour ça. Sans elle, ça allait mal se passer je pense. »*

*G : « ... elle était beaucoup plus compétente, humaine, douce, à l'écoute... »*

e) *Trauma complexe, définition du point de vue du-de la patient-e*

## (1) Définition

Les patient·e·s définissent le trauma complexe essentiellement sur la **survenue d'événements traumatisants**, plus que sur la symptomatologie.

*C : « Pour moi ce sont des événements ... en gros c'est le cerveau qui n'est pas capable de gérer ce qui se passe. »*

Cette définition peut également paraître très **floue**.

*A : « Je ne sais pas vraiment ce que ça veut dire encore, je ne suis pas au clair là-dessus. »*

## (2) Trauma

La **répétition des événements** est mise en avant.

*I : « Complexe c'est dans la mesure où vous avez accumulé les traumas. »*

*E : « Ils parlaient d'un « millefeuille », de couches de traumatismes, et quand je fais le bilan de ma vie, c'est vraiment ça que je vois. »*

*H : « un polytrauma »*

De même que la **période de survenue**.

*C : « Moi je n'ai pas eu de fondations, j'ai des trous dans les fondations. »*

*J : « ... c'est des traumatismes répétés, durant l'enfance. »*

## (3) Conséquences

Les patient·e·s identifient le trauma complexe comme des **événements passés à l'origine de leur structure et comportements présents** :

*A : « J'ai juste un passé douloureux qui fait que je suis la personne que je suis. »*

*B : « Aujourd'hui, je définirais le trauma complexe comme un événement qui nous a mis en danger, une personne, une catastrophe, on a vécu quelque chose de violent, qui nous a forgé, qui nous a poussé à adopter certains comportements, pour éviter que ça se refasse. Même si ces comportements ne sont pas les meilleurs du monde, c'est juste notre cerveau qui a voulu nous protéger. »*

*E : « ... c'est des traumatismes qui peuvent se produire dans de multiples sphères, la plupart du temps pendant l'enfance, a priori dans la sphère familiale, et ce sont des traumatismes qui s'étendent sur la durée. La complexité résulte du fait que ça s'étend sur la durée, ou qu'il y ait plusieurs intervenants, ou qu'il y ait plusieurs traumas, que ce soient des choses difficiles et violentes qui interviennent dans plusieurs domaines, que ce soit l'école, la maison. »*

*F : C'est toutes les causes et conséquences qui font que je suis le mec que je suis aujourd'hui.*

#### (4) Effet du diagnostic

Le diagnostic de trauma complexe participe à **l'acceptation du vécu et l'acceptation de soi.**

*D : « Le diagnostic me rend légitime. Je minimise beaucoup, je ne me sentais pas légitime. Avoir un diagnostic ça permet de dire « oui, ce que j'ai vécu, ça m'a impacté, il y a quelque chose ». »*

*H : « Du temps que je m'accepte moi, les autres me prennent d'emblée comme je suis. »*

#### f) Fin de la prise en charge

##### (1) Qualificatif de la guérison

Les participant·e·s utilisent des termes variés pour qualifier leur objectif de prise en charge. Les attentes diffèrent ; sont notamment cités **l'acceptation de son histoire**, **le contrôle de sa vie**, **le sentiment d'être reconstruit·e**, **une identité redéfinie**, **la stabilité.**

## (2) Impact au quotidien

Les patient·e·s attendent des améliorations concrètes sur leur quotidien, notamment au niveau de la **régulation émotionnelle et des émotions ressenties**.

*C : « Plus d'anxiété, trouver la paix, la sérénité, et d'être sécurisée dans une relation. »*

*E : « ... ressentir les moments où en fait il y a des débordements émotionnels ».*

L'**arrêt des traitements** peut également être un but en soi.

*B : « Ce ne sont pas des traitements que je veux garder à vie, je veux m'en débarrasser. »*

## (3) Amendement des symptômes gênants

La **résolution des symptômes** est espérée.

*F : « Si déjà mon problème d'alcool est réglé... »*

*G : « ...le jour où j'aurai guéri, c'est quand mes symptômes obsessionnels auront disparu. »*

*I : « Quand ça ira mieux au niveau du sommeil, de la mémoire, des angoisses. »*

*J : « ...quand j'aurai plus de cauchemars... »*

## (4) Distinction événements traumatisants et TSPT-C

Certains participants peuvent faire une **distinction entre la guérison des traumatismes et la guérison des symptômes** conséquence de ces événements.

*B : « Je ne pense pas qu'on puisse guérir d'un traumatisme, je pense qu'on apprend à vivre avec. »*

*G : « Le reste, les souffrances traumatiques, je vais les trainer pendant longtemps, ça fait partie de la vie d'accepter son histoire. »*

*g) Remarques spontanées par les patient·e·s*

En fin d'entretien, plusieurs patient·e·s ont souhaité apporter des remarques. Celles-ci soulignaient principalement la **nécessité de formation au TSPT-C des professionnels de santé**, ainsi que l'intérêt d'avoir **accès à des sources** sur le TSPT-C, pour les patient·e·s comme pour les professionnels de santé.

*C : « Il y a un truc que j'aimerais ajouter, celle qui m'a sauvée, c'est Janina Fisher. Je pense que c'est une des meilleures thérapeutes du trauma dans le monde, c'est sur la dissociation structurelle, son bouquin c'est le soi fragmenté. Lisez-le. »*

*D : « ... c'est vraiment important que ce soit mieux connu et reconnu au niveau des professionnels de santé parce qu'il y a une profonde méconnaissance de ça ... »*

*J : « Je pense que les psychiatres devraient être mieux formés à tout ce qui est violences sexuelles surtout ... Je pense qu'il y a vraiment un manque de formation, un manque d'écoute, même si ce n'est pas leur spécialité. »*

## D. Discussion

### 1. Interprétation des résultats par rapport aux données bibliographiques antérieures – Contexte bibliographique

Les résultats de cette recherche mettent en évidence différents points : un premier contact en santé mentale pour des symptômes hétérogènes tendant à devenir progressivement plus spécifiques au trauma complexe avec la survenue d'angoisse,

d'irritabilité, de dysrégulation émotionnelle, de retrait social, mais aussi des cauchemars, des symptômes dissociatifs, symptômes fréquents du trauma complexe ; un impact fort au niveau professionnel et relationnel ; un vécu d'errance diagnostique ; le rôle pro-actif des participant·e·s ; une définition du diagnostic de trauma complexe par la survenue d'événements traumatiques plutôt que par les symptômes ; l'espoir d'une résolution des symptômes et d'un meilleur fonctionnement.

Il n'y a à notre connaissance pas d'étude dans la littérature qui s'intéresse à la perception du parcours en santé mentale des personnes atteintes d'un TSPT-C. Un travail de recherche (78) paru en 2018 interrogeait le vécu de participant·e·s âgés de 18 à 65 ans, avec diagnostic de TSPT-C, pris en charge pour la première fois en service hospitalier de psychotraumatologie, s'intéressant plus précisément aux symptômes, leur retentissement et leur gestion, plutôt que les difficultés rencontrées tout au long du parcours médical. Sont néanmoins retrouvées des similitudes entre cette étude-ci et notre étude Trauma'Prisme, notamment concernant l'aspect peu spécifique des symptômes et la difficulté de leur identification en tant que tels.

L'errance diagnostique est une réalité en psychiatrie, comme mentionné précédemment, celle-ci est bien décrite dans la littérature pour le trouble bipolaire par exemple, soit par les bénéfices d'un diagnostic précis et précoce (79), soit par les dégâts que peut entraîner un diagnostic erroné et tardif (80). Une enquête de l'association Bipolarité France estime que le diagnostic de 20% des patients a été confirmé plus de 15 ans après l'apparition des symptômes. Si l'on ne retrouve pas de telles références pour le TSPT-C, on peut aisément imaginer l'évolution défavorable que peut entraîner une absence ou une erreur diagnostique pour ce trouble.

## 2. Analyse critique

### a) *La difficulté du diagnostic*

Pour la majorité des patient·e·s, le premier contact avec la santé mentale s'est fait dans un contexte de survenue de symptômes généraux, évoquant peu voire n'évoquant pas une origine traumatique pour le professionnel de santé, et ne l'amenant pas à questionner ce sujet de manière systématique s'il n'y est pas sensibilisé. Par conséquent, de mauvais diagnostics peuvent être donnés aux patient·e·s en début de prise en charge, le professionnel de santé n'ayant pas exploré la totalité des éléments nécessaires au diagnostic de TSPT-C. Rappelons que la survenue d'événements de nature extrêmement menaçante est un critère nécessaire au diagnostic du TSPT-C dans la CIM-11. Comme pour d'autres pathologies psychiatriques, les erreurs diagnostiques existent et peuvent être lourdes de conséquences en raison d'un traitement inadapté et d'un retentissement au niveau professionnel et social, associé également à des conduites d'addiction (80). Concernant notre étude, des erreurs diagnostiques sont ainsi à l'origine d'une errance diagnostique, dont il peut découler une prise en charge inadaptée à la problématique du·de la patient·e, avec persistance voire majoration de la symptomatologie, poussant les patient·e·s à se renseigner et s'informer par eux-mêmes.

La question des événements vécus comme traumatisants est une question délicate à aborder : comme décrit plus haut, l'événement traumatisant fait partie intégrante du diagnostic du traumatisme, tout·e patient·e pris·e en charge pourrait ainsi être questionné·e sur ce point, comme on questionne en routine l'humeur, la qualité du sommeil ou les idées suicidaires. De manière systématique, le professionnel pourrait poser la question « Avez-vous vécu des événements traumatisants dans votre enfance ? ». Cependant, la culpabilité, la honte, le déni, le secret, la pression de

l'entourage sont autant de raisons à l'origine d'une réponse involontairement peu fiable que pourraient donner les patient·e·s. Et une réponse négative exclurait – à tort – le diagnostic d'un TSPT ou TSPT-C. Il paraît donc délicat de questionner de manière si directe et dès les premières rencontres le sujet du trauma, avant même l'installation d'une relation de confiance entre le·la patient·e et le professionnel de santé. Des questions plus indirectes, tels les souvenirs d'enfance, les faits marquants de la vie du·de la patient·e, pourraient être envisagées, ou encore, par la recherche d'un événement déclencheur à l'aide d'une question de type «Y'a-t-il eu un événement marquant avant l'apparition des symptômes ? », qui pourra secondairement être élargie à « Avez-vous vécu d'autres événements marquants ou graves dans votre vie ? ».

Cette première période, qui correspond au temps nécessaire à l'installation d'une relation de confiance et à la compréhension de la problématique, peut parfois être mal vécue par certain·e·s patient·e·s étant donné l'absence de diagnostic posé, voire faussement assimilée à une errance diagnostique.

Les résultats de notre étude mettent également en avant la spécification progressive des symptômes, avec la survenue de symptômes tels l'anxiété, les cauchemars, l'hypervigilance, évoquant de manière plus perceptible une cause traumatique. Le professionnel de santé se doit ainsi d'être particulièrement vigilant à toute évolution de la symptomatologie et d'être capable de remettre en question le diagnostic initial, en sachant rechercher l'origine traumatique au moment adéquat.

L'errance diagnostique est essentiellement décrite pour les pathologies rares, bien que celle-ci puisse concerner toute pathologie, rare ou non. Une enquête de l'Alliance Maladies Rares « Erradiag » (81), sur l'errance diagnostique dans les maladies rares, réalisée auprès de 844 malades représentant 22 maladies rares dans leur

diversité (prévalence, types d'atteintes, sexe, âge de survenue etc.) démontre la gravité de l'errance diagnostique et de ses conséquences pour une grande partie des malades, avec un retentissement psychologique, social, économique, et l'aggravation de l'état de santé du malade selon la pathologie.

