

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

ANNEE 2024

N°279

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

Diplôme d'Etat
Mention DES Psychiatrie

PAR

Nom et prénom : BAUM Caroline

Date et lieu de naissance : 26/05/1992 à Wissembourg (67)

**La prise en charge du psychotraumatisme chez les patients ayant des troubles
psychotiques, une étude qualitative auprès des praticiens alsaciens**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Fabrice BERNA



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires :** (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : N...

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

² : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibaut		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilios		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Céila	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Dr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) – Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute pierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétiq) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétiq) / 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC - **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC - **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP - **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.76.67.67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Au **Professeur Pierre Vidailhet** pour me faire l'honneur de présider ce jury, mais surtout pour votre capacité remarquable à accomplir des miracles. Ce fut un plaisir de vous avoir comme coordinateur de DES puis comme chef de pôle de psychiatrie.

Au **Professeur Fabrice Berna** pour avoir accepté de diriger cette thèse. Il y a des psychiatres dont on entend parler avant même de commencer l'internat, dont l'engagement, la richesse professionnelle et les qualités humaines forcent l'admiration, et ce psychiatre, aujourd'hui, c'est vous. Merci de m'avoir si bien accompagnée dans ce travail, malgré les contraintes de temps déjà présentes. Toujours une petite phrase pour donner le sourire, je n'aurais pu espérer un meilleur encadrement.

Au **Docteur Amaury Mengin** pour avoir accepté de faire partie du jury à une vitesse défiant toute concurrence. Merci de m'avoir initiée au psychotraumatisme, et de m'avoir fait une place au sein de cette belle équipe du CRP (*même si trouver un bureau y reste presque aussi rare qu'une journée sans pluie en Normandie !*). Tes connaissances, ta pertinence clinique et tes capacités de transmissions me rendent chanceuse d'avoir pu faire un bout d'internat à tes côtés.

Au **Docteur Adrien Gras** pour avoir accepté d'être membre du jury, à une vitesse tout aussi impressionnante. Je me sens honorée que tu fasses partie intégrante de mon internat. Merci d'avoir partagé avec beaucoup d'entrain ton savoir clinique, ta culture, mais surtout tes anecdotes dont je ne me lasserai jamais ! Tu as toujours à cœur que les psychiatres d'ici et ailleurs puissent se rencontrer, se retrouver et échanger, favorisant ainsi une véritable synergie entre professionnels (*à quand les prochains apéropsy ?*), quoi qu'il en soit ça sera avec grand plaisir que nos chemins se recroiseront !

A ma chère **Docteur Juliette Foillot**, mon soutien sans faille dès les premiers jours de mon internat. Ma première chef, avant de devenir une réelle amie. Merci de m'avoir montré que la douceur avait toute sa place en psychiatrie, de m'avoir fait découvrir ton merveilleux lieu de travail, et d'avoir enrichi nos échanges cliniques. Merci également d'avoir pris le temps, à chaque fois, d'écouter et de lire toutes mes heures de plaintes, de désespoir, mais surtout de doutes. Et merci par-dessus tout pour les nombreux chocolats, et plaisirs gustatifs que nous avons partagés...Ce n'est que le début !

A ma chère **Docteur Léa Simonin**, d'abord mon interne puis ma senior, je ne peux que te remercier pour le semestre passé à tes côtés, toutes ces discussions dans la voiture, dans le train et maintenant même sur ton nouveau canapé ! Merci d'être un appui de taille, d'avoir partagé aussi bien ton expertise clinique que tes suggestions culinaires. Je te suis reconnaissante d'avoir grandement contribué à mon parcours.

A ma chère **Docteur Hélène Coppée**, je n'aurais pu espérer une chef aussi attentionnée au bien-être de ses internes (*cœur sur ton guide des internes de liaison, dans toutes les librairies très prochainement*). Merci de nous avoir guidées et encouragées à une exigence clinique, dont toi seule connaît les ingrédients !

A l'**équipe de Mulhouse**, mais plus particulièrement au Docteur Greth (merci pour votre bienveillance, vos encouragements et pour les navettes jusqu'à la gare), au Docteur Walter (merci de m'aider à la construction de mon avenir), Justine (mention spéciale à l'incroyable DJ que tu es), Virginie, Florence, Charles, Seif, Stella, Cornelia, Max, Edith, Diaa, ainsi que les infirmiers du 20.2 & des urgences psychiatriques. Je suis impatiente de pouvoir vous retrouver.

A l'**équipe de Colmar**, notamment Hiroshi (la patience incarnée), Lucile (la rigueur incarnée), Jeanne (la gentillesse incarnée), et naturellement les infirmiers de l'unité A, B et les urgences psychiatriques, quelle chance d'avoir pu être avec vous !

A l'**équipe des urgences psychiatriques du CHU**, Philippe & Alexandra (les piliers de ce service), Estelle & Djamel (ce duo indissociable, *enfin presque*), Cyril & Aurélien (ces compères qui donnent le sourire) et bien entendu cette merveilleuse team soignante : Suzanne, Lita, Hawa, Morganne, Charlotte, Carla, Corinne, Chrystel, Nico, Hugo, Antoine, Julien, Rachid, Lina, Alexandre, Etienne, les Franck, Cyrille, Alexandre, Sabrina & sans oublier Rachida et Léonor !

A l'**équipe de pédopsychiatrie du CHU** et tout particulièrement au Docteur Rolling (merci d'être cette psychiatre mais avant tout femme si inspirante), Sylvie, Sandy, Isabelle, Anne Claire, Frédérique, Docteur Coutelle. Vous avez illuminé ces six mois en pédopsychiatrie.

A l'**équipe de Rouffach**, mais surtout Véronique, Jean, Arnaud, Camille M, Marion K, Anne et les infirmiers du 14 qui m'ont tellement soutenue, je ne vous oublierai jamais.

A l'**équipe de liaison actuelle**, avec Yoann (à tes merveilleuses photos et histoires qui nous font voyager, à ta douceur clinique qui contraste avec ta puissance vocale, *seuls les vrais savent*), mais aussi les anciens Fiona (à nos matinées mémorables aux urgences, mais surtout à ton incroyable voix) & Daniel (à ton dynamisme, à tes podcasts et BDs passionnants, *mais pas merci pour les photos !*)

A l'**équipe du CRP & CUMP**, avec une mention spéciale pour Chloé (à tout ce que tu m'as appris en pédo, et à nos futurs verres de vins à l'Alsace à Boire), Rachel (à notre rencontre à Covipsy, et à tes multiples casquettes, toutes plus admirables les unes que les autres), Julie K (à ta disponibilité et ta gentillesse, on va se le faire ce verre/resto à l'occasion promis !) et Benoît (pour ta légèreté et ta bienveillance envers les internes).

Et **tous les chefs** qui m'ont accompagnée en gardes, séminaires ou autres au **CHU** : Julie C., Ilia, Clément, Ludovic...

A **toutes et tous ces secrétaires**, de Mulhouse, Colmar, Rouffach, Isabelle, Esin, Marion, Quentin, Sylvie L. qui ont toujours une oreille attentive et bienveillante à notre égard. Sans oublier Anaïs et Elisabeth qui chapotent d'une main de maître l'organisation des internes, merci de participer ainsi à notre formation.

A mes **anciens et anciennes internes** qui n'ont fait que confirmer mon envie de choisir cette incroyable spécialité : Maud, Léa S, Julie H, Antonella, Pierre, et Arnaud.

A tous mes **anciens externes**, mais surtout Louise, Arianne, Maria.

A mes co-internes d'amour **Julia** (à ton énième portable, ma miss TDAH), **Karen** (à nos vocaux interminables ma queen, présente dès le début, et impatiente de voir la suite de tes aventures avec **Pierre et Ritaline**), **Eléa** (ma douce et incroyable, à Olympe et à la passion-fromage), **Floriane** (à nos longues discussions jusqu'aux Halles, à nos concerts, nos galères de vie, notre promenade dans le bois de Boulogne), **Suning** (à ta capacité à être émerveillée de tout), **Charlotte** (C't'à dire ma Laura Felpin, et ma nouvelle sonnerie incroyable, à ta pertinence clinique et nos futurs spritz), **Alicia** (ma petite frontale, à nos kilos en trop grâce à ta nourriture), **Ozanne** (ma jeune presque chef, à ta bienveillance légendaire), **Thomas** (à nos discussions musicales et ce concert incroyable de BE), **Coraline** (à l'incroyable SG de la CHIPS et maman de Booba, à nos futurs projets ensemble), **Léa** (déesse des plantes et des dessins sur tablette les jeudis aprem, à nos futurs cafés/thés à Bordeaux), **Aliénor** (à tes histoires dignes des meilleurs scenarii netflix mais surtout ton écoute et ta gentillesse), **Cassandra** (petit rayon de soleil qui vient illuminer chacune de nos retrouvailles), **Alexandre** (à nos débuts à Mulhouse, à tous ces verres que tu nous as offert, mais surtout au semestre à venir), **Léo** (merci d'avoir si bien repris le flambeau du Patoune, à notre grève en plein milieu des urgences), **Marion** (la sportive psychiatre que tout le monde admire), **Olivier** (à ma plus vieille connaissance de médecine, à l'écoute dont tu fais preuve et à tous tes beaux projets à venir), **Marie-Sarah** (ma vilaine au grand cœur), **Vincent** (pour ton accompagnement), **Gabriel** (à ton sens de l'humour et ta classe en toute circonstance), **Eloïse & Ilona** (à mes futures collègues en or), **Nina** (à ton exemple de résilience et ton rire communicatif), **Omar** (à ta sagesse et gentillesse), **Bastien** (à tes anecdotes toujours aussi bien racontées), **Blandine** (à tes précieux conseils), **Joaline, Imad, Célia** pour votre bonne humeur et disponibilité, **Sofia, Anna & Pierre** pour tous ces cafés et arrêts chez Marie Blachère, et tous les autres que je n'ai pas cité !

Au **monde associatif** avec l'Aaems, puis Psychic mais surtout la CHIPS. A ce fidèle BDT des cocottes, Adeline, Valentine, Yves-Jean & Guillaume, la tête pleine de souvenirs de nos éclats de rire, à David (ta capacité remarquable à être aussi doué en médecine qu'en soirée), Jean & Elo (à nos soirées mémorables et à venir au Groovebox, à nos festivals, à votre joie de vivre communicative), à Léopold (à l'homme que tu es devenu, le père de Gael et mari de May que j'admire, au fillot de cœur que tu resteras à jamais).

Au **harem de Jerem**, Hélène, Pauline, Elodie, Charlotte, Emily, Clem, merci pour ces fous rires pendant les premières années de médecine, et encore bien plus après. Depuis là-haut, j'espère que tu es fière de nous Jerem, on aurait tellement aimé te voir thésé.

A mes **chatons (et matous)**, Clara & Gaspard (à votre évolution impressionnante et vos combats toujours plus beaux pour Arthur & Eléonore), Chacha (à ces années folles de spectacle de danse, de rigolades, et de Géraldines), Jacky (*impossible de t'appeler autrement désolée*, à nos fous rires, à ta passion tuning, à nos discussions décisives, à ton amitié), sans oublier Yohan (à ta curiosité, ta générosité et bien entendu à ta future carrière d'influenceur en biologie) & Léna (à ton grand cœur, ta capacité d'analyse et ton écoute bienveillante). Merci pour votre prévenance et surtout merci de m'avoir donné la chance de faire partie de la vie de Maxine.

A **mes « fils »**, Bridget & Patoune, comment vous dire à quel point vous m'êtes très précieux depuis toutes ces années, merci d'être drôles, gourmands, attentionnés, merci d'être vous. Un nouveau chapitre s'ouvre cette année pour nous trois, et on l'a fait, on a réussi à soutenir ensemble la même année, la team des fils peut désormais se rebaptiser en Dr Fils. A très vite pour des soirées escapes, jeux ou rando avec Antoine, Charlie et Marine !!

A ma très chère **Alia**, quand je pense qu'il y a encore quelques mois tout cela nous semblait impossible, et pourtant ça y est. Je suis si fière de nous, mais je n'y serai clairement pas arrivée sans ton appui inconditionnel. Merci d'être cette amie aussi adorable, et vivement les futures soirées aux Tricheurs avec **Lulu** qui nous accueille comme personne !

A **mes rebelles**, Clem, Emily & Souris, mes plus anciennes amies, vous avez été là à chaque moment décisif, et je suis contente qu'aujourd'hui ça en soit un positif. Quand je repense à nos pyjamas party, nos insomnies sur skyblog, notre amour pour Green Day, nos milliers instants photos, nos peines, nos joies, je me dis que ce parcours, je vous le dois d'une certaine manière. Merci d'être ces femmes incroyables, avec un amour inconditionnel, mes piliers à jamais.

A **Pati**, merci de m'avoir accueillie dès le début comme ta propre fille et ce, pendant dix années. Merci d'avoir enrichie mon regard sur les gens, sur Strasbourg, sur le Monde. A nos futurs goûters chez Madame Julia !

A **Guillaume**, même si j'aurais aimé que les choses se passent différemment, je ne peux nier le soutien dont tu as fait preuve au cours de ce long parcours. Merci pour ça et pour les beaux souvenirs.

A **Nadia, Daniel & Célia**, je vous ai toujours considéré comme des membres de ma famille, je ne compte pas le nombre de fois où mes abdos ont souffert tellement vous me faites rire. Merci d'avoir toujours été là et surtout en ce jour particulier.

A **Marie-Paule**, ma mamie de coeur (*ça y est je peux enfin le dire sans que ça ne te fasse bizarre*). Merci pour tous ces mercredis passés ensemble, les knepfles, les visites à la Wantzenau, les Windows color et j'en passe ! A nos futures escapades !

A mon **Phil**, mon papa de cœur à jamais, dès les premiers instants, je t'ai adoré. Merci de m'avoir fait grandir et de toujours te soucier de mon bien-être. Ça y est je suis « synthétisé », j'espère te rendre fière.

A ma petite **famille Hauss**, ça y est la « poutou » a passé une nouvelle étape ! Merci pour les « malaxe », les souvenirs en votre compagnie et à bientôt pour de nouvelles aventures dans le Haut-Rhin ! Les Couz' soyez fiers de vous, je le suis en tout cas.

A ma **Mamie Nicole**, « la date, la date » est enfin arrivée ma petite Mamie ! Merci pour tous les souvenirs, pour les pommes avant le repas, les soirs devant le Bigdil, ou encore les goûters dans les meilleures pâtisseries d'Alsace. Merci aussi pour ta curiosité (*qui a même réussi à trouver de l'intérêt dans la psychiatrie*), pour ton soutien, et tes encouragements.

A mon **Tonton Robert**, à ton altruisme, ta sincérité, ton humour indétrônable mais surtout ta sensibilité. Merci d'avoir pris le relais d'une place pas évidente, mais que tu remplis à merveille. Tu m'as toujours soutenu, peu importe mes choix, et je t'en suis reconnaissante à jamais. Merci d'être là, merci d'être toi.

A ma **Tata Marie**, ma 2^{ème} maman, ma marraine au cœur énorme, tu m'as toujours encouragé, motivé, réconforté, même quand tu étais à plus de 600km. Merci d'avoir veillé sur moi, comme ta propre fille. Tu es une battante, et un vrai exemple pour moi.

A ma **Maman**, la seule, l'unique, mon soutien de tous les instants. Ta combativité et ta force de caractère m'ont toujours impressionné. Tu répètes souvent que je n'ai pas grand-chose de toi, mais si je suis ici aujourd'hui, c'est typiquement grâce à ces valeurs que tu m'as transmises. Je sais ce que tu as dû traverser au fil des années, et je ne te remercierai jamais assez pour ce que tu as fait pour Pierre et moi, mais je peux dire aujourd'hui que je suis heureuse de te savoir épanouie. Merci **Nico** d'aimer aussi joliment ma Maman et merci pour ton humour également !

Et puis à vous deux, ma team sûre, le S, les goat, en commençant par toi ma **Vicky**, la seule à pouvoir réellement témoigner de l'envers du décor de cette thèse, merci d'avoir été présente de A à Z, d'être bien plus qu'une cousine, une coloc, une coach mode, une amie, d'être comme ma sœur ; et puis toi, mon frère **Pierre**, dès que je t'ai vu à la maternité je savais que c'était le début d'une incroyable aventure, merci pour ton écoute attentive, tes questionnements et ta patience. Merci mes petits monstres pour nos innombrables spectacles artisanaux, nos éclats de rire, nos sorties voiture, nos soirées twitch, nos discussions plus ou moins sérieuses, nos pleurs, nos joies...je suis tellement fière des personnes que vous êtes, je vous aime d'un amour infini.

Sans oublier mon petit **Charlie** & surtout ma petite **Framboise**, 14 années ensemble, à partager des hauts et des bas. Rien ne m'apaise plus que le rythme de tes ronronnements, merci ma plus fidèle. *On ne vous oublie pas Gali, Leto, Chicago et bienvenue à Unik !*

A tous les **participants de ce projet de thèse**, ils se reconnaîtront.

A tous ceux et celles que j'ai oublié et qui m'ont accompagné.

Liste des abréviations

5-HT1A : 5-hydroxytryptamine 1A

AAH : allocation adulte handicapé

ACE : adverse childhood experiences

AVATAR : Audio Visuel Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations
bdnf

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor

CAPS-5 : Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5

CER : comité d'éthique pour la recherche

CIM : classification internationale des maladies

CMP : centre médico-psychologique

CRA : centre ressource autisme

CRP : centre régional psychotraumatisme

DSM : diagnostic and statistical manual

DSO : disturbances in self-organisation

DUP : duration of untreated psychosis

EMDR : eye movement desensitization and reprocessing

EMDRp : eye movement desensitization and reprocessing for psychosis

EP : exposition prolongée

EPSAN : établissement

GABA : gamma-aminobutyric acid

HAV : hallucinations acoustico-verbales

HUS : Hôpitaux universitaires de Strasbourg

IMO : intégration par mouvements oculaires

ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

ISRSNa : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

ITQ : international trauma questionnaire

LEC-5 : life event checklist

NET : thérapie par narration

PDRA : psychose dissociative réactive aigue

RGPD : règlement général sur la protection des données

RIM : répétition par imagerie mentale

RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

STAR : study of trauma and recovery

TCC : thérapies cognitives et comportementales

TCC-CT : thérapie cognitive et comportementale centrée trauma

TCC-CTp : thérapie cognitive et comportementale centrée trauma pour patients psychotiques

TCo : thérapie cognitive

TPC : thérapie des processus cognitifs

TSPT : trouble de stress post-traumatique

TSPT-C : trouble de stress post-traumatique complexe

TSPT-SP : trouble de stress post-traumatique avec caractéristiques psychotiques secondaires

Table des matières

Introduction.....	23
I. Quand le traumatisme rencontre la psychose	26
A. Évolution historique des concepts de psychotraumatisme et de leur relation avec la psychose	26
B. Les événements traumatiques chez les patients psychotiques : prévalence et caractéristiques	28
C. Impact des évènements traumatiques sur les troubles psychotiques	30
1. Trouble de l'attachement et psychose.....	30
2. Neurobiologie du stress et modèles physiopathologiques dans les troubles psychotiques	32
3. Retard de soin	34
II. Quand le trouble de stress post-traumatique rencontre les troubles psychotiques	36
A. Impact clinique du TSPT dans les troubles psychotiques	36
1. Adapter son mode d'évaluation diagnostique	36
2. Le trouble de stress post-traumatique dans les troubles psychotiques	37
3. La perturbation de l'organisation de soi	39
4. Anomalies structurelles et fonctionnelles.....	40
5. Origine psychotique ou traumatique ?	41
B. Stratégies de prise en charge du TSPT dans les troubles psychotiques	45
1. Sécurisation et stabilisation thérapeutique	45
a) Optimisation thérapeutique	46
b) Prérequis cognitifs	47
c) Alliance thérapeutique et réseau de soutien	49
2. Les psychothérapies centrées « trauma ».....	50
a) Identifier la cible thérapeutique	50
b) Les recommandations internationales	51
3. Approches centrées sur les symptômes.....	56
III. Qu'en est-il sur le terrain alsacien ? Une étude qualitative auprès des praticiens.....	60
A. Introduction et contexte.....	60
B. Matériel et méthode	61
1. Description de l'étude qualitative	61
2. Population et méthode de recrutement	62
3. Le recueil de données.....	64
4. Analyse des données.....	66

C.	Résultats	67
1.	Caractéristiques de la population étudiée	68
2.	Quand les antécédents traumatiques orientent l'exploration clinique chez les patients ayant des troubles psychotiques.....	69
3.	Quand la prise en charge des patients avec trouble psychotique intègre le psychotraumatisme.....	76
4.	Quand les attentes et défis se confrontent aux réalités de la prise en charge des patients avec troubles psychotiques.....	82
D.	Discussion et perspectives	88
1.	Les enjeux de la prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients ayant des troubles psychotiques.....	88
a)	La vulnérabilité des patients.....	88
b)	La complexité clinique	89
c)	L'importance de la stabilité.....	90
d)	La nécessité d'une adaptabilité	92
e)	L'exclusion des patients et des praticiens	94
f)	Les attentes des praticiens	96
2.	Forces et limites de l'étude	99
3.	Perspectives.....	101
a)	Pour la recherche.....	101
b)	Pour la pratique	102
c)	Pour l'organisation des soins	103
d)	Pour l'enseignement et la formation	104
	Conclusions	106
	Annexes	109
A.	Annexe 1. Décision du comité d'éthique pour la recherche	109
B.	Annexe 2 : Note d'information à destination du patient.....	110
C.	Annexe 3 : Consentement	111
D.	Annexe 4 : Questionnaire LEC5	112
E.	Annexe 5 : Questionnaire ITQ	113
F.	Annexe 6 : Extraits de tableaux « résultats ».....	116
	Bibliographie	120

Introduction

Le psychotraumatisme occupe une place de plus en plus importante dans la société française, et sa sensibilisation a pris une nouvelle ampleur dès 2015, à la suite des attentats qui ont frappé la France. Dans le mois suivant ces tragédies, des activités quotidiennes comme boire un verre en terrasse, chanter lors d'un concert, admirer un feu d'artifice ou encore profiter du marché de Noël sont devenues particulièrement anxiogènes pour une grande partie de la population. Pour certains, victimes directes ou indirectes, les symptômes d'hypervigilance, d'évitement et de reviviscence ont perduré bien au-delà du premier mois. Des milliers de personnes ont alors nécessité une prise en charge spécifique des symptômes post-traumatiques.

En 2017, la question du psychotraumatisme est devenue un enjeu politique, avec la publication du rapport de Madame Françoise Rudetzki, qui plaidait pour la création d'un centre national de ressources et de résilience (1). Par la suite, plusieurs centres spécialisés dans la prise en charge du psychotraumatisme ont vu le jour en France, dont celui de Strasbourg, marquant une étape décisive pour la place du psychotraumatisme en psychiatrie.

Rapidement, ces centres référents ont été sollicités pour traiter des demandes variées, bien au-delà des symptômes liés aux attentats : accidents de voiture, guerres, parcours migratoires, violences sexuelles, maltraitances infantiles, entre autres. Qu'il s'agisse de patients rencontrant pour la première fois un psychologue ou un psychiatre, ou de ceux présentant de multiples comorbidités psychiatriques, ces unités de référence ont accueilli une grande diversité de profils et assuré leur prise en charge.

Cependant, un profil de patient est rarement adressé ou pris en charge dans ces centres : celui des patients avec troubles psychotiques. Ces troubles sont

caractérisées par une perte de contact avec la réalité et incluent des maladies mentales graves comme la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, certains troubles délirants et les épisodes psychotiques brefs.

Or, les avancées scientifiques ont révélé que les patients ayant de troubles psychotiques présentent souvent des antécédents de traumatismes personnels importants, pour certains, contribuant même à l'apparition de leur pathologie (2). De plus, ils sont exposés à un risque accru de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Pourtant, les manifestations post-traumatiques chez ces patients restent encore peu explorées. Leur évaluation pose d'ailleurs la question du diagnostic différentiel entre symptômes psychotiques liés au trauma et symptômes psychotiques propres à la psychose. Des hallucinations acoustico-verbales ou un sentiment de déréalisation sont en effet fréquemment rapportés chez les patients ayant subi un traumatisme, en dehors de tout trouble psychotique. Cette question diagnostic a des implications thérapeutiques et certaines recherches récentes ont proposé des interventions spécifiques sur le trauma pour des patients avec trouble psychotiques, mettant en avant la possibilité d'isoler la composante post-traumatique chez ces patients. Les résultats semblent qui plus est prometteurs (3).

En pratique clinique, tant à l'échelle nationale qu'internationale, les patients ayant des troubles psychotiques sont fréquemment exclus des indications pour une thérapie centrée sur le traumatisme. Cette exclusion repose sur divers arguments : risque d'aggravation des symptômes, inadaptation des thérapies ou encore manque de connaissances (4). Mais qu'en est-il à une échelle plus locale ? Comment les praticiens alsaciens perçoivent-ils, interprètent-ils et prennent-ils en charge le traumatisme chez les patients ayant des troubles psychotiques ?

Ce travail de thèse cherche à interroger les praticiens alsaciens sur leurs attitudes et croyances concernant la symptomatologie post-traumatique de ces patients, tout en essayant d'identifier les méthodes et interventions actuellement utilisées pour leur prise en charge. Au-delà de l'analyse de ce phénomène, l'étude s'efforcera également d'examiner les obstacles et défis rencontrés par les praticiens dans la mise en œuvre de ces interventions, afin de dégager des pistes potentielles d'amélioration pour la prise en charge de cette population.

I. Quand le traumatisme rencontre la psychose

A. Évolution historique des concepts de psychotraumatisme et de leur relation avec la psychose

Le terme psychotraumatisme porte une certaine histoire et a vu sa définition évoluer et s'affiner au fil des années.

Les premières allusions à ce phénomène ont déjà été décrites 2000 ans avant J-C au sein de fameux poèmes appelés *Lamentations*. On peut y retrouver des descriptions d'évènements traumatogènes (en lien avec la chute de l'empire Sumériens dans la ville d'Ur) « et son peuple, qui n'était pourtant pas fait d'argile, était répandu sur son sol comme un multitude de tessons (...) À sa haute porte, à toutes ses entrées, les cadavres étaient accumulés. » (5) laissant place à des comportements que l'on pourrait apparenter aujourd'hui à des troubles psychiques en lien avec cet évènement traumatique « que la mère ne partirait plus à la recherche de son enfant, que le père de famille ne dirait plus : 'Ah! ma femme!' » (6) faisant probablement allusion à des mécanismes de sidération ou de repli sur soi. On retrouve, quelques années après, des descriptions de cauchemars traumatiques au sein du *Traité des songes* d'Hippocrate (~300 av. J-C) pour finalement en reparler bien plus tard (vers 1100 après J-C) avec les rêves traumatiques de Charlemagne dans le poème *La Chanson de Roland*.

Durant les siècles suivants, de multiples appellations vont se succéder pour parler de psychotraumatisme, les plus emblématiques étant « la nostalgie » ou « syndrome du vent du boulet » des troupes napoléoniennes, « le syndrome du cœur irritable » décrit par Jacob de la Costa, cardiologue américain, pendant les guerres civiles américaines, mais aussi faisant suite à de grands accidents de trains, la fameuse « sidérodromophobie » ou névrose traumatique d'Hermann Oppenheim (7). Sigmund

Freud, à la même période, écrira ses premières théories sur les traumatismes de l'enfance, à savoir qu'ils pouvaient influencer l'apparition de troubles psychiques, principalement pour des patients à « profil névrotique ».

Au début du 20^{ème} siècle, Eugen Bleuler et Emil Kraepelin à travers leur conceptualisation de la schizophrénie, ont observé des liens entre des événements traumatisants et les troubles psychotiques, mais à cette période, le rôle de l'un par rapport à l'autre était encore flou et peu compris(8). D'autres auteurs, comme Schneider en 1918, décrit la « Kriegspsychose » à partir de trois cas issus de la Grande Guerre : frayeur éprouvée au moment du traumatisme entraînait une éclosion psychotique.

Les années 60s voient émerger de réelles considérations pour le traumatisme de guerre lorsque les soldats de la Seconde Guerre Mondiale et les survivants de la Shoah font part de leur témoignage. On commence à parler, voire reparler, de névrose de guerre ou de névrose traumatique, mais les études restent limitées. C'est au retour des soldats de la guerre du Vietnam, que la notion de psychotraumatisme va prendre un tout autre tournant. Ces vétérans présentent des symptômes de stress intense et durable après leur retour, ce qui poussent psychiatres et psychologues à mieux comprendre les effets du traumatisme psychique. Au même moment, des voix féministes s'élèvent pour parler du traumatisme lié aux violences sexuelles (viol et inceste), qui sont, grâce aux travaux de Judith Herman, progressivement reconnus comme des causes majeures de troubles psychotraumatiques. En parallèle, l'approche psychiatrique des psychoses s'axe principalement sur des recherches biologiques et génétiques au travers des études sur les déséquilibres neurochimiques et la place centrale donnée à la dopamine. Le traumatisme est quant à lui relégué au second plan dans les discussions scientifiques de l'époque.

A la fin du 20^{ème} siècle, le DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) intègre pour la première fois le diagnostic de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Ce fut un virage majeur, car il reconnaissait officiellement les effets des événements traumatiques sur la santé mentale. Le TSPT devient un cadre diagnostique pour comprendre les symptômes persistants liés aux expériences traumatiques. Dans les suites, des recherches neurobiologiques permettent de mettre en évidence les conséquences physiologiques du stress post-traumatique sur des structures comme l'amygdale et l'hippocampe, donnant un statut d'empreinte psychologique et biologique au traumatisme. Ce nouvel engouement pour le traumatisme a permis l'émergence de plusieurs études établissant les fondations d'un lien entre psychose et événements traumatiques dans l'enfance(9).

Depuis le début du 21^{ème} siècle, les articles renforçant l'association entre traumatismes précoces et psychoses se sont multipliés(10). Une nouvelle théorie apparaît : le traumatisme complexe, mettant en lumière les conséquences durables de traumatismes répétés sur la construction de l'identité et la personnalité des individus, incluant les patients ayant des troubles psychotiques.

Cette courte rétrospective à travers les siècles révèle comment les concepts de psychotraumatisme et de psychose ont évolué en fonction des époques, des questionnements sociétaux et des événements historiques majeurs.

B. Les événements traumatiques chez les patients psychotiques : prévalence et caractéristiques

Un événement potentiellement traumatique ou traumatique est défini, par le manuel de psychiatrie, comme un événement au cours duquel un sujet ou d'autres personnes ont pu être confrontés à la mort ou à une menace de mort, subir des

blessures graves ou des violences sexuelles. L'exposition peut se faire de différentes façons : en étant directement victime, en étant témoin direct, en apprenant que cela est arrivé à un membre de l'entourage proche ou dans un cadre professionnel avec exposition répétée (pompiers, personnels soignants, policiers). La recherche de tels événements peut se faire par le biais d'un questionnaire LEC-5 pour « life events check-list »(11). Le questionnaire LEC-5 est un outil d'auto-évaluation conçu pour identifier les événements potentiellement traumatiques vécus par le patient au cours de sa vie. Il examine l'exposition à 16 types d'événements susceptibles de provoquer un trouble de stress post-traumatique ou de causer une détresse comme définie par le critère A du DSM-V (5^{ème} version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Il inclut une question supplémentaire pour évaluer tout autre événement extrêmement stressant non couvert par les 16 premiers items. Le LEC-5 n'a pas pour vocation de fournir un score total et il est régulièrement associé en complément d'autres instruments de mesure. Il a également montré sa fiabilité auprès des patients ayant des troubles psychotiques lorsque ces événements étaient recherchés dans les différentes études cliniques.

Les « ACE studies » désignent une série d'études américaines, dont la première, menée par l'équipe de Felitti, a été publiée en 1998. Ces recherches de grande envergure ont permis de mettre en lumière les conséquences des maltraitances infantiles sur la santé physique et mentale à l'âge adulte. Les résultats montrent que les personnes ayant vécu des événements bouleversants dans leur enfance présentent un risque accru de développer des maladies organiques ainsi que des troubles psychiatriques, notamment des symptômes psychotiques tels que des hallucinations et des délires. Il existe à la fois une corrélation entre un nombre plus élevé et une diversité d'événements bouleversants vécus dans l'enfance et une probabilité accrue d'émergence de troubles psychotiques. En effet, l'exposition à ces

traumatismes augmenterait de 2,8 fois le risque de développer une psychose par rapport aux personnes non exposées(2). Inversement, des évènements traumatiques ont été retrouvés chez plus de la moitié des patients ayant un trouble psychotique (12). Parmi les types d'évènements traumatiques les plus fréquents chez ces patients, on retrouve les violences sexuelles, la maltraitance physique et psychologique, la négligence, le harcèlement scolaire et la perte d'un parent.

Ces traumatismes représentent donc un facteur de risque évitable pour le développement de la psychose, et si l'on admet une relation causale, l'élimination de ces facteurs pourrait potentiellement réduire de 33 % le nombre de personnes atteintes (2).

C. Impact des évènements traumatiques sur les troubles psychotiques

1. *Trouble de l'attachement et psychose*

Les théories de l'attachement ont été principalement élaborées par John Bowlby en 1958 dans son article « La nature du lien de l'enfant avec sa mère », et enrichies par les travaux de Mary Ainsworth(13). Ces théories reposent sur l'idée que des relations sécurisantes durant l'enfance forment la base d'une vie émotionnelle équilibrée et d'une capacité saine à interagir avec les autres. Chez l'humain, ces premières relations sont complexes et se développent sur plusieurs mois, grâce à la répétition de moments partagés et de soins apportés, qui favorisent l'attachement de l'enfant à l'adulte. Deux indicateurs permettent de qualifier l'interaction comme saine : l'enfant recherche la proximité et la sécurité auprès d'une figure d'attachement, et proteste lorsqu'une séparation est imposée. Pour J. Bowlby, l'attachement constitue un besoin primaire essentiel à la survie de l'espèce. Les travaux de M. Ainsworth ont permis de préciser la qualité de cet attachement, menant à la définition des styles

d'attachement, lesquels reflètent les prédispositions de l'enfant, son tempérament, ainsi que la cohérence des réponses parentales en situation de stress. Il existe deux grandes catégories de styles d'attachement : le style *sécure* où l'enfant explore et apprend à réguler ses émotions, et le style *insécure*, où les stratégies d'adaptation face au stress sont plus rigides, constituant un facteur de vulnérabilité.

Les enfants ayant subi des traumatismes (comme des abus physiques et/ou sexuels) pendant leur développement sont plus susceptibles de développer un attachement insécure. En 1991, Kaplan, Main et George ont identifié trois types d'attachement insécure : évitant, ambivalent et désorganisé, chacun possédant des caractéristiques spécifiques résumées dans le tableau suivant :

Attachement	Réactions face au stress	Mécanisme adaptatif
<i>Insécure évitant</i> (pas de réponse ou rejet par la figure d'attachement face à ses besoins)	Pas d'appel à autrui Masque sa détresse émotionnelle Peu ou pas de confiance aux autres	A appris à ne pas déranger Baisse/masque des signaux d'alerte envers les figures d'attachement
<i>Insécure ambivalent</i> (réponse de la figure d'attachement incohérentes face à ses besoins)	Résiste au besoin de réconfort Difficulté à être réconforté, souvent contrarié	Augmente les signaux d'alerte envers les figures d'attachement Manifestations de détresse à la séparation des parents VS rejet par de la colère
<i>Insécure désorganisé</i> (réponse imprévisible de la figure d'attachement)	Désorientation Appréhension Comportements opposés exprimés en même temps	Manifestations d'hypervigilance Peur face à l'imprévisibilité de la figure d'attachement

D'après « Origines et concepts de la théorie de l'attachement » DUGRAVIER, Romain et al.

Les recherches de Main et Solomon dans les années 90 ont révélé un style d'attachement plus rare mais significatif chez les enfants ayant subi des traumatismes ou ayant eu des relations perturbées avec leur figure d'attachement : il s'agit de l'attachement insécure désorganisé. Actuellement, ce style d'attachement

concerne environ 10 à 15% de la population générale, tandis que 55 à 65% présentent un style d'attachement sécure(14). L'attachement désorganisé est associé à une vulnérabilité accrue au développement de troubles psychiques, notamment les troubles psychotiques. A l'inverse aussi, lorsque l'on s'intéresse au style d'attachement des patients ayant un trouble psychotique, c'est essentiellement le style d'attachement désorganisé qui est retrouvé. Berry et al. (2007) ajoutent que l'attachement désorganisé a grandement contribué à la formation des modèles cognitifs de la psychose au sein des populations psychotiques. Par ailleurs, l'attachement désorganisé favorise l'émergence de problèmes de dépendance, de difficultés relationnelles, ainsi que d'anxiété de séparation et de rejet chez les patients psychotiques (15).

2. Neurobiologie du stress et modèles physiopathologiques dans les troubles psychotiques

Le modèle neurobiologique du stress repose sur l'activation des circuits amygdaliens et hypothalamo-hypophyso-surréaliens, avec un rôle clé de l'amygdale dans les réponses à la peur (17). En cas de stress, deux voies neuronales sont activées : une voie courte pour des réponses réflexes rapides, et une voie longue qui intègre l'expérience passée pour ajuster la réponse.

En situation de traumatisme, l'amygdale reste hyperactive, favorisant la voie réflexe, ce qui entraîne une activation neurovégétative (production de catécholamines), endocrinienne (production de cortisol), et une réponse motivationnelle (hyperactivité dopaminergique). Au-delà d'un seuil, la production de catécholamines devient toxique. En réponse, le corps va produire des endorphines et substances ketamine-like pour se protéger. Cette production est à l'origine d'une déconnexion entre

l'amygdale et l'hippocampe, pouvant elle-même générer des symptômes dissociatifs et des troubles de la mémoire (comme des flashbacks ou amnésie) (18).

Les études récentes tendent à soutenir que le stress traumatique et le modèle dopaminergique de la schizophrénie partagent des mécanismes neurobiologiques communs (16). Ces dernières années, des études montrent également que les patients schizophrènes ayant un historique de traumatismes précoces présentent des altérations neurobiologiques plus prononcées dans le système dopaminergique mésolimbique, ce qui pourrait expliquer leur plus grande vulnérabilité aux stress ultérieurs et l'exacerbation de leurs symptômes psychotiques. En résumé, ces recherches renforcent l'idée que l'hyperactivation dopaminergique, déclenchée ou amplifiée par des traumatismes précoces ou chroniques, pourrait constituer un lien commun entre le trouble de stress post-traumatique et la schizophrénie.

Ces modifications neurobiologiques viennent aussi renforcer des modèles physiopathologiques clés de la schizophrénie : le modèle stress-vulnérabilité de Ciompi développé en 1987 ou le modèle diathèse-stress de Walker et Diforio. Ces modèles suggèrent d'une part que le stress environnant (psychosocial) agisse sur un terrain vulnérable, et dans le cas de la psychose par exemple, que des individus génétiquement ou neurobiologiquement vulnérables peuvent développer des troubles psychotiques comme la schizophrénie lorsqu'ils sont exposés à des facteurs de stress, tels que des événements potentiellement traumatisants.

Cependant, même si les données de la littérature présentées plus haut vont également dans ce sens, ce modèle ne permet pas à lui seul d'expliquer les aspects biologiques de la pathologie.

L'approche des modèles explicatifs de l'émergence de troubles psychotiques se doit de rester une approche multifactorielle et intégrative, en prenant en compte à la fois

les aspects génétiques, neurobiologiques, neurodéveloppementaux mais aussi l'impact des expériences de vie adverses.

3. *Retard de soin*

La question du retard diagnostique représente un enjeu majeur en psychiatrie, entraînant un retard de prise en charge thérapeutique non négligeable. Les troubles psychotiques ne font pas exception : il n'est pas rare que plusieurs années s'écoulent avant qu'un diagnostic de schizophrénie soit posé par exemple(17). Ce phénomène est bien documenté dans la littérature scientifique sous le terme de "DUP" (Duration of Untreated Psychosis), ou durée de psychose non traitée. Il s'agit donc de la période qui s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques manifestes et le début du traitement (18). En France, elle est en moyenne de 2 ans d'après les rares études à ce sujet.

Divers facteurs contribuent à perturber cette DUP : des facteurs socio-économiques (précarité financière, vivre dans un quartier défavorisé, être sans emploi), une difficulté d'accessibilité aux soins (déserts médicaux, système de soins ne permettant pas un libre accès aux professionnels), la question de la stigmatisation (principalement lorsqu'elle est encouragée par l'entourage proche).

De plus, l'exposition à des événements traumatiques durant l'enfance, notamment des violences sexuelles, est reconnue comme un facteur aggravant qui prolonge cette durée (19). Cela peut s'expliquer par les conséquences psychologiques de ce type de traumatismes, comme une difficulté accrue à faire confiance aux autres, y compris aux professionnels de santé. Prenant en compte que la majorité de ces patients souffrent également d'un attachement *insécure*, étant déjà lui-même associé

à un engagement moindre dans les soins, la combinaison des deux permet ainsi renforcer cet allongement de durée.

Les stratégies visant à réduire la durée de psychose non traitée sont diverses et varient selon les continents. On les retrouve sous la forme de dispositifs d'intervention précoce avec le fameux « case management » introduit dans les années 1990, ou encore par le biais de services d'intervention précoces qui sont des lieux de prise en charge hospitalière, où s'entremêlent psychoéducation, réhabilitation psychosociale, soutien à l'entourage et adaptation thérapeutique.

Ces stratégies d'intervention ont démontré, sur le long terme, qu'elles ont un impact positif sur le fonctionnement social des patients. Elles contribuent à atténuer les effets cliniques des symptômes et à améliorer la réponse aux traitements médicamenteux. De plus, elles permettent de réduire les expériences potentiellement traumatisantes, telles que les interventions des forces de l'ordre, les admissions sous contrainte et les séjours en chambre d'isolement, qui sont toutes des situations susceptibles de favoriser l'émergence de comorbidités psychiatriques. Enfin, ces stratégies pourraient également participer à une diminution des coûts liés à la prise en charge à long terme. (20)

II. Quand le trouble de stress post-traumatique rencontre les troubles psychotiques

A. Impact clinique du TSPT dans les troubles psychotiques

1. *Adapter son mode d'évaluation diagnostique*

Bien que le diagnostic du trouble de stress post-traumatique (TSPT) repose avant tout sur une évaluation clinique approfondie, les professionnels de santé utilisent fréquemment des échelles psychométriques pour affiner le diagnostic. Parmi ces outils, l'échelle de référence pour le TSPT est la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5), un entretien semi-structuré qui évalue à la fois l'intensité et la fréquence des symptômes de TSPT définis par le DSM-5 (21). Pour les patients présentant un trouble psychotique, une version adaptée de cette échelle, appelée CAPS-S, a été développée afin de distinguer les symptômes psychotiques des symptômes liés au TSPT (22). Cependant, le CAPS-S reste encore peu utilisé dans la pratique courante et sa validité a été principalement étudiée sur de petits échantillons.

Parallèlement, des auto-questionnaires validés au fil des années et adaptés aux patients ayant des troubles psychotiques sont également disponibles. L'International Trauma Questionnaire (ITQ), basé sur les définitions de la CIM-11, se révèle être un outil simple et pratique pour différencier le TSPT simple du TSPT complexe (23). L'ITQ évalue ces deux catégories à travers six items distincts, en prenant en compte les perturbations dans l'organisation de soi. Actuellement, ce questionnaire est utilisé non seulement dans les publications scientifiques, mais aussi de plus en plus en pratique clinique dans les centres spécialisés en psychotraumatologie, y compris pour les patients avec des troubles psychotiques.

Il est essentiel de rappeler que la recherche d'un TSPT nécessite une approche globale : une évaluation psychométrique peut compléter et renforcer les informations cliniques recueillies, observées et objectivées, mais ne se suffira jamais à elle seule.

2. Le trouble de stress post-traumatique dans les troubles psychotiques

Lorsque les capacités d'adaptation à un évènement traumatique sont dépassées pendant plus d'un mois, on parle de trouble du stress post-traumatique. Selon les études, le taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique dans la schizophrénie précisément varie de 10 à 30% (23) (24).

Le trouble de stress post-traumatique, se définit selon le DSM-5, comme la présence d'un évènement traumatique initial associé à des réactions qui se chronicisent au-delà d'un mois (critère F) après l'évènement (critère A) (24). Ces réactions se présentent sous la forme de 4 grandes familles de symptômes :

- Intrusifs (critère B) : reviviscence diurne voire dissociation, ruminations sur l'évènement, cauchemars traumatiques
- Evitement (critère C): évitement de tout ce qui peut rappeler l'évènement, ils peuvent être cognitifs et/ou comportementaux
- Altération négative des cognitions et de l'humeur en lien avec l'évènement traumatique (critère D) : troubles de la concentration et de la mémoire, croyances devenues extrêmes et rigides sur soi et le monde, sentiment de culpabilité parfois de honte, difficulté à ressentir des émotions positives
- Altération de l'éveil et de la réactivité (critère E) : hypervigilance, irritabilité, comportements auto-dommageables, troubles du sommeil

A cela vient s'ajouter l'impact fonctionnel et social de ces symptômes (critère G).

Lorsque l'évènement traumatique est unique, on aura tendance à parler de « traumatisme simple », mais lorsqu'il se prolonge ou se répète dans le temps ou que d'autres évènements traumatiques s'ajoutent à l'histoire de vie, on parlera plus volontiers de « traumatisme complexe »(25). Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) manque encore actuellement de consensus scientifique, mais tend à être de plus en plus reconnu avec son apparition dans la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Les auteurs demandant sa distinction partent du principe que la plupart des tableaux cliniques de TSPT-C ne présente pas stricto-sensu les critères du TSPT classique, pouvant ainsi les exclure, à tort, de prise en charge spécifique. Ils font aussi part de subtilités importantes dans le distinguo entre les deux, notamment concernant la question de la détresse émotionnelle et cognitive. Bien que cette catégorie de symptômes soit effectivement présente dans le descriptif initial du TSPT simple, où elle est clairement consécutive et en lien direct avec l'évènement traumatique « Je suis en danger à cause de ce qui s'est passé », dans le TSPT-C cette symptomatologie s'installe de manière plus insidieuse, au long cours, avec des croyances négatives sur soi et le monde tellement importantes qu'elles peuvent aller jusqu'à perturber la construction de l'identité de la personne « Je suis fondamentalement mauvais ou indigne ».

Là où les choses peuvent venir encore un peu plus se compliquer dans la compréhension, c'est lorsqu'un tableau clinique de trouble de stress post-traumatique complexe vient se greffer à un tableau psychotique.

3. *La perturbation de l'organisation de soi*

L'étude menée par Panayi et al. (2022) constitue l'une des rares recherches à avoir directement investiguée la prévalence du trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) chez des patients ayant des troubles psychotiques. Les résultats ont révélé qu'au sein de cet échantillon de patients, plus de 50 % présentaient une comorbidité avec un trouble de stress post-traumatique (TSPT). En affinant les méthodes diagnostiques utilisées, les auteurs ont pu démontrer que ces patients étaient plus susceptibles de répondre aux critères du TSPT-C (environ 40 %) que ceux du TSPT classique (10 %)(26).

Comme indiqué précédemment, le TSPT-C a de cela complexe qu'il est associé à une perturbation du soi. Le soi est souvent conceptualisé comme un système dynamique, intégrant des aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux qui interagissent pour produire une cohérence de soi et du monde extérieur(27). Dans le TSPT-C, les expériences traumatiques vont venir affecter la capacité à s'auto-organiser. Cette perturbation de l'auto-organisation ou DSO (*disturbances in self-organization*) s'exprime de différentes manières :

- **Dysrégulation émotionnelle** : Les traumatismes répétés dérèglent la capacité à réguler les émotions, rendant difficile la gestion de la peur, de la colère ou de la tristesse, ce qui altère l'équilibre du système émotionnel.
- **Perturbations de l'identité** : Les personnes avec TSPT-C rapportent souvent une fragmentation du soi, où l'intégration de leurs expériences passées et présentes devient difficile, menant à une identité instable ou confuse.
- **Difficultés relationnelles** : L'auto-organisation du soi inclut la capacité à interagir avec autrui de manière cohérente. Dans le TSPT-C, les traumatismes affectent les schémas relationnels, conduisant à des difficultés

interpersonnelles marquées du fait d'une méfiance ou de comportements évitants. La comorbidité TSPT et troubles psychotiques est ainsi associée à un fonctionnement social altéré (28).

Il est important de souligner que les altérations du soi sont particulièrement présentes dans les troubles psychotiques, bien plus que dans d'autres pathologies psychiatriques (29). Ces altérations se traduisent par des difficultés à utiliser la première personne du singulier, à relier les expériences personnelles à soi, voire à l'impression que ses propres pensées ne lui appartiennent pas réellement (30). Ces manifestations sont d'autant plus frappantes qu'elles persistent dans le temps (29).

Ainsi, chez les patients ayant à la fois un TSPT-C et des troubles psychotiques, chaque composante du système psychique (émotions, identité, relations) est affectée, compromettant l'intégrité globale de la personne. Cela entraîne des troubles de régulation internes et externes, qui se manifestent cliniquement par des symptômes tels que la dépersonnalisation, la déréalisation ou encore la dysrégulation émotionnelle.

4. Anomalies structurelles et fonctionnelles

Des anomalies structurelles et fonctionnelles dans des régions clés du cerveau sont de plus en plus identifiées chez les patients traumatisés avec troubles psychotiques, sans pour autant être spécifiques à ces derniers : baisse de la matière grise surtout en préfrontal, baisse du facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF) impliqué notamment dans les mécanismes de mémoire et d'apprentissage, diminution des volumes de l'hippocampe et de l'amygdale qui, comme mentionnés précédemment, jouent des rôles essentiels dans les mécanismes de TSPT(31).

5. *Origine psychotique ou traumatique ?*

Les comorbidités associées de troubles psychotiques avec TSPT ou TSPT-C, peuvent rendre l'interprétation de la symptomatologie particulièrement compliquée, d'autant que, comme indiqué plus haut, l'origine neurobiologique ou fonctionnelle peut être similaire pour certains symptômes.

Les symptômes négatifs des troubles psychotiques, comme ceux de la schizophrénie peuvent être confondus voire partagés avec les symptômes consécutifs à un traumatisme. Le retrait social ou l'avolition peuvent être pris pour des conduites d'évitement comportemental ou cognitif par exemple. Une étude réalisée par l'équipe de Barkus et al. a examiné le concept d'anhédonie. Ils ont découvert que l'anhédonie liée au trouble de stress post-traumatique (TSPT) est à la fois anticipatoire et consommatrice, c'est-à-dire qu'elle implique non seulement une réduction du plaisir anticipé mais aussi du plaisir réel. En revanche, dans les troubles psychotiques, l'anhédonie est typiquement anticipatoire, se manifestant principalement comme une difficulté à anticiper le plaisir sans affecter l'expérience réelle du plaisir (32).

Concernant le versant positif/productif de la symptomatologie schizophrénique, là encore les présentations cliniques peuvent induire en erreur :

- Hallucinations psychosensorielles ou reviviscences ? Le contenu des hallucinations, acoustico-verbales (HAV) par exemple, peut refléter des aspects d'événements traumatiques vécus dans l'enfance ou à l'âge adulte (33). Les hallucinations peuvent facilement être prises pour des reviviscences. Ces deux types d'expériences peuvent inclure des perceptions déformées ou des souvenirs intrusifs, rendant difficile la distinction entre une véritable hallucination et un souvenir traumatique revécu de manière dissociée(34). Cependant, même si les hallucinations peuvent être influencées par des traumatismes, elles

différent de la reviviscence dans le sens où elles ne sont pas une réactivation directe et immersive d'un souvenir précis. Les hallucinations restent des perceptions erronées ou altérées, pouvant être influencées par des émotions, croyances, et expériences passées, là où la reviviscence, quant à elle, est une ré-expérience d'un événement spécifique (flashback) où la personne revit l'événement de manière réaliste et intense, souvent sous forme de scène sensorielle complète. Certaines études sont allées jusqu'à établir une relation entre les hallucinations acoustico-verbales et les traumatismes infantiles, par le biais d'un effet cumulatif en fonction du nombre de traumatismes (35). De plus, l'impact de ces HAV sur le système de croyance et de persécution engendre une adhésion au contenu des voix (36). A noter que l'on retrouve la présence d'hallucinations acoustico-verbales (HAV) chez plus de la moitié des patients présentant un diagnostic de trouble psychotique, et leurs présences sont à l'origine d'une majoration de dépression et d'anxiété (37).

- Hallucinations d'origine psychotique ou d'origine traumatique ? Les hallucinations psychosensorielles peuvent être retrouvées chez des patients présentant uniquement un TSPT, sans comorbidité associée de troubles psychotiques. Mais lorsque les deux troubles sont comorbides, là aussi, la différenciation entre origine psychotique ou traumatique n'est pas aisée à réaliser, même si soutenues par des mécanismes distincts (38). Les hallucinations d'origine psychotique surviennent, en général, de manière imprévisibles, n'ont pas nécessairement de lien avec un événement passé, et leur contenu peut être empreint d'expériences passées ou complètement déconnectées de l'histoire de la personne. Elles sont souvent difficiles à distinguer de la réalité pour le patient. Les hallucinations d'origine traumatique sont souvent liées à un traumatisme

spécifique, peuvent être déclenchées par des rappels de l'événement, et leur contenu est généralement directement associé à l'expérience traumatique. Le patient peut avoir une certaine conscience que cela est lié à un souvenir plutôt qu'à une expérience actuelle (39).

- Idées délirantes de persécution ou croyances négatives sur autrui/monde ? Les personnes avec un TSPT complexe peuvent développer des croyances profondément négatives sur les autres et le monde qui les entourent, qui peuvent ressembler, dans leur rigidité, à des idées délirantes de persécution dans un contexte psychotique.
- Déréalisation d'origine traumatique ou psychotique ? Bien que les deux déréalizations présentent des caractéristiques communes dans leur présentation clinique, celle d'origine traumatique est souvent contextuelle et liée à des déclencheurs spécifiques, avec une sensation d'irréalité souvent temporaire contrairement à celle d'origine psychotique qui est généralement moins liée à des déclencheurs spécifiques et régulièrement accompagnée de troubles du cours de la pensée.

Outre le trouble de stress post-traumatique complexe mentionné plus tôt, diverses formes cliniques du TSPT émergent à la lumière des observations cliniques successives : le trouble de stress post-traumatique avec symptômes psychotiques (TSPT-SP), décrit par Tarquinio et Auxéméry, le trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs persistants, reconnu dans la CIM-11, ainsi que la psychose dissociative réactive aiguë (PDRA) (40). Pour mieux différencier les nuances entre ces troubles, voici un tableau récapitulatif :

Caractéristiques	TSPT avec symptômes dissociatifs	TSPT complexe	TSPT-SP	PDRA
Symptômes principaux	TPST classique + symptômes dissociatifs	TSPT classique + perturbation de l'organisation de soi (DSO)	TSPT classique + symptômes psychotiques	Dissociation + symptômes psychotiques Possible confusion ou amnésie traumatique
Dissociation	Fréquente sous forme de déréalisation et/ou dépersonnalisation	Possible mais pas à l'avant du tableau	Possible mais symptômes psychotiques prédominants	Dissociation intense
Symptômes psychotiques	Pas de symptômes psychotiques majeurs	Pas de symptômes psychotiques majeurs	Hallucinations et/ou idées délirantes liées au traumatisme	Souvent transitoires : Hallucinations, idées délirantes, perte de contact avec la réalité
Durée du trouble	Chronique si non traité	Chronique et complexe à traiter	Peut-être chronique, avec des épisodes psychotiques fluctuants	Episode aigu et de courte durée, généralement réversible
Relation au traumatisme	Dissociation liée aux moments traumatiques	Trouble découle des traumatismes répétés et prolongés	Pas d'éléments psychotiques a priori perceptibles avant l'exposition au traumatisme	Réaction directe au traumatisme

Les recherches actuelles ne sont pas encore consensuelles dans ces différentes définitions : le diagnostic de TSPT-SP pour exemple, où l'équipe de Compean et al. souligne la difficulté de différencier ce trouble des troubles psychotiques primaires, comme la schizophrénie, où les symptômes psychotiques peuvent également être présents. (41).

Il est tout à fait compréhensible qu'une des difficultés cliniques majeures repose sur cette proximité symptomatique. Toutefois, une évaluation minutieuse de l'origine du traumatisme et des caractéristiques spécifiques de chaque trouble semble cruciale pour orienter vers un traitement adapté et efficace.

B. Stratégies de prise en charge du TSPT dans les troubles psychotiques

La prise en charge du trouble de stress post-traumatique comporte plusieurs aspects. Les recommandations actuelles préconisent des psychothérapies centrées sur le traumatisme en première intention, avec possibilité d'introduire un traitement médicamenteux pour amoindrir la symptomatologie active et/ou si le patient ne souhaite pas ou n'est pas dans une temporalité adéquate pour une telle psychothérapie.

La psychothérapie du TSPT chez les patients avec troubles psychotiques représente un défi thérapeutique important en raison de la complexité de l'interaction de ces deux troubles. Toutefois, de plus en plus de résultats scientifiques laissent à penser que des approches psychothérapeutiques adaptées pourraient être efficaces, sous certaines conditions, pour traiter des symptômes de TSPT chez les patients avec troubles psychotiques(42).

Il convient dès lors de porter une attention particulière à plusieurs dimensions essentielles afin d'appréhender cette problématique dans toute sa complexité.

1. *Sécurisation et stabilisation thérapeutique*

Un des prérequis essentiels à toutes psychothérapies avec un patient ayant un trouble psychotique est la question de la stabilisation clinique et thérapeutique. Un tel patient est considéré comme stabilisé lorsque les symptômes productifs et les troubles du comportement se sont atténués. Des facteurs prédictifs clés de cette stabilisation incluent, entre autres, la diminution des symptômes positifs, la qualité de l'alliance thérapeutique avec le patient et la régularité du suivi ainsi que la présence d'un entourage ressource(43).

a) Optimisation thérapeutique

Dans ce contexte, une attention sera portée sur l'optimisation du traitement médicamenteux actuels du patient. Les antipsychotiques de fond et/ou antidépresseurs sont compatibles avec un travail psychique autour de la symptomatologie post-traumatique.

Dans les recommandations actuelles, il est même possible d'optimiser le traitement médicamenteux pour la pathologie de fond par l'adjonction de médicaments agissant plus spécifiquement sur les symptômes post-traumatiques (44) :

- 1^{ère} ligne : antidépresseurs de type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) : sertraline, paroxétine et fluoxétine ; et de type inhibiteur de la recapture de sérotonine et noradrénaline (ISRSNa) : venlafaxine. Les doses cibles sont plus élevées que dans les épisodes dépressifs classiques, et la majoration doit se faire de manière plus progressive.
- 2^{ème} ligne : prazosine pour les cauchemars traumatiques ; mirtazapine comme antidépresseur noradrénergique et spécifique sérotoninergique (NasSA)

Concernant les antipsychotiques, suite à la récente méta-analyse de l'équipe de Zhang et al., il semblerait qu'à dose modérée, la quétiapine et l'olanzapine auraient des profils particulièrement intéressants pour la prise en charge des symptômes d'hypervigilance (par leur action antagoniste des récepteurs H1 de l'histamine et des récepteurs noradrénergiques) mais également comme stabilisateur de l'anxiété par le profil agoniste partiel 5-HT1A de la quétiapine(45). Les études actuelles ne précisent cependant pas s'il y a un intérêt à réaliser un changement d'antipsychotique de fond chez les patients présentant un trouble psychotique avec manifestations de TSPT.

Par ailleurs, la présence de benzodiazépines, fréquemment retrouvés sur les ordonnances de patients avec troubles psychotiques à visée anxiolytiques et/ou hypnotiques (46), sont davantage déconseillées au cours de la psychothérapie. Au cours des évènements traumatiques, la quantité de GABA est réduite et son récepteur serait altéré par la suite. Ainsi, la présence de benzodiazépine, par leur action sur les récepteurs GABA-A, va venir perturber le travail mnésique de retraitement du souvenir traumatique (47). Le seul anxiolytique actuellement validé dans le TSPT est l'hydroxyzine, tout en surveillant son association à des traitements allongeur de l'intervalle QTc.

Une attention sera ainsi de veiller à ce que la pharmacothérapie soit correctement ajustée avant de commencer la psychothérapie axée sur le trauma pour les patients souffrant de troubles psychotiques.

b) Prérequis cognitifs

Les patients qui présentent des troubles psychotiques, comme dans les schizophrénies, peuvent voir émerger des troubles cognitifs touchant plusieurs sphères. Les principales altérées concernent les fonctions exécutives, mnésiques et sociales, atteintes qui peuvent être précisées, quand il a eu lieu, par un bilan neuropsychologique(48). Les capacités de planification, de maintien d'un plan d'action, de flexibilité mentale et d'inhibition sont des difficultés en lien avec les fonctions exécutives. Du côté des troubles de la mémoire, on retrouve essentiellement des perturbations des mémoires de travail, épisodique et autobiographique :

- La mémoire de travail désigne la capacité à retenir et manipuler consciemment des informations tout en accomplissant simultanément une

autre tâche complexe, comme la compréhension, le raisonnement ou la résolution de problèmes. Chez les patients ayant des troubles psychotiques, cette fonction est altérée, rendant difficile la gestion de plusieurs activités à la fois et le suivi de leur progression dans chacune d'elles (49)

- La mémoire épisodique se réfère à la mémoire à long terme des événements personnellement vécus dans un contexte spatio-temporel précis, accompagnée de l'expérience émotionnelle qui y est associée. Chez les patients ayant des troubles psychotiques, les principales difficultés concernent l'encodage et la récupération des souvenirs, tandis que le stockage semble relativement préservé.

- La mémoire autobiographique, également à long terme, permet de conserver les événements marquants de notre vie (composante expérientielle) tout en tirant des connaissances sur nous-mêmes à travers ces expériences (composante narrative). Dans les troubles psychotiques, certaines études montrent que les patients rencontrent des difficultés à se rappeler de souvenirs spécifiques datant de moins de 24 heures, que ces souvenirs sont souvent moins riches en détails et moins susceptibles de faire l'objet de reviviscences comparativement à la population générale. (50).

D'autre part, le trouble de stress post-traumatique présente lui aussi des altérations de la cognition, principalement centrés sur des troubles mnésiques (51). Ces altérations de la mémoire se manifestent de deux manières distinctes : d'une part, sous forme d'hypermnésie de certains aspects du traumatisme, se traduisant par des intrusions. Cela reflète un encodage excessif de certains éléments du souvenir traumatique, tout en témoignant d'un défaut d'intégration dans la mémoire

épisode, puisque le patient a l'impression de revivre ces intrusions dans le présent (52). D'autre part, elles apparaissent sous forme d'amnésie dissociative, où certaines parties de l'événement semblent complètement effacées de la mémoire. Face à une surcharge émotionnelle liée au traumatisme, la mémoire épisodique rétrograde peut être altérée, créant ainsi des « trous noirs » autour de l'événement (53).

Ces altérations cognitives communes à la fois aux troubles psychotiques et aux troubles de stress post-traumatique, bien qu'exprimées différemment, posent des défis thérapeutiques similaires. Les patients peuvent avoir du mal à se concentrer, à se remémorer les événements de manière structurée, et à réguler leurs émotions face à des souvenirs traumatiques. En psychothérapie, cela nécessite des adaptations spécifiques pour y pallier. L'approche thérapeutique doit donc être particulièrement adaptée pour tenir compte de ces altérations, afin de favoriser une meilleure intégration des expériences traumatiques et améliorer la prise en charge globale de ces patients.

c) Alliance thérapeutique et réseau de soutien

Toutes psychothérapies du « trauma », que ce soit chez les patients psychotiques ou non, résident dans la création d'un environnement de confiance et de sécurité. Une alliance thérapeutique forte permet au patient de se sentir en sécurité avec son thérapeute, facilitant ainsi l'exploration de souvenirs traumatiques tout en réduisant les risques de déstabilisation psychotique. Cette relation de confiance est d'autant plus importante que ces patients peuvent présenter une vulnérabilité accrue face à la dissociation, aux intrusions traumatiques et aux difficultés à différencier le passé du présent (54).

Conjointement, un réseau de soutien comprenant la famille, les proches, ou des professionnels de santé, nommées « personnes ressources », est essentiel pour offrir un cadre de stabilisation et de protection. Ce réseau peut aider à prévenir les rechutes en fournissant un soutien émotionnel, en surveillant l'adhésion au traitement, et en intervenant rapidement en cas de besoin.

Ensemble, une alliance thérapeutique solide et un réseau de ressources adapté maximisent les chances de succès du travail psychothérapeutique, en favorisant la résilience et en offrant un soutien continu au patient face aux difficultés émotionnelles liées au traumatisme.

2. *Les psychothérapies centrées « trauma »*

a) Identifier la cible thérapeutique

La spécificité de la psychothérapie du TSPT est que le patient et le thérapeute déterminent en amont un index traumatique avant de commencer le traitement. (54) L'index traumatique se construit à partir de la liste des événements que le patient qualifie de traumatiques dans son histoire. Il s'agira ensuite de définir quel événement est celui qui revient le plus souvent dans la symptomatologie post-traumatique du patient, cela permettant de faire émerger une « cible thérapeutique ». Si la cible thérapeutique semble aisée à identifier dans les traumatismes de type I (trauma unique, soudain, et isolé), il peut être bien moins évident dans les traumatismes de type II (traumas répétés dans le temps).

L'index thérapeutique n'est pas systématiquement fixe tout au long de la thérapie, il peut être amené à être ajusté avec le temps, et ce, pour plusieurs raisons : difficultés à identifier initialement la cible, émergence de nouveaux souvenirs traumatiques, réticence initiale à aborder certains traumatismes.

b) Les recommandations internationales

Les thérapies centrées sur le trauma sont considérées comme le traitement de première intention d'après la plupart des recommandations internationales. Elles partagent plusieurs objectifs communs : réduire la détresse liée aux souvenirs traumatiques, aider le patient à réguler ses émotions et ses réactions de peur, et faciliter le retour à un fonctionnement quotidien normal. L'étude de Hamblen et al. en 2019 a permis de faire un état des lieux des grandes « guidelines » des dernières années dans les thérapies du TSPT (55):

- Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont recommandées de manière quasi systématique, et plus particulièrement l'exposition prolongée (EP), la thérapie des processus cognitifs (TPC), la thérapie cognitive et comportementale centrée trauma (TCC-CT) et la thérapie cognitive (TCO)
- L' « Eye Movement Desensitization and Reprocessing » (EMDR) ou intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires se trouve également dans la plupart des recommandations internationales

Cependant, leur application chez les patients ayant des troubles psychotiques a longtemps été controversée en raison des craintes que ces thérapies pourraient exacerber les symptômes psychotiques ou provoquer des décompensations (56). Bien que certaines études rapportent une augmentation temporaire de la détresse et/ou des symptômes, cela constitue une réponse habituelle dans le cadre des traitements du trouble de stress post-traumatique(57). Ces interventions, comme l'exposition prolongée, sont spécifiquement conçues pour provoquer et faciliter le traitement thérapeutique de la détresse (58). Néanmoins, moyennant certaines adaptations mentionnées plus haut, des recherches récentes montrent que les

thérapies centrées sur le trauma peuvent être non seulement sûres, mais aussi bénéfiques pour ce groupe de patients(59) (60).

La première thérapie centrée sur le traumatisme en application chez les patients présentant un trouble psychotique a été analysée par l'équipe de Mueser et al. en 2004 (61). Elle s'est inspirée des techniques de restructuration cognitive issue des TCC, développé par Aaron Beck, psychanalyste, dans les années 70 en Amérique, et vise à aider les individus à identifier et modifier leurs pensées négatives ou dysfonctionnelles. Beck découvre, en interrogeant ses patients, qu'ils éprouvent des processus cognitifs parallèles à ce qu'ils racontent. Les pensées et les images sont au cœur des réflexions de l'individu, rarement de manière évidente, et ne deviennent conscientes que si l'on porte une attention délibérée sur elles. C'est ainsi que va émerger la restructuration cognitive, en s'attaquant aux schémas cognitifs et aux croyances dysfonctionnelles pour tenter de les modifier ou les assouplir. Elle se démarque cependant de la remédiation cognitive qui appartient plus volontiers à la neuropsychologie et qui suppose une atteinte cognitive de base.

Au cours des années 2010, quelques études commencent à émerger sur l'utilisation de l'exposition prolongée et de l'EMDR auprès de patients ayant un trouble psychotique avec des résultats encourageants. L'exposition prolongée, une thérapie basée sur les TCC, aide les patients à se confronter à leurs souvenirs traumatiques pour modifier la structure de la peur et corriger les croyances erronées formées durant le traumatisme. Le protocole, développé par Foa, comprend 8 à 15 séances, débutant par la psychoéducation et l'apprentissage de techniques de gestion de la détresse émotionnelle. Les séances suivantes combinent l'exposition par l'imagination et l'exposition in vivo, permettant de revisiter les souvenirs traumatiques et de confronter progressivement les situations redoutées (62). L'EMDR, quant à elle, est un protocole en 8 phases qui se concentre principalement sur le « retraitement

des souvenirs » en demandant à la personne de réaliser une double tâche (généralement des mouvements oculaires) tout en se remémorant l'index traumatique (63). C'est ainsi que l'équipe de Frueh et al. (2009) pour l'exposition prolongée, l'équipe de van den Berg (2012) pour l'EMDR, et l'équipe de Bont et al. (2013) pour les deux thérapies, ont appliqué les protocoles de psychothérapie pour le TSPT, sans adaptations préalables, à des patients ayant des troubles psychotiques. Ils ont constaté que ces approches conduisaient à une réduction des symptômes post-traumatiques (64) (65) (66).

En 2013, l'équipe de van den Berg a développé une approche adaptée de l'EMDR pour la psychose, appelée l'« EMDRp ». Elle suit les mêmes principes que l'EMDR standard, mais est spécifiquement adaptée pour traiter les traumatismes chez les personnes avec psychose, qui présentent des vulnérabilités particulières. Quelques différences et adaptations notables sont observées :

- précautions supplémentaires pour éviter la réactivation excessive des symptômes psychotiques en faisant des séances plus courtes ou introduites progressivement pour éviter une surcharge émotionnelle
- attention particulière portée aux croyances délirantes ou aux hallucinations qui peuvent être directement liées aux traumatismes vécus par le patient. Le traitement aide à faire le distinguo entre symptômes psychotiques et souvenirs traumatiques
- flexibilité de pratique : le thérapeute peut être amené à adapter rapidement le traitement en fonction de la réponse du patient, étant donné la fragilité psychotique. Les techniques de stimulation bilatérale sont souvent ajustées pour minimiser les risques de désorganisation psychique.

L'équipe de Varese et al. en 2024 a mis en évidence des améliorations de la symptomatologie TSPT et des symptômes psychotiques six mois après avoir fait une thérapie EMDRp avec traitement de fond vs traitement de fond tout seul. Les résultats sur le trouble psychotique étaient moins prononcés un an après mais la symptomatologie TSPT restait amoindrie (67).

En 2022, l'étude STAR (Study of Trauma And Recovery) a mis au point un essai randomisé contrôlé impliquant l'utilisation d'un protocole de TCC centré trauma pour les patients psychotiques et présentant un TSPT comorbide (TCC-CTp) (68). Elle cible les souvenirs traumatiques et les croyances associées, tout en traitant, selon les besoins, les expériences et les comportements liés à la psychose. Le principe d'adaptation de la thérapie est sensiblement le même que pour l'EMDRp.

La TCC-CTp se décline en 4 phases :

- évaluation, psychoéducation et définition d'objectifs de la thérapie
- compréhension des difficultés actuelles et identification des facteurs de maintien
- aborder les souvenirs traumatiques, parler des expériences anormales et significations associées par le biais de restructuration cognitive et comportementale
- consolidation et maintien au long cours

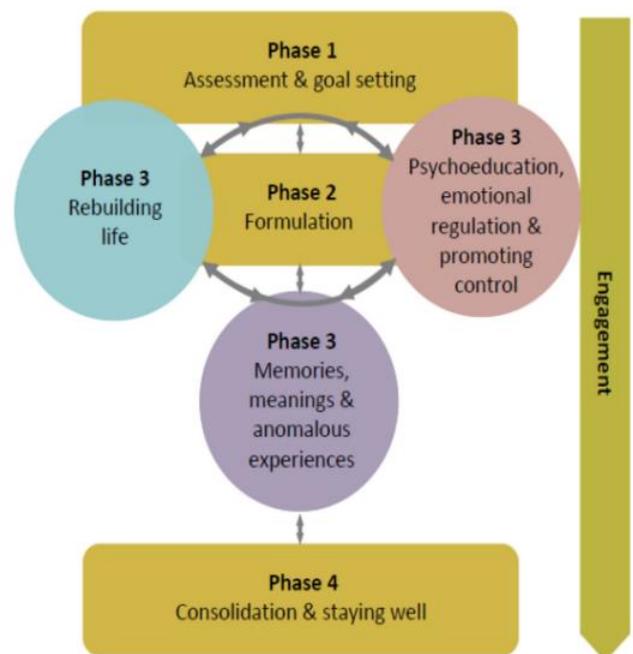


Figure issue étude STAR 2022

Au cours du travail ciblant le psychotraumatisme, ils peuvent faire appel à des techniques d'exposition variée : par imagination, par narration, in vivo ou encore par rescénarisation. Auprès de patients comorbides de troubles psychotiques et de TSPT, l'exposition prolongée par imagination suggère une amélioration des croyances négatives, une diminution d'un vécu persécutif et un fonctionnement social optimisé (69).

L'exposition par narration (NET), thérapie brève, associe des caractéristiques de l'exposition par imagination de Foa, avec des thérapies dites par témoignage. Elle a pour vocation, entre autres, une restauration chronologique de la mémoire autobiographique, une exposition prolongée aux souvenirs traumatiques dans un environnement sécurisant pour diminuer la charge émotionnelle et anxieuse liée à ces souvenirs, ainsi qu'une réinterprétation des significations erronées (70). Bien qu'elle ait pu être développée pour les enfants par exemple, elle n'a cependant, a priori, pas été étudiée auprès de patients ayant des troubles psychotiques.

En dehors de l'amélioration de la symptomatologie post-traumatique, la littérature scientifique grandissante fait état d'un amoindrissement de la méfiance et des idées de persécution (paranoïa) par un changement dans les croyances liées au traumatisme. Cependant, les hallucinations ne semblent pas modifiées par cette thérapie (68). D'autres thérapies novatrices seraient en développement pour pallier des aspects manquants des thérapies « classiques » du trauma.

3. *Approches centrées sur les symptômes*

En marge des thérapies recommandées à l'échelle nationale et/ou internationales dans le traitement de la symptomatologie post-traumatique, d'autres thérapies, moins étudiées auprès des patients avec troubles psychotiques et/ou auprès des patients avec trouble de stress post-traumatique, présentent un potentiel intéressant pour enrichir l'éventail des psychothérapies disponibles.

La prise de conscience du lien entre traumatisme et hallucinations acoustico-verbales a renforcé le soutien en faveur de traitements psychologiques pour ces patients, en particulier ceux visant à modifier la relation entre le patient et ses voix (72). C'est dans ce contexte et grâce au travail de vulgarisation d'associations comme les *Entendeurs de Voix*, que des thérapies d'échanges plus directes entre les hallucinations acoustico-verbales du patient et le thérapeute ont vu le jour, sous le nom « d'approches basées sur la parole ». De cette manière, la psychothérapie « *Experience Focused Counselling* » par exemple, se concentre sur la compréhension des expériences de voix entendues sans pathologiser ces phénomènes, et vise à aider les individus à donner du sens à ces expériences dans le contexte de leur vie, souvent en lien avec des traumatismes passés. Les rares études observent des résultats encourageant concernant la réduction de la charge anxieuse associée aux HAV chez ces patients (73). Certaines approches basées sur la parole vont encore un peu plus loin en proposant des expériences immersives par le biais de la réalité virtuelle : elles proposent au patient de pouvoir avoir une discussion avec un avatar, c'est-à-dire une projection imaginée et personnifiée de leurs hallucinations acoustico-verbales. En incarnant cette projection, le psychiatre dialogue avec le patient au sein de l'environnement virtuel avec des objectifs thérapeutiques différents à chaque séance (régulation émotionnelle, reconstruction

de l'estime personnelle par le biais de l'affirmation de soi). Ce protocole, appelée thérapie AVATAR, est actuellement essentiellement utilisée dans les schizophrénies dites résistantes. Ce type de psychothérapies semblent prometteuses selon les premiers résultats, mais davantage d'études avec des cohortes beaucoup plus grandes sont nécessaires à ce stade(74).

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les patients ayant des troubles psychotiques (75), et cette problématique semble se majorer chez ceux qui sont comorbides d'un trouble de stress post-traumatique. On retrouve plus fréquemment trois types de manifestations de troubles du sommeil dans le TSPT : insomnie, caractérisée par des difficultés à s'endormir ou à rester endormi ; cauchemars, souvent liés à des souvenirs traumatiques ; sommeil fragmenté, avec des réveils fréquents pendant la nuit (76). Le manque de sommeil peut aggraver les symptômes psychotiques positifs (77), ainsi que les symptômes du TSPT. Le sommeil perturbé interfère également avec la capacité des patients à gérer leur stress et leurs émotions (78). Devant les thérapeutiques médicamenteuses, comme la prazosine(79), spécialisées dans le traitement des cauchemars post-traumatiques, c'est actuellement la thérapie par répétition d'imagerie mentale (RIM) qui est recommandée en 1^{ère} intention d'après l'American Academy of Sleep Medicine(80). Le patient est encouragé à revisualiser son cauchemar de manière consciente, mais à y apporter des changements, comme modifier la fin ou certains aspects effrayants, afin de créer une version moins angoissante. Cette répétition mentale de la nouvelle version du rêve a pour objectifs de réduire la fréquence et l'intensité des cauchemars, tout en diminuant l'impact émotionnel des souvenirs traumatiques. Toutefois, il peut être pertinent d'évaluer la capacité d'accès à l'imagination du patient avant de l'orienter vers ce traitement. La frontière entre réalité et imaginaire

peut être fragile chez certains patients psychotiques, et la visualisation répétée pourrait, on l'imagine, provoquer une confusion ou une exacerbation des symptômes psychotiques. Cependant, aucune étude ne s'est actuellement penchée sur la question.

En 1979, Kabat-Zinn a fortement contribué à l'émergence de la pleine conscience au sein de la médecine occidentale, avec pour principe de base « une focalisation de l'attention sur l'expérience du moment présent dans une attitude de non-jugement » (81). La mindfulness (pleine conscience) a montré des effets bénéfiques sur la régulation émotionnelle et la détresse dans le TSPT (82). Chez les patients psychotiques, des programmes adaptés de pleine conscience peuvent aider à réduire l'impact des hallucinations et à gérer les symptômes post-traumatiques. Là aussi des adaptations pour ces patients ont été réalisées de la manière suivante (83) :

- une durée de pratique plus courte (généralement 10 minutes)
- des interventions fréquentes au cours de la méditation pour éviter les longs silences (généralement toutes les 30 à 60 secondes afin que les individus ne se laissent pas entraîner dans des ruminations sur des expériences psychotiques)
- une « validation » de l'expérience psychotique tout au long de la pratique

Cette thérapie vise à accroître la conscience du moment présent et à réduire les pensées envahissantes ou angoissantes liées aux traumatismes, sans provoquer, en principe, d'aggravation des symptômes psychotiques(84). Toutefois, comme à l'image de la plupart des psychothérapies, cela reste à valider par des études futures

qui devront évaluer de manière plus standardisé, les effets secondaires de cette approche(85).

De nombreuses autres approches, existantes ou émergentes, montrent un potentiel intéressant pour les patients avec troubles psychotiques : thérapie de la reconsolidation, thérapie psychocorporelle, hypnose, neurofeedback, etc. Qu'elles soient déjà largement recommandées ou encore en phase d'étude, ces thérapies partagent toutes le principe d'adaptation aux profils des patients psychotiques, sans que cela constitue un obstacle ou les exclue des recherches et des prises en charge axées sur le psychotraumatisme.

III. Qu'en est-il sur le terrain alsacien ? Une étude qualitative auprès des praticiens

A. Introduction et contexte

Malgré l'augmentation des recherches sur l'impact des traumatismes dans la psychose, trop peu d'études incluent les patients ayant des troubles psychotiques dans l'évaluation des traitements spécifiques pour les symptômes de stress post-traumatique (86). Ainsi, bon nombre de ces patients demeurent en marge de la pratique clinique axée sur le traumatisme. Il est pourtant très probable que de nombreux professionnels en psychiatrie, qu'ils soient spécialisés ou non dans cette prise en charge, aient déjà rencontré des patients psychotiques présentant une histoire traumatique, voire des symptômes de stress post-traumatique. Cependant, en raison de la complexité de ces tableaux cliniques, cette question est souvent mise de côté, donnant l'impression d'une quasi-absence de prise en charge spécialisée de ces patients.

Les troubles psychotiques font partie des pathologies psychiatriques les plus anciennes étudiées et traitées. Les premières recherches établissant un lien entre psychose et traumatisme remontent à plus de quarante ans. Pourtant, tant au niveau national qu'à une échelle plus locale, la place du traumatisme et l'offre de soins disponibles pour les patients ayant des troubles psychotiques restent marginales. Cette situation soulève des questions : Appréhension ? Inefficacité ? Stigmatisation ?

Une étude qualitative auprès des praticiens exerçant en Alsace, a été menée pour essayer de comprendre, à travers leur propre expérience, les démarches cliniques, perceptions et obstacles rencontrés dans l'évaluation et le traitement du psychotraumatisme chez les patients souffrant de troubles psychotiques. Ce travail vise à examiner comment ces praticiens intègrent ou non la dimension du

traumatisme dans leurs approches cliniques et à déterminer les éventuels besoins ou obstacles qui pourraient entraver une meilleure prise en charge. En somme, cette réévaluation des pratiques actuelles invite à réfléchir à l'optimisation des soins prodigués à ces patients.

L'idée générale de cette étude est de fournir des insights précieux sur les pratiques actuelles, et d'identifier des pistes d'amélioration au bénéfice des praticiens et, idéalement, des patients. Pour se faire, les études qualitatives permettent d'obtenir une compréhension riche et détaillée des phénomènes étudiés, en se concentrant sur le « comment » et le « pourquoi » des expériences et des perceptions humaines (22). Il est question de rencontres avec des praticiens, qui sont quotidiennement sur le terrain en Alsace, confrontés à des défis variés et possédant chacun un parcours unique. Une telle diversité peut offrir des éclairages précieux pour la compréhension et la réflexion. C'est pourquoi une étude qualitative semble la mieux adaptée aux objectifs de cette recherche.

B. Matériel et méthode

1. *Description de l'étude qualitative*

L'étude est ainsi une étude qualitative avec une approche inspirée de l'analyse par théorisation ancrée qui tente, à partir du terrain et des expériences des participants, de constituer un modèle explicatif. Elle a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés individuels. Elle a été en amont validée et enregistrée par le Comité d'Ethique pour la Recherche (CER) Unistra sous le numéro d'accréditation suivant : Unistra/CER/2024-64. Les informations recueillies tout au long de l'étude n'ont été utilisées que dans le cadre strict de cette étude. Les données récoltées ont été conservées par Pr Fabrice Berna et Baum Caroline tout au long du protocole d'étude et elles sont maintenant archivées pendant une dizaine d'années sur le serveur des

HUS. 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. *Population et méthode de recrutement*

L'échantillonnage initial a été théorique, en accord avec la méthode d'analyse par théorisation ancrée. Il a commencé au sein d'une population donnée, à savoir des praticiens en psychiatrie, exerçant en Alsace.

Les critères de sélection : praticiens diplômés, en hospitalier ou ambulatoire, ayant une expérience avec la prise en charge de patients ayant des troubles psychotiques au long cours. *Praticiens diplômés ayant au minimum 4 ans d'exercice, correspondant à l'obtention du diplôme de psychiatrie ou de psychologie.*

Les critères de non-inclusion : praticiens exerçant en dehors de l'Alsace, praticiens non diplômés.

Au fil des entretiens et de leurs analyses, il nous semblait pertinent de venir interroger à la fois des praticiens diplômés en psychiatrie et d'autres diplômés en psychologie, afin de favoriser l'émergence d'informations hétérogènes. Il était également intéressant de pouvoir venir questionner des modes d'exercice différents : en intra-hospitalier type service de soins sous contrainte, service de soins libres, hôpital de jour, en ambulatoire privé, en ambulatoire public type centre médico-psychologique, centre régional de psychotraumatisme, centre de précarité. Ils ont ainsi été recrutés à travers l'Alsace : Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, de l'EPSAN de Cronenbourg, du Centre Hospitalier de Rouffach, du Groupe

Hospitalier Régional de Mulhouse et Sud-Alsace, ainsi qu'en cabinet libéral sur Molsheim et sur Bischwiller. La recherche de disparité dans les profils a permis de rendre la démarche de recrutement inductive.

Le recrutement a été réalisé de différentes manières, à la fois par mail sécurisé (adresse mail des HUS), par téléphone ou par demande verbale directe. Même si prévenir les praticiens des objectifs clairs de l'étude soit transparent et éthique, cela peut être à l'origine de plusieurs biais dans les données collectées par la suite : biais de désirabilité sociale (réflexion en amont sur les réponses apportées pour répondre au mieux aux attentes de l'investigateur) (87) ou biais de rappel avec une sélection de souvenirs en amont. Ainsi, nous avons cherché un équilibre entre informer les participants de manière éthique et minimiser les influences pouvant altérer la qualité et la fiabilité des données recueillies. C'est de cette manière que lorsque les participants ont été recrutés, les objectifs ont été présentés de manière plus générale et moins spécifique : « nous allons discuter de l'exploration des pratiques auprès des patients ayant des troubles psychotiques » sans insister sur l'aspect psychotraumatique. Chaque participant, peu importe la manière dont ils ont été abordés initialement, recevait un mail avec un récapitulatif de la demande, la date et l'heure de rendez-vous.

Le recrutement s'est ainsi fait jusqu'à saturation des données ne pouvant définir à l'avance le nombre de participants. La saturation des données a été vérifiée par deux entretiens. Sur ce modèle-là, ce sont finalement dix praticiens qui ont accepté de participer à cette étude en signant un formulaire de consentement. Deux profils initialement sélectionnés et contactés n'ont pas été inclus dans l'étude, le premier profil par manque de disponibilités et le deuxième par absence de réponses malgré relances par différents moyens de communication.

Un numéro d'anonymat était remis à chaque participant sous la forme d'une lettre « P » pour « praticien » suivi d'un numéro.

A noter, qu'aucune indemnisation financière n'était prévue pour la participation à l'étude.

3. *Le recueil de données*

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'entretiens individuels, semi-dirigés, menés par un seul investigateur.

Bien que ce choix a été initialement par souci de temps et de disponibilités, il nous a paru important d'avoir un seul investigateur pour faciliter un lien de confiance avec les participants, ce qui a pu les encourager à partager des informations plus personnelles et sensibles ; mais également pour avoir une cohérence dans la collecte des données. En effet, bien que la présence d'un seul enquêteur puisse introduire un biais, cela permet d'avoir une certaine uniformité dans la façon dont les entretiens sont menés, et minimise les variations qui pourraient survenir si les sources étaient multipliées.

Le guide d'entretien a été travaillé en amont, en rédigeant une suite de questions ouvertes. Elles permettent une exploration libre des sujets étudiés et offre une flexibilité qui permettait d'explorer différents angles, y compris ceux que nous n'avions pas anticipés (88).

La première étape des entretiens individuels consistait à créer une atmosphère de bienveillance et de détente, pour que les participants se sentent assez en confiance pour se livrer sur leur propre ressenti et vécu par la suite. En prenant la note d'information comme support, une explication plus approfondie sur les objectifs de

l'étude a été fournie à ce moment-là. Les participants ont été invités à poser davantage de questions pour obtenir des éclaircissements, avant de proposer la signature du consentement. Ils étaient informés de la possibilité de se retirer de l'étude si les questions ou la méthode choisie ont pu les mettre mal à l'aise.

Dès que les praticiens donnaient leurs accords et se sentaient prêts, nous commençons l'enregistrement avec un dictaphone. En dehors de la première question, les autres étaient soit spontanément et partiellement abordées par les participants dans leur réponse, soit pouvaient être posées dans un autre ordre que celui prévu initialement, selon le contenu des réponses. Lorsque l'investigateur ressentait qu'une réponse pouvait être approfondie, il pouvait ajouter quelques questions de relances.

Entretien semi-dirigés sur lequel l'investigateur s'appuyait :

- Question 1 : « Chez des patients présentant des symptômes psychotiques positifs persistants (troubles schizophréniques ou autres), dans quelle mesure recherchez-vous des antécédents de traumatisme ? » et « Pouvez-vous développer votre démarche clinique ? »
- « Pourriez-vous décrire le tableau clinique d'un patient avec un diagnostic de trouble psychotique chez qui vous avez suspecté des symptômes post-traumatiques ? » et « Pouvez-vous préciser les symptômes qui vous ont amené sur la piste du psychotraumatisme ? »
- « Quelle serait selon vous la contribution du psychotraumatisme dans les symptômes psychotiques voire dans le trouble psychotique du patient ? »
- « Quelles propositions thérapeutiques avez-vous fait à ce patient ? Lesquelles feriez-vous ? » *ou (si pas de rencontre avec un patient de ce profil)* « Quelles propositions thérapeutiques pourriez-vous faire à ce type de patient ? »

- « Quels effets attendriez-vous d'une prise en charge des symptômes post-traumatiques chez des patients avec un trouble psychotique et ayant des symptômes psychotiques positifs persistants ? »
- « Selon vous, existent-ils des difficultés et obstacles rencontrés lors de la prise en charge des manifestations de psychotraumatisme chez des patients avec un trouble psychotique et ayant des symptômes psychotiques positifs persistants ? »

Les entretiens ont ainsi eu lieu entre fin août 2024 et début octobre 2024. Ils ont duré entre 35 et 80 minutes. Ils ont eu lieu, pour la plupart, au sein de leur bureau professionnel et en présentiel.

4. *Analyse des données*

Tous les entretiens oraux, une fois enregistrés, ont été retranscrits dans leur intégralité. L'analyse des données a ensuite débuté par un codage dit initial ou ouvert. Il démarre par une lecture attentive de chaque entretien, où des segments significatifs de texte ont été identifiés. Ces segments ont ensuite été étiquetés par des codes expérientiels reflétant des concepts émergents dans les discours des praticiens.

Après le codage initial, le codage axial permet de relier les codes entre eux et de regrouper les concepts émergents en sous-catégories. Ces sous-catégories ont ensuite été examinées pour comprendre comment elles étaient reliées, notamment par des relations de cause à effet ou des similitudes.

La saturation théorique de la population de l'étude a été atteinte lorsque l'analyse des entretiens supplémentaires n'a plus révélé de nouvelles catégories ni de nouveaux concepts.

La phase finale du codage est le codage dit sélectif et théorisation. Elle a conduit à l'identification d'une catégorie centrale qui reliait six catégories. A noter que des mémos ont été rédigés tout au long du processus d'analyse pour capturer les idées émergentes et formuler des hypothèses sur les relations entre les catégories.

Ces résultats ont permis d'élaborer une théorie, sous la forme d'un schéma, sur les enjeux de la prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients ayant des troubles psychotiques.

L'analyse a été essentiellement manuelle et aucun logiciel n'a été utilisé.

C. Résultats

Les résultats de l'étude se sont structurés en plusieurs étapes, conformément à l'analyse méthodologique détaillée précédemment. Dans un premier temps, nous avons identifié un total de 634 codes ouverts, issus de l'analyse initiale des données. Cette première phase, fondée sur l'analyse des verbatims sélectionnés, visait à refléter au mieux ce que les praticiens cherchaient à exprimer de manière précise. Ensuite, au cours de la deuxième étape, ces codes, souvent proches des étiquettes expérientielles issues des témoignages, ont été regroupés pour former des sous-catégories. Pour chaque code, il s'agissait de déterminer le phénomène qu'il caractérisait et d'en proposer des propriétés spécifiques. C'est ainsi que 123 sous-catégories ont émergé. Finalement, au cours de l'analyse sélective et de la théorisation, l'identification de la catégorie centrale, intitulée « Psychotraumatisme chez les patients avec troubles psychotiques », a été réalisée. Cette catégorie

centrale est au cœur de l'interaction entre six catégories distinctes : vulnérabilité, complexité, stabilité, adaptabilité, exclusion et attentes.

1. *Caractéristiques de la population étudiée*

Les participants présentaient des caractéristiques variées, afin de garantir une meilleure représentativité des praticiens interrogés.

Praticien	Années au contact de patients psychotiques	Exercice	Secteur d'activités
P1	5 ans	Intra-hospitalier	Liaison
P2	6 ans	Intra-hospitalier + ambulatoire	Centre régional psychotrauma + équipe mobile
P3	35 ans	Intra-hospitalier	Hôpital de jour
P4	4 ans	Intra-hospitalier	Hôpital de jour
P5	10 ans	Libéral	Rural
P6	6 ans	Intra-hospitalier + ambulatoire	Service fermé + Hôpital de jour
P7	13 ans	Intra-hospitalier	Service ouvert + CMP
P8	9 ans	Intra-hospitalier + ambulatoire	Service fermé + CMP
P9	11 ans	Intra-hospitalier + ambulatoire	Urgences + équipe mobile
P10	16 ans	Libéral	Rural

La durée moyenne d'exercice professionnel auprès de patients ayant des troubles psychotiques est de 11,5 ans, avec une répartition qui va de 4 à 35 ans, garantissant ainsi des perspectives issues de praticiens à différents stades de leur carrière.

Les praticiens exercent dans divers secteurs d'activités, allant des structures intra-hospitalières à des pratiques ambulatoires, ou encore en libéral. Certains travaillent dans des hôpitaux de jour, des services fermés ou ouverts, en liaison ou dans des centres spécialisés dans le psychotraumatisme, tandis que d'autres interviennent au

sein d'équipes mobiles ou d'unités d'urgence, ce qui reflète la diversité des contextes cliniques rencontrés.

De plus, la participation de praticiens en milieu rural permet d'élargir la perspective sur les particularités liées à la localisation géographique dans la prise en charge des patients.

2. Quand les antécédents traumatiques orientent l'exploration clinique chez les patients ayant des troubles psychotiques

La majorité des praticiens interrogés s'accorde sur la **recherche très fréquente d'antécédents traumatiques** chez les patients ayant des troubles psychotiques.

P1 « La recherche des traumas, moi, je la fais chez tous les patients quand je les rencontre, donc les patients psychotiques aussi »

P9 « je le recherche quasiment systématiquement, les antécédents de violence, mais tout confondu, parce que globalement, ça ressort beaucoup »

Deux praticiens ont tout de même précisé leurs **quasi-absence de recherche** parce qu'ils n'y pensaient ou n'y pensent, pas pour ces patients.

P10 « Moi je n'y pense pas trop pour les psychotiques en fait, j'y pense plus pour les patients avec troubles anxieux, dépression ; parce que j'ai que des suivis déjà initié avant, déjà neuroleptisés, avec RQTH, AAH, quelque chose qui chronicise aussi les choses quoi »

Si certains intègrent cette question de manière fluide dans l'entretien, d'autres préfèrent la **traiter avec précaution**, n'en parlant que **lorsque des indices le suggèrent**.

P6 « j'aime bien quand même faire des analyses assez poussées aussi des antécédents du patient mais où je laisse le patient un petit peu expliquer sa vie. Et du coup, ça va surtout être en fonction des petits points d'appel où je vais un peu poser des questions ouvertes et voir s'il lui rebondit dessus »

Pour favoriser l'**exhaustivité de l'évaluation**, des questions sur le développement dans l'enfance voire la question des antécédents de traumatismes familiaux sont abordés.

P8 « on essaye de creuser un peu, par rapport au développement, par rapport à l'enfance, s'ils ont connu des traumatismes, même parfois, on peut monter, dans des traumatismes généraux, même transgénérationnels »

Selon les personnes, ces antécédents **émergeraient même sans aller les chercher** explicitement.

P3 « on le voit sans aller le demander, ou alors ça vient assez naturellement quand on investigue un petit peu l'histoire de la personne, un peu des éléments marquants, des éléments constitutifs de leur identité qui identifient un peu qui ils sont aujourd'hui »

Bien que certains supposent leur existence, aucun des praticiens n'a évoqué le fait de recourir à une **évaluation standardisée par des questionnaires**, un praticien **refusant** même de les intégrer à l'évaluation.

P5 « Je pense qu'il y a des échelles pour faire la part des choses [...] Ça doit être dans la discussion, ça doit être très naturel et ça ne doit pas faire sentir à la personne qu'elle est en train de passer un examen qu'elle doit réussir ou louper ou faire attention, parce que sinon, ça va la biaiser complètement et puis moi, je vais être focalisé sur mon échelle et pas sur la personne »

Tous se rejoignent sur la **fréquence des événements traumatiques** vécus par ces patients. Cependant, c'est principalement leur expérience clinique qui leur permet de constater cette forte prévalence. La diversité des événements témoigne d'une **complexité des parcours de vie** de ces patients, marqués par des violences physiques, psychologiques ou des situations de négligence durant l'enfance.

P10 « Oui des antécédents de violences oui, parce que c'est une constante, ouais »

En prêtant une attention particulière aux récits des patients, ils parviennent parfois à identifier des liens de **causalité** directs ou indirects entre ces traumatismes et l'apparition de troubles psychotiques.

P4 « que ce soit un antécédent de traumatisme dans l'enfance qui crée un terrain, enfin, un facteur de vulnérabilité, soit un traumatisme qui déclenche la psychose, soit les premiers épisodes psychotiques qui sont eux-mêmes traumatisants, enfin, j'ai l'impression de voir beaucoup ça »

Un aspect qui semblait important aux yeux de nombreux praticiens résidait dans la qualité et la durée de la **relation de confiance avec le patient**, ingrédients essentiels pour permettre l'exploration de ce type d'antécédents.

P1 « au bout de quelques mois de suivi, parfois, c'est là où ça parvient et où il parle réellement de ce qui s'est passé plus en détail à ce moment-là. »

Lorsque des éléments paraissaient étranges, ou que la chronologie d'apparition des troubles questionnait, ils n'hésitaient pas, avec l'accord du patient, à **faire appel à l'entourage** également pour étayer leur recherche.

P7 « ou si l'entourage, parce que je reçois très régulièrement l'entourage du patient ou de la patiente [...] s'il y a quelque chose qui pourrait être source de trauma ou qui pourrait concorder au niveau de la chronologie par rapport aux symptômes, là je vais creuser plus. »

A noter qu'un praticien nous fait part de son **approche** un peu décalée de la recherche directe des traumatismes, en se ciblant **davantage sur la symptomatologie** invalidante du patient, faisant écho à des éléments traumatiques.

P2 « c'est que dans ma manière d'appréhender cette population de patients, je vais plutôt chercher à cibler les symptômes et moins la question traumatique »

La plupart des praticiens développent leur capacité à déceler des indices subtils de traumatismes dans le comportement de leurs patients, témoignant ainsi d'une **sensibilité clinique**.

P9 « Et puis, je dirais que c'est l'expérience. Parce qu'en fait, avec l'expérience, on repère de plus en plus de petits signes qui, pris indépendamment, sont insignifiants, mais mis ensemble, nous font tiquer sur le fait que là, il y a un truc qui interroge »

Même si certains praticiens, par leur **jugement clinique**, identifient des éléments classiques de trouble de stress post-traumatique chez ces patients, ils notent néanmoins une **différence clinique** dans la présentation de ce trouble.

P1 « Moi, ce qui m'a fait plus me dire que c'était du trauma, c'est que c'était vraiment du cauchemar, plutôt des symptômes nocturnes, vraiment, avec des cauchemars traumatiques, un vécu de ce qui avait pu se passer, sur une symptomatologie finalement assez similaire à d'autres patients qui n'ont pas de psychose ».

P4 « Après, je pense à un monsieur qui, lui, avait été choqué de voir à la télé, il avait l'impression qu'il y avait un prêtre qui lui avait tiré la langue. Et après, il voyait ça partout. Et je crois que c'était son premier épisode. Et du coup, lui, il a eu ce choc de cette image, cette forme d'agression, et ensuite, ça arrivait partout, de manière très intrusive quoi. Et, ça, pareil, on dirait un peu une forme hybride de TSPT »

Ils s'interrogent davantage sur des aspects psychotiques teintés de traumatismes, ayant le sentiment que les événements vécus **influencent la clinique** de ces patients.

P7 « Je pense à une dame qui avait un syndrome d'Eckbom une fois et qui après, régulièrement à chaque rentrée, délirait sur des infestations de poux et qui s'était rasé la tête plusieurs fois au moment de la rentrée sans qu'il y en ait eu à nouveau. »

Que ce soit à travers leurs **discours** ou dans la construction des **idées délirantes**, ces manifestations révèlent une réelle **incertitude face à la complexité** de ces tableaux cliniques.

P6 « Mais ce qui m'intéresse vraiment, c'est le contenu des délires. Et c'est vrai que quand je vois des patients où leur délire récurrent c'est le fait d'avoir été violé ou c'est le fait qu'on veut les tuer, ou beaucoup aussi, les délires de culpabilité, ça me questionne »

La symptomatologie observée peut poser de grandes difficultés aux praticiens, imposant un **processus de réflexion approfondi** et une **précaution dans la différenciation clinique**.

P5 « en fait quand la personne a des reviviscences sous forme de flashback cénesthésiques, bah en fait elle peut utiliser le terme d'hallucinations et en fait en en parlant je me rends compte que je ne vois pas la différence entre une hallucination cénesthésique et une reviviscence cénesthésique »

P1 « Le principe de réviviscence, je trouve ça difficile chez les schizophrènes, ils ont du mal à comprendre ma question. Savoir chez quelqu'un qui a des hallucinations auditives en chronique, si quand ils disent, je l'entendais encore, est-ce que c'était de l'ordre de la réviviscence ou est-ce que c'était de l'ordre de l'hallu, c'est un peu difficile à savoir. Surtout quand c'est sur des éléments du passé »

Par ailleurs, l'expérience de suivi au long cours des patients avec troubles psychotiques permet d'identifier des éléments de **vulnérabilité** et d'**autodépréciation**, majorant leurs **besoins de sécurité**.

P3 « « Je suis incompetent, je ne vauds rien, je mérite d'avoir ce que j'ai » toutes ces choses qui viennent naturellement tricoter l'ensemble du psychisme de la personne comme étant une personne de moindre valeur. »

P9 « "je dirais que dans la psychose, c'est un peu pareil. Il y a la phase aiguë de la psychose, la phase très productive, la phase très agitée qui s'exprime. Et quand cette phase-là est un peu sécurisée, stabilisée, le reste des tableaux peut enfin s'exprimer comme il se doit »

Ces patients semblent également être plus souvent victimes d'agressions en raison de leur statut psychiatrique, venant perpétuer un **cercle des violences**. Cela peut expliquer les **mécanismes de méfiance** adoptés par de nombreux patients ayant des troubles psychotiques.

P5 « Alors qu'on sait que statistiquement, c'est les personnes atteintes de psychose qui sont les plus victimes de maltraitance qu'elles ne causent de violences. »

P1 « J'ai une patiente qui m'a dit ça, celle qui a vécu les traumatismes dans l'enfance et qui m'a dit, mais en fait, maintenant, je fais plus confiance à personne, [...] Mais que les inconnus, les gens dans la rue, les activités, les choses comme ça, maintenant, elle a une méfiance qui est, pour le coup, pas sur de la persécution mais vraiment sur des mauvaises expériences »

En fin de compte, l'**émergence des troubles psychotiques** suscite chez de nombreux praticiens une réflexion comparable au dilemme de l'œuf ou de la poule. Certains en viennent même à envisager que ces troubles pourraient représenter une forme d'adaptation à des traumatismes trop sévères ou trop répétés.

P10 « Après tu sais pas si c'est des symptômes qui ont fait que l'entourage a pété des câbles ou si effectivement quand tu vis dans un entourage violent qui finit par te psychotiser et donc tu te rigidifies, tu deviens perméable et quand c'est trop insupportable, tu délires. Difficile à savoir. »

P9 « du coup, j'ai tous les détails des traumas répétés, d'une violence assez inouïe, à mon avis, a évolué sur la psychose en mode survie, et que s'il était pas psychotique, il serait probablement mort »

3. Quand la prise en charge des patients avec trouble psychotique intègre le psychotraumatisme

La prise en charge médicamenteuse et thérapeutique du psychotraumatisme chez les patients avec trouble psychotique semblent présenter de nombreux **défis** pour les praticiens.

P8 « c'est sûr que s'il y a un trouble psychotique comorbide d'un TPST, c'est sûr que la prise en charge risque d'être moins simple »

L'une des priorités des praticiens est d'assurer la **stabilité** des patients, avant d'envisager tout travail psychothérapeutique de fond.

P4 « si la personne, elle croit qu'elle est Jésus, ou elle croit que je vais la tuer, dans les deux cas, on va pas aller faire de la thérapie trauma, c'est pas la priorité, quoi »

Cela commence par une **approche thérapeutique médicamenteuse**, dont les initiations se divisent dans leur objectif premier (tantôt sur le plan des symptômes psychotiques, tantôt des symptômes affectifs), mais qui est avant tout guidée par une **recherche d'équilibre clinique**.

P7 « je pense que pour être accessible à la thérapie, il faut avoir au minimum stabilisé, consolidé autant que possible chimiquement tout ce qui est délirant et hallucinatoire. »

P8 « il faudrait parfois associer un antidépresseur, réadapter l'antipsychotique de fond. C'est vrai qu'il y en a certains qui marchent, peut-être, mieux avec ce qui est psychotrauma, comme par exemple, la quéliapine. »

P6 « d'abord cherché à traiter la dimension traumatique j'ai d'abord introduit la sertraline »

P9 « Parfois, il y a des symptômes psychotiques qui s'expriment, mais il y a quand même beaucoup, beaucoup d'éléments thymiques. Et je vais quand même d'abord commencer par l'antidep. Et des fois, ça permet quand même de stabiliser un petit peu les symptômes psychotiques. Parfois, ce n'est pas suffisant, même souvent pas suffisant. »

Une fois la stabilité clinique atteinte, les praticiens se sentent plus en confiance et **plaident** même en faveur des patients ayant des troubles psychotiques pour une **prise en charge psychothérapeutique** adaptée.

P3 « Mais pour moi ce n'est pas un frein à partir du moment où la partie psychotique est relativement calme »

P2 « s'il a du psychotrauma chez ces patients, je vais ensuite faire la prise en charge fondamentale psychotrauma : 1) amoindrir les symptômes 2) adresser à la structure ou au psychologue pour une psychothérapie »

Celle-ci serait guidée par la **recherche de consentement** et **l'engagement** des patients dans le processus thérapeutique, tout en gardant à l'esprit que la comorbidité psychotique peut venir complexifier cette étape.

P6 « Est-ce que le patient se sent prêt déjà à travailler ça ? Parce que des fois quand on est en souffrance intense, on se dit qu'on n'a pas envie de, du coup, de toucher à quoi que ce soit. »

P9 « le problème, c'est que les psychotiques et le psychotrauma, pour avoir accès à ce genre de travail là, c'est quand même très long, et on espère beaucoup en disant qu'ils arrivent à expliquer ou à faire des liens. Nous, on le fait, mais eux, ils le font pas nécessairement. »

Ce type de thérapies peuvent être à l'origine d'une **appréhension de la part des praticiens**, liée finalement assez peu à une crainte de décompensation de ces patients mais plutôt des craintes plus personnelles du praticien.

P4 « peut-être un peu peur de ne pas être assez sécurisée, sécurisante pour ce genre de travail »

P9 « Et souvent, en fait, quand on les récupère dissociés, c'est la partie la plus compliquée. Donc, à un moment donné, je me dis, si je l'oriente sur une thérapie qui est susceptible de le redéstabiliser, de le faire rerégresser, ben là, c'est égoïste, mais je me dis, moi, je vais me retrouver de nouveau dans la période de supervision active. »

P10 « Là où j'ai plus d'appréhension c'est en faisant de l'EMDR [...], quand on cherche les mots clés qui les font basculer tout ça pendant l'EMDR ce qui sort derrière c'est juste horrible, au point où je temporise [...] Comme ça moi je me suis aussi préparée en tant que thérapeute à pas me prendre toute la violence dans la figure »

D'autres y vont progressivement, certains se veulent **rassurant sur l'adressage**, voire viennent **interroger les idées reçues théoriques** du risque de décompensation.

P2 « je réfléchirai en premier lieu d'abord à une thérapie par la parole et voir dans quelle mesure ça marche avant de pousser un peu plus loin »

P9 « [...] Il faut faire la part des choses parce que finalement, nos craintes à nous sont pas forcément celles du patient »

P8 « Les patients que j'ai adressés, non pas de réticence. Juste une fois, parce qu'il y avait une patiente qui était sous benzodiazépine, mais ça, c'est parce que c'était par rapport au déroulement de l'EMDR, pas par rapport à la part psychotique »

P1 « En plus, je ne vois pas pourquoi, rien que sur un mode un peu physiologique, si jamais on y réfléchit, pourquoi ça décompenserait plus sur le champ de la psychose, moi, j'aurais plus peur de les décompenser sur le plan anxieux ou sur le plan thymique, suicidaire que sur un plan psychotique, personnellement »

Il devient alors nécessaire d'**adapter les approches psychothérapeutiques** pour ces patients, en faisant preuve de **flexibilité** et en engageant une véritable **réflexion sur les possibilités**.

P1 « Après, il faudrait voir si ça peut passer par autre chose, si c'est difficile de parler, je ne sais pas s'il y a d'autres techniques particulières »

P6 « ça m'est déjà arrivé aussi de tester [...], de l'IMO en service fermé chez ce patient schizophrène arrivé en décompensation [...] Mais où du coup je me suis dit que ça valait quand même le coup de tenter, une fois un peu plus stable, parce que je trouvais que ça faisait plus psychotrauma »

P7 « Et est-ce que qu'il faudrait que ces patients ils soient hospitalisés pour faire la thérapie centrée trauma pour être sûr si jamais ils décompensent, pour gérer l'angoisse... ? pas des patients, mais des soignants, justement.»

La question du **timing thérapeutique** apparaît comme un enjeu central au cœur de ces ajustements.

P3 « Si on loupe le timing, qu'on le fait quand la personne n'est pas en capacité, d'entendre et de comprendre, c'est pas le moment où elle peut avancer là-dessus [...] on peut expliquer tout ce qu'on veut, ça ne sert à rien, voire même, ça empire les choses »

Cependant, lorsqu'un moment opportun est identifié et que les outils appropriés sont utilisés et/ou adaptés, certains praticiens ont pu témoigner de **l'efficacité thérapeutique** mais également de la formulation de **nombreux espoirs** d'une prise en charge centrée sur le trauma chez ces patients : réduction de la sévérité des rechutes psychotiques, diminution des hospitalisations, baisse voire arrêt des traitements antipsychotiques, jusqu'à la remise en question le diagnostic initial.

P8 « Oui on a déjà adressé des patients psychotiques en thérapie EMDR, que ce soit du service ou du CMP, avec des retours plutôt positifs »

P3 « je l'ai fait quelques fois avec des patients pas trop sévères, c'est plutôt bien, mais je n'ai pas fait beaucoup »

P5 « De diminuer les traitements et qu'il y ait moins de symptômes chez le patient. Qu'il y ait moins de symptômes chez le patient, ce qui entraînerait une diminution du traitement et donc une amélioration de la qualité de vie. Voir... On enlève l'étiquette de psychotique »

P7 « Et ce qui permettra peut-être, si on dénoue des éléments liés possiblement au trauma, de baisser après le traitement antipsychotique »

P10 « Oui, l'idée c'est de recadrer le diagnostic et de limiter les neuroleptiques. [...] à court terme c'est formidable, c'est ce que je dis au patient c'est une super aide il faut les prendre, c'est vachement important, ça permet de survivre moins douloureusement, mais au long terme si c'est pas indispensable, il faut éviter »

Les praticiens soulignent ainsi des défis spécifiques aux traitements médicamenteux et aux psychothérapies, lesquels interrogent plus largement **les attentes**, mais aussi **les défis** de la prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients ayant des troubles psychotiques.

4. *Quand les attentes et défis se confrontent aux réalités de la prise en charge des patients avec troubles psychotiques*

Les défis de prise en charge des patients avec troubles psychotiques révèlent la tension entre l'aspiration professionnelle des praticiens et les contraintes du système de santé.

Les **moyens standardisés de dépistage** sont encore très peu utilisés, la plupart des praticiens interrogés ne le mentionnant pas ou ne connaissant pas leur existence.

P5 « Je pense qu'il y a des échelles pour faire la part des choses. »

P8 « il faudrait peut-être qu'on utilise plus des échelles standardisées pour pouvoir dépister tout ça ou aussi éduquer le personnel »

En même temps, la standardisation ne s'adapte pas toujours aux réalités de la clinique des patients, les questionnaires ou les critères diagnostiques étant parfois mal ajustés à la diversité des tableaux cliniques ou insuffisamment compréhensibles pour les patients. Ces réflexions viennent faire écho au risque d'approches trop standardisées en psychiatrie, qui peuvent être à l'origine de **zones d'incertitudes diagnostiques**.

P6 « il y a beaucoup une question aussi de dépsychiatriser. Ça vient interroger, ben forcément, les diagnostics de psychose qu'on a posés. Ça vient interroger les prises en charge des patients qui répondent pas aux médicaments [...] On catégorise peut-être un peu moins les patients et on vient réinterroger la nuance des classifications »

Le manque de formation engendre une **frustration chez les praticiens**, qui se sentent souvent mal préparés à aborder les problématiques liées au psychotraumatisme. Cette insatisfaction se traduit par un sentiment de **légitimité diminuée** dans leur capacité à fournir une prise en charge efficace et adaptée aux besoins spécifiques de leurs patients.

P4 « Là, ça m'embête parce que parfois, quand on a des histoires comme ça, [...] untel va dire qu'on les oriente au CRP. Moi, en vrai, ça me fait chier parce que j'ai l'impression que la plupart sont concernés et que du coup, nous, on devrait être capables de répondre à ça »

P7 « c'est pour ça que je veux me former aussi pour peut-être moins louper et faire la part des choses entre ce qui viendrait du trauma et ce qui viendrait de la psychose »

Plusieurs praticiens estiment que les **limites de l'expertise** résident dans le fait que la prise en charge du psychotraumatisme ne devrait pas être confinée aux seules structures spécialisées, mais intégrée aux connaissances de base de tout psychiatre. Par cette volonté de sensibilisation, ils soulignent leur désir de garantir un **accès égalitaire aux soins adaptés**.

P2 « quoi qu'il arrive au cours de la vie du psychiatre, c'est important de se mettre au jour là-dessus, d'avoir un éclairage sur ce qu'on peut faire/pas faire »

P6 « Moi, je considère quand même que c'est du travail de tout psychiatre. Et je pense que les centres experts sont probablement pertinents, que ça vient apporter une aide. Mais je pense que c'est surtout important que tout le monde garde l'esprit ouvert à cette possibilité »

Cette ambition est d'autant plus affirmée face aux **difficultés** qu'ils rencontrent pour **orienter les patients** vers les centres spécialisés et en assurer l'accessibilité.

P5 « En fait, je ne les adresse pas au centre psychotrauma particulièrement parce que je sais que ça va prendre beaucoup trop de temps. En fait, le centre psychotrauma, c'est très récent et ce qui est en train de se passer, c'est que c'est comme les CRA, c'est-à-dire que tous les psychiatres envoient les gens au centre psychotrauma. Or, le centre psychotrauma, [...] c'est un deuxième voire troisième degré, c'est-à-dire si ce n'est pas pris en charge par de l'EMDR classique en libéral, on envoie au centre psychotrauma parce que c'est complexe. »

P9 « personne ne sait, finalement, quelles thérapies existent au CRP. Et du coup, je pense que ça, c'est aussi un frein. [...] Et c'est dommage, parce que je pense qu'il y aurait certains patients qu'on pourrait orienter plus facilement »

Ces contraintes compliquent ainsi l'orientation vers des réseaux de soutien adéquats, ce qui accentue **l'isolement des praticiens** face à des patients complexes.

P10 « Bah non les psychotrauma quand je les trouve je les traite directement avec les patients, je me débrouille avec. Et puis je n'ai pas forcément trouvé tellement beaucoup d'autres relais. »

Pour autant, les praticiens restent profondément attachés à leur **responsabilité professionnelle**, ce qui les pousse à rechercher des solutions visant à **améliorer la qualité de vie de leurs patients**.

P3 « Notre job, c'est de faire en sorte que ça puisse venir. Les personnes qui vont trop mal, traumas, psychoses, les deux, peu importe, ils n'ont plus cette motivation, cet espoir, cette capacité à faire l'usage de l'énergie dont ils disposent, mais quelle que soit l'énergie dont ils disposent, on peut en faire quelque chose. Et à nous de la faire grandir, de libérer des ressources, de les potentialiser. »

Cela implique une meilleure compréhension des troubles, favorisant ainsi l'**autonomisation** de ces patients.

P1 « Et je pense que ce qui est fondamental chez ces patients, c'est d'arriver à ranger un petit peu les choses. Pour leur apprendre à mieux comprendre leurs ressentis internes, et surtout, comment interpréter ça »

P7 « s'il y a quelque chose d'un trauma qui arrive à être résolu ou résorbé par la prise en charge sur le trauma, qu'ils puissent se rendre compte qu'on peut les aider et que la confiance étant améliorée, on pourra avoir peut-être plus de prise sur ce qui est lié simplement à la psychose, simplement entre guillemets »

Cependant, ils se heurtent à un obstacle majeur : la **marginalisation de ces patients**. Ils ont déjà exprimé leur insatisfaction face à l'exclusion fréquente de ceux-ci dans les thérapies centrées sur le traumatisme, tout en faisant part de leur mécontentement envers la stigmatisation dont ils sont victimes.

P2 « on ne les ménage pas sur l'introduction des neuroleptiques avec des conséquences qui peuvent parfois être compliquées, figées, c'est très stressant pour eux »

P5 « La stigmatisation inconsciente c'est pas on va clairement dire le patient a un trouble psychotique donc je vais pas lui proposer, c'est juste qu'on l'envisage pas, qu'on classe les personnes psychotiques comme la psychose et donc le traitement c'est des neuroleptiques. »

Ce **ressenti de stigmatisation** ne fait pas que renforcer l'insécurité des patients ; il alimente également leur méfiance envers les soins, pouvant même conduire à des **situations de stress post-traumatique après hospitalisation**.

P6 « des patients qui à distance d'une hospitalisation sous contrainte le vivent soit avec un stress aigu ou par un stress post-traumatique typique [...] Mais en tout cas avec clairement des réviviscences, des cauchemars en lien avec ça, ça oui c'est très régulier malheureusement, souvent d'ailleurs chez des patients psychotiques avec éléments de persécution. »

En conséquence, ce ressenti nourrit l'**empathie** des praticiens, qui devient ainsi un moteur essentiel pour l'**humanisation des soins**.

P1 « Le but, c'est de s'occuper du patient. La véracité derrière, voilà, en soi, ce n'est pas notre travail »

P10 « L'attitude [...] pendant les hospitalisations, c'était on fait comme s'il y avait eu un viol, on prévient la gendarmerie, et ils font une enquête. Enfin on part pas du principe que c'est délirant, d'abord on regarde. »

En fin de compte, les praticiens, tout en aspirant à améliorer leurs pratiques et à offrir des soins plus empathiques et adaptés, doivent constamment gérer un équilibre délicat entre les **exigences éthiques**, la complexité de la coexistence de ces pathologies psychiatriques et les limites des ressources disponibles.

P3 « Par contre, mon éthique personnelle, c'est aussi de donner le maximum d'informations de ce que je sais et de demander aussi à ce qu'ils puissent se renseigner ailleurs, d'augmenter leur autonomie de décider de quelque chose en ayant les informations pour décider »

De manière générale, les praticiens se sentent investis dans une recherche de solutions, où chaque décision doit prendre en considération les défis liés à la prise en charge ainsi que les obstacles qui en découlent. Ils manifestent un intérêt particulier pour la prise en charge du psychotraumatisme chez les patients psychotiques, témoignant ainsi d'un **engagement personnel** fort.

P3 « mais c'est vrai que c'est hyper passionnant et je pense que ça bénéficierait à beaucoup de personnes ne serait-ce que dans la sensibilisation que c'est un facteur aggravant qui n'est pas si rare que ça »

P4 « C'est une question que je me suis posée, c'est une remarque que je me suis faite assez vite »

P8 « Il faudrait effectivement dépister ces troubles-là pour pouvoir mieux prendre en charge les choses »

P10 « Non mais je pense qu'effectivement c'est une question importante, maintenant [...], je pense que je vais me poser la question autrement. »

D. Discussion et perspectives

1. *Les enjeux de la prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients ayant des troubles psychotiques*

Cette étude avait pour principal objectif d'explorer en profondeur les pratiques actuelles en matière de prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique des patients ayant des troubles psychotiques, en identifiant à la fois les défis et les pistes d'amélioration, avec pour finalité d'en faire bénéficier aussi bien les praticiens que les patients. L'analyse des données recueillies a permis de dégager six axes majeurs qui viennent médier cette question. Ces résultats mettent en évidence la complexité de l'accompagnement thérapeutique dans ce contexte et soulignent plusieurs dynamiques centrales.

a) La vulnérabilité des patients

La vulnérabilité des patients se révèle comme un facteur déterminant. Les résultats ont révélé qu'un grand nombre de ces patients ont été exposés à des événements traumatiques significatifs, souvent multiples, ce qui corrobore les descriptions présentes dans la littérature. Pour autant, bien que les praticiens observent des éléments de perturbation dans la construction et dans l'organisation du soi, il peut arriver qu'ils ne fassent pas systématiquement le lien avec les antécédents traumatiques. Ce constat met en lumière un défi courant dans le domaine clinique, où la complexité des trajectoires de vie des patients peut parfois masquer les liens entre ces expériences et leur impact psychologique. Pour mémoire, l'équipe de Henriksen & Parnas, par leur étude de 2017, ont montré que les événements traumatiques, en perturbant le développement du soi, aggravent la vulnérabilité psychologique des patients, les rendant plus sensibles aux situations de stress et

aux relations interpersonnelles (29). Cela souligne l'importance d'une approche clinique attentive, intégrant ces dimensions afin d'améliorer la prise en charge des patients.

En outre, certains praticiens ont soulevé une problématique récurrente concernant la narration des événements traumatiques. La fiabilité de ces événements semble être une préoccupation secondaire pour les praticiens interrogés, qui accordent davantage d'importance au contenu du récit. Ils s'engagent pleinement dans les démarches judiciaires si le patient en exprime le besoin. Cette approche s'aligne avec plusieurs études, notamment celle de l'équipe de Fisher et al. (2011), qui ont examiné la fiabilité des récits rétrospectifs de patients ayant des troubles psychotiques. Ils ont constaté que ces patients rapportaient de manière fiable des abus subis dans l'enfance, malgré les inquiétudes généralement soulevées concernant les troubles de la mémoire ou les distorsions de la réalité dans ce contexte (89).

b) La complexité clinique

La complexité clinique constitue un autre aspect fondamental. L'influence des expériences traumatiques sur la clinique des patients se manifeste particulièrement à travers le contenu des idées délirantes, notamment celles à thématique persécutive. Les résultats de l'étude menée par Morrison et ses collègues en 2003 soutiennent cette observation, en montrant que les idées délirantes de persécution peuvent être comprises comme une réponse aux traumatismes vécus. Ainsi, cette étude établit un lien entre le traumatisme et l'apparition de symptômes psychotiques, notamment les idées délirantes de persécution (38).

La symptomatologie des patients ayant un trouble de stress post-traumatique et des troubles psychotiques comorbides, telle que les reviviscences et les hallucinations, renforce l'incertitude des praticiens quant à la prise en charge adaptée. Ce n'est pas tant un manque de connaissances sur la différenciation des symptômes qui semble poser un problème, mais plutôt la manière de formuler, questionner cette symptomatologie et d'être incompris par le patient, qui peuvent engendrer des situations de difficultés pour les praticiens. Ces constatations viennent faire écho aux sous-diagnostic de comorbidités post-traumatiques dans ces populations, renforcés à la fois par cette hésitation, mais également par les références théoriques trop standardisées pouvant être à l'origine de confusions diagnostiques (90).

La présence d'autres comorbidités, telles que les troubles liés à l'usage de substance toxique, souvent observées dans ces populations, augmente également la difficulté d'établissement d'un diagnostic précis. Ces constats vont dans le sens de la littérature, qui indique que le TSPT peut indirectement exacerber la sévérité du trouble psychotique à travers l'usage de substances toxiques. En effet, les troubles liés à la consommation de ces substances sont souvent comorbides avec le TSPT et contribuent à une aggravation des symptômes psychotiques (91).

Face à ces obstacles, un processus de réflexion approfondi s'impose aux praticiens, qui se voient élaborer des stratégies thérapeutiques diversifiées et adaptées.

c) L'importance de la stabilité

L'importance de la stabilité dans la prise en charge est un enjeu récurrent souligné par les praticiens. La stabilité, qu'elle soit symptomatique, relationnelle ou environnementale, est souvent perçue comme un préalable indispensable à toute intervention thérapeutique efficace.

Au sein des recherches scientifiques, on constate que la crainte de la décompensation des patients avec troubles psychotiques lors des thérapies centrées trauma est décrite, et même retrouvée de manière indirecte dans les critères d'exclusions de beaucoup d'études sur les psychothérapies, mais ne semblent pas se vérifier par les études cliniques à ce sujet. De même auprès des praticiens interrogés, cette crainte n'est pas évoquée personnellement, bien que pratiquement aucun n'envisage une psychothérapie sur un patient en décompensation aiguë, ils y font davantage allusion sur les questions d'adressage pour thérapies centrées trauma, comme motif principal de refus. Toutefois, certaines études suggèrent la possibilité de réaliser de l'exposition prolongée et l'EMDR de manière efficaces et sûres chez les patients avec un trouble psychotique et un TSPT comorbide sans recourir à des interventions psychothérapeutiques stabilisatrices en amont (69). Cela est d'autant plus questionnant que dans une étude évaluant l'allongement de la DUP, il a été observé de manière inattendue qu'un tiers des patients signalaient des reviviscences de leur agression sexuelle lors des décompensations psychotiques (19).

Que ce soit sur le terrain, ou dans la littérature, les praticiens s'accordent sur le fait que ces symptômes post-traumatiques sont rarement recherchés lors des décompensations, sans doute d'une part en lien avec l'urgence d'amoinrir les symptômes psychotiques positifs mais également parce que généralement le diagnostic primaire de trouble psychotique n'encourage pas à aller se poser la question d'une cause sous-jacente ou comorbide (90). Généralement, c'est plutôt face à des situations de résistances thérapeutiques aux lignes médicamenteuses habituelles, que la question va émerger. La documentation scientifique nous évoque que les patients ayant à la fois un trouble psychotique et un TSPT présentent souvent des difficultés de réponse au traitement. Les patients avec des antécédents

traumatiques, en particulier de traumatisme infantile, tendent à avoir des tableaux cliniques plus complexes, une plus grande difficulté à adhérer aux traitements et des symptômes plus résistants aux interventions classiques, tels que les antipsychotiques (92).

Si la stabilité semble un objectif rassurant dans la prise en charge des patients psychotiques, les données cliniques et les expériences de terrain montrent qu'une rigidité excessive autour de cette notion peut limiter l'accès à des interventions potentiellement bénéfiques. Dès lors, il devient indispensable de repenser les approches thérapeutiques avec une plus grande flexibilité, soulignant ainsi la nécessité d'une adaptabilité dans les soins.

d) La nécessité d'une adaptabilité

La nécessité d'une adaptabilité apparaît comme une condition clé pour les praticiens. Face à la diversité des parcours de vie et des manifestations cliniques, les intervenants ressentent la nécessité de faire preuve de flexibilité dans leurs interventions, en essayant d'ajuster en permanence leurs pratiques en fonction des évolutions cliniques du patient.

Les praticiens mettent en avant l'importance d'un sentiment de sécurité pour le patient, passant à la fois par la qualité de la relation thérapeutique et par un soutien social et environnemental solide, afin de prévenir la chronicité du TSPT. La mise en place de ce soutien est essentielle pour renforcer les facteurs protecteurs qui empêchent la chronicité et/ou l'émergence d'un TSPT, et c'est en identifiant ces variables clés que les interventions peuvent être mieux adaptées. Ces facteurs protecteurs, étudiés par l'équipe de Campodonico en 2021, sont identifiés essentiellement par l'optimisme et la résilience. Par optimisme, les auteurs font

référence à l'idée que des croyances positives sur l'avenir et sur ses propres compétences permettent d'augmenter la tolérance au stress et d'adopter des réponses plus adaptatives face aux menaces. Cet optimiste va contribuer à la diminution des symptômes de TSPT. La résilience, quant à elle, aide davantage à donner un sens aux expériences traumatiques qu'à réduire les symptômes immédiats du traumatisme, permettant ainsi d'aider au développement personnel positif qui peut survenir après le traumatisme (93).

La relation thérapeutique joue ainsi un rôle décisif, selon les praticiens, dans la prise en charge des patients ayant des troubles psychotiques comorbides d'un trouble de stress post-traumatique. Cette relation de confiance est essentielle pour établir un cadre sécurisant où le patient peut explorer ses symptômes sans craindre d'être jugé. L'importance de cette relation semble double : elle repose à la fois sur des éléments de base, tels que la constance et l'empathie du praticien, mais elle doit aussi être suffisamment adaptative pour répondre aux besoins spécifiques de ce type de patients.

Les patients ayant un trouble psychotique avec TSPT peuvent, par exemple, être particulièrement méfiants envers les soins, et cette méfiance peut s'exacerber en une symptomatologie délirante si elle n'est pas prise en compte. Selon les praticiens, l'adaptabilité du thérapeute devient ainsi cruciale, non seulement pour ajuster les techniques thérapeutiques, mais aussi pour gérer les moments de résistance ou de retrait. Cela implique de reconnaître que certains patients peuvent rencontrer des difficultés à tolérer des interventions trop directes ou invasives, nécessitant une approche avec prudence, ajustée à leur capacité d'engagement et à leur niveau de confiance.

Ainsi, l'adaptabilité n'est pas seulement une qualité souhaitable dans la relation thérapeutique. Elle est une condition nécessaire pour garantir une prise en charge

globale et durable, et pour permettre aux patients de mieux gérer leurs symptômes, tout en réduisant les risques de rupture de soin (91). La question de l'adaptabilité vient également souligner une problématique plus vaste : celle de l'exclusion. En effet, lorsque les soins ne parviennent pas à s'adapter à la complexité de ces patients, que ce soit à cause de l'image qu'ils véhiculent ou des défis rencontrés par les praticiens, ces derniers finissent souvent par être mis à l'écart du système de soin.

e) L'exclusion des patients et des praticiens

L'exclusion représente un autre axe majeur, les manifestations de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients avec troubles psychotiques pouvant conduire à des situations de marginalisation. Elle se manifeste à plusieurs niveaux, affectant tant les patients que les praticiens.

D'une part, les patients peuvent être mis à l'écart de dispositifs de soins habituels, en raison de leur pathologie jugée souvent trop complexe, énergivore et difficilement compatible avec les cadres thérapeutiques standards, et ce d'autant plus qu'ils sont comorbides d'un TSPT.

De plus, ces patients ayant des troubles psychotiques sont souvent exclus des décisions concernant leurs propres soins, ce qui peut exacerber leur sentiment d'incompréhension et, dans certains cas, contribuer au développement ou à l'aggravation d'une symptomatologie liée au trouble de stress post-traumatique. En raison de la gravité de leurs symptômes, certaines interventions, comme les soins sous contrainte ou le fait d'imposer des traitements sans leur consentement éclairé, deviennent nécessaires pour les protéger. Ainsi, le système de soins lui-même peut

être perçu comme une source de violence pour ces patients, aggravant leur sentiment d'exclusion et de méfiance vis-à-vis du monde médical.

Pour pallier cette dynamique ou en réduire les risques, des dispositifs comme le plan de crise conjoint et les directives anticipées commencent progressivement à se mettre en place ces dernières années comme outil de prises en charge, mais ne semblent pas encore trouver leur place de manière automatique. Ils permettent de redonner du pouvoir décisionnel aux patients, en collaboration avec ces praticiens, favorisant ainsi leur inclusion dans leur propre prise en charge (94). Cela permettrait par la même occasion de renforcer l'alliance thérapeutique entre le patient et les différents intervenants dans sa prise en soin.

L'exclusion des praticiens se manifeste, quant à elle, par un sentiment d'isolement professionnel face à ces situations cliniques complexes et mal encadrées. Les professionnels peuvent se sentir dépassés par la sévérité et la chronicité des symptômes des patients ayant des troubles psychotiques avec TSPT, et expriment souvent un manque d'outils et de ressources pour les accompagner efficacement. Cela se renforce par les difficultés d'adressage dans des structures spécialisées. En l'absence de protocoles spécifiques et de formations adaptées, ils peuvent avoir l'impression d'être laissés à eux-mêmes, aggravant leur sentiment de frustration et d'impuissance dans la prise en charge.

Cette situation est susceptible de contribuer à l'émergence de la fatigue compassionnelle, phénomène décrit initialement par Joinson en 1992. Confrontés régulièrement à la souffrance des patients sans les ressources adéquates pour intervenir, les praticiens développent une forme d'épuisement émotionnel qui réduit progressivement leur capacité à faire preuve de compassion (95) et à passer à une action concrète d'aide pour le patient. Cette fatigue, renforcée par le manque de

solutions ou d'accompagnement, peut affecter leur bien-être émotionnel et compromettre la qualité de la relation thérapeutique. Cela souligne l'importance de mettre en place des formations et des supervisions spécialisées pour soutenir ces praticiens, afin de réduire ces effets délétères sur leur engagement et leur capacité à fournir des soins adaptés.

f) Les attentes des praticiens

Les attentes des praticiens se concentrent à la fois sur la formation continue et sur les espoirs thérapeutiques qu'ils placent dans la prise en charge des patients avec symptomatologie psychotraumatique comorbides de troubles psychotiques.

Ils soulignent ainsi le besoin de formations spécifiques. En intégrant des connaissances plus approfondies sur la psychotraumatologie chez ces patients, ils envisagent à la fois de gagner une meilleure compréhension des tableaux cliniques qu'ils observent, mais également d'ajuster leurs indications de prise en charge. De manière complémentaire, l'étude Vimalananda et Meterko en 2019 met l'accent sur le fait que la mise en place d'outils d'adressage clarifiés et de possibilité de consultation à distance entre professionnels favorisent un meilleur adressage aux spécialistes, ce qui n'est pas négligeable dans un contexte où ces centres sont submergés par les demandes, entraînant des délais d'attente pouvant s'étendre sur plusieurs mois, voire années (96).

L'autre aspect des attentes des praticiens concerne l'ajustement des thérapeutiques médicamenteuses avec un objectif de réduction ou même, selon les situations, d'arrêt des antipsychotiques comme traitement de fond. En effet, les résultats de la plupart des études incluant des patients avec troubles psychotiques et TSPT comorbide, dans des prises en charge du psychotraumatisme, vont dans le sens

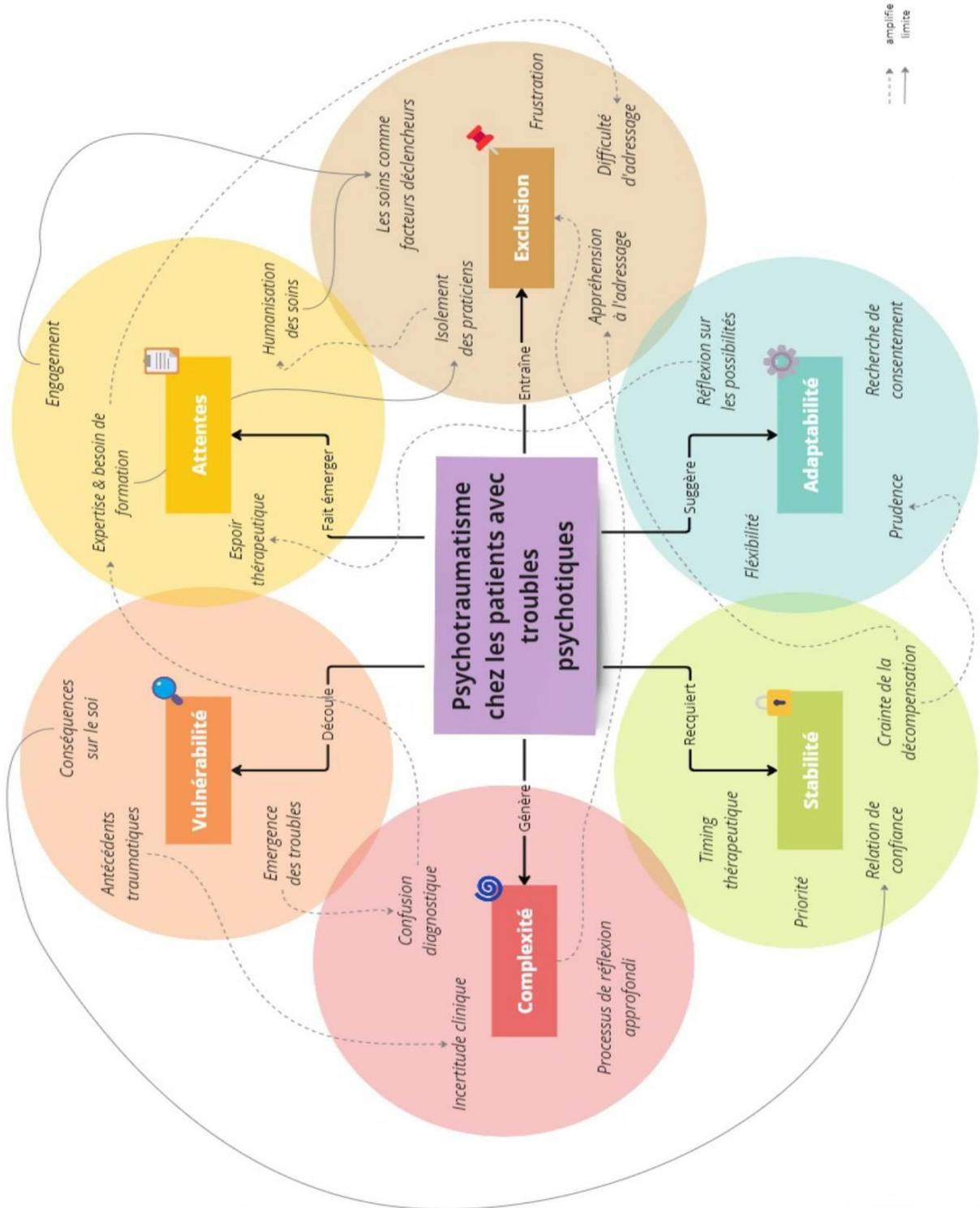
d'une diminution de la symptomatologie psychotique positive, ce qui pourrait ouvrir la voie à une réduction des traitements de fond, à condition que le patient soit demandeur. Bien que certaines recherches aient montré des résultats encourageants concernant de telles adaptations thérapeutiques (97), il n'existe a priori pas d'études spécifiques abordant la question de l'ajustement des traitements post-thérapies centrées sur le trauma pour ces patients.

Favoriser l'insight des patients sur les symptômes en lien avec le TSPT et ceux en lien avec les troubles psychotiques et les insérer, lorsque c'est adapté, dans des prises en charge psychothérapeutiques centrées trauma, pourraient également permettre, par extension, une meilleure prévention des rechutes et réhospitalisations, particulièrement celles qui surviennent en urgence. En permettant au patient de mieux repérer les manifestations psychotiques associées à des contenus ou des souvenirs traumatiques, il serait possible d'apporter une réponse psychothérapeutique plus adéquate, évitant une surmédicalisation ou une hospitalisation peu pertinente.

En somme, les praticiens espèrent que l'accès à des soins plus adaptés réduira à terme les récurrences et la chronicité des symptômes, tout en permettant aux patients de retrouver une vie plus autonome et intégrée.

À travers ces entretiens approfondis avec les professionnels de santé, un modèle explicatif a émergé, inspiré de la théorisation ancrée, et conçu pour répondre à une question centrale : « *Quels enjeux face à la prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients ayant des troubles psychotiques ?* ». Ce modèle tente de mettre en lumière les facteurs clés qui influencent cette prise en charge et permet de mieux comprendre les dynamiques sous-jacentes aux pratiques observées, tout en offrant des pistes d'amélioration concernant les interventions thérapeutiques de ces patients.

Les enjeux face à la prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients ayant des troubles psychotiques, point de vue des praticiens



2. *Forces et limites de l'étude*

Cette étude qualitative présente différents atouts qui renforcent la pertinence de ses résultats. Tout d'abord, ce type d'étude semble le plus adapté pour saisir les nuances et complexité des approches cliniques, fournissant des données riches et détaillées, difficiles à obtenir par des méthodes quantitatives.

L'utilisation d'entretiens semi-directifs permet d'explorer en profondeur les perceptions et pratiques des praticiens en matière de prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients avec troubles psychotiques.

Par ailleurs, l'échantillon de praticiens est diversifié, incluant des psychiatres et des psychologues travaillant dans différents cadres (hospitalier, ambulatoire, centres spécialisés), ce qui permet de recueillir une variété de points de vue et d'expériences, enrichissant ainsi la représentativité des données.

La conception du guide d'entretien, associée à une approche flexible, a permis d'adapter les discussions aux réponses des participants tout en maintenant une cohérence dans la collecte des données.

De plus, l'analyse des données s'appuie sur une approche inspirée de la théorisation ancrée, essayant de garantir que les conclusions soient solidement ancrées dans les données recueillies et reflètent fidèlement les expériences des praticiens.

Le processus de recrutement a été mené jusqu'à la saturation des données, garantissant que l'ensemble des thématiques pertinentes a été exploré de manière exhaustive, renforçant ainsi la validité interne des conclusions.

L'étude bénéficie également d'un encadrement éthique rigoureux, avec une validation par le Comité d'Éthique pour la Recherche (CER) de l'Université de Strasbourg, assurant le respect des normes éthiques et la légitimité de l'étude.

Cependant, cette étude présente également certaines limites qui méritent d'être soulignées. Tout d'abord, la taille relativement modeste de l'échantillon (dix participants) limite la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des praticiens du territoire.

De plus, bien que les entretiens semi-directifs aient permis de recueillir des informations riches, ils sont sujets à certains biais, notamment un biais de désirabilité sociale, où les participants pourraient avoir répondu en fonction de ce qu'ils pensaient être attendu.

La réalisation de tous les entretiens par un seul investigateur, bien qu'assurant une cohérence dans la collecte des données, introduit aussi un risque de biais personnel dans la manière de conduire les entretiens et d'interpréter les réponses. De plus, l'absence de triangulation des données limite la robustesse des résultats, qui reposent exclusivement sur l'analyse du discours des participants par une seule personne. L'absence de triangulation s'explique avant tout par des contraintes de temps pour la réalisation de cette étude.

De plus, à l'issue de l'analyse complète des données, il est apparu que les praticiens utilisaient de manière parfois floue les termes « traumatismes », « psychotraumatisme » et « trouble de stress post-traumatique », ce qui a révélé un manque de clarté conceptuelle. Il aurait été pertinent d'inclure dès le début des entretiens une question sur leur perception et compréhension de ces différents termes afin de mieux cadrer les échanges et d'assurer une uniformité dans les réponses.

Enfin, différents biais sont à mettre en évidence dans cette étude :

- Biais d'échantillonnage ne peut être exclu, même s'il devrait être diminué par la diversité des profils interrogés et la saturation des données

- Biais de désirabilité sociale, même s'il a tenté d'être diminué en restant large dans les thématiques de l'étude au moment du recrutement des praticiens mais également en multipliant les entretiens avec des personnes différentes
- Biais de mémoire des praticiens, d'autant que les expériences de certains étaient importantes, mais le fait de leur laisser du temps dans les réponses, et d'avoir un cadre de réponses flexibles permettait de l'atténuer
- Biais de l'observateur, possible au cours des entretiens, mais l'entretien semi-dirigés permettait de ne pas sortir trop du cadre de recherche
- Biais d'interprétation, du fait de l'analyse avec les propres croyances et hypothèses, il tend à être stabilisé par le codage des données systématiques

3. *Perspectives*

a) Pour la recherche

Les résultats de cette étude ouvrent la voie à de nouvelles pistes de recherche qui pourraient approfondir la compréhension des interactions entre psychotraumatisme et troubles psychotiques. Premièrement, il serait pertinent d'appliquer le même type de questionnement à d'autres populations, comme les praticiens exerçant exclusivement dans des centres spécialisés en psychotraumatologie, afin de comparer leurs perceptions avec celles des praticiens non spécialisés. De plus, interroger directement les patients sur leur expérience et vécu du double diagnostic (troubles psychotiques et TSPT), permettrait d'ajouter une dimension complémentaire et d'éclairer la manière dont ils perçoivent la qualité des soins reçus en France, s'il existe des particularités liées à notre système de soins notamment.

Par ailleurs, cette étude qualitative pourrait être approfondie par l'utilisation de méthodes mixtes ou quantitatives. Une enquête plus large avec des questionnaires standardisés permettrait d'objectiver les résultats obtenus ici et d'identifier peut-être des tendances généralisables.

Enfin, il serait intéressant d'explorer d'autres phénomènes plus spécifiques en lien avec la prise en charge des patients avec troubles psychotiques comorbides de TSPT, comme le ressenti et l'impact de stigmatisation, ou encore venir interroger des patients connus pour avoir des diagnostics spécifiques de troubles psychotiques, pour mieux se saisir des possibles subtilités entre les différents tableaux cliniques.

b) Pour la pratique

Les résultats montrent que la qualité des soins pourrait être améliorée par une approche plus intégrée et spécialisée dans la gestion du psychotraumatisme chez les patients ayant des troubles psychotiques. Les praticiens interrogés ont rapporté que l'intégration de thérapies centrées sur le trauma dans les soins psychotiques pourrait avoir un effet bénéfique sur les patients, sans nécessairement exacerber les symptômes psychotiques. En outre, l'étude souligne l'importance d'établir des pratiques de stabilité avant toute intervention thérapeutique axée sur le trauma, renforçant la nécessité d'un environnement de confiance et d'un cadre thérapeutique sécurisant pour ces patients.

Il apparaît également que des outils de dépistage plus spécifiques, adaptés aux troubles psychotiques, devraient être davantage utilisés pour identifier les symptômes pouvant appartenir au champ du psychotraumatisme. Le recours plus fréquent à ces outils permettrait d'optimiser le diagnostic et d'orienter plus

rapidement vers des interventions appropriées. L'intégration de telles pratiques dans le quotidien clinique montre que la prise en charge pourrait être plus efficace et personnalisée, augmentant ainsi l'adhésion des patients et les résultats thérapeutiques à long terme.

Par ailleurs, certaines études (98) vont même jusqu'à explorer la piste génétique pour essayer de comprendre les tableaux cliniques entremêlant TSPT et troubles psychotiques, mais les résultats actuels sont surtout corrélacionnels et ne permettent pas de tirer des conclusions causales sur l'étiologie de ces troubles. De plus, la nature multifactorielle du TSPT et des troubles psychotiques complique l'attribution des symptômes à des causes strictement génétiques.

c) Pour l'organisation des soins

Sur le plan organisationnel, l'étude met en évidence des difficultés significatives dans la mise en place des soins spécialisés pour les patients ayant des troubles psychotiques avec un trouble de stress post-traumatique. Les praticiens soulignent un manque de coordination entre les différents services (psychiatriques et psychotraumatiques), qui constitue un obstacle majeur à une prise en charge adéquate. De plus, les ressources disponibles pour ces patients restent limitées, que ce soit en termes d'accès aux thérapies centrées sur le trauma ou de formations spécialisées pour les professionnels de santé.

Afin d'améliorer cette situation, l'étude suggère qu'un renforcement de la collaboration entre les centres de psychotraumatisme et les services psychiatriques traditionnels serait bénéfique. Des prises en charge pluridisciplinaires, comme celles déjà existantes dans les hôpitaux de jour pour les patients ayant des troubles psychotiques, pourraient être enrichies par l'intégration de spécialistes en

psychotraumatisme. Cela permettrait de faciliter l'accès à des soins plus adaptés à ces patients. De la même manière, la création d'une filière de liaison psychotraumatique intervenant directement dans les services de psychiatrie, ou encore l'intervention de spécialistes lors des réunions pluridisciplinaires pour apporter un regard psychotraumatique, pourraient être envisagées.

Bien entendu, ces propositions doivent être examinées à la lumière des contraintes budgétaires et des ressources humaines, des défis auxquels font face la plupart des établissements publics.

d) Pour l'enseignement et la formation

Afin de répondre aux contraintes financières et humaines croissantes, une option envisageable serait de proposer des formations accessibles à un plus grand nombre de professionnels au sein des différentes structures. Les résultats de l'étude soulignent ce besoin de manière particulièrement forte. Actuellement, il apparaît que de nombreux praticiens ressentent un manque de formation adéquate concernant la prise en charge des patients avec troubles psychotiques et TSPT comorbides. Des efforts sont en cours, notamment avec la réforme de l'internat de psychiatrie, qui vise à améliorer la sensibilisation à la symptomatologie psychotraumatique pour l'ensemble des patients psychiatriques. Toutefois, la question se pose pour les praticiens déjà diplômés, souvent confrontés à des difficultés pour trouver du temps pour se former, ou pour les soignants qui sont en contact direct avec ces patients et qui pourraient repérer des symptômes moins visibles lors des entretiens psychiatriques.

Bien que certaines structures aient déjà commencé à proposer ces formations, leur mise en place s'ajoute aux nombreuses missions déjà assumées par les centres

régionaux de psychotraumatisme. Une piste pourrait être d'envisager que les professionnels ayant bénéficié de ces formations jouent à leur tour un rôle dans la transmission de ces connaissances à leurs collègues.

Cependant, être formé à l'identification des signes cliniques est une première étape, mais savoir comment les interpréter et agir en conséquence en est une autre. Cela pose aussi la question de la formation des internes et praticiens aux psychothérapies. Dans certains pays, les internes en psychiatrie doivent justifier d'un nombre significatif d'heures de formation en psychothérapie, tandis qu'en France, le statut de psychothérapeute est automatiquement attribué à la fin du cursus après un volume d'enseignement correspondant plus à une initiation dans ce domaine. Si des études spécifiques sont nécessaires pour mieux le comprendre, cela pourrait expliquer en partie le recours fréquent aux traitements médicamenteux, particulièrement chez les patients avec troubles psychotiques, alors que la psychothérapie reste la référence pour le TSPT. Même lorsque ces praticiens sont formés aux thérapies spécialisées, il faudra probablement réorganiser les emplois du temps pour leur permettre de mettre en pratique ces compétences.

Compte tenu de l'évolution des pratiques et des demandes croissantes en psychiatrie, il serait pertinent, dans un premier temps, de renforcer la formation sur des compétences clés telles que l'alliance thérapeutique, la sécurisation des patients et la psychoéducation sur les troubles de stress post-traumatique, qui sont essentiels pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Conclusions

La prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients avec troubles psychotiques constitue un enjeu important mais reste encore sous-explorée dans la pratique clinique courante. À travers une étude qualitative menée auprès de praticiens, ce travail a permis d'identifier les défis auxquels sont confrontés tant les professionnels que les patients, tout en mettant en lumière des pistes pour améliorer les pratiques.

Les praticiens sont confrontés à des cas où trouble psychotique et trouble stress post-traumatique représentent un chevauchement symptomatique complexe, contribuant à un sentiment de frustration et d'incertitude. Face à cette difficulté, ils sont en demande d'éclairage et de compréhension pour améliorer les prises en charge de leurs patients.

Les données rapportent également que ces patients se trouvent souvent exclus des dispositifs de soins spécialisés, notamment en raison de la complexité de ce double diagnostic, perçue comme difficilement compatible avec les cadres thérapeutiques standards. Cette marginalisation peut aller jusqu'à contribuer à la chronicisation de leurs symptômes, renforçant des dynamiques de méfiance et d'isolement vis-à-vis du monde psychiatrique.

Toutefois, l'importance de la relation thérapeutique est particulièrement marquée chez les patients ayant vécu des parcours traumatiques, où un cadre sécurisant et la mise en place d'une alliance thérapeutique solide sont indispensables pour leur

permettre d'exprimer leurs histoires traumatiques. La qualité de cette relation, fondée sur la confiance et l'empathie, conditionne en grande partie l'adhésion des patients aux traitements, et des dispositifs collaboratifs permettent de la renforcer en impliquant activement le patient dans les décisions le concernant.

En parallèle, les praticiens eux-mêmes expriment un sentiment d'isolement et d'impuissance face à des situations cliniques aussi complexes. Ils sont confrontés à des symptômes chroniques et sévères, souvent sans les outils ou les formations adéquates pour accompagner efficacement ces patients. Cette réalité souligne leurs attentes quant à la mise en place de dispositifs de soutien plus adaptés, notamment par des formations spécifiques au psychotraumatisme et une meilleure coordination entre les services psychiatriques et les structures spécialisées. D'autant plus que des études montrent des résultats prometteurs en termes de réduction des symptômes, d'amélioration de la qualité de vie et d'adhésion au traitement lorsque des approches spécifiques au psychotraumatisme sont intégrées dans les protocoles de soins des patients ayant des troubles psychotiques.

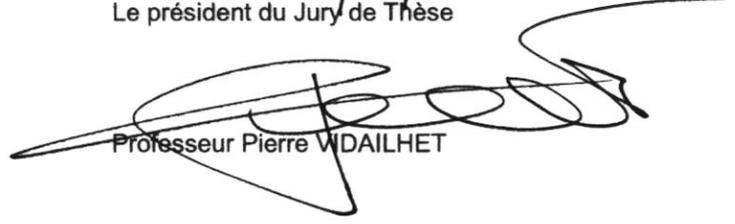
En définitive, il apparaît essentiel d'intégrer davantage la dimension psychotraumatique dans la prise en charge des troubles psychotiques. Cette intégration doit passer par une meilleure sensibilisation des professionnels à ces chevauchements cliniques et à la comorbidité traumatique dans la psychose, par une meilleure articulation des soins, une réduction de l'exclusion tant des patients que des praticiens, et une offre de formation plus ciblée aux modalités d'utilisation des techniques psychothérapeutiques du psychotrauma dans cette population. Les résultats obtenus soulignent la nécessité de repenser les approches actuelles pour offrir des

soins plus adaptés et multidisciplinaires, dans un cadre inclusif et centré sur le patient.

VU

Strasbourg, le 24/10/2024

Le président du Jury de Thèse



Professeur Pierre VIDAILHET

VU et approuvé

Strasbourg, le 24 OCT. 2024

Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Annexes

A. Annexe 1. Décision du comité d'éthique pour la recherche



M. BERNA Fabrice
Hôpitaux universitaires de Strasbourg
Clinique psychiatrique
1, place de l'Hôpital
BP 426
67091 STRASBOURG Cedex

Eric FLAVIER
Président du comité d'éthique
pour la recherche

Strasbourg, le 10/10/2024
Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
Référence dossier : 2024-64

Monsieur BERNA, Cher collègue,

Affaire suivie par :
David HAESSIG
Chargé d'appui au Comité
d'éthique pour la recherche
Direction de la recherche et de la
formation doctorale
david.haessig@unistra.fr
+33 (0)3 68 85 10 18

Vous avez déposé le projet intitulé « La prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients atteints de trouble psychotique, une étude qualitative auprès des praticiens » 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 un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2024-64

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER 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.

Le président du comité d'éthique pour la recherche,

Université de Strasbourg
4 rue Blaise Pascal
CS 90032
F-67081 STRASBOURG cedex
Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
www.unistra.fr

Eric FLAVIER



B. Annexe 2 : Note d'information à destination du patient

Strasbourg, le / /

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons dans le cadre du programme de recherche sur les thématiques de traumatisme et de troubles psychotiques, soutenu par les Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Il s'agit d'un projet de thèse en médecine, et plus précisément d'une étude en psychiatrie réalisée par Mme Caroline Baum sous la responsabilité scientifique du Pr Fabrice Bema (professeur des universités et praticien hospitalier aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg).

Cette étude vise à explorer des pratiques cliniques concernant les patients atteints de troubles psychotiques. Nous nous adressons à vous car vous prenez en soins des patients avec ce type de profil et exercez votre activité sur le territoire alsacien. Nous aimerions pouvoir avoir un temps d'échange d'une durée maximale d'une heure trente, enregistré, articulé autour de différentes questions pour vous aiguiller dans le déroulé de cette conversation. Il est important de garder à l'esprit que les réponses vous sont propres, qu'elles seront recueillies avec bienveillance et qu'elles ont toutes leur place dans ce projet de recherche. Cette étude ne portera aucun jugement sur votre pratique professionnelle. Votre participation nous est précieuse car elle nous permettra de mieux cerner les enjeux actuels, mais également de nous donner des pistes de réflexion sur nos pratiques cliniques.

Votre participation à ce programme sera anonyme et les informations recueillies, confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande à l'adresse suivante :

fabrice.bema@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, Mme Baum procédera à l'enregistrement d'un entretien d'une durée maximale d'une heure trente au sein de la clinique psychiatrique de l'hôpital civil de Strasbourg, selon une date qui vous conviendra.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, merci de remplir la rubrique « consentement du praticien ». Nous vous remettons 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 obtenu un avis favorable du Comité d'Éthique pour la Recherche de l'université de Strasbourg.

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 notre demande. Par simple demande par mail vous pouvez demander à accéder à votre dossier, demander à le rectifier ou demander sa suppression.

Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez contacter les responsables suivants à l'adresse suivante : fabrice.bema@chru-strasbourg.fr ; caroline.baum@chru-strasbourg.fr

Pr Fabrice Bema

C. Annexe 3 : Consentement

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Accord pour participer à l'étude

Mr /Mme (rayez la mentionne inutile)

Nom de naissance :

Prénom :

Tél. :

Il m'a été proposé de participer à une étude sur traumatisme et troubles psychotiques.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu du Pr. Fabrice Berna une information précise sur l'étude menée et compris que :

1) Je pourrai à tout moment interrompre et retirer ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.

2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche sur traumatisme et troubles psychotiques

Date :
Signature du participant :

Date :
Signature de l'investigateur :

Signature en double exemplaire.

D. Annexe 4 : Questionnaire LEC5

LIFE EVENT CHECKLIST LEC-5

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes que les gens peuvent vivre. Pour chaque événement, veuillez cocher dans une ou plusieurs des cases à droite pour indiquer que: (a) cela vous est arrivé à vous personnellement; (b) vous avez été témoin du fait que c'est arrivé à quelqu'un d'autre; (c) vous avez appris que c'est arrivé à un membre de votre famille proche ou à un(e) ami(e) proche; (d) vous avez été exposé(e) à cet événement dans le cadre de votre emploi (par exemple : SAMU/secouristes, police, militaire ou intervenant de première ligne); (e) Vous n'êtes pas sûr(e) que les réponses précédentes correspondent à votre expérience (f) cela ne s'applique pas à vous.

En lisant chacun des événements de la liste, assurez-vous de tenir compte de votre vie entière (de votre enfance jusqu'à aujourd'hui)

Événement	M'est arrivé	Été témoin	J'ai appris	Dans mon travail	Pas sûr	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, accident de train, crash aérien)						
4. Accident grave au travail, à la maison, ou pendant les loisirs						
5. Exposition à une substance toxique (par exemple : produits chimiques dangereux, radiation)						
6. Agression physique (par exemple : être attaqué(e), frappé(e), giflé(e), brutalisé, roué(e) de coups, être battu(e))						
7. Agression armée (par exemple : être touché(e) par balle, poignardé (e), menacé(e) avec un couteau, une arme à feu, une bombe)						
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être forcé à accomplir n'importe quel acte sexuel par la force ou la menace)						
9. Autre expérience sexuelle non désirée ou non voulue						
10. Combat ou exposition à une zone de guerre (en tant que militaire ou civil)						
11. Captivité (par exemple : être kidnappé(e), enlevé(e), pris en otage, prisonnier(ère) de guerre)						
12. Blessure ou maladie mettant la vie en danger						
13. Souffrance humaine grave						
14. Mort violente soudaine (par exemple : homicide, suicide)						
15. Mort accidentelle soudaine						
16. Blessure graves, dommages, ou être responsable de la mort d'une autre personne						

Si vous avez fait l'expérience de plus d'un événement, encerclez l'événement que vous considérez comme le pire événement. Dans le cadre du présent questionnaire, le pire événement correspond à celui qui vous affecte le plus actuellement.

Cet événement est arrivé il y a _____ Mois (ou Date : ___ / ___ / ___)

E. Annexe 5 : 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.

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
P1. Avoir des rêves perturbants où se rejoue 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 rejoue 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 super-alerte, vigilance ou sur ses gardes ?	0	1	2	3	4
P6. Réaction exagérée de surprise ou sursaut ?	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 que peuvent avoir parfois les personnes qui ont connu un événement stressant ou traumatique. Les questions se rapportent à la manière dont vous vous

sentez 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 ?

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Motérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
C1. Quand je suis contrarié(e), il me faut beaucoup de temps pour me calmer	0	1	2	3	4
C2. Je me sens insensible ou émotionnellement éteint(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 distant(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

Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 138(6), 536–546

1. Système de pointage pour le diagnostique du SSPT et SSPT Complexe

SSPT

Si P1 ou P2 ≥ 2 le critère est atteint pour Revivre L'Expérience (Re_dx)

Si P3 ou P4 ≥ 2 le critère est atteint pour Évitement (Av_dx)

Si P5 ou P6 ≥ 2 le critère est atteint pour Sentiments de Menaces (Th_dx)

ET

Au moins P7, P8, ou P9 ≥ 2 atteint le diagnostique pour SSPT déficience fonctionnelle (PTSDFI)

Si les critères de 'Re_dx' ET 'Av_dx' ET 'Th_dx' ET 'PTSDFI' sont atteints, les critères du SSTS sont atteints

STSS Complexe

Si C1 ou C2 ≥ 2 le critère est atteint pour Régulation Emotionnelle (AD_dx)

Si C3 ou C4 ≥ 2 le critère est atteint pour Perception de soi négative (NSC_dx)

Si C5 ou C6 ≥ 2 le critère est atteint pour Déficit dans les relations (DR_dx)

ET

Au moins C7, C8, ou C9 ≥ 2 atteint le diagnostique 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 diagnostique.

2. Evaluation dimensionnelle pour STSS et STSS Complexe

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

SSTS

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

Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). *The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 138(6), 536–546

F. Annexe 6 : Extraits de tableaux « résultats »

Liste de codes	Propriétés	Fréquence
Engagement personnel	Le praticien exprime son engagement personnel et son enthousiasme pour le sujet.	4
Antécédents de trauma		
Facteurs déclencheurs	Les antécédents traumatiques comme facteur déclencheur de la psychose	3
Causalité	La recherche d'un lien de cause à effet.	9
Objectivité des données	Les chiffres confèrent une légitimité aux observations.	3
Prudence dans l'approche	Volonté de creuser que si des éléments déclencheurs sont présents	11
Complexité des trajectoires de vie	Patients présentant des parcours de vie complexe.	5
Prévalence élevée des expériences	Un nombre important de patients sont concernés par ces expériences.	6
Fréquence des antécédents de trauma	Patients ayant subi de la violence pendant leur enfance.	8
Abus domestique	Formes d'abus au sein de la sphère familiale.	1
Volonté de clôturer rapidement	Il y a une volonté de la part du patient de passer rapidement à un autre sujet.	1
Quasi-absence de recherche	La question est évitée ou écartée au départ.	3
Faire appel à l'entourage	Discussion, interactions avec et au sein de la famille.	2
Intégration fluide dans l'entretien	Normalisation du questionnement sur les traumas dans la pratique courante.	4
Exhaustivité de l'évaluation	Volonté d'explorer en profondeur les traumas des patients.	8
Recherche des traumas	Exploration systématique des traumatismes chez les patients.	5
Proactivité	Explorer les traumas comme moteur de la compréhension.	4
Evaluation standardisée	Absence ou refus d'utilisation d'échelle/questionnaire	7
Connaissances patients psychotiques		
Résistance thérapeutique	Relate des tableaux de résistances aux traitements habituels	3
Idées de culpabilité	Constate que les patients présentent des idées de culpabilité	1
Emergence des troubles	Questionnement sur l'origine des troubles psychotiques	4
Accompagnement au long cours	Les patients ont besoin d'un accompagnement de longue durée	5
Difficulté d'introspection	Les patients ont du mal à accéder et à exprimer leur monde intérieur.	5
Image du psychotique	Point de vue des praticiens	14
Humanisation du patient	Reconnaissance de l'humanité du patient au-delà du diagnostic.	15
Marginalisation des patients	Sentiment d'être mis à l'écart en raison de la psychose	11
Isolément social	Sentiment de retrait et de mise à l'écart de la personne.	1
Autodépréciation	Représentation de soi comme étant indigne et de peu de valeur.	4
Conséquences des traumas		
Difficulté à éprouver des choses positives	Constate que les patients ont du mal à ressentir des choses positives	1
Facteurs aggravants	Les traumatismes comme facteurs aggravants de la pathologie psychiatrique	1
Intensité des traumas	Violence des traumatismes et manifestations cliniques	1

<i>Blessures du passé</i>	Expériences antérieures qui façonnent les comportements	2
<i>Besoin de sécurité</i>	Désir de se protéger des risques perçus	9
<i>Cercle des violences</i>	La violence perpétue un cycle de traumatisme.	1
<i>Vulnérabilité</i>	Fragilité émotionnelle résultant d'un vécu complexe.	13
<i>Mécanismes de défense</i>	Stratégies inconscientes pour se protéger des traumatismes.	4
<i>Souffrance psychologique</i>	Ressenti de détresse chez le patient	8
		0
		24
<i>Sensibilité clinique</i>	Capacité à percevoir les indices subtils dans le discours du patient.	3
<i>Précaution différenciation clinique</i>	Distinction entre trauma et troubles psychotiques	3
<i>Discours</i>	Manière dont le traumatisme est abordé et communiqué.	3
<i>Processus de réflexion</i>	Raisonnement logique du praticien pour comprendre le problème	13
<i>Incertitude face à la complexité</i>	Reconnaissance des défis liés à ces problématiques de santé mentale.	13
<i>Approche symptomatique</i>	Choix délibéré d'une approche clinique axée sur les symptômes.	2
<i>Complexité du tableau clinique</i>	Imbrication des dimensions psycho-traumatique et psychotique	2
<i>Cauchemars</i>	Lien entre les cauchemars et un traumatisme sous-jacent.	1
<i>Prudence diagnostique</i>	Nécessité de faire preuve de prudence dans l'établissement du diagnostic.	3
<i>Jugement clinique</i>	L'évaluation professionnelle de la présence et de l'intensité des symptômes de TSPT.	1
<i>Difficultés cliniques</i>	Défis rencontrés par le professionnel de santé dans la prise en charge du patient.	5
<i>Complexité du délire</i>	Phénomène multidimensionnel ancré dans l'expérience individuelle	7
<i>Influence sur la clinique</i>	L'influence des expériences de vies sur la symptomatologie	12
<i>Pragmatisme clinique</i>	Recherche d'une approche pragmatique et adaptée à chaque patient.	5
<i>Différence clinique</i>	Changement dans la nature des symptômes de TSPT chez les patients.	8
Thérapeutique		
<i>Crainte de la décompensation</i>	Le professionnel redoute les conséquences d'une thérapeutique	2
<i>Limites des traitements standardisés</i>	Reconnaissance des insuffisances des approches génériques	1
<i>Engagement dans la thérapie</i>	Le patient a besoin de montrer ses capacités d'engagement dans la thérapie	1
<i>Recherche de consentement</i>	Le praticien recherche l'accord du patient	5
<i>Priorité à la stabilité</i>	Accent mis sur la stabilisation de l'individu avant toute autre action.	11
<i>Plaidoyer pour une thérapie</i>	Plaidoyer pour réaliser des thérapies avec patient psychotique	4
<i>Réflexion sur les possibilités</i>	Le praticien réfléchit à trouver des solutions	4
<i>Appréhension des psychothérapeutes</i>	Les psychothérapeutes craignent de ne pas être en mesure d'aider certains patients.	14
<i>Flexibilité</i>	Capacité à envisager des alternatives et à sortir des sentiers battus.	2
<i>Recherche de l'équilibre</i>	Trouver un juste équilibre entre les bénéfices et les inconvénients du traitement.	3
<i>Option pertinente</i>	Identification des critères utilisés pour juger de la pertinence de la prise en charge	2

Reconnaissance des défis	Prise de conscience des difficultés liées à certains cas.	8
Accompagnement à la thérapie	Soutien dans le processus de thérapie	7
Enjeux de la prise en charge	Défis liés à la compréhension et à la gestion des symptômes du patient.	9
Efficacité de la thérapie	Amélioration de l'état des patients avec psychothérapie	6
Prudence dans l'utilisation de thérapie centrée trauma	Questionnement sur l'applicabilité de TCT auprès de patients psychotiques.	8
Espoir dans la thérapie	Croyance en la possibilité d'amélioration malgré les difficultés	6
Timing thérapeutique	Importance du bon moment pour une prise en charge efficace	3
Espoir thérapeutique	La croyance du thérapeute dans le potentiel de guérison du patient.	5
Exigences de la thérapie	Pré-requis pour les thérapies	5
Complexité de la thérapie EMDR	Prérequis pour l'EMDR en particulier	5
Objectifs du traitement	Buts visés par les psychothérapies.	6
Appréhension à l'adressage	Les thérapeutes appréhendent l'adressage	6
Approche thérapeutique médicamenteuse	Choix d'une approche médicamenteuse pour gérer le problème.	6
Alliance, qualité du lien thérapeutique		
Favoriser lien avec l'entourage	Recueillir des informations auprès de l'entourage	1
Soutien dans la prise en charge	Aide apportée par une structure organisée	3
Importance du lien	La reconnaissance de l'importance du lien thérapeutique.	7
Confiance établie	Relation de confiance qui se développe dans le temps	9
Relation thérapeutique	Impact d'une bonne relation thérapeutique	8
Insatisfaction praticien		
Moyens standardisés de dépistage	Utilisation d'échelles ou d'outils standardisés	2
Crainte du thérapeute au détriment du patient	Les appréhensions du praticien entravent la prise en charge du patient	1
Incertitude diagnostique	Les praticiens ressentent une incertitude diagnostique face à la clinique	6
Les soins comme délencheur de psychotrauma	Le psychotraumatisme émane des soins proposés	2
Problématique financière	Les thérapies centrées trauma sont coûteuses	1
Difficulté d'adressage/réseau	Les praticiens ont des difficultés à adresser aux structures/thérapeutes spécialisés	8
Désir d'offrir les meilleurs soins possibles	Volonté de fournir un accès égalitaire aux soins	6
Communication	Difficultés à avoir des informations	2
Légitimité	Légitimité face à la prise en charge du psychotrauma	4
Manque de formation	Souligne un manque de formation sur les questions traumatiques	2
Pragmatisme	Relativisation de l'importance	1
Reflexion des pratiques usuelles	Remise en question des pratiques établies et ouverture à de nouvelles approches.	10
Déshumanisation des soins	La perception d'un suivi médical déshumanisé et centré sur le traitement.	18
Frustration face à la marginalisation	Se sentir frustrée face à l'exclusion des patients	14

<i>Insatisfaction envers le système de formation</i>	Le praticien exprime un mécontentement général envers le système de formation	2
<i>Limites de l'expertise</i>	Reconnaissance des limites de sa propre compréhension du problème	8
<i>Ressenti de stigmatisation</i>	Les praticiens ressentent que les patients sont exclus de certains soins	4
<i>Besoin de formation</i>	Les praticiens sont en demande de formation	5
<i>Isolement des praticiens</i>	Ressentir un isolement face à la prise en charge	1
Attentes des/pour les patients		
<i>Requestionner le diagnostic</i>	Se pose des questions sur le diagnostic	2
<i>Autonomisation du patient</i>	Insight du patient	7
<i>Amélioration de la qualité de vie</i>	Viser une meilleure qualité de vie pour les patients	8
<i>Résilience</i>	Favoriser la capacité du patient à surmonter les difficultés liées au trauma.	2
<i>Besoin de légitimité</i>	Le désir de voir son expérience reconnue et validée.	1
<i>Adaptation et acceptation des symptômes/maladie</i>	Capacité à vivre avec les symptômes	8
Exigences envers le praticien		
<i>Engagement dans une pratique réflexive</i>	Praticien remet en question ses connaissances et ses pratiques.	1
<i>Etre à l'écoute</i>	Prête attention au contenu du discours du patient	2
<i>Responsabilité professionnelle</i>	Engagement du professionnel envers le bien-être du patient	4
<i>Sens de la maladie</i>	Aider le patient à donner du sens à son expérience de la maladie.	1
<i>Défis de l'accompagnement</i>	Complexité de la prise en charge et des efforts déployés.	16
<i>Validation de l'expérience</i>	L'importance d'être entendu et compris dans sa souffrance.	6
<i>Empathie professionnelle</i>	Compréhension des patients	4
<i>Humanisation des soins</i>	Approche centrée sur la personne dans le traitement	5
<i>Quête de solutions</i>	Démarche proactive pour trouver des moyens adaptés à la prise en charge	5
<i>Gestion des obstacles</i>	Reconnaissance des difficultés et volonté de les surmonter.	9
<i>"Normalité"</i>	Le praticien normalise le travail psychothérapeutique	1
<i>Egalité dans l'accès à des prises en charge</i>	Le praticien plaide pour une prise en charge égalitaire	3
<i>Normalisation de l'expérience</i>	La reconnaissance que les défis sont partagés par tous.	2
<i>Quête de reconnaissance</i>	Les patients cherchent à être entendus et compris dans leur souffrance.	1
<i>Empathie professionnelle</i>	Capacité à accueillir et à donner du sens aux récits.	9
<i>Engagement praticien</i>	L'implication et l'investissement du thérapeute dans le travail thérapeutique.	2
<i>Responsabilité du thérapeute</i>	Ressentir une responsabilité dans la prise en charge psychothérapeutique	5
<i>Responsabilité éthique</i>	Désir d'agir de manière efficace et bienveillante.	5

Bibliographie

1. Françoise RUDETZKI. Remise du rapport de Françoise RUDETZKI, pour un centre de ressources et de résilience [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/remise-du-rapport-de-francoise-rudetzki-pour-un-centre-de-ressources-et-de-resilience>
2. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull.* juill 2012;38(4):661-71.
3. Cara Victoria. N°150. Thérapies du psychotraumatisme dans la schizophrénie : une revue de la littérature. [Strasbourg]: Faculté de médecine; 2020.
4. Gairns, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C., McGorry, P. and Bendall, S. PTSD treatment for young people with FEP. *Early Intervention in Psychiatry.* 2015;(9):12-20.
5. La lamentation d'Ur - librecoeurs.eu [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <http://librecoeurs.eu.free.fr/spip/spip.php?article305>
6. Laura Battini. Le genre littéraire mésopotamien de la « lamentation ». 21 mars 2022 [cité 25 févr 2024]; Disponible sur: <https://ane.hypotheses.org/10221>
7. Tarquinio C, Auxéméry Y. Manuel des troubles psychotraumatiques: théories et pratiques cliniques. Malakoff: Dunod; 2022. (Psychothérapies).
8. Beretta V, Alameda L, Abrahamyan Empson L, Tozzi AS. L'ambivalence selon Bleuler : les nouvelles trajectoires d'un symptôme oublié: *Psychothérapies.* 26 mars 2015;Vol. 35(1):5-19.
9. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry.* 2001;64(4):319-45.
10. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J Postgrad Med.* 2008;54(4):287-93.
11. Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD. 2013; Disponible sur: www.ptsd.va.gov
12. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol.* févr 2002;70(1):246-51.
13. Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement: *Enfances Psy.* 26 juin 2015;N° 66(2):14-22.
14. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol.* févr 2000;78(2):350-65.
15. Tait L, Birchwood M, Trower P. Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 2004;185:410-5.

16. Walker E, Mittal V, Tessner K. Stress and the Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis in the Developmental Course of Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 1 avr 2008;4(1):189-216.
17. Inserm [Internet]. [cité 7 sept 2024]. Schizophrénie - Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
18. Retard du diagnostic et à la mise en place d'un traitement antipsychotique. Mathilde Roser et Eric Fakra. In: *Les schizophrénies*. Paris: Lavoisier médecine sciences; 2019. (Collection Psychiatrie).
19. Haahr UH, Larsen TK, Simonsen E, Rund BR, Joa I, Rossberg JI, et al. Relation between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and close interpersonal trauma in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* juin 2018;12(3):316-23.
20. Salazar De Pablo G, Guinart D, Armendariz A, Aymerich C, Catalan A, Alameda L, et al. Duration of Untreated Psychosis and Outcomes in First-Episode Psychosis: Systematic Review and Meta-analysis of Early Detection and Intervention Strategies. *Schizophr Bull.* 27 juill 2024;50(4):771-83.
21. 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.
22. Gearon JS, Bellack AS, Tenhula WN. Preliminary reliability and validity of the Clinician-Administered PTSD Scale for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol.* févr 2004;72(1):121-5.
23. Peraud W, Hebrard L, Lavandier A, Brockbanck-Chasey S, Brennstuhl MJ, Quintard B. French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *Eur J Psychotraumatology.* 19 déc 2022;13(2):2152109.
24. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
25. Canini. *L'ABC des psychotraumas*. Ellipses; 2024.
26. Panayi P, Berry K, Sellwood W, Campodonico C, Bentall RP, Varese F. The Role and Clinical Correlates of Complex Post-traumatic Stress Disorder in People With Psychosis. *Front Psychol.* 2022;13:791996.
27. Benedetto P. *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles [Paris]: De Boeck; 2008. (Ouvertures psychologiques).
28. Seow LSE, Ong C, Mahesh MV, Sagayadevan V, Shafie S, Chong SA, et al. A systematic review on comorbid post-traumatic stress disorder in schizophrenia. *Schizophr Res.* oct 2016;176(2-3):441-51.
29. Henriksen MG, Parnas J. Clinical Manifestations of Self-disorders in Schizophrenia Spectrum Conditions. *Curr Probl Psychiatry.* 1 sept 2017;18(3):177-83.
30. Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. *Manuel de psychiatrie*. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021.

31. Xiao S, Yang Z, Su T, Gong J, Huang L, Wang Y. Functional and structural brain abnormalities in posttraumatic stress disorder: A multimodal meta-analysis of neuroimaging studies. *J Psychiatr Res.* nov 2022;155:153-62.
32. Barkus E, Badcock JC. A Transdiagnostic Perspective on Social Anhedonia. *Front Psychiatry.* 24 avr 2019;10:216.
33. Hardy A, Fowler D, Freeman D, Smith B, Steel C, Evans J, et al. Trauma and Hallucinatory Experience in Psychosis. *J Nerv Ment Dis.* août 2005;193(8):501-7.
34. Moskowitz A, Corstens D. Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience? *J Psychol Trauma.* 4 janv 2008;6(2-3):35-63.
35. Rosen C, McCarthy-Jones S, Jones N, Chase KA, Sharma RP. Negative voice-content as a full mediator of a relation between childhood adversity and distress ensuing from hearing voices. *Schizophr Res.* sept 2018;199:361-6.
36. Kédia M, Sabouraud-Séguin A. *Psychotraumatologie.* 3e éd. Paris: Dunod; 2020. (Aide-mémoire).
37. Han K, Heo JK, Seo SO, Hong MY, Lee JS, Shin YS, et al. The Effect of Simulated Auditory Hallucinations on Daily Activities in Schizophrenia Patients. *Psychopathology.* 2012;45(6):352-60.
38. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *Br J Clin Psychol.* nov 2003;42(4):331-53.
39. Larkin W, Morrison AP, éditeurs. *Trauma and psychosis: new directions for theory and therapy.* London ; New York: Routledge; 2006. 310 p.
40. Dorahy MJ, Gold SN, O'Neil JA, éditeurs. *Dissociation and the dissociative disorders: past, present, future.* Second edition. New York, NY: Routledge; 2023.
41. Compean E, Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 10 janv 2019;88:265-75.
42. Brand RM, McEnery C, Rossell S, Bendall S, Thomas N. Do trauma-focussed psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* mai 2018;195:13-22.
43. Dammak A, Stiti M, Vacheron MN. Stabilisation des patients schizophrènes en post-aigu : de l'hôpital à la cité. *L'Encéphale.* oct 2014;40(5):401-7.
44. *Post-traumatic stress disorder.* London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018.
45. Zhang ZX, Liu RB, Zhang J, Xian-Yu CY, Liu JL, Li XZ, et al. Clinical outcomes of recommended active pharmacotherapy agents from NICE guideline for post-traumatic stress disorder: Network meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* juill 2023;125:110754.
46. De La Iglesia-Larrad JI, Barral C, Casado-Espada NM, De Alarcón R, Maciá-Casas A, Vicente Hernandez B, et al. Benzodiazepine abuse, misuse, dependence, and withdrawal among schizophrenic patients: A review of the literature. *Psychiatry Res.* févr 2020;284:112660.

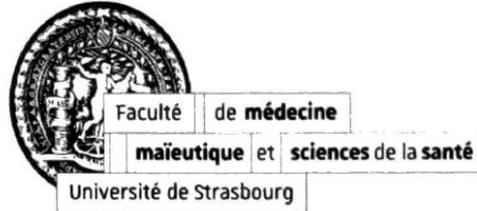
47. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract.* juill 2015;21(4):281-303.
48. Prouteau A, Verdoux H. Neuropsychologie clinique de la schizophrénie. In: *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* [Internet]. Dunod; 2011 [cité 16 sept 2024]. p. 135-59. Disponible sur: https://shs.cairn.info/neuropsychologie-clinique-de-la-schizophrénie--9782100548514-page-135?site_lang=fr
49. Dollfus S. *Les schizophrénies*. Paris: Lavoisier médecine sciences; 2019. (Collection Psychiatrie).
50. Berna F, Potheegadoo J, Aouadi I, Ricarte JJ, Allé MC, Coutelle R, et al. A Meta-Analysis of Autobiographical Memory Studies in Schizophrenia Spectrum Disorder. *Schizophr Bull.* janv 2016;42(1):56-66.
51. Eustache F, Amieva H, Thomas-Antérion C, Ganascia JG, Jaffard R, Peschanski D, et al., éditeurs. *Mémoire et émotions*. Paris: Éditions Le Pommier; 2016. 171 p. (Essais Le Pommier!).
52. Isaac CL, Cushway D, Jones GV. Is posttraumatic stress disorder associated with specific deficits in episodic memory? *Clin Psychol Rev.* déc 2006;26(8):939-55.
53. Staniloiu A, Markowitsch HJ. Dissociative amnesia. *Lancet Psychiatry.* août 2014;1(3):226-41.
54. Orban P, Bouvard M. *Psychothérapies pour le trouble du stress post-traumatique: exposition prolongée, retraitement cognitif, thérapie cognitive du TSPT, EMDR*. Malakoff: Dunod; 2022. (Psychothérapies).
55. Hamblen JL, Norman SB, Sonis JH, Phelps AJ, Bisson JI, Nunes VD, et al. A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy.* sept 2019;56(3):359-73.
56. Cragin CA, Straus MB, Blacker D, Tully LM, Niendam TA. Early Psychosis and Trauma-Related Disorders: Clinical Practice Guidelines and Future Directions. *Front Psychiatry* [Internet]. 6 mars 2017 [cité 18 sept 2024];8. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2017.00033/full>
57. Burger SR, Hardy A, Van Der Linden T, Van Zelst C, De Bont PAJ, Van Der Vleugel B, et al. The bumpy road of trauma-focused treatment: Posttraumatic stress disorder symptom exacerbation in people with psychosis. *J Trauma Stress.* avr 2023;36(2):299-309.
58. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol.* août 2002;70(4):1022-8.
59. Van Den Berg DPG, De Bont PAJM, Van Der Vleugel BM, De Roos C, De Jongh A, Van Minnen A, et al. Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophr Bull.* mai 2016;42(3):693-702.
60. Reid J, Cole C, Malik N, Bell V, Bloomfield M. The effectiveness and tolerability of trauma-focused psychotherapies for psychotic symptoms: A systematic review of trauma-focused psychotherapies. *Int J Methods Psychiatr Res.* mars 2024;33(1):e2005.

61. Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK, Hamblen JL, Monica D. A Cognitive-Behavioral Treatment Program for Posttraumatic Stress Disorder in Persons with Severe Mental Illness. *Am J Psychiatr Rehabil.* mai 2004;7(2):107-46.
62. Foa EB, Chrestman KR, Gilboa-Schechtman E. Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD: emotional processing of traumatic experiences; therapist guide. Oxford: Oxford Univ. Press; 2009. 206 p. (Programs that work).
63. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders. *J Anxiety Disord.* janv 1999;13(1-2):35-67.
64. Christopher Frueh B, Grubaugh AL, Cusack KJ, Kimble MO, Elhai JD, Knapp RG. Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: A pilot study. *J Anxiety Disord.* juin 2009;23(5):665-75.
65. Van Den Berg DPG, Van Der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2012;43(1):664-71.
66. De Bont PAJM, Van Minnen A, De Jongh A. Treating PTSD in Patients With Psychosis: A Within-Group Controlled Feasibility Study Examining the Efficacy and Safety of Evidence-Based PE and EMDR Protocols. *Behav Ther.* déc 2013;44(4):717-30.
67. Varese F, Sellwood W, Pulford D, Awenat Y, Bird L, Bhutani G, et al. Trauma-focused therapy in early psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial of EMDR for psychosis (EMDRp) in early intervention settings. *Psychol Med.* avr 2024;54(5):874-85.
68. Peters E, Hardy A, Dudley R, Varese F, Greenwood K, Steel C, et al. Multisite randomised controlled trial of trauma-focused cognitive behaviour therapy for psychosis to reduce post-traumatic stress symptoms in people with co-morbid post-traumatic stress disorder and psychosis, compared to treatment as usual: study protocol for the STAR (Study of Trauma And Recovery) trial. *Trials.* déc 2022;23(1):429.
69. Van Den Berg D, De Bont PAJM, Van Der Vleugel BM, De Roos C, De Jongh A, Van Minnen A, et al. Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *Br J Psychiatry.* mars 2018;212(3):180-2.
70. Lely JCG, Smid GE, Jongedijk RA, W. Knipscheer J, Kleber RJ. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Eur J Psychotraumatology.* 31 déc 2019;10(1):1550344.
71. De Bont PAJM, Van Den Berg DPG, Van Der Vleugel BM, De Roos C, De Jongh A, Van Der Gaag M, et al. Prolonged exposure and EMDR for PTSD v . a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychol Med.* août 2016;46(11):2411-21.
72. Dellazizzo L, Giguère S, Léveillé N, Potvin S, Dumais A. A systematic review of relational-based therapies for the treatment of auditory hallucinations in patients with psychotic disorders. *Psychol Med.* août 2022;52(11):2001-8.
73. Burr C, Schnackenberg JK, Weidner F. Talk-based approaches to support people who are distressed by their experience of hearing voices: A scoping review. *Front Psychiatry.* 10 oct 2022;13:983999.
74. Smith LC, Mateos AC, Due AS, Bergström J, Nordentoft M, Clemmensen L, et al. Immersive virtual reality in the treatment of auditory hallucinations: A PRISMA scoping review. *Psychiatry Res.* avr 2024;334:115834.

75. Sunhary De Verville PL, Etchecopar-Etchart D, Richieri R, Godin O, Schürhoff F, Berna F, et al. Recommendations of the schizophrenia expert center network for the screening prevention and treatment of sleep disorders based on the results from the real-world schizophrenia FACE-SZ national cohort. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. août 2021;110:110275.
76. Lam L, Ho FYY, Wong VWH, Chan KW, Poon CY, Yeung WF, et al. Actigraphic sleep monitoring in patients with post-traumatic stress disorder (PTSD): A meta-analysis. *J Affect Disord*. janv 2023;320:450-60.
77. Reeve S, Sheaves B, Freeman D. The role of sleep dysfunction in the occurrence of delusions and hallucinations: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. déc 2015;42:96-115.
78. Tsui HTC, Chan WS. 0651 Daily Associations Between Insomnia and Depression: Emotion Regulation as a Mediator. *Sleep*. 25 mai 2022;45(Supplement_1):A286-A286.
79. Perrier A, Brion A, Maruani J, Romier A, Sabbagh O, Dufayet G, et al. Traitements de la maladie des cauchemars. *Médecine Sommeil*. sept 2021;18(3):133-43.
80. Yücel DE, Van Emmerik AAP, Souama C, Lancee J. Comparative efficacy of imagery rehearsal therapy and prazosin in the treatment of trauma-related nightmares in adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. avr 2020;50:101248.
81. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):144-56.
82. Follette V, Palm KM, Pearson AN. Mindfulness and trauma: implications for treatment. *J Ration-Emotive Cogn-Behav Ther*. mars 2006;24(1):45-61.
83. Ellett L. Mindfulness for psychosis: Current evidence, unanswered questions and future directions. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 30 juin 2023;papt.12480.
84. Ellett L. Mindfulness for psychosis: Current evidence, unanswered questions and future directions. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. mars 2024;97(1):34-40.
85. O'Brien-Venus B, Ellett L, Burgess-Barr S, Chadwick P. Systematic review of the safety of mindfulness-based interventions for psychosis. *Clin Psychol Rev*. août 2024;112:102445.
86. Ronconi JM, Shiner B, Watts BV. Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *J Psychiatr Pract*. janv 2014;20(1):25-37.
87. Chung J. Exploring social desirability bias. *J Bus Ethics*. 2003;44(4):291-302.
88. Jean-Pierre Lebeau. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. global média santé. 2021.
89. Fisher HL, Craig TK, Fearon P, Morgan K, Dazzan P, Lappin J, et al. Reliability and Comparability of Psychosis Patients' Retrospective Reports of Childhood Abuse. *Schizophr Bull*. 1 mai 2011;37(3):546-53.
90. Misdrahi D. Expériences traumatiques et état de stress post traumatique dans la schizophrénie. *L'Encéphale*. juin 2016;42(3):S7-12.
91. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophr Res*. janv 2002;53(1-2):123-43.

92. Hardy A. Pathways from Trauma to Psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis. *Front Psychol.* 23 mai 2017;8:697.
93. Campodonico C, Berry K, Haddock G, Varese F. Protective Factors Associated With Post-traumatic Outcomes in Individuals With Experiences of Psychosis. *Front Psychiatry.* 29 nov 2021;12:735870.
94. Maître E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale.* sept 2013;39(4):244-51.
95. Craig CD, Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping.* mai 2010;23(3):319-39.
96. Vimalananda VG, Meterko M, Waring ME, Qian S, Solch A, Wormwood JB, et al. Tools to improve referrals from primary care to specialty care. *Am J Manag Care.* 1 août 2019;25(8):e237-42.
97. Berna F, Schorr B, Dormegny-Jeanjean LC, Clauss-Kobayashi J, Bregeon E, Causin JB, et al. Réduire ou arrêter les antipsychotiques dans la schizophrénie, une pure folie ? *Inf Psychiatr.* 2023;Volume 99(4):219-27.
98. OConghaile A, DeLisi LE. Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis. *Curr Opin Psychiatry.* mai 2015;28(3):249-55.

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 : BAUM Prénom : Caroline

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 :

A Strasbourg, le 23.10.2024

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

Résumé

Contexte Les patients ayant des troubles psychotiques présentent souvent des antécédents de traumatismes personnels significatifs, qui, dans certains cas, peuvent même contribuer à l'apparition de leur pathologie. Bien qu'ils soient exposés à un risque accru de développer un trouble de stress post-traumatique, leur évaluation et diagnostic restent encore largement négligés. Pourtant, cette dimension diagnostique a des implications thérapeutiques importantes : la littérature scientifique récente suggère que des interventions spécifiques ciblant le trauma chez les patients comorbides de troubles de stress post-traumatique et de troubles psychotiques offrent des résultats prometteurs. Une étude locale a été menée auprès de praticiens en psychiatrie afin de comprendre, à travers leur expérience, les enjeux liés à la prise en charge de la symptomatologie psychotraumatique chez les patients ayant des troubles psychotiques. Ce travail vise à examiner dans quelle mesure ces praticiens intègrent le traumatisme dans leurs approches cliniques et à identifier les obstacles mais surtout les attentes pouvant contribuer à une meilleure prise en charge.

Matériel et méthode L'étude a utilisé une approche qualitative inspirée de la théorisation ancrée, avec des entretiens semi-dirigés menés auprès de 10 praticiens en psychiatrie et en psychologie exerçant au sein de l'Alsace. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés. L'analyse des données, sans logiciel utilisé, s'est progressivement réalisée par codage ouvert, axial puis sélectif afin d'établir un modèle explicatif.

Résultats Les praticiens constatent que les patients ayant des troubles psychotiques présentent souvent des antécédents traumatiques, et malgré les inquiétudes liées aux difficultés mnésiques, leurs récits demeurent globalement fiables. La comorbidité entre le trouble de stress post-traumatique et les troubles psychotiques complique le diagnostic, suscitant de l'incertitude, surtout en présence d'addictions. Ils soulignent l'importance d'une stabilité symptomatique, relationnelle et environnementale avant d'envisager une intervention thérapeutique, en particulier lors des décompensations aiguës. L'adaptabilité du praticien, fondée sur une approche flexible, est essentielle pour instaurer un environnement sécurisé et prévenir les ruptures de soin. Les praticiens rencontrent également des difficultés d'adressage, ces patients étant souvent exclus des cadres thérapeutiques standards, et se sentent isolés par le manque d'outils et de ressources spécialisées. En réponse, ils expriment le besoin de formations adaptées, d'une meilleure communication interprofessionnelle, et d'outils d'adressage pour améliorer la prise en charge. Ils espèrent que ces mesures contribueront à réduire les traitements médicamenteux et les hospitalisations, tout en améliorant la qualité de vie de ces patients.

Conclusion D'après les praticiens, il est important d'intégrer le psychotraumatisme dans la prise en charge de la symptomatologie des patients ayant des troubles psychotiques. Cela implique une meilleure coordination des soins, une réduction de l'exclusion à la fois des patients et des praticiens, ainsi que la mise en place de formations spécialisées. Les praticiens soulignent la nécessité de repenser les approches actuelles pour offrir des soins plus adaptés et multidisciplinaires.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots-clés : Troubles psychotiques – TSPT – Psychiatre – Psychologue - Recherche qualitative

Président : Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET, PU-PH

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Fabrice BERNA, PU-PH

Asseseurs : Monsieur le Docteur Adrien GRAS, Monsieur le Docteur Amaury MENGIN

Adresse de l'auteur : 1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg
