

Olivier Fossard

Praticien hospitalier, chef de service
Référént Cump 84
Centre hospitalier de Montfavet
Avignon

Samia Lahya

Médecin
Référént Cump 84
Centre hospitalier de Montfavet
Avignon

Le psychotrauma complexe : diagnostic et prise en charge

Diagnostic

La définition des troubles de stress post-traumatique (TSPT) évolue et s'enrichit de nouvelles approches. Dans son chapitre sur le TSPT, le *DSM-V*¹ réunit le courant de la victimologie et celui du psychotrauma, qui relève des situations de guerre, d'attentats et de catastrophes rencontrées lors des interventions de la cellule d'urgence médico-psychologique (Cump). Le diagnostic psychotraumatique peut être révélé précocement suite à ces interventions sur le terrain, ou à distance, au cours d'une consultation dédiée. Cette consultation a permis des diagnostics post-traumatiques jusqu'à méconnus chez des patients porteurs d'autres diagnostics, et a ouvert des pistes de recherche et de réflexion autour de la question du TSPT et des psychotraumas complexes (PC).

Enquête épidémiologique

Nous avons cherché à évaluer l'incidence et le retentissement de l'exposition traumatique *via* une étude pilote menée auprès des patients de notre service. L'enquête EPPA-12 a révélé une situation d'exposition traumatogène pour 72 % d'entre eux (contre 30 % en population générale³), dont 74 % rapportaient des expositions traumatiques multiples (prédominance féminine). Une deuxième enquête EPPA, en cours de publication, a étudié l'impact de ces de ces expositions traumatiques d'autrefois sur le volume de soins psychiatriques d'aujourd'hui. Elle montre un ordonnancement cohérent de la quantité de soins en fonction du type d'exposition. L'impact psychiatrique des antécédents traumatiques semble corrélé à la violence et à la répétition de ces expositions anciennes et multiples. Pour porter le diagnostic de TSPT, des critères de répétition, d'évitement, de dissociation, d'hypervigilance, des répercussions sur l'humeur et la vie sociale sont à rechercher. Ils font le lit évolutif des pathologies psychiatriques ultérieures. Le lien pressenti entre les expositions traumatiques et l'intensité de la prise en charge ultérieure pose la *question déterminante de l'origine psychotraumatique de certains troubles psychiatriques*⁴.

Clinique

Le PC peut se définir comme l'empilement de plusieurs traumatismes répétés ou prolongés⁵ qui se télescopent entre eux, parfois dans un contexte d'amnésie traumatique ou d'hypermnésie paradoxale⁶. Ces traumas successifs aboutissent à des troubles du comportement, des conduites, de l'humeur ou à des symptômes non spécifiques rendant le tableau clinique cumulatif, tardif et d'expression psychiatrique complexe. Alors que pour le TSPT récent, le diagnostic en lien avec l'exposition est posé d'emblée, avec le PC nous sommes face à des symptômes sans exposition toujours évidente. Il n'y a pas (ou plus) de répétition apparente. L'existence d'une ou de plusieurs expositions anciennes et des symptômes

post-traumatiques masqués doivent faire évoquer un PC. Les symptômes dissociatifs sont à explorer finement en s'appuyant sur une lecture neuropsychologique : des éléments étiquetés comme étant de l'ordre du délire peuvent se révéler être l'interprétation d'un patient à qui il n'est pas proposé d'explication clinique de ses troubles. Ainsi, des scarifications peuvent tenter de faire disparaître les sensations récurrentes (flashs sensitifs) et insupportables d'une agression sexuelle ou physique. Les « voix » imposent aussi d'être explorées. Ces signes dissociatifs peuvent être en lien avec des éléments mémoriels traumatiques, non délirants. Il s'agit dans ces cas d'une dissociation traumatique⁷. L'origine traumatique d'une dissociation peut être évoquée devant certains signes cliniques : le caractère *incontrôlable* d'épisodes d'agressivité ou de violence conduisant à l'isolement ou à la contention peut faire évoquer un phénomène de flash-back. La sensation de *bizarrierie* qui accompagne parfois ces éléments dissociatifs peut être ressentie par le patient et spontanément exprimée, et semble relever du caractère incomplet de la mémoire traumatique récurrente. L'existence d'une composante *émotionnelle* oriente fermement vers une origine traumatique. Ces phénomènes accompagnant la dissociation évoquent une *conscience a minima*, d'allure peu schizophrénique. Le processus thérapeutique débute dès l'établissement du diagnostic de psychotrauma en proposant au patient une interprétation cohérente de sa souffrance, explication qui lui est directement accessible ainsi qu'à son entourage.

Thérapeutique

Chez ces patients déjà polymédiqués un traitement psychothérapeutique centré sur la souffrance psychique est prioritaire. Comme pour le TSPT récent, les quatre méthodes faisant consensus sont émotionnelles et ciblées : EMDR, thérapies cognitivo-comportementales (TCC), hypnose et thérapies dynamiques⁸. Les indications de chaque méthode sont posées et utilisées en équipe thérapeutique pluridisciplinaire. L'exposition « parlante » sur le plan émotionnel est à aborder en premier lieu. À l'inverse, l'absence d'émotion exprimée peut signaler que nous ne sommes pas au « bon endroit » et nécessitera de rechercher l'exposition qui fait écran (généralement en amont). Ce phénomène s'observe également en Cump lors des débriefings de soignants victimes de traumatismes vicariants. Cette prise en charge thérapeutique permettra de révéler les signes pathognomoniques du psychotrauma (syndromes de répétition et d'évitement), et confirmera le diagnostic *a posteriori*. Durant la prise en charge, nous rechercherons la convergence de trois cliniques : la clinique *verbale* en rapport avec l'imagerie mentale de l'exposition, *corporelle* (gestes et sensations corporelles) et *émotionnelle*, qui annonce le processus cathartique imminent. Ces pistes cliniques et thérapeutiques sont à développer et à évaluer, à l'heure où la question des PC émerge et se précise, et pourraient modifier la prise en charge d'un certain nombre de patients chronicisés. ▶

1 American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

2 Enquête épidémiologique « Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte », menée auprès d'une population de 294 patients tout-venant au centre hospitalier de Montfavet (84). Voir : Fossard, O., Lahya, S., et al. (2018). Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte (EPPA-I) : Prévalence de l'exposition psychotraumatique dans un pôle de psychiatrie adulte. *L'Information psychiatrique*, 94, 176-182.

3 Vaiva, G., Jehel, L., et al. (2008). Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study "Santé mentale en population générale". *L'Encéphale*, 34, 577-583.

4 Ducrocq, F., et al. (2001). État de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. *L'Encephale*, 27, 159.

5 Lahya, S., Fossard, O. (2018). Le traumatisme psychique complexe. Dans R. Coutanceau, C. Damiani (dir.), *Victimologie. Évaluation, traitement, résilience* (p.19-36). Paris : Dunod.

6 Desmedt, A., et al. (2015). Abnormal fear memory as a model for PTSD. *Biological Psychiatry*, 78, 290-7.

7 Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 5, 417-453.

8 Lopez, G., Seguin-Sabouraud, A., et al. (2016). Traiter les psychotraumatismes. Paris : Dunod.