Différentes stratégies ont pu être identifiées afin de diminuer l'errance et ses conséquences, notamment l'amélioration de l'information et l'accès à l'information qui est un des enjeux majeurs des Plans maladies rares, l'organisation de l'aide au diagnostic en partant du médecin généraliste de ville et en s'appuyant sur l'identification rapide d'un référent, le rôle des Associations de patients en informant et en sensibilisant la population. Autant de rapprochements que l'on pourrait faire avec les pathologies psychiatriques, et notamment le TSPT-C.

#### *b) La nécessité de la formation et de l'auto-formation*

Dans notre étude, plusieurs participant·e·s ont évoqué spontanément un manque de connaissance et de formation des professionnels de santé concernant le TSPT-C, avec pour conséquence la multiplication de diagnostics erronés ou même l'évitement par le professionnel de la prise en charge des symptômes du TSPT-C, priorisant la prise en charge des symptômes d'une autre comorbidité psychiatrique, mieux connue. Le·la patient·e peut alors être tenté·e de s'orienter vers un·e autre psychiatre par exemple, avec à nouveau un temps d'alliance à créer. Ce schéma peut se répéter à plusieurs reprises. Cette période, d'errance diagnostique à proprement parler, conduit les patient·e·s à l'auto-formation. Pour plusieurs participant·e·s à notre étude, la notion de trauma commence à émerger au fur et à mesure de leurs recherches dans la littérature, et ils ont petit à petit fait des liens avec des événements du passé qui pouvaient jusqu'alors être étouffés. Le·la patient·e, qui parfois est amené·e à souffler

l'origine traumatique au professionnel de santé, devient alors pro-actif dans sa prise en charge, et son rôle dans l'établissement du diagnostic de TSPT-C est fondamental. Les patient·e·s ont pu s'appuyer sur des ressources telles que des articles, livres, colloques,...disponibles et accessibles au grand public et qu'il paraît essentiel de continuer à développer. Il existe néanmoins un biais de participation car en participant à cette recherche, les patient·e·s font preuve d'un réel engagement dans leur prise en charge, et de manière plus générale, dans l'évolution des connaissances sur le trauma complexe. Cette population rencontrée ne représente probablement pas la majorité des personnes diagnostiquées TSPT-C. L'attitude des participant·e·s à notre étude est en accord avec la volonté de la part des institutions et des différents acteurs de santé de placer le patient au cœur des problématiques de santé.

Mais la demande principale des participant·e·s rencontré·e·s lors de cette étude n'était pas leur information à eux. Bien que celle-ci paraisse essentielle, elle concernait l'amélioration de la formation des professionnels de santé au diagnostic de TSPT-C, et notamment l'amélioration du repérage et la réorientation vers des spécialistes. En effet, de nombreux·ses patient·e·s ont dû faire face à des professionnels de santé peu sensibilisés à ce trouble, ce qui engendrait un retard de diagnostic et un retard de prise en charge adaptée. Les participant·e·s à cette étude sont en attente d'une sensibilisation des psychiatres au trauma complexe, qui pourrait être élargie à tous les intervenants en santé mentale.

La psychoéducation est d'autant plus enrichissante lorsque celle-ci devient bilatérale (82) : le·la psychiatre peut apporter ses connaissances théoriques au·à la patient·e, mais il est aussi indispensable que celui-ci·celle-ci puisse apporter son vécu et son expérience, afin de ne pas se contenter d'appliquer une grille de lecture rigide. Les patients-experts trouveraient toute leur place dans la formation des professionnel·le·s

de santé mentale et dans le parcours de soin des patient·e·s pris·es en charge pour un psychotrauma complexe. (83)

*c) Les attentes des patient·e·s*

Le TSPT-C a la particularité d'inclure dans son diagnostic les causes, avec la survenue d'événements traumatisants, et les conséquences, avec des modifications du fonctionnement. Cela a très bien été identifié par les patient·e·s qui définissent le trauma complexe bien plus par la répétition d'événements que par leur problématique actuelle. Le trauma complexe est perçu comme une accumulation d'événements poussant les individus à adopter certains comportements, se structurant autour et en fonction de ces événements, avec la mise en évidence d'un lien cause/conséquence. L'annonce d'un tel diagnostic permet aux patient·e·s d'avoir une certaine légitimité devant des symptômes souvent difficilement assumés au niveau social et relationnel. Par ailleurs, la posture du·de la patient·e peut être modifiée à l'annonce d'un diagnostic ayant pour cause un événement externe. Il·elle ne s'identifie alors plus à ses symptômes, mais au contraire, se décale des symptômes, les imputant principalement aux événements du passé. Ce phénomène revêt 2 aspects, l'un bénéfique au·à la patient·e avec une diminution éventuelle du sentiment de culpabilité et d'incurabilité qui peut être ressenti, l'autre pouvant être délétère avec l'adoption d'une attitude victimaire, de revendication, pouvant associer des cognitions circulaires sur les événements vécus. Ces cognitions feront partie des cibles du travail psychothérapeutique dans un psychotraumatisme complexe.

L'annonce diagnostique permet aux patient·e·s de faire évoluer leurs attentes concernant leur prise en charge. Elles sont souvent peu spécifiques en début de parcours, à l'image des symptômes. Une certaine réticence voire méfiance vis-à-vis de la psychiatrie peut être constatée, parfois même une perte d'espoir en l'avenir est

mise en avant. Puis les attentes se dessinent progressivement, aidées par l'annonce diagnostique. Elles deviennent variées, patient-dépendantes, fonction des symptômes, mais nous pouvons identifier une volonté d'amélioration du fonctionnement au quotidien, de reprendre le contrôle de sa vie, avec une prise en charge orientée solution. L'arrêt des traitements est une demande récurrente, d'une part en raison de leurs effets indésirables potentiels, et d'autre part la prise d'un traitement au long cours peut être assimilée à la persistance d'une pathologie. Le diagnostic de TSPT-C étant souvent comorbide d'un trouble de personnalité borderline, on peut aussi rappeler le manque d'efficacité des traitements psychotropes souvent rapporté dans la littérature (84). La « guérison » complète est quant à elle peu espérée par ces patient·e·s interrogé·e·s en début de prise en charge spécifique.

Une étude parue en 2022 s'intéressait aux perspectives de rétablissement de vétérans avec diagnostic de TSPT (versus TSPT-C pour notre étude), recrutés en fin de prise en charge (85) (début de prise en charge pour notre étude). Si dans notre étude les participants rencontrés espèrent la résolution de leurs symptômes et un meilleur fonctionnement dans leur quotidien, les vétérans interrogés associaient leur rémission à une capacité à gérer les symptômes (et non nécessairement leur disparition), à se réengager dans des rôles et des réseaux sociaux signifiants pour eux et au fait d'être prêt à arrêter un traitement. Ils voyaient leur rémission non comme un résultat binaire (TSPT / non TSPT) mais comme un processus dynamique et non linéaire. Les composantes majeures permettant ce rétablissement identifiées par ces participants étaient une relation thérapeutique favorable, des réseaux sociaux soutenant et une boîte à outils de stratégies de gestion des symptômes de TSPT. De nouveaux entretiens en fin de prise en charge psychothérapeutique de nos patients permettraient de recueillir l'évolution de leurs attentes.

### 3. Forces

L'usage de la méthode qualitative permet d'explorer précisément le vécu et les attentes des participant·e·s, offrant ainsi une compréhension riche et nuancée de chacun de leur parcours.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés offre une flexibilité et la possibilité à l'investigateur d'ajuster au fur et à mesure son approche afin de mieux répondre aux besoins des participant·e·s, ce qui permet de recueillir des données plus pertinentes.

L'étude qualitative aura permis l'obtention de données subjectives très riches basées sur les expériences personnelles des participants et de réunir des informations uniques sur la manière dont le TSPT-C affecte la vie quotidienne de chacun d'eux.

La triangulation des chercheurs permet d'obtenir des perspectives multiples et de réduire les biais individuels. La discussion à deux (directeur de thèse et investigateur) des interprétations propres à chacun permet de renforcer la validité des résultats.

### 4. Limites

Différents points doivent être soulignés :

- La saturation n'a pas pu être atteinte pour ce travail, cela étant dû principalement aux critères d'inclusion, avec la condition d'inclure des patient·e·s à la fois en tout début de la prise en charge spécifique au trauma, et nécessitant parallèlement d'être suffisamment stabilisés pour réaliser un entretien pouvant aborder des points sensibles, restreignant ainsi les possibilités de recrutement. Le dixième et dernier entretien (participant J) donne une impression de saturation, tandis que d'autres entretiens, notamment le septième ou le neuvième (respectivement participants G et I) apportent des

éléments nouveaux, souvent en lien avec l'existence de comorbidités psychiatriques. Le recrutement de quelques participant·e·s supplémentaires auraient permis la confirmation ou non de cette impression.

- Un des entretiens fut peu informatif en raison d'une comorbidité induisant des digressions dans le discours du/de la participant·e.
- Nous pouvons observer que lorsqu'il existe un TSPT récent, celui-ci fait écran au TSPT-C, et le vécu entre les traumas anciens et l'événement récent est difficile à explorer.
- Les scores ITQ, considérés comme une aide majeure au diagnostic de TSPT-C, ont été utilisés chez seulement la moitié des participant·e·s, les diagnostics ayant principalement été établis en fonction de la clinique. Par ailleurs, le score ITQ de l'un des participants ne permet pas de mettre en évidence un diagnostic de TSPT-C, bien que les symptômes cliniques du TSPT-C soient identifiés.
- La question concernant les attentes du·de la patient·e par rapport à sa prise en charge semble avoir été posée trop tôt. En effet, la question « Quels moyens avez-vous envisagé pour vous faire soigner ? » concerne dans notre entretien les attentes au moment du premier contact. Il aurait été plus judicieux de rechercher les thérapies attendues par le·la patient·e pour sa symptomatologie actuelle en reformulant la dernière question afin de demander plus précisément les attentes thérapeutiques actuelles des patient·e·s et éviter des réponses vagues comme nous avons pu obtenir.
- Plusieurs participants en fin d'entretien ont spontanément souhaité apporter des remarques concernant leur parcours. Il aurait été souhaitable de poser de manière systématique cette question aux patient·e·s (cela a été fait pour la deuxième moitié des patient·e·s recruté·e·s). De même, les patient·e·s ont

spontanément évoqué leurs comorbidités psychiatriques, question qui aurait pu être posée dans le questionnaire socio-démographique.

- La taille réduite de l'échantillon et le caractère subjectif des données recueillies ne permettent pas de généraliser les résultats à une population plus large.

Différents biais de sélection sont également mis en évidence :

- Le biais de sélection : les patient·e·s sont quasi exclusivement (concerne 9 patient·e·s sur 10) recrutés au CRP, d'autres lieux de recrutement sont à envisager.
- Un biais de volontariat : la participation à cette étude sur la base du volontariat entraîne un recrutement de patient·e·s particulièrement investi·e·s dans leur prise en charge.
- Le biais de rappel : le premier contact en santé mentale ayant eu lieu il y a plusieurs années, voire dizaines d'années selon les participant·e·s, il peut exister des difficultés à se souvenir de détails précis.
- L'effet Hawthorne ne peut être exclu dans le cas d'entretiens en face à face, avec déformation de la réalité de la situation par les participant·e·s, que ce soit en majorant ou en minimisant la réalité.
- Le biais lié aux chercheurs ne peut être exclu. Celui-ci a été limité par la prise de conscience de nos propres croyances, préjugés et opinions. L'influence personnelle a été limitée par l'adoption d'une attitude la plus neutre et impartiale possible envers les participant·e·s lors des entretiens.

## 5. Perspectives

### a) *La formation des futurs médecins*

De manière très uniforme, les patient·e·s ont vécu avec difficultés leur parcours en santé mentale ; l'errance, la méconnaissance de la part de professionnels de santé, et le sentiment d'abandon sont perçus et entravent la qualité de la prise en charge. L'amélioration du repérage du TSPT-C paraît essentielle ; celle-ci ne peut se faire que par une amélioration de la formation à ce trouble, ce qui est explicitement demandé par les patient·e·s. Pour cela, une formation adéquate des futurs médecins doit être imaginée, tout d'abord pour informer les professionnels de l'existence de ce trouble (sa reconnaissance dans une classification internationale étant récente), puis pour les accompagner au dépistage des événements traumatiques et de leurs conséquences.

Pour cibler dans un premier temps la formation des médecins, si l'amélioration de la formation des internes en psychiatrie au trauma complexe est essentielle, elle ne semble pas suffisante, le public touché doit être plus large. En effet, chaque médecin - quel que soit sa spécialité - peut se retrouver face à un·e patient·e qui, se sentant en sécurité et en confiance, lui évoquera par bribes son enfance tumultueuse. Ces confidences demandent généralement beaucoup d'effort de la part des patient·e·s, il serait regrettable de ne pas savoir les identifier. Certains spécialistes sont plus susceptibles de faire face à ce type de dévoilement, les médecins généralistes bien-sûr, les gynécologues par exemple, mais aucune spécialité n'est épargnée, et c'est dès le 2ème cycle des études médicales que les futurs médecins doivent prendre connaissance de l'existence de ce trouble et savoir identifier les critères principaux afin de pouvoir réorienter les patient·e·s vers les spécialistes.

*b) L'identification de drapeaux rouges*

La formation des futurs médecins est une chose, mais devant la complexité de ce diagnostic, comment, et à quoi les former ? Notre travail met en avant l'extrême richesse de la symptomatologie et des expériences propre à chacun·e des participant·e·s. Chaque parcours est unique et il peut paraître compliqué d'enseigner à des étudiants qui ne s'orientent pas vers la psychiatrie la globalité des symptômes pouvant être inclus dans le TSPT-C, d'autant que ce sont souvent des symptômes généraux, transversaux, pouvant être peu spécifiques, et ne signant pas systématiquement une origine traumatique.

Les drapeaux rouges sont notamment utilisés pour les lombalgies, afin de permettre une identification d'une pathologie sous-jacente grave (86). Comme les lombalgies, l'anxiété et les troubles du sommeil, fréquemment rapportés par les participant·e·s lors de notre étude, sont des symptômes aux étiologies diverses. Si dans les lombalgies, le but sera de ne pas passer à côté d'une éventuelle origine cancéreuse, infectieuse ou traumatique (physique), des questions précises et habilement posées sur les antécédents physiques et psychiques associés à des éléments cliniques définis pourraient permettre de ne pas ignorer une cause traumatique (psychique) dans le cas d'un trauma complexe. Les drapeaux rouges ne sont pas des tests diagnostiques, il existe de nombreux faux positifs, mais la fonction principale sera d'éveiller les soupçons du thérapeute. Ces drapeaux rouges pourraient se baser par exemple sur les critères de l'ITQ avec les symptômes suivants : reviviscence, évitement, hypervigilance, et qui, si identifiés, amèneraient à questionner spécifiquement les symptômes du TSPT-C, toujours basées sur l'ITQ, avec la recherche notamment d'une anesthésie affective ou à l'inverse une irritabilité, une perturbation des relations interpersonnelles, un sentiment de dévalorisation. Des études complémentaires

pourraient ainsi permettre d'identifier quelques questions courtes, précises et rapides (exemple : après identification de l'un ou plusieurs des symptômes suivants : évitement, hypervigilance, reviviscence, demander « Vous arrive-t-il d'avoir un sentiment négatif par rapport à vous-même ? Comment gérez-vous vos émotions ? Vous arrive-t-il de vous isoler pour éviter les interactions sociales ? »), dont les réponses évoqueraient ou non une origine traumatique, et qui pourraient être enseignées aux étudiants de second cycle lors de la formation sur le TSPT.

*c) Evaluation de la prise en charge spécifique au psychotrauma complexe*

Les participant·e·s à l'étude ont des attentes quant à leur prise en charge spécifique du trauma complexe. Celles-ci nécessitent d'être explorées plus précisément afin d'adapter spécifiquement les soins apportés. Les patient·e·s rencontré·e·s lors de ce travail sont pris en charge pour la majorité au Centre Régional Psychotraumatisme du Grand-Est ainsi qu'à l'unité psychotrauma du CH Erstein. La ré-interrogation des participant·e·s à l'issue de leur prise en charge spécifique permettrait d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement proposé, si celui-ci répond ou non aux attentes des patient·e·s.

## V. Conclusion

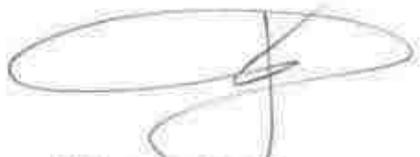
Depuis plus de 30 ans, le diagnostic de trauma complexe tente d'exister au milieu d'une multitude d'autres troubles psychiques, lui ressemblant par leur symptomatologie ou par leur mécanisme de survenue. Le chemin aura été long pour enfin se faire une place en 2018 dans la CIM-11, après de nombreux débats d'experts concernant sa définition, ou bien même son existence. Au-delà de la question des critères diagnostiques, certes très utiles au psychiatre quel que soit son mode d'exercice, il paraissait aussi indispensable de se recentrer sur le·la patient·e qui lui·elle, est assez peu préoccupé·e par la nosographie dans laquelle sera classé son trauma. Les attentes du·de la patient·e se situent ailleurs. Le travail de cette thèse a ainsi consisté à réaliser un état des lieux des difficultés rencontrées par les patient·e·s tout au long de leur prise en charge et de mieux cibler leurs attentes pour la suite des soins.

Au cours des 10 entretiens semi-dirigés que nous avons réalisé avec des patient·e·s débutant une prise en charge spécifique du trauma complexe, nous avons pu mettre en évidence plusieurs points éclairant le parcours de soins et les besoins de ces patient·e·s. Pour commencer, les participant·e·s rapportaient souvent que leur premier contact avec un professionnel de santé mentale faisait suite à la survenue de symptômes psychiques généraux, hétérogènes, peu spécifiques du TSPT-C, nous invitant à un dépistage précoce et plus systématique des événements traumatiques même devant des tableaux aspécifiques. Les plaintes actuelles rapportées par les participant·e·s restaient hétérogènes tout en tendant à devenir plus spécifiques au trauma complexe, avec l'identification de symptômes tels que les angoisses, l'irritabilité ou l'hypersensibilité (dysrégulation émotionnelle), le retrait social (difficultés interpersonnelles), mais aussi des cauchemars, des symptômes dissociatifs. Ces

symptômes avaient un impact fonctionnel fort sur la vie professionnelle et relationnelle des participant·e·s. Dans leur parcours de soins, un vécu d'errance diagnostique était régulièrement mis en avant. Les patient·e·s avaient bien souvent été confronté·e·s au manque de connaissance et de reconnaissance du TSPT-C par les professionnels de santé, les poussant à s'impliquer dans leur prise en charge. En effet, les participants à notre étude soulignaient qu'ils avaient souvent dû se montrer pro-actifs dans de leur prise en charge. En analysant le récit des participants, il ressort une particularité du diagnostic de TSPT complexe. En effet, contrairement à d'autres diagnostics médicaux ou psychiatriques, les patient·e·s ne définissent souvent pas le trauma complexe par la survenue de symptômes, mais par la survenue d'événements répétés dans leur vie. Les attentes des patient·e·s quant aux soins restaient assez générales, avec l'espoir d'une résolution de leurs symptômes et un meilleur fonctionnement dans leur quotidien, sans demande d'une thérapeutique spécifique. Plusieurs évoquaient l'importance de trouver un meilleur équilibre relationnel, en particulier la possibilité de pouvoir poser des limites, dire « stop » dans leurs relations, traduisant bien l'impact des traumatismes dans leur vie sociale. A l'issue des entretiens semi-dirigés, plusieurs participants ont souligné spontanément la nécessité de formation des professionnels de santé à la question du trauma complexe, ainsi que l'importance de leurs lectures personnelles sur la thématique. En effet, la formation des professionnels au repérage et à l'orientation du TSPT-C est essentielle : auprès des internes en DES psychiatrie, mais aussi auprès d'autres spécialités telles que la médecine générale, la médecine du travail, la gynécologie, voire déjà au cours du second cycle des études médicales, afin de sensibiliser les futurs médecins de la manière la plus large possible. La disponibilité d'informations sur le trauma complexe, à destination des professionnels

comme du grand public, revêt aussi une certaine importance (ouvrages, contenu en ligne, etc.).

La vision des patient·e·s quant aux soins est aujourd'hui remise au centre, grâce aux associations de patient·e·s, experts par expérience, pair-aidants, etc. Notre étude s'inscrit dans cette lignée et il serait intéressant de recruter de nouveaux participant·e·s voire d'élargir nos critères d'inclusion (recrutement en milieu hospitalier et libéral, adolescents) afin d'enrichir nos observations et les mettre au service de l'amélioration des soins dans le trauma complexe. Enfin, il serait pertinent de réinterroger les participant·e·s à l'issue de leur prise en charge afin d'avoir leur retour qualitatif concernant une prise en charge spécifique du TSPT-C.

  
 Vu et approuvé  
 Strasbourg, le 29 AOÛT 2023  
 Le Doyen de la Faculté de  
 Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé  
 Professeur Jean SIBILIA

Vu  
 Strasbourg, le 10/08/23  
 Le président du jury de thèse  
 Professeur G. BERESCHY



## VI. Annexes

### A. Annexe 1. Décision du Comité d'Ethique pour la recherche



**M. MENGEN Amaury**  
Service de psychiatrie d'urgence, de liaison et de  
psychotraumatologie  
Hôpital Universitaire de Strasbourg  
1 place de l'Hôpital  
67000 STRASBOURG

**Dominique GUENOT**  
Vice-présidente du comité  
d'éthique pour la recherche

Strasbourg, le 16/07/2022  
Objet : Dossier de l'étude d'étiquette post-licenciement (CEL)  
Réf : Unistra/CEH/2022-24

Monsieur MENGEN, Cher collègue,

Affaire suivie par  
**Danièle HANSSIG**  
Chargée d'appui au Comité  
d'éthique pour la recherche  
Dossier de la recherche et de la  
validation  
danièle.hanssig@unistra.fr  
03 88 88 31 38

Vous avez répondu le projet intitulé « Mise en charge de Psychotraumatisme complexe et  
sous le prisme du patient : étude qualitative sur le vécu et les attentes de patients suivis  
au centre Psychotraumatisme et Autisme Nord et en service hospitalier » pour évaluation  
par le comité d'éthique pour la recherche de l'université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche unistra déclare par la présente :

**que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.**

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous le  
numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité sous le  
demandant :

**Unistra/CEH/2022-24**

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version  
finale d'un document qui a été approuvé par notre CEH, veuillez vous entendre avec cette  
entité afin que notre CEH reçoive une copie du/des document(s) modifié(s) indiquant  
les modifications apportées. Si notre CEH juge que ces modifications administratives  
affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour  
l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'université de Strasbourg vous  
souhaitent un travail de recherche fructueux.

La VICE-présidente du comité d'éthique pour la recherche,

Dominique GUENOT

Université de Strasbourg  
1 rue Schaeffer  
67000  
3-67000 STRASBOURG - FRANCE  
Tel : +33 (0)3 88 88 00 00  
www.unistra.fr

## B. Annexe 2. Email de recrutement

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons dans le cadre d'un programme de recherche sur le psychotraumatisme complexe. Il s'agit d'une étude en psychiatrie sur le vécu des patient·e(e)s victimes d'un psychotraumatisme complexe, menée en vue de la préparation d'une thèse de doctorat par Madame Marion Lottmann, interne de psychiatrie. Le responsable scientifique de cette étude est le Dr Mengin (Centre Psychotrauma Grand Est Alsace Nord, CHU Strasbourg).

Vous avez été adressé(e) au Centre Psychotrauma dans le cadre d'un traumatisme complexe ou ce diagnostic a été évoqué dans votre parcours de soin en santé mentale. Ce diagnostic est encore mal connu et reconnu, et vous avez très certainement rencontré des difficultés lors de votre parcours de patient·e. Afin de mieux cibler ces obstacles, et pouvoir à l'avenir les corriger, nous menons une étude dans laquelle nous souhaiterions vous inclure. Il s'agira dans un premier temps de répondre à un « questionnaire patient·e » sous format papier, contenant des questions d'ordre général socio-démographique. Ce questionnaire nous permet de préciser les caractéristiques des personnes participant à cette étude. Ensuite, une série de 6 questions vous sera posée au cours d'un entretien semi-dirigé avec un investigateur. Ces questions concerneront plus spécifiquement vos difficultés, vos attentes et votre vécu. Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement audio, puis sera retranscrit pour être analysé.

Votre participation est précieuse car elle permettra d'améliorer la prise en charge, du diagnostic jusqu'au traitement, de personnes ayant vécu un psychotraumatisme.

Votre participation à ce programme sera anonyme. Les informations recueillies sont confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude.

Les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande à l'adresse suivante : [amaury.mengin@chru-strasbourg.fr](mailto:amaury.mengin@chru-strasbourg.fr).

Si vous le souhaitez, nous pouvons aussi échanger plus directement avec vous, afin de vous expliquer l'objectif précis de cette recherche. N'hésitez pas à nous contacter en utilisant l'adresse électronique ci-dessus.

Si vous acceptez de participer à ce programme, un investigateur de notre équipe viendra vous rencontrer dans les locaux du Centre Psychotrauma ou du Centre Hospitalier d'Erstein. La durée prévisionnelle de l'entretien est comprise entre 20 minutes et 1h. Un 2<sup>ème</sup> entretien d'une durée similaire pourra éventuellement vous être proposé pour compléter le 1<sup>er</sup>.

Ainsi, nous vous proposons **le créneau du .../.../... à ...h... à (lieu)** pour réaliser cet entretien. **Merci de bien vouloir répondre à ce courriel pour confirmer ou non votre disponibilité pour ce rdv.**

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, merci de compléter le « consentement du·de la patient·e », document que vous trouverez en pièce jointe, ainsi que la notice d'information. Nous vous enverrons une copie du document pour que vous puissiez vous y référer à n'importe quel moment.

Nous vous garantissons que votre participation sera totalement anonyme et que ce projet a été évalué par une commission « informatique et libertés ».

Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à donner de justification.

En espérant une réponse positive de votre part, nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette sollicitation.

Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez contacter les responsables suivants à l'adresse suivante : [amaury.mengin@chru-strasbourg.fr](mailto:amaury.mengin@chru-strasbourg.fr).

**Dr Amaury Mengin**

Psychiatre, Centre Régional du Psychotraumatisme Grand Est

### C. Annexe 3. Formulaire d'information

La prise en charge du psychotraumatisme complexe vue à travers le prisme du·de la patient·e: Trauma'Prisme, une étude qualitative sur le vécu et les attentes de patient·e-s suivis au Centre Régional du Psychotraumatisme Grand Est.

**Introduction:** Le diagnostic de trauma complexe est l'aboutissement de plusieurs années de propositions et débats de la part de psychiatres et experts. La création récente des Centres Psychotrauma permet désormais d'accueillir les différents intervenants et les patient·e-s en un même lieu. Afin d'accroître les bénéfices de la prise en charge, il nous paraît indispensable de mieux appréhender les attentes et les difficultés du·de la patient·e tout au long de son parcours de soin. Les étapes jusqu'à la pose du diagnostic et l'errance diagnostic seront analysées dans un premier temps, puis dans un second temps, l'aspect symptomatologie et impact sur la vie quotidienne sera questionné. Enfin, nous nous attarderons sur les attentes du·de la patient·e lors de sa prise en charge, et les conséquences attendues sur la vie quotidienne.

**Les objectifs** de ce projet sont d'explorer :

- identifier les difficultés rencontrées par le·la patient·e dans la reconnaissance de son trouble
- comprendre quels symptômes ou quels comportements ont permis, que ce soit par le médecin ou par le·la patient·e, de faire le lien entre la symptomatologie actuelle et les événements traumatiques
- cibler au mieux les attentes du·de la patient·e lors de sa prise en charge

- établir une notion de guérison selon le·la patient·e·e

La finalité est d'améliorer la prise en charge du·de la patient·e tout au long de son trouble, de l'identification des symptômes avec la pose du diagnostic jusqu'à la guérison.

### **Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par Marion Lottmann, interne en psychiatrie, suivant vos disponibilités, dans les locaux du Centre Psychotrauma Grand Est Alsace Nord ou du Centre Hospitalier d'Erstein. L'entretien comporte deux temps : un premier temps consacré au « questionnaire patient·e » dans une version papier, dont le but est de mieux cibler le·la patient·e et son traumatisme, puis un second temps d'entretien semi-dirigé où une série de 6 questions ouvertes plus spécifiques à vos difficultés, vos attentes quant à la prise en charge du psychotraumatisme complexe vous sera posée par un des investigateurs.

La durée prévisionnelle de l'entretien est de 20 à 60 minutes, celui-ci fera l'objet d'un enregistrement audio.

### **Qu'est-ce qu'il se passe si je participe ?**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant la prise en charge du psychotraumatisme complexe selon différents abords, de la pose du diagnostic jusqu'à la stabilisation du trouble.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la date de soutenance de la thèse puis seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Marion Lottmann, en collaboration avec Dr Amaury Mengin.

Les résultats recueillis seront utilisés dans le cadre de l'étude présentée ci-dessus et apparaîtront dans la thèse de Marion Lottmann, intitulée « Prise en charge du psychotraumatisme complexe vu sous le prisme du·de la patient·e: étude qualitative sur le vécu et les attentes de patient·e-s suivis au Centre Psychotrauma Grand Est Alsace Nord » et peuvent éventuellement être publiés. *Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à l'adresse suivante : [amaury.mengin@chru-strasbourg.fr](mailto:amaury.mengin@chru-strasbourg.fr). L'université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr).*

#### D. Annexe 4. Consentement

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter le formulaire de consentement suivant :

(La participation à cette étude est conditionnée par l'acceptation de la totalité des items ci-dessous).

**Merci de noter vos initiales à côté de chaque affirmation :**

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
  
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
  
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
  
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
  
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)

\_\_\_\_\_

Signature (investigateur)

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

## E. Annexe 5. Questionnaire patient·e

Sexe :

Age :

Situation familiale :

- célibataire
- en couple (concubinage, pacsé, marié)
- divorcé(e)
- veuf/veuve
- enfant(s) à charge, veuillez préciser combien :

Catégorie socio-professionnelle :

- étudiant(e)
- sans emploi
- salarié(e)
- indépendant(e)
- autre, veuillez préciser

Période des premiers événements traumatiques identifiés :

- durant l'enfance (<12 ans)
- à l'adolescence (12-17 ans)
- à l'âge adulte (18 ans ou +)

Environnement des événements (plusieurs réponses possibles) :

- au sein de la cellule familiale
- lors d'une relation conjugale
- environnement scolaire/professionnel
- lors d'un déplacement ou d'une mission à l'étranger
- dans un groupe religieux/une secte
- dans un contexte de détention
- autre :

Type de violence (plusieurs réponses possibles) :

- physique
- psychique
- sexuelle
- autre :

Symptomatologie gênante dans le quotidien (3 symptômes les plus gênants dans l'ordre) :

1.

2.

3.

Consommez-vous de l'alcool ? OUI NON

Si oui, consommiez-vous déjà de l'alcool avant l'événement traumatisant ?

Combien de verres par semaine ?

Votre consommation a-t-elle été modifiée depuis l'événement traumatisant ?

Quelle est votre consommation actuelle en nombre de verres par semaine ?

Consommez-vous de la drogue ? OUI NON

Si oui, consommiez-vous déjà de la drogue avant l'événement traumatisant ?

Combien de fois par semaine ?

Votre consommation a-t-elle été modifiée depuis l'événement traumatisant ?

Combien de fois par semaine consommez-vous de la drogue actuellement ?

Consommez-vous des médicaments en dehors de leur indication médicale ?

OUI NON

Si oui, consommiez-vous déjà des médicaments avant l'événement traumatisant, pour une raison autre que celle prescrite, ou habituellement recommandée ?

Dans quel but ?

Combien de fois par semaine ?

Votre consommation a-t-elle été modifiée depuis l'événement traumatisant ?

Combien de fois par semaine consommez-vous actuellement des médicaments en dehors de l'indication ou la posologie habituellement recommandée ?

Dans quel but ?

Période d'apparition de symptômes psychiques gênants :

- dans le mois suivant les événements traumatiques
- durant l'année suivante
- durant les 5 premières années après les événements traumatiques
- plus de 5 ans après les événements traumatiques

Période d'apparition de symptômes physiques (douleurs, fatigue, etc.) gênants :

- dans le mois suivant les événements traumatiques
- durant l'année suivante
- durant les 5 premières années après les événements traumatiques
- plus de 5 ans après les événements traumatiques
- non concerné

Année du premier contact avec un psychiatre ou un psychologue :

Année de la 1<sup>ère</sup> prise en compte de l'impact des événements traumatiques sur la symptomatologie gênante (par vous) :

Année de la 1<sup>ère</sup> prise en compte de l'impact des événements traumatiques sur la symptomatologie gênante (par un professionnel de santé) :

Préciser le professionnel de santé :

- médecin traitant
- psychiatre
- psychologue
- autre (précisez) :

Adressé au Centre Psychotrauma par (noter « NA » si non suivi au Centre Psychotrauma):

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## F. Annexe 6. Questionnaire pour l'entretien semi-dirigé

1. En quelle année avez-vous consulté pour la première fois un professionnel de santé mentale ? Pour quel motif ? Quels moyens avez-vous envisagés pour vous faire soigner ?
2. Quels sont les symptômes et gênes que vous rapportez, et dont vous souhaiteriez voir l'intensité diminuer, voire disparaître ? Quel en est l'impact sur votre quotidien ?
3. Quand et comment avez-vous fait le lien entre vos symptômes et les traumatismes subis ?
4. Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre parcours de soins ?
5. Comment comprenez-vous ce qu'est le trauma complexe ?
6. A quel moment considérerez-vous que votre thérapie puisse prendre fin ? Sur quels éléments cliniques et quels changements dans votre mode de vie et de fonctionnement vous considérerez-vous comme « guéri(e) » ?

G. Annexe 7. Questionnaire ACE

14. Quel est votre statut matrimonial ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

16. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

17. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

18. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

21. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

22. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

23. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

24. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

25. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

26. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

27. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

28. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

29. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

30. Quel est votre statut matrimonial au moment de votre mariage ?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



## H. Annexe 8. Questionnaire BSL-23

1

## La liste des symptômes borderlines (BSL-23)

Code: \_\_\_\_\_

Date: | | / | | / 20 | |

Lisez les tableaux ci-dessous, vous trouverez une série de difficultés et de problèmes qui pourraient vous sembler familiers. Veuillez passer le questionnaire toutes les semaines de la semaine prochaine à la semaine de la semaine prochaine dans le cadre qui vient de s'écouler. Si vous ne pouvez pas d'un certain moment, veuillez répondre en indiquant les « exceptions que vous auriez pu avoir ». Merci de répondre avec sincérité.

Toutes les questions se réfèrent à la semaine qui vient de s'écouler. Si vous avez traversé différents états à différents moments, répondez par une séquence de 1 à 5 en fonction de l'état moyen durant la semaine.

Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

	Durant la semaine passée...	pas du tout	peu	guère	beaucoup	sur le temps
1	Il m'était difficile de faire confiance à autrui	0	1	2	3	4
2	J'étais désemparé(e)	0	1	2	3	4
3	J'avais l'esprit ailleurs et j'étais incapable de me concentrer sur ce que j'étais en train de faire	0	1	2	3	4
4	Je me suis senti(e) désemparé(e)	0	1	2	3	4
5	J'ai trahi à ma face du mal	0	1	2	3	4
6	Je n'avais pas confiance aux autres	0	1	2	3	4
7	Les autres ont pu me manipuler à leur guise	0	1	2	3	4
8	Prière suicidaire	0	1	2	3	4
9	Une situation m'a rendu méfiant et méfiant	0	1	2	3	4
10	J'avais des images qui me faisaient peur	0	1	2	3	4
11	Je me détestais	0	1	2	3	4
12	Je voulais me punir	0	1	2	3	4
13	Parfois j'avais de la honte	0	1	2	3	4
14	Mon humeur changeait rapidement passant de l'optimisme à la tristesse à la tristesse	0	1	2	3	4
15	Parfois j'avais des visions et des visions provenant du haut du ciel ou de l'extérieur de ma tête	0	1	2	3	4
16	Les critiques d'autrui ont eu un effet dévastateur sur moi	0	1	2	3	4
17	Je me suis senti(e) vulnérable	0	1	2	3	4
18	L'idée de la mort m'a fasciné(e)	0	1	2	3	4
19	Je me suis senti(e) vide de sens	0	1	2	3	4
20	Parfois j'ai pu perdre le contrôle	0	1	2	3	4
21	Je me suis senti(e) désemparé(e) de moi-même	0	1	2	3	4
22	Une fois, j'ai eu une communication étrange avec moi-même	0	1	2	3	4
23	Une fois, j'ai eu une vision	0	1	2	3	4

Nous aimerions maintenant connaître la qualité globale de votre état personnel durant la semaine qui vient de s'écouler. 0% signifie complètement abominable, 100% signifie excellent. Merci de choisir le pourcentage qui convient le mieux à décrire votre état global sur la semaine écoulée.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<p>Très mauvais ←—————→ Excellent</p>										

**Veuillez s'il vous plaît vérifier qu'il ne manque aucune réponse.**

**Nous tenons à vous remercier de votre participation !  
Veuillez s'il vous plaît remettre le questionnaire à votre thérapeute.**

## I. Annexe 9. Questionnaire ITQ

International Trauma Questionnaire – Version Française

**Instructions:** Merci d'indiquer quelle est l'expérience qui vous perturbe le plus et répondez aux questions par rapport à cette expérience.

Description de l'expérience \_\_\_\_\_

Quand l'expérience s'est-elle passée ? (entourez une réponse)

- a. il y a moins de 6 mois
- b. 6 à 12 mois
- c. 1 à 5 ans
- d. 5 à 10 ans
- e. 10 à 20 ans
- f. il y a plus de 20 ans

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes et de plaintes qu'ont parfois les personnes suite à des expériences de vie stressantes ou traumatiques. Merci de lire chaque item attentivement, puis entourez un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème le mois dernier.

	Jamais	Peu	Moyen	Musque	Extrême
P1. Avoir des rêves perturbants ou se réjouir une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience ?	0	1	2	3	4
P2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se jouait ici et maintenant ?	0	1	2	3	4
P3. Éviter les ressentis qui rappellent l'expérience (par exemple, pensées, sentiments ou sensations physiques) ?	0	1	2	3	4
P4. Éviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (par exemple, personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations) ?	0	1	2	3	4
P5. Être en état de sur-alerte, vigilance ou sur ses gardes ?	0	1	2	3	4
P6. Réaction exagérée de surprise ou effroi ?	0	1	2	3	4

Symptômes ci-dessous le mois dernier

P7. Est-ce que cela a affecté vos relations et votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
P8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
P9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes qui peuvent avoir parfois les personnes qui ont connu un événement stressant ou traumatique. Les questions se rapportent à la manière dont vous vous

entendez typiquement, que vous pensez de vous-même typiquement ou les manières dont vous êtes typiquement en relation avec les autres. Répondez à quel point l'énoncé est vrai vous concernant.

À quel point est-ce vrai de vous ?

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
C1. Quand je suis turbulente, il me faut beaucoup de temps pour me calmer	0	1	2	3	4
C2. Je me sens insensible ou émotionnellement distrait(e)	0	1	2	3	4
C3. Je me sens nul(le)	0	1	2	3	4
C4. Je me sens sans valeur	0	1	2	3	4
C5. Je me sens distrait(e) ou coupé des autres	0	1	2	3	4
C6. Je trouve difficile de rester émotionnellement proche des autres	0	1	2	3	4

Durant le mois dernier, le fait d'avoir problèmes émotionnels ou de croyance, pour vous et dans les relations aux autres:

C7. A créé de l'inquiétude ou de la détresse concernant vos relations ou votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
C8. A affecté votre travail ou capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
C9. A affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ??	0	1	2	3	4

## 1. Système de pointage pour le diagnostic du SSPT et SSPT Complexe

### SSPT

Si P1 ou P2  $\geq$  2 le critère est atteint pour Revivre L'Expérience (Re\_dx)

Si P3 ou P4  $\geq$  2 le critère est atteint pour Évitement (Av\_dx)

Si P5 ou P6  $\geq$  2 le critère est atteint pour Sentiments de Menaces (Th\_dx)

### ET

Au moins P7, P8, ou P9  $\geq$  2 atteint le diagnostic pour SSPT déficience fonctionnelle (PTSDFI)

Si les critères de 'Re\_dx' ET 'Av\_dx' ET 'Th\_dx' ET 'PTSDFI' sont atteints, les critères du SST5 sont atteints.

### STSS Complexe

Si C1 ou C2  $\geq$  2 le critère est atteint pour Régulation Emotionnelle (AD\_dx)

Si C3 ou C4  $\geq$  2 le critère est atteint pour Perception de soi négative (NSC\_dx)

Si C5 ou C6  $\geq$  2 le critère est atteint pour Déficit dans les relations (DR\_dx)

### ET

Au moins C7, C8, ou C9  $\geq$  2 atteint le diagnostic pour perturbations d'auto-organisation déficience fonctionnelle (DSOFI)

Si les critères de 'AD\_dx' ET 'NSC\_dx' ET 'DR\_dx' ET 'DSOFI' sont atteints, le critère de perturbations d'auto-organisation (DSO) est atteint.

STSS est diagnostiqué si les critères pour STSS sont atteints, mais les critères pour perturbation d'auto-organisation (DSO) ne sont PAS atteints.

STSS Complexe est diagnostiqué si les critères pour STSS sont atteints ET les critères pour perturbation d'auto-organisation (DSO) sont atteints.

Ne pas satisfaire aux critères de STSS NI DSO ne produit aucun diagnostic.

## 2. Evaluation dimensionnelle pour STSS et STSS Complexe

Un pointage peut être calculé pour STSS et perturbations d'auto-organisation (DSO) :

### SGTS

Total sur l'échelle de Likert pour P1 et P2 = pointage pour Revivre L'Expérience (Re)

Total sur l'échelle de Likert pour P3 et P4 = pointage pour Évitement (Av)

Total sur l'échelle de Likert pour P5 et P6 = pointage pour Sentiments de Menaces (Th)

Pointage STSS = Somme de Re, Av, et Th

### SSTS Complexe

Total sur l'échelle de Likert pour C1 et C2 = pointage pour Régulation Emotionnelle (AD)

Total sur l'échelle de Likert pour C3 et C4 = pointage pour Perception de soi négative (NSC)

Total sur l'échelle de Likert pour C5 et C6 = pointage pour Déficit dans les relations (DR)

Pointage DSO = Somme de AD, NSC, et DR

## J. Annexe 10. Questionnaire PCL5 avec LEC5

**LEC-5**

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qui peuvent parfois se produire. Pour chacun des événements, cochez une ou plusieurs cases à droite pour indiquer que : (a) vous l'avez vécu personnellement, (b) une autre personne l'a vécu et vous en avez été témoin, (c) vous avez appris qu'un membre de la famille ou un ami proche l'a vécu; (d) vous y avez été exposé dans le cadre de votre travail (par exemple, ambulancier, police, militaire, ou autre premier répondant), (e) vous êtes incertain ou (f) cela ne s'applique pas à vous.

Soyez certain de considérer votre vie entière (votre enfance ainsi que l'âge adulte) lorsque vous progressez dans la complétion de la liste.

<i>Événement</i>	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Fait partie de mon travail	Incertain	Ne s'applique pas
1. Catastrophe naturelle (par exemple, inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre)						
2. Incendie ou explosion						
3. Accident de transport (par exemple, accident de voiture, accident de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion)						
4. Accident grave au travail, à domicile, ou pendant une activité de loisir						
5. Exposition à une substance toxique (par exemple, produits chimiques dangereux, radiation)						
6. Agression physique (par exemple, se faire battre, frapper, gifler, recevoir des coups de pistolet, se faire battre)						
7. Voie de fait armée (par exemple, se faire tirer dessus, poignarder, menacer avec un couteau, une arme à feu ou une bombe)						
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'effectuer tout type d'acte sexuel par la force ou sous les menaces)						
9. Autre expérience sexuelle non désirée ou inconfortable						
10. Conflit armé ou exposition à une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)						
11. Captivité (par exemple, se faire kidnapper, enlever, prendre en otage, incarner comme prisonnier de guerre)						
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger						

LEC-5 (1/27/01) Weathers, Blake, Schnurr, Keane, Klauminzer, Keane, & Keane – National Center for PTSD

PCL-5 (1/10/2013) Weathers, Uitz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française : Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

13. Souffrance humaine sévère							
14. Décès soudain et violent (par exemple, homicide, suicide)							
15. Décès accidentel soudain							
16. Blessure grave, dommage ou décès que vous avez causé à quelqu'un d'autre							
17. Toute autre expérience ou événement très stressant.							

**SVP COMPLÉTEZ LA PARTIE 2 SUR LA PAGE SUIVANTE.**

(FCI-5 (16/2/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane – National Center for PTSD)

(FCI-5 (1/14/2013) Weathers, Lib, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD)

Traduction française: Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

**PARTIE 2:**

**A. Si vous avez coché quelque chose au #17 dans la PARTIE 1, identifiez brièvement l'événement auquel vous pensez :**

**B. Si vous avez vécu plus d'un événement décrit dans la PARTIE 1, pensez à l'événement considéré comme étant le pire événement, c'est-à-dire pour ce questionnaire, l'événement qui vous dérange le plus actuellement. Si vous n'avez vécu qu'un seul événement décrit dans la PARTIE 1, considérez celui-ci comme étant le pire événement. S'il vous plaît, répondez aux questions suivantes quant au pire événement (cochez toutes les options qui s'appliquent) :**

**1. Décrivez brièvement le pire événement (par exemple, ce qui s'est passé, qui a été impliqué, etc.) :**

**2. Depuis combien de temps l'événement s'est-il produit? \_\_\_\_\_ (donnez une estimation si vous n'êtes pas certain)**

**3. Comment l'avez-vous vécu?**

- Cela m'est arrivé directement
- J'en ai été témoin
- J'ai appris qu'un membre de la famille ou un ami proche l'a vécu
- J'y ai été exposé à plusieurs reprises dans le cadre de mon travail (par exemple, ambulancier, policier, militaire, ou autre premier répondant)
- Autre, précisez :

**4. La vie de quelqu'un était-elle en danger?**

- Oui, la mienne
- Oui, la vie de quelqu'un d'autre
- Non

**5. Quelqu'un a-t-il été gravement blessé ou tué?**

- Oui, j'ai été gravement blessé
- Oui, quelqu'un d'autre a été gravement blessé ou tué
- Non

**6. L'événement impliquait-il une agression sexuelle?  Oui  Non**

**7. Si l'événement a entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche, était-ce dû à un type d'accident ou de violence, ou était-ce dû à des causes naturelles?**

- Un accident ou de la violence
- (FCI-5 (16/7/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane – National Center for PTSD)
- Causes naturelles
- (FCI-5 (14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marm, & Schnurr – National Center for PTSD)

Causes naturelles  
 Ne s'applique pas (l'événement n'a pas entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche)

8. Combien de fois, au total, avez-vous vécu un événement similaire, soit aussi stressant ou presque aussi stressant que le pire événement vécu?

Seulement une fois  
 Plus qu'une fois (SVP précisez ou estimez le nombre total de fois que vous avez vécu cette expérience \_\_\_\_\_)

**SVP COMPLÉTEZ LA PARTIE 3 SUR LA PAGE SUIVANTE**

FCI-5 (16/7/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Mero, & Keane – National Center for PTSD

FCI-5 (14/2013) Weathers, Utr, Keane, Palmieri, Mero, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française: Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

## PARTIE 3 :

Voici une liste de problèmes parfois vécus à la suite d'une expérience très stressante. En gardant en tête le pire événement vécu, lisez attentivement chacun des problèmes et encerclez un des chiffres à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois.

Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Presque	Entièrement
1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là ou train de la revivre)?	0	1	2	3	4
4. Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration)?	0	1	2	3	4
6. L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associés à l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations)?	0	1	2	3	4
8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines ou des importantes de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que « Je suis mauvais; il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux »)?	0	1	2	3	4
10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre pour l'expérience stressante et/ou pour ce qui s'est produit par la suite?	0	1	2	3	4
11. La présence de fortes émotions négatives telles que le peur, l'honneur, la colère, la culpabilité ou la honte?	0	1	2	3	4
12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant?	0	1	2	3	4
13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres?	0	1	2	3	4
14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches)?	0	1	2	3	4
15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive?	0	1	2	3	4

FCI-5 (16/7/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane – National Center for PTSD

FCI-5 (1/14/2013) Weathers, Lib, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française: Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

16. Le fait de prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient vous blesser?	0	1	2	3	4
17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant ou sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Le fait de vous sentir agité ou de sursauter facilement?	0	1	2	3	4
19. Des difficultés de concentration?	0	1	2	3	4
20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	0	1	2	3	4

LEC-5 (15/2/2013) Weathers, Dake, Schnurr, Katoupek, Menn, & Keane – National Center for PTSD

PCU-5 (11/10/2013) Weathers, Litz, Keane, Patrice, Menn, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française: Centre d'Etude sur le Trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

K. Annexe 11. Exemple de retranscription de l'entretien avec le participant J

1. En quelle année avez-vous consulté pour la première fois un professionnel de santé mentale ? Pour quel motif ? Quels moyens avez-vous envisagé pour vous faire soigner ?

A l'âge de 22 ans, il y a qq années oui. Pour une dépression. Je suis allée voir ma généraliste d'abord, qui m'a prescrit un antidépresseur, sauf que j'ai fait un virage maniaque donc elle m'a dit qu'elle préférerait plutôt m'envoyer vers une psychiatre. Et du coup, je suis d'abord allée voir une psychiatre et c'est là que mon parcours de soin a commencé on va dire. Je ne me souviens vraiment pas du virage maniaque, mais je me souviens qu'une fois que j'avais pris ce traitement, j'avais une humeur très très haute, tout d'à coup, je ne dormais plus, le changement a été, très radical. Il n'y a pas eu d'hospitalisation. Il y a eu un changement de traitement et après ça allait mieux. J'ai surtout vu des psychiatres. Je suis passée de psychiatre en psychiatre. Du coup, elle, elle m'a diagnostiquée bipolaire vu mon virage maniaque, mais elle ne faisait que des diagnostics donc j'ai cherché un autre psychiatre. Après ça a été compliqué au niveau traitements et tout ça, et en parallèle de ça, je continuais quand même à me sentir très mal. J'avais beaucoup de symptômes dissociatifs et tout ça. Donc il y a un des psychiatres que j'ai vu qui m'a dit que ce serait peut-être bien d'aller voir qqun qui est spécialisé dans l'EMDR. C'est là où je suis allée chez la psycho. A l'époque j'étais dans un moment très dissocié, je ne pense pas que j'avais vraiment d'attentes.

2. Quels sont les symptômes et gênes que vous rapportez, et dont vous souhaiteriez voir l'intensité diminuer, voire disparaître ? Quel en est l'impact sur votre quotidien ?

Les cauchemars surtout. C'est très dur à traiter. Il n'y a pas vraiment de traitement. C'est toutes les nuits, c'est tout le temps. Ça fait pratiquement un an maintenant, toutes les nuits. C'est surtout des cauchemars où mon intégrité physique est menacée. Donc ça a beaucoup de lien avec mon traumatisme. Et c'est toutes les nuits. Ça fatigue. Sur le long terme, c'est vraiment ça qui est le plus compliqué. Il y a un an, je suis allée chez mes parents et du coup, on va dire que c'est aussi un peu lié à mes parents le traumatisme. Du coup ça m'a beaucoup trigger, et c'est là où j'ai commencé à faire beaucoup de cauchemars. Sauf que quand je suis rentrée chez moi ici, ça a continué. Les autres symptômes sont l'hypervigilance parce que du coup je sursaute pour tout, je suis toujours tendue, je suis toujours anxieuse, même si je le sens pas, je supporte très mal les bruits, les bruits soudains, donc oui c'est assez compliqué. Et après la dissociation. J'ai l'impression tout d'à coup de voir la réalité d'une autre manière, comme si ce n'était pas réel. Des fois je regarde mes mains et je trouve ça un peu bizarre. J'ai un sentiment d'irréalité, j'ai l'impression de flotter un peu des fois en marchant, de pas vraiment être là. J'ai beaucoup de mal à me connecter au bruit, aux autres. C'est vraiment ce sentiment-là, de déconnexion. La dissociation ça fait plus longtemps. Les cauchemars ça impacte beaucoup mon hygiène de sommeil, parce que après du coup j'ai beaucoup d'appréhension à dormir. Et mon trouble bipolaire, il est beaucoup lié aussi aux cycles de sommeil... Il y a eu des épisodes hypomanes souvent justement à cause d'un manque de sommeil. Voilà. Je suis très sensible à ça. Des fois j'arrive à bien tenir un rythme de sommeil malgré tout assez normal, et puis des fois, pas du tout quoi. J'ai déjà pris des somnifères, des anxio, des choses comme

ça, mais bon c'est pas une solution sur le long terme. Et en journée, je suis fatiguée, je ne suis pas très productive on va dire, des fois je repense souvent aux cauchemars, ça reste dans ma tête quoi, du coup ça impacte mon humeur. On va dire que en journée c'est un peu compliqué. Et puis ça peut aussi m'induire de la dissociation, des choses comme ça. Tout est lié !

A cause de l'hypervigilance, dans une phase assez aigue, je ne sors pas. J'ai acheté un casque anti-bruit donc du coup ça va mieux. Je peux sortir malgré tout. Mais quand c'est comme ça, j'ai du mal, il me faut vraiment du calme, et pas de bruit. Et si j'entends du bruit, ça va me faire sursauter, des fois ça va beaucoup m'énerver, je vais être très irritable.

Quand je dissocie beaucoup, je me retire on va dire socialement etc. C'est très dur de maintenir un contact social, plus les dépressions et tout ça, ça joue beaucoup. J'ai des tendances à l'isolement quand ça ne va pas.

3. Quand et comment avez-vous fait le lien entre vos symptômes et les traumatismes subis ?

A l'âge de 22 ans. Ça m'est tombé dessus. Ce qui a été déclenchant, c'est que j'ai déménagé de chez mes parents, et je pense que du coup, ça a déclenché beaucoup de choses. Psychologiquement. J'ai commencé à avoir beaucoup de symptômes, surtout beaucoup de flashbacks. C'est comme si j'avais un peu oublié toutes ces années et ça m'est tombé dessus comme ça des années plus tard. Et c'est là où j'ai commencé à faire un peu le lien. Chez mes parents, c'est tabou. Quand c'est arrivé, ma mère m'a dit de pas en parler. De ne plus jamais en parler. Du coup quand je suis

partie, je pense que ça a un peu levé la barrière on va dire. Et du coup c'est là où ça m'est un peu tombé dessus. J'avais complètement oublié pendant 10 ans.

#### 4. Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre parcours de soins ?

J'ai eu beaucoup de mal à trouver un psychiatre qui connaisse bien le stress post-traumatique. En fait, souvent, on ne me prenait pas au sérieux. J'ai vu un psychiatre à qui j'ai raconté un de mes traumatismes, et qui en gros a beaucoup minimisé ce qui s'est passé, qu'en gros, c'était pas si grave que ça, que c'était plutôt un malentendu. Enfin des choses qu'on entend habituellement. Ça je m'en souviens parce que ça m'a beaucoup ralenti. Après ça, je n'ai plus voulu avoir un suivi pour ça. Et j'ai eu beaucoup de mal à trouver un psychiatre en qui avoir confiance. Normalement je suis plutôt directe, j'ai pas de problème à raconter ce qui m'est arrivé et tout ça, mais c'est vrai que la réponse en face, ça m'a un peu désarçonné, et après ça, j'ai eu beaucoup de mal à aller voir un psychiatre. Et surtout de discuter de mes traumatismes et tout ça. Et après je me suis dit « c'est peut-être pas si grave, peut-être j'invente ». J'ai eu beaucoup de mal à prendre au sérieux mes traumatismes. Et du coup ça a beaucoup ralenti ma prise en charge à ce niveau-là. Mon trouble bipolaire a aussi ralenti ma prise en charge, on a eu beaucoup de mal à trouver un traitement qui m'aille bien. Souvent quand j'y allais chez le psychiatre, on parlait surtout de ça, et j'ai pu vraiment parler du traumatisme quand je suis allée voir une autre psychiatre en même temps, justement pour discuter de ce genre de choses. Parce que justement elle s'est une psychiatre qui s'occupe des enfants traumatisés, et du coup j'étais beaucoup plus en confiance avec elle.

Finalement, je ne sais même pas c'est quoi mon diagnostic ! Stress post-traumatique, ça c'est sûr, mais après, complexe, ça on ne sait pas trop. J'ai eu mon traumatisme à

12 ans, et après j'ai eu plusieurs autres traumatismes au cours de ma vie. A 12 ans, il y a eu un événement, et après il y a eu d'autres événements, non reliés. Une multiplication de traumatismes d'ordre sexuel, au niveau amoureux, dans la relation de couple. J'étais étonnée quand M. (*la psychologue*) m'a dit que c'était sur des traumas complexes, parce que du coup j'ai jamais vraiment eu ce diagnostic-là. Mais après je sais que je pourrais peut-être rentrer dedans, donc c'est un peu compliqué.

Comment comprenez-vous ce qu'est le trauma complexe ?

A quel moment considérerez-vous que votre thérapie puisse prendre fin ? Sur quels éléments cliniques et quels changements dans votre mode de vie et de fonctionnement vous considérerez-vous comme « guéri(e) » ?

##### 5. Comment comprenez-vous ce qu'est le trauma complexe ?

Alors moi j'ai un peu cherché de mon côté, je sais que le trauma complexe, c'est surtout qqch qui est employé pour les personnes qui ont un TDI, parce que du coup c'est des traumatismes répétés, durant l'enfance. Moi je pense que je pourrai rentrer dans le sens où j'ai eu quand même plusieurs traumatismes au cours de ma vie, mais ils ne sont pas reliés entre eux. Donc je sais pas si c'est important le fait que ce soit relié. Ce qui me fait le dire, c'est que c'est du même ordre, toujours la même zone du coup ça me fait dire que quand même, il y a peut-être qqch.

1. A quel moment considérerez-vous que votre thérapie puisse prendre fin ? Sur quels éléments cliniques et quels changements dans votre mode de vie et de fonctionnement vous considérerez-vous comme « guéri(e) » ?

Oula. Guéri je ne pense pas qu'on puisse l'être. Déjà j'ai beaucoup appris à gérer ma dissociation, j'en ai pratiquement plus. Quand je pourrai mieux gérer mes symptômes au quotidien. Et quand il n'y a pas des endroits que je vais éviter à cause du traumatisme, quand j'aurai plus de cauchemars, quand la détresse on va dire aura diminuée, quand ce sera vivable et gérable pour moi si j'ai un pic de stress et tout ça. J'évite tout ce qui est piscine, il y a aussi toute une partie de la France que j'évite, parce que c'est relié à mon traumatisme. Mon traumatisme s'est passé en partie à la piscine. Donc du coup, je le relie beaucoup à ça. Et aussi l'endroit où ça s'est passé du coup est un peu banni. Ce qui est un peu embêtant car une partie de ma famille habite à Vannes.

Remarques spontanées de la part de la patient·ee :

Je pense que les psychiatres devraient être mieux formés à tout ce qui est violences sexuelles surtout, parce que je pense que si j'étais venue raconter un accident ou qqch comme ça, on m'aurait peut-être pris plus au sérieux. Je pense qu'il y a vraiment un manque de formation, un manque d'écoute, même si ce n'est pas leur spécialité. Pendant longtemps, on en savait pas vers qui me rediriger, donc me trimballait un peu de droite à gauche. C'était mes psychiatres, il ne savait pas trop vers qui me rediriger. On me disait plusieurs fois de retourner faire de l'EMDR mais j'ai dit que je ne voulais pas trop parce que ça ne m'avait pas vraiment aidé. Ils manquaient de ressource à mon avis pour pouvoir me rediriger et c'est que l'année dernière que ma psychiatre m'a dit « ah bah il y a le centre psychotrauma », je ne connaissais même pas ! Je ne savais même pas que ça existait ! Je me suis dit « mais ça existe depuis des années, on ne m'a même pas redirigé vers ça ! ». C'est un peu énorme quoi ! Je trouve que ce

n'est vraiment pas pris au sérieux. Il y a un manque de prise en charge, on n'est pas trop écouté non plus.

Depuis ma prise en charge au centre psychotrauma, j'ai beaucoup progressé dans mes symptômes, ça s'est beaucoup amélioré en très peu de temps. J'étais étonnée de voir à quel point une bonne prise en charge ça marche bien ! Et que en fait d'ici la fin de l'année, on m'a dit que ça irait beaucoup mieux. On va faire de l'exposition. Je suis étonnée de voir à quel point ça peut aller vite de régler tout ça, et que j'ai trainé ça pendant des années. C'est un peu énervant on va dire. Je me suis beaucoup renseignée, j'ai beaucoup lu, des livres et tout ça. Quand je suis arrivée là, j'étais déjà calée, ça a beaucoup aidé dans la prise en charge. J'ai lu beaucoup de psycho, pas mal sur le stress post-traumatique, les symptômes, ce qu'il se passe dans le cerveau etc pour mieux comprendre ce qu'il m'est arrivé, de moi-même. Donc je suis arrivée là, j'avais déjà les bons mots. C'est vrai que ça a beaucoup aidé. Mais c'est un peu rageant de voir que c'est un truc que j'ai dû faire toute seule d'un côté. Ce qui est compliqué aussi je pense, c'est qu'il y a beaucoup de personnes qui ont eu un stress post-traumatique qui ont développé beaucoup de maladie mentale, moi j'ai le trouble bipolaire, j'ai le TDAH, et j'ai l'impression que c'est un peu mis sous le tapis le côté traumatisme, parce qu'on diagnostique ces choses-là très bien parce que j'ai des médicaments, donc ça m'aide, mais ça ne règle pas... Les traumas sont toujours là, les médecins le savent, mais ils ne le prennent pas suffisamment en compte. C'est ce qui ressort souvent auprès de mes amis aussi.

Et c'est un peu sans rapport, mais la prise en charge par les forces de l'ordre. J'avais 12 ans, ma mère m'a fait aller voir des gendarmes pour déposer plainte. La prise en charge a été catastrophique, ça a beaucoup joué sur mon traumatisme aussi. Déjà en tant qu'enfant, je ne comprenais pas ce qui s'était passé. On m'a tout de suite

dépossédé de l'événement, ça a été très dur. Et après ça, je n'ai pas vu de psychiatre, je n'ai pas vu de psychologue, j'ai vu personne. C'était très brut de décoffrage. Ça a beaucoup participé au traumatisme. Aujourd'hui j'aimerais bien peut-être refaire des poursuites judiciaires, mais c'est vrai que ça me bloque, on m'a dit qu'il faudrait que je reporte plainte mais pfffh... Même si ça s'est amélioré, on entend quand même beaucoup de choses, c'est pas si top que ça.

## Bibliographie

1. Pignol P, Hirschelmann-Ambrosi A. La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*. 2014;90(6):427-37.
2. Crocq L. Chapitre 16. Quelques jalons dans l'histoire du concept du trauma. In: *Trauma et résilience* [Internet]. Dunod; 2012 [cité 26 mai 2023]. p. 173-86. Disponible sur: <https://www.cairn.info/trauma-et-resilience--9782100576548-page-173.htm>
3. Josse É. Chapitre 17. Histoire du psychotraumatisme. In: *Pratique de la psychothérapie EMDR* [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 26 mai 2023]. p. 189-96. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100737802-p-189.htm>
4. Tarquinio C, Montel S. Introduction. In: *Les psychotraumatismes* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 26 mai 2023]. p. 1-20. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-psychotraumatismes--9782100705207-p-1.htm>
5. Houdecek F. Blessures psychiques des combattants de l'Empire. Sources d'étude et premières approches. *Napoleonica La Revue*. 2013;17(2):55-65.
6. Ponseti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S. Chapitre 1. Données historiques sur le traumatisme et définitions. In: *Le débriefing psychologique* [Internet]. Paris: Dunod; 2009 [cité 26 mai 2023]. p. 5-18. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-debriefing-psychologique--9782100522583-p-5.htm>
7. Wilfert A. *La Revue d'Histoire Militaire*. 2022 [cité 26 mai 2023]. Hystériques de guerre, ces blessés d'un autre genre. Disponible sur: <https://larevuedhistoiremilitaire.fr/2022/06/15/hysteriques-de-guerre-ces-blesses-dun-autre-genre/>
8. Yroni A, Taib S, Dupuch L, Schmitt L, Very E, Birmes P. Traumatic Hystero-Neurasthenia in Professor Charcot's *Leçons du Mardi*. *J Nerv Ment Dis*. sept 2019;207(9):799-804.
9. Quinodoz JM. Études sur l'hystérie, S. Freud et J. Breuer (1895d). In: *Lire Freud* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004 [cité 26 mai 2023]. p. 21-34. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/lire-freud-9782130534235-p-21.htm>
10. Milot T, Collin-Vézina D, Godbout N. *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir*. Presses de l'Université du Québec; 2018. 415 p.
11. Bessoles P. De la « psychiatrie de l'avant » aux urgences médico psychologiques. In: *Victimologie-Criminologie Approches cliniques* [Internet]. Nîmes: Champ social; 2005 [cité 4 avr 2023]. p. 19-30. (Victimologie & criminologie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/victimologie-criminologie-approches-cliniques--2913376479-p-19.htm>

12. Crocq L. Histoire du debriefing. *Pratiques Psychologiques*. 1 déc 2004;10(4):291-318.
13. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mai 2010;168(4):311-9.
14. Douville O. Des psychanalystes sous la première guerre mondiale : de la névrose traumatique à la folie traumatique. *Bulletin de psychologie*. 2014;Numéro 531(3):237-51.
15. Crocq L. Chapitre 2. Les tableaux cliniques. In: *Les Blessés psychiques de la Grande Guerre* [Internet]. Paris: Odile Jacob; 2014 [cité 26 mai 2023]. p. 43-114. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/blesses-psychiques-de-la-grande-guerre--9782738131492-p-43.htm>
16. Jean Lépine. *Troubles mentaux de guerre* [Internet]. Masson; 1917 [cité 31 mai 2023]. 261 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/troublesmentaux00lpgoog>
17. *Historique de la Psychotraumatologie* [Internet]. TPS : Traitement du Psycho-Trauma par la Thérapie Psycho Sensorielle. 2018 [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <https://tps-trauma.org/index.php/historique-de-la-psychotraumatologie/>
18. Micale MS, Lerner P. *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*. Cambridge University Press; 2001. 337 p.
19. *Passé, présent et futur des cellules d'urgence médico-psychologique*. PSN. 2016;14(2):21-38.
20. Freud S, Pestre E, Laplanche J, Pontalis J b. *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot; 2010. 160 p.
21. Crocq L. XIV. Les traumatismes psychiques de guerre. In: *Guerre et Psychologie* [Internet]. Paris: Hermann; 2018 [cité 31 mai 2023]. p. 183-201. (L'Homme et la Guerre). Disponible sur: <https://www.cairn.info/guerre-et-psychologie--9782705695477-p-183.htm>
22. Friedman MJ. Post-Vietnam syndrome: Recognition and management. *Psychosomatics*. nov 1981;22(11):931-42.
23. Tarquinio C, Auxéméry Y. Chapitre 5. Le traumatisme complexe. In: *Manuel des troubles psychotraumatiques* [Internet]. Paris: Dunod; 2022 [cité 4 avr 2023]. p. 143-73. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-des-troubles-psychotraumatiques--9782100796342-p-143.htm>
24. Strüber N, Strüber D, Roth G. Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. janv 2014;38:17-37.
25. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry*. oct 1985;55(4):530-41.

26. Herman JL. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror. Reprint édition. New York: Basic Books; 1997. 304 p.
27. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. janv 1991;148(1):10-20.
28. McDonald MK, Borntrager CF, Rostad W. Measuring trauma: considerations for assessing complex and non-PTSD Criterion A childhood trauma. *J Trauma Dissociation*. 2014;15(2):184-203.
29. Solomon EP, Heide KM. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1 juin 1999;43(2):202-10.
30. Josse-2007-Le-traumatisme-psychique-Quelques-reperes-notionnels-.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/wp-content/uploads/2011/10/Josse-2007-Le-traumatisme-psychique-Quelques-reperes-notionnels-.pdf>
31. Walker A. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror. *APT*. oct 2015;69(4):455-6.
32. Josse É. Chapitre 4. Les types de traumatisme. In: *Le traumatisme psychique chez l'adulte* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 5 avr 2023]. p. 53-66. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-traumatisme-psychique-chez-l-adulte--9782807320390-p-53.htm>
33. DSM [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
34. ICD-11 [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>
35. Viner R. Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory. *Soc Stud Sci*. 1 juin 1999;29(3):391-410.
36. Tilmant JL. Définitions. In: *Du trauma à la résilience* [Internet]. Nîmes: Champ social; 2019 [cité 5 avr 2023]. p. 15-21. (Psychothérapie institutionnelle). Disponible sur: <https://www.cairn.info/du-trauma-a-la-resilience--9791034604814-p-15.htm>
37. Briere JN, Scott C. Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment, 2nd ed., DSM-5 update. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2015. ix, 428 p. (Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment, 2nd ed., DSM-5 update).
38. Reyes G, Elhai J, Ford J. *The Encyclopedia of Psychological Trauma*. 2008.
39. Luxenberg TM, Spinazzola J, Kolk B. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. In 2001 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Complex-Trauma-and->

Disorders-of-Extreme-Stress-Part-Luxenberg-Spinazzola/38932135788275d399e292c702b4b11387e747f9

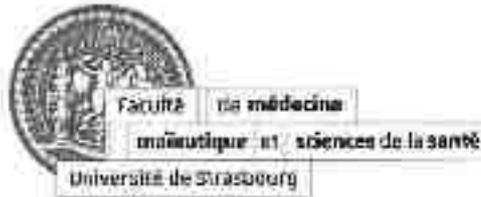
40. Bourgault R. 8. Trauma complexe ou DESNOS: In: L'Aide-mémoire de psychotraumatologie [Internet]. Dunod; 2013 [cité 8 sept 2023]. p. 64-71. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychotraumatologie-2013--9782100593330-page-64.htm?ref=doi>
41. Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford JD, Lieberman AF, Putnam FW, et al. PROPOSAL TO INCLUDE A DEVELOPMENTAL TRAUMA DISORDER DIAGNOSIS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN DSM-V.
42. van der KBA. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*. 35(5):401-8.
43. Trauma Measures Glob [Internet]. [cité 4 avr 2023]. ITQ. Disponible sur: <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>
44. Karatzias T, Shevlin M, Fyvie C, Hyland P, Efthymiadou E, Wilson D, et al. Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *J Affect Disord*. 1 janv 2017;207:181-7.
45. Karatzias T, Cloitre M, Maercker A, Kazlauskas E, Shevlin M, Hyland P, et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *Eur J Psychotraumatol*. 15 janv 2018;8(sup7):1418103.
46. Masson E. EM-Consulte. [cité 4 avr 2023]. Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1249591/distinguishing-complex-ptsd-from-borderline-person>
47. Jowett S, Karatzias T, Shevlin M, Albert I. Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personal Disord*. janv 2020;11(1):36-45.
48. BioMed Central [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. Disponible sur: <https://bpded.biomedcentral.com/>
49. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 6 mai 2021;8(1):16.
50. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 15 sept 2014;5:10.3402/ejpt.v5.25097.
51. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1:9.

52. Frost R, Murphy J, Hyland P, Shevlin M, Ben-Ezra M, Hansen M, et al. Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *Eur J Psychotraumatol*. 11(1):1836864.
53. Larivière Erg N, Pérusse F, David P. Traduction et validation du questionnaire de dépistage Borderline Personality Questionnaire. *Can J Psychiatry*. mars 2021;66(3):306-12.
54. Maercker A. Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 1 mars 2021;8(1):7.
55. Programme et abstracts 2022 – Congrès Français de Psychiatrie [Internet]. 2022 [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://congresfrancaispsychiatrie.org/congres/structure-et-programme/programme/>
56. Inoue C, Shawler E, Jordan CH, Jackson CA. Veteran and Military Mental Health Issues. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092/>
57. Møller L, Augsburger M, Elklit A, Sogaard U, Simonsen E. Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatr Scand*. mai 2020;141(5):421-31.
58. Redican E, Hyland P, Cloitre M, McBride O, Karatzias T, Murphy J, et al. Prevalence and predictors of ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex PTSD in young people. *Acta Psychiatr Scand*. août 2022;146(2):110-25.
59. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 sept 2014;62(5):299-312.
60. Marotta T. Maltraitance physique infantile : homogénéiser les recommandations pour optimiser le diagnostic [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2021 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/maltraitance-physique-infantile-homogeneiser-les-recommandations-pour-optimiser-le-diagnostic/44187/>
61. Actualités de L'Enfant Bleu - Association Protection Enfance Maltraitée [Internet]. L'Enfant Bleu. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://enfantbleu.org/category/actualite/>
62. Complex\_trauma\_and\_disorders\_of\_extreme\_stress\_DES.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.hidta.org/wp-content/uploads/2021/11/Complex\\_trauma\\_and\\_disorders\\_of\\_extreme\\_stress\\_DES.pdf](https://www.hidta.org/wp-content/uploads/2021/11/Complex_trauma_and_disorders_of_extreme_stress_DES.pdf)
63. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5:377-91.
64. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative

- trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*. oct 2009;22(5):399-408.
65. Lewis KL, Grenyer BFS. Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(5):322-8.
  66. Bohus M, Schmahl C, Fydrich T, Steil R, Müller-Engelmann M, Herzog J, et al. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2019;6:7.
  67. Cn2r [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Centre national de ressources et de résilience. Disponible sur: <https://cn2r.fr/>
  68. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *J Trauma Stress*. août 2019;32(4):475-83.
  69. Lavoie J. Borderline... mais pas folle ! *PERFORMANCE*; 2017. 187 p.
  70. Kouchner C. La Familia grande. *POINTS*; 2022. 216 p.
  71. j-radenac. Errance diagnostique : guide d'orientation et de prise en charge [Internet]. Orkid. 2022 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.filiereorkid.com/errance-diagnostique-guide-dorientation-et-de-prise-en-charge/>
  72. Fondation FondaMental [Internet]. 2016 [cité 27 sept 2023]. Les troubles bipolaires. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/35>
  73. Étain B, Drancourt N, Scott J. 22. Retard au diagnostic et à la mise en place d'un traitement thymorégulateur dans les troubles bipolaires. In: *Les troubles bipolaires* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2014 [cité 27 sept 2023]. p. 170-4. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-troubles-bipolaires--9782257205650-p-170.htm>
  74. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014;LIII(4):67-82.
  75. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. mai 1998;14(4):245-58.
  76. Kleindienst N, Jungkunz M, Bohus M. A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 1 juin 2020;7(1):11.
  77. VA.gov | Veterans Affairs [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

78. Stadtmann MP, Maercker A, Binder J, Schnepf W. Why do I have to suffer? Symptom management, views and experiences of persons with a CPTSD: a grounded theory approach. *BMC Psychiatry*. 19 déc 2018;18(1):392.
79. Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, et al. Early Intervention in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 1 mai 2018;175(5):411-26.
80. Nasrallah HA. Consequences of misdiagnosis: inaccurate treatment and poor patient outcomes in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. oct 2015;76(10):e1328.
81. Erradiag-l-errance-diagnostic-dans-les-maladies-rares1.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2020/05/Erradiag-l-errance-diagnostic-dans-les-maladies-rares1.pdf>
82. Vaux-Lacroix E. Chapitre 11. Trouble dissociatif de l'identité et psychoéducation. In: *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité* [Internet]. Paris: Dunod; 2022 [cité 8 sept 2023]. p. 173-89. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/evaluer-et-prendre-en-charge-trouble-dissociatif--9782100828104-p-173.htm>
83. Fønhus MS, Dalsbø TK, Johansen M, Fretheim A, Skirbekk H, Flottorp SA. Patient-mediated interventions to improve professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [cité 8 sept 2023];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012472.pub2/full>
84. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*. oct 2021;35(10):1053-67.
85. St Cyr K, Liu JJW, Cramm H, Nazarov A, Hunt R, Forchuk C, et al. « You can't un-ring the bell »: a mixed methods approach to understanding veteran and family perspectives of recovery from military-related posttraumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*. 14 janv 2022;22(1):37.
86. DePalma MG. Red flags of low back pain. *JAAPA*. août 2020;33(8):8-11.

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : LOHMANN Prénom : Nancy

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université :

J'atteste sur l'honneur :

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».*

Signature originale :

*Nancy Lohmann*  
à Strasbourg, le 17.08.2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

**RESUME :**

**Introduction** : Depuis plus de 30 ans, le diagnostic de trauma complexe (TSPT-C) tente d'exister parmi de nombreux autres troubles psychiques, lui ressemblant par leur symptomatologie ou par leur mécanisme de survenue. Son entrée dans la CIM-11 en 2018 constitue une véritable évolution pour le TSPT-C. Après tant d'années de discussions entre experts, il paraissait essentiel de se recentrer sur le patient·e. Le travail de cette thèse consistait ainsi à faire un état des lieux des difficultés rencontrées tout au long de la prise en charge et aussi de mieux cibler leurs attentes pour la suite des soins.

**Méthode** : Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisés entre décembre 2022 et juillet 2023 auprès de 10 participant·e·s majeurs, chez qui un diagnostic de TSPT-C a été mis en évidence récemment.

**Résultats** : Les participant·e·s rapportaient un premier contact avec un professionnel de santé mentale à la suite de la survenue de symptômes psychiques généraux, hétérogènes, peu spécifiques du TSPT-C. Les plaintes actuelles rapportées par les participant·e·s restaient hétérogènes tout en tendant à devenir plus spécifiques au trauma complexe, avec l'identification de symptômes tels que les angoisses, l'irritabilité ou la dysrégulation émotionnelle, le retrait social, mais aussi des cauchemars, des symptômes dissociatifs. Ces symptômes avaient un impact fonctionnel fort sur la vie professionnelle et relationnelle des participant·e·s. Dans leur parcours de soins, un vécu d'errance diagnostique était régulièrement mis en avant, les incitant à se montrer pro-actifs dans de leur prise en charge. La particularité du diagnostic de TSPT complexe est que, contrairement à d'autres diagnostics médicaux ou psychiatriques, les patient·e·s ne définissent souvent pas le trauma complexe par la survenue de symptômes, mais par la survenue d'événements répétés dans leur vie. Les attentes des patient·e·s quant aux soins restaient assez générales, avec l'espoir d'une résolution de leurs symptômes et un meilleur fonctionnement dans leur quotidien, sans demande d'une thérapie spécifique. Plusieurs participant·e·s ont souligné spontanément la nécessité de formation des professionnels de santé à la question du trauma complexe, ainsi que l'importance de leurs lectures personnelles sur la thématique.

**Conclusion** : La variété des tableaux cliniques présentés dans le TSPT-C doit pousser les professionnels de santé à avoir ce diagnostic en permanence à l'esprit. Pour cela, une formation des futurs médecins à l'existence et au repérage de ce diagnostic au cours du second cycle semble adaptée. La disponibilité d'informations sur le trauma complexe, à destination des professionnels comme du grand public, revêt aussi une certaine importance (ouvrages, contenu en ligne, etc.). Par ailleurs, la poursuite de cette étude avec le recrutement de nouveaux participant·e·s et l'élargissement de nos critères d'inclusion (recrutement en milieu hospitalier et libéral, adolescents) permettrait d'enrichir nos observations et de les mettre au service de l'amélioration des soins dans le trauma complexe. Enfin, de nouveaux entretiens avec les participant·e·s à l'issue de leur prise en charge spécifique au TSPT-C permettrait d'avoir leur retour qualitatif concernant une prise en charge spécifique du TSPT-C.

---

**Rubrique de classement** : Psychiatrie

---

**Mots-clés** : TSPT complexe ; diagnostic ; prise en charge ; parcours de soin ; attentes du·de la patient·e

---

**Président** : Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY, PU-PH

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Amaury MENGIN

**Assesseurs** : Madame la Docteure Julie ROLLING, Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET, PU-PH

---

**Adresse de l'auteur** : Université de Strasbourg, Faculté de Médecine, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg