

LE PSYCHOTRAUMA, L'AFFAIRE DE TOUTES ET TOUS !

Association
Addictions
France 



Edition DÉCEMBRE

20
24





PSYCHOTRAUMAS ET CONDUITES ADDICTIVES :
REPÉRAGE DES ÉVÈNEMENTS DE VIE TRAUMATOGENES,
DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES POST TRAUMATIQUES ET
PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT

Sommaire

- 1 DÉFINITIONS
- 2 CHIFFRES CLÉS
- 3 MODALITÉS D'ACCUEIL ET DE REPÉRAGE
- 4 PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT
- 5 CONCLUSION



INTRODUCTION

Les personnes accompagnées en centres de soins en addictologie ont une prévalence d'exposition à des événements traumatiques supérieure à la population générale, notamment durant leur enfance. Très souvent ces personnes vont présenter un trouble de stress post-traumatique (TSPT) associé à la problématique addictive. Chronologiquement les symptômes addictifs surviennent en règle générale après les événements traumatiques et l'apparition de symptômes post-traumatiques. Pour certains auteurs et autrices, l'addiction est à considérer comme un symptôme post-traumatique ou une tentative de réponse au stress majeur et chronique induit par la survenue d'évènements traumatiques.

Sur le plan clinique, il s'agit de mettre en perspective certains comportements des usagers et usagères avec l'expression des symptômes post-traumatiques ce qui permet de faire un pas de côté dans la pratique et la réflexion collective. D'autre part, il est important de considérer que les symptômes addictologiques sont adaptés (ou l'ont été) à la survenue d'un stress majeur consécutif à des situations traumatiques à laquelle la personne a été exposée. Il s'agit en somme d'une réponse « normale » à des événements qui ne le sont pas.

Les conduites addictives et les TSPT ne doivent plus être dissociés ni traités indépendamment l'un de l'autre, d'autant qu'ils s'aggravent l'un l'autre s'ils ne sont pas pris en charge ensemble et de manière pluridisciplinaire. La prise en compte du stress post-traumatique est donc un socle de l'intervention globale et pluridisciplinaire en addictologie. Ainsi, des équipes ont élaboré des parcours spécifiques, dédiés et intégrant les TSPT et les conduites addictives.

Si les pratiques peuvent être hétérogènes, il semble aujourd'hui essentiel de développer des compétences cliniques particulières afin de repérer les événements de vie traumatiques, dépister les symptômes post-traumatiques et mieux accompagner ces usagers et usagères. Cette fiche Repères a pour objectif de sensibiliser l'ensemble des professionnels et des professionnelles, donner des clés de compréhension et permettre d'homogénéiser l'accompagnement malgré des disparités de pratiques et de territoires.



QUELQUES DÉFINITIONS PRÉALABLES

- **Événements de vie traumatiques (EVT) :**

Il s'agit d'expériences adverses dépassant les capacités d'adaptation d'une personne (caractère personnel et subjectif). Il peut s'agir d'événements soudains menaçant l'intégrité physique et/ou psychique d'une personne (accident, attentat, agression, etc.), on parle alors de **trauma de type 1** mais il peut également s'agir d'événements répétés sur une durée prolongée desquels il est difficile voire impossible de s'échapper (maltraitements infantiles, violences intrafamiliales, tortures, etc.). On parle alors de **trauma de type 2**. Ces événements sont souvent associés à un sentiment de terreur, d'impuissance.

On distingue les événements par commission (violences directes comme les abus physiques, accidents ou catastrophes naturelles) et ceux par omission (manque de soins, carences affectives précoces, etc.)

- **Stress :**

Il s'agit d'une réaction psychophysologique normale, adaptative et transitoire à une situation ou un événement donné.

- **Traumatisme :**

Ce terme désigne la blessure psychique (psychotraumatisme) ou physique résultant de l'exposition à un ou des événements traumatiques qui dépassent les capacités d'adaptation de la personne.

- **Trouble de l'attachement :**

La notion de troubles de l'attachement trouve ses origines dans la théorie de l'attachement développée par J. Bowlby dans les années 50. Il s'est intéressé aux effets des séparations précoces entre les enfants et leurs parents durant la seconde guerre mondiale. Selon lui, un enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de manière cohérente et continue pour

permettre son développement social et émotionnel. La théorie de l'attachement a été enrichie par les recherches de Mary Ainsworth dans les années 60-70, qui a identifié différents types d'attachement chez les enfants : sécure, anxieux, évitant et désorganisé. Ces modalités d'attachement se retrouvent chez les personnes à l'âge adulte dans leur relation à l'autre. Les troubles de l'attachement représentent une modalité d'adaptation à des événements adverses survenus lors des deux premières années de vie. B Van Der Kolk parle de Trauma développemental pour caractériser ces troubles.

- **Trouble de stress post-traumatique (TSPT) :**

C'est un syndrome qui se caractérise par un état de stress intense qui apparaît à la suite d'un ou plusieurs événements traumatiques, soit immédiatement, soit après un délai. Les symptômes perturbent gravement la vie personnelle, sociale et professionnelle de la personne touchée. Le développement du TSPT dépend à la fois de la vulnérabilité psychologique préexistante et du contexte de l'événement.

Les symptômes du TSPT regroupent des **reviviscences** diurnes (images, pensées, sons, odeurs, sensations physiques, émotions) ou nocturnes (cauchemars récurrents en lien avec l'événement traumatique), un **évitement** des situations qui peuvent réactiver la mémoire traumatique (et donc les reviviscences) et une **hypervigilance**.

On parle de **TSPT simple** quand les symptômes sont consécutifs à des événements de type 1 et de **TSPT complexe** quand les symptômes suivent des événements de type 2.

Dans le cadre des TSPT complexes, s'associent aux symptômes précédemment cités des **difficultés dans les relations interpersonnelles**, dans la **régulation des émotions** et sur le plan cognitif des **"fausses" croyances sur soi et le monde**.

- **Dissociation :**

La dissociation traumatique correspond à un système naturel de protection contre l'hyperactivité du circuit du stress qui, si elle n'est pas freinée, est délétère voire mortelle. On parle de **dissociation péritraumatique** (au moment de l'évènement traumatisant) mais il existe aussi des **troubles dissociatifs chroniques**, volontiers associés aux traumatismes complexes et qui correspondent à un apprentissage d'un mécanisme de soulagement du stress chronique. A noter qu'une des **fonctions des conduites addictives** en contexte de TSPT est de **reproduire les effets de la dissociation "naturelle"** et ainsi de **soulager les symptômes** de stress post-traumatiques (reviviscences, hypervigilance notamment)

La dissociation, qu'elle soit naturelle ou induite par des substances psychoactives ou des conduites à risques, correspond à un **évitement** et tend à terme à renforcer les conséquences négatives des traumatismes : isolement, agoraphobie, etc.

Les **symptômes dissociatifs** sont divers : on peut retrouver de façon classique un sentiment de déréalisation (avoir l'impression de vivre dans un monde irréel), de dépersonnalisation (avoir l'impression que notre corps ne nous appartient pas, que l'on est "à côté de son corps"), des blackouts.

- **Traumatismes transpersonnels :**

Ils incluent à la fois des traumatismes transgénérationnels et collectifs.

- o **Traumatismes transgénérationnels :**

Des études montrent que les descendants de personnes ayant vécu des événements traumatiques présentent une prédisposition accrue aux troubles anxieux. Ce phénomène est en partie lié à des modifications épigénétiques influençant la réponse au stress. Ces mécanismes peuvent être adaptatifs dans des contextes dangereux (hypervigilance, réactivité), mais deviennent inadaptés dans des environnements relativement pacifiques, entraînant des troubles anxieux.

o **Traumatismes collectifs, culturels ou civilisationnels :**

Des événements traumatiques de grande ampleur (génocides, guerres, dictatures) peuvent affecter non seulement les survivants, mais aussi les générations suivantes via la mémoire collective. Ces traumatismes influencent l'identité culturelle, les comportements et les croyances d'une communauté à travers le temps.

De façon plus générale, la survenue de nombreux événements traumatiques est favorisée par des contextes où existent des systèmes de domination (de genre, des adultes sur les enfants, économique, liés aux groupes ethniques, etc.). La prise en compte de ces contextes sociétaux et/ou familiaux est importante. Le repérage pour lutter contre les systèmes de domination et de discrimination est un élément essentiel de la prévention des TSPT et donc des conduites addictives.

• **Traumatisme vicariant ou traumatisme secondaire :**

Correspond au développement de symptômes post-traumatiques chez une personne qui, par l'exposition répétée aux histoires traumatiques des autres, peut développer des symptômes similaires à ceux d'un traumatisme direct. Cela concerne les **professionnels et professionnelles exposés**, mais aussi les **personnes participantes dans un cadre collectif**, comme un groupe de parole où l'exposition aux récits douloureux des autres peut affecter les personnes écoutantes.



ÉVÈNEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES ET ADDICTION

Selon l'étude ACE¹, il y a une relation dose-effet entre le nombre d'évènements adverses survenus² pendant l'enfance et la survenue de problématiques somatiques et de santé mentale à l'âge adulte :

Pour exemples :

- Une personne adulte avec 4 EVT dans son enfance a un risque augmenté de 500% de développer un trouble de l'usage de l'alcool par rapport à une personne adulte avec 0 EVT pendant son enfance ;
- Une personne adulte avec 6 EVT dans son enfance a un risque augmenté de 250 % d'être fumeur, un risque augmenté de 4600 % d'être injecteur de drogue par rapport à une personne adulte avec 0 EVT dans son enfance.

Dans une méta-analyse parue en 2017³ reposant sur 37 études sélectionnées pour leur qualité scientifique et concernant plus de 250000 personnes, le risque de développer un usage problématique d'alcool chez une personne avec plus de 4 EVT survenus pendant l'enfance est augmenté de 500%. Si on considère l'usage problématique de drogues ce risque augmente de plus de 1000 %.

Le taux d'exposition à au moins un évènement traumatique chez des personnes adultes avec un trouble de l'usage de substances a été estimé à 95%.³

[1] Vincent J. Felitti, et al. « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study ». American Journal of Preventive Medicine, vol. 14, n° 4, 1998, p. 245–258

[2] Cf Annexe 1 – liste des évènements adverses utilisés dans l'étude ACE

[3] Hughes, Karen et al. « The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis ». The Lancet Public Health, vol. 2, n° 8, 2017, e356 - e366

TSPT ET ADDICTIONS

Si on considère la présence de tableaux cliniques complets de TSPT, la littérature scientifique retrouve des **prévalences importantes de comorbidités TSPT – conduites addictives** :

- Les adultes avec un trouble de l'usage de substances (TUS) sont 11 fois plus susceptibles de présenter un TSPT que les personnes sans TUS.
- La prévalence des TSPT chez des personnes accompagnées pour une problématique addictive oscille selon les études entre 25 et 50 %.

LES LIMITES DES ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Pour certains auteurs et autrices, le lien entre évènements adverses, stressants et addiction va au-delà des diagnostics de TSPT⁴, l'addiction étant considérée comme une stratégie de coping⁵ voire un symptôme post-traumatique.

Souvent la clinique du TSPT peut être incomplète, masquée par les conduites addictives. L'absence de diagnostic officiel de TSPT ne doit pas empêcher sa prise en compte dans le soin.

La reconnaissance officielle du TSPT complexe relativement récente (CIM-11) fait que la majorité des études épidémiologiques ont concerné le TSPT simple.

Au vu de la nature des évènements survenant chez des personnes avec addictions (évènements multiples, prolongés pendant l'enfance), il est probable que la prévalence des comorbidités addiction et TSPT complexe soit encore plus élevée.

[4] Fetzner M.G. et al. "What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD? Findings from a nationally representative sample". *Depress Anxiety*, 2011, 28(8):632-8

[5] Briere J. & Zidi LY. "Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients". *Am J Psychiatry*, 1989, 146(12):1602-1606

MODALITÉS D'ACCUEIL ET DE REPÉRAGE

La personne souffrant de TSPT peut apparaître d'un abord difficile, en état de dissociation, exprimant un comportement « inadapté », évitant ou agressif. Ces attitudes/comportements sont complexes à accompagner et peuvent mettre en difficulté l'équipe, et notamment à l'accueil où il est souvent nécessaire de gérer plusieurs personnes simultanément.

L'accueil des personnes souffrant de TSPT et de conduites addictives est l'affaire de l'ensemble des professionnelles et professionnels (de soins et de prévention).

L'accueil doit être pensé collectivement, de la secrétaire à l'assistant de service social en passant par la médecin. Ceci permettra de dégager une posture commune. Les professionnels et professionnelles se sentiront suffisamment sécurisés pour accueillir les événements de vie traumatogène des usagers et usagères, en libérant la parole en toute confiance.

Accueillie dans un climat sécurisant, la personne accompagnée saura que ce qu'elle vient manifester et déposer sera entendu.

Le repérage concerne les événements de vie traumatogènes, c'est à dire pouvant potentiellement entraîner des symptômes post traumatiques.

Les professionnelles et les professionnels seront plus à l'aise pour repérer de manière systématique et souligner d'emblée le lien entre le TSPT et les conduites addictives de l'utilisateur, s'ils ont bénéficié, au préalable, d'une formation ou d'une sensibilisation.

Enfin, des espaces d'échange de pratiques en équipe permettront de consolider les postures et d'alimenter et partager les réflexions.

COMMENT REPÉRER ?

Le repérage des événements traumatogènes doit être **systematisé** dès les premiers temps de l'intervention ou de l'accompagnement, en recherchant les événements traumatiques personnels, transgénérationnels ou encore la présence d'évènements traumatogènes actuels (violences, emprise, etc.).⁶

Dans le discours, cela peut se traduire concrètement **dès la première rencontre, introduisant le sujet et en le reconnaissant d'emblée**. Par exemple, il est possible de dire : *“Si vous êtes assis ici, dans mon bureau, c’est qu’il est fort probable que vous ayez vécu des événements de vie traumatiques”*.

QUELQUES CONDITIONS FAVORABLES

L'ensemble des fonctions (accueil, accompagnement socio-éducatif, suivi psychologique et médical, encadrement) sont concernées par la mise en œuvre de ces conditions.

Il s'agit notamment de :

- **Proposer un lieu et un cadre d'accueil sécurisant** : chaleureux, convivial, confidentiel, disposer favorablement des fauteuils dans les différents espaces, rendre visible les entrées et sorties, etc. ;
- **Permettre un accueil sans RDV** afin de libérer l'expression au moment où l'utilisateur/usagère se sent prêt à le faire : mise en place de permanences / créneaux sans rendez-vous, etc. ;
- **Adapter le seuil d'exigence** : en acceptant par exemple le non-respect des horaires de rendez-vous ;
- **Eviter une trop longue attente** dans l'espace d'accueil collectif ;
- **Prendre en considération des absences et des ruptures** d'accompagnement : élaboration d'un protocole de prévention des risques de rupture, etc. ;

[6] cf annexe 2 – questionnaire de repérage des EVT, élaboré par le Dr Sami Scerra à partir des questionnaires ACE (EVT de l'enfance) et THQ (EVT à l'âge adulte) et utilisé au Csapa 33.

- **Pouvoir reprendre le cadre de l'accompagnement** (règles d'accueil, fonctionnement) en cas de transgression (notamment si agressivité ou agitation importante) en nommant et en contextualisant, afin qu'il soit **fiable et sécurisant** pour la personne accueillie ;
- **Individualiser** l'accueil et **ajuster** les modalités de l'accompagnement, même temporairement, etc. ;
- **Adapter la temporalité** de l'accompagnement : en proposant par exemple des rendez-vous rapprochés si besoin.

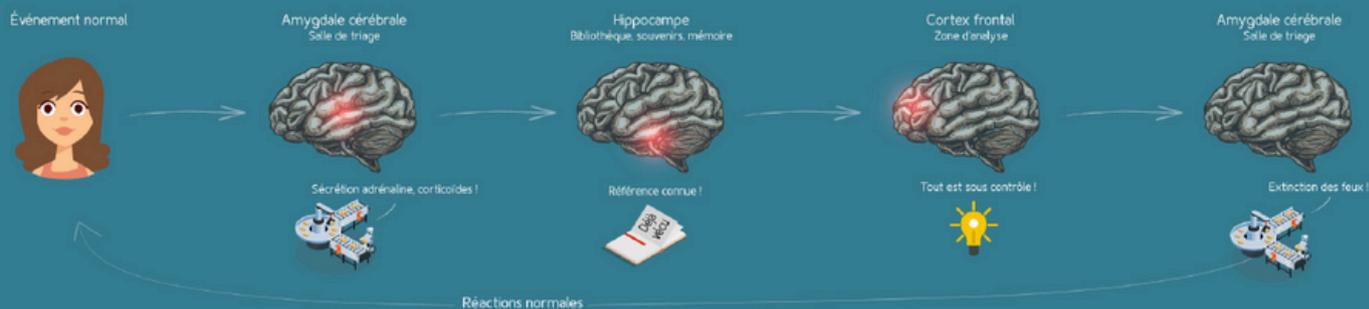
CSAPA CAEN RIVE GAUCHE

Au CSAPA Rive Gauche de Caen, nous bénéficions d'une **supervision** depuis 2002 à raison d'une fois par mois. Nous y avons mesuré que certains symptômes nous échappaient ainsi qu'aux patients eux-mêmes : des blancs de sens, c'est à dire un contraste entre l'état physique et psychique (se mettre minable) et l'absence de cause proportionnée dans le récit. Malgré une observation et une écoute qui nous paraissaient attentives, nous constatons une discordance entre des antécédents certes très difficiles d'abandon, de famille d'alcooliques, de maltraitance, de dépressions maternelles ... et un présent catastrophique ! Une incohérence dans la réalité. Le recours à la perte de conscience ou à la modification de la conscience, pour éviter la lucidité, une fuite. Notre lecture clinique a donc longtemps été, comme dans notre société, parcellaire en particulier en raison du silence entourant les violences sexuelles. On a alors réfléchi à cet ensemble de constats cliniques du côté du tabou à dire, à entendre, à penser ; une intuition autour du traumatisme, du sexuel et donc de l'abus et de l'inceste. Nous sommes début 2017 et nous organisons une formation sur la sexologie et le psychotraumatisme ; alors une déflagration, un raz-de-marée de révélations sans avoir besoin d'interroger nos patients inonde nos consultations. Sans cette formation nous ne pouvions accueillir une telle douleur ! Puisque nous étions tous formés collectivement, notre réponse a été de penser notre projet thérapeutique en thérapie ou prise en charge institutionnelle. La pensée collective est nécessaire pour soutenir et contenir des gens déstructurés : c'est une contenance psychique pour prendre soin des corps et des psychés. La particularité au centre ambulatoire du CSAPA Rive Gauche est, depuis sa création, **l'accueil sans rendez-vous**. Cette opportunité de la rencontre sans rendez-vous permet de saisir la demande quand elle émerge et évite un délai qui peut être source de nouvelles résistances et retenues. Ce dispositif a pris tout son sens en permettant d'accueillir des patients psychotraumatisés de la manière la plus souple possible face à la désorganisation de leur propre vie. Il témoigne pour les patients de la tolérance des soignants vis-à-vis de leur spontanéité et de leurs changements d'humeur, de leur détermination, voire du chaos de leur vie actuelle. Cette proposition est plébiscitée par les patients dans une parole relayée par le CVS (Conseil de Vie Sociale) : « On ne choisit pas quand on va mal », « Il faut battre le fer quand il est chaud. »

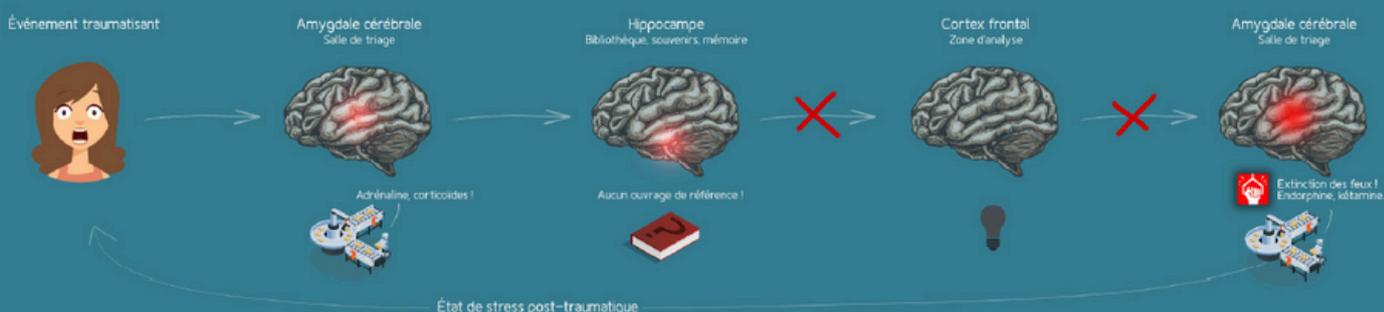
Nous faisons manuellement ce schéma à nos patients et leur expliquons la fonction du produit psychotrope qui comme les endorphines ou la « kétamine like » permet de se dissocier et d'éviter les reviviscences de la mémoire traumatique bloquée dans les amygdales cérébrales au lieu de s'être installée dans l'hippocampe (comme tout souvenir, enrichissant la *bibliothèque*) comme pour la réaction normale.



Réaction normale



État de sidération



3

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Le diagnostic d'un TSPT implique le dépistage des symptômes post-traumatiques en lien avec des événements traumatogènes.

Cela commence par une attention particulière portée à l'usagère ou l'utilisateur dès son arrivée dans la salle d'accueil puis au cours des échanges.

Les modes d'expression possibles du vécu traumatique sont multiples et peuvent revêtir différentes formes (dont certaines sont caractéristiques du psycho trauma) :

- Reviviscences envahissantes et intrusives des traumatismes en journée (pensées, images, sons, odeurs) et/ou la nuit (cauchemars récurrents) ;

- Hypervigilance (sursauts au moindre bruit, attitude inquiète, personne sur le qui-vive) ;
- Evitement des stimuli identifiés inconsciemment et/ou consciemment comme pouvant réactiver les traumatismes et déclencher des symptômes ;
- Altérations négatives des cognitions et de l'humeur, sentiment de détachement d'autrui, manque d'intérêt pour des activités importantes ;
- Difficultés à réguler les émotions, irritabilité, réactions impulsives ;
- Réactions dissociatives : dépersonnalisation, déréalisation, black-out, absences (pendant des trajets, en faisant une activité), entendre des voix, etc. ;
- Troubles de l'humeur, de l'attention, phobie sociale, anxiété.

Dans les établissements et/ou lors des interventions, ces modes d'expression peuvent se traduire par :

- un abord difficile ;
- une impression de détachement ;
- une agitation dans la salle d'attente ;
- une impossibilité à rester assis ;
- une difficulté à se situer dans le temps ;
- une fatigue intense ;
- un évitement du contact avec les professionnelles et professionnels et/ou les autres usagers et usagères ;
- des manifestations agressives ;
- une hyperréactivité au bruit, sursauts, etc.

Il est parfois difficile d'identifier s'il s'agit d'une manifestation d'un TSPT ou des conséquences de la consommation de substances psychoactives.

Même en l'absence de tableau clinique entier permettant de poser le diagnostic de TSPT, il est utile d'explorer les différents symptômes car ils peuvent relever de stratégies thérapeutiques spécifiques.

Lors d'entretiens cliniques, il s'agit de rechercher l'existence de symptômes post-traumatiques en lien avec les événements traumatogènes vécus.

Il est possible d'**introduire le dépistage** en prévenant l'usagère ou l'usager de l'importante prévalence d'évènements traumatiques pour les personnes concernées par une addiction et du lien entre les deux troubles. Il est important d'expliquer les modalités de prise en soin (cf section pratiques d'accompagnement) et l'adaptation des professionnelles et professionnels aux besoins et ressources aux différents temps de l'accompagnement.

Les professionnelles et professionnels peuvent s'aider de questionnaires à visée exploratoire (sans pour autant nécessairement poser officiellement de diagnostic). Il convient de noter que les conduites addictives ont souvent pour fonction d'atténuer la sévérité des symptômes post-traumatiques, notamment de type reviviscence.

Il faut donc poser la question de la présence de tels symptômes en l'absence de consommations, par exemple, lorsqu'apparaissent des cauchemars traumatiques à la suite d'un arrêt des consommations de cannabis.

Ce dépistage permet aussi d'aborder la **fonction des consommations** en lien avec les psychotraumas et pourra favoriser l'émergence d'une demande d'accompagnement spécifique (formalisation d'objectifs concrets et pragmatiques tel que la prise en compte de la temporalité propre à la personne).

Afin d'informer les usagères et usagers des pratiques à l'œuvre et de l'attention portée au psychotrauma, il est possible d'afficher des flyers expliquant les symptômes post-traumatiques.



QUELS OUTILS ?

Dépister un trouble de stress post-traumatique suppose la rencontre de plusieurs critères anamnestiques et cliniques.

Le premier critère est la présence d'un ou plusieurs événements traumatiques (souvent nombreux et survenus pendant l'enfance chez les personnes accompagnées en addictologie).

Le dépistage des symptômes post-traumatiques pourra être facilité par l'utilisation de **questionnaires**.

Lors d'une prise de rendez-vous, notamment dans un temps contraint, il est difficile de mesurer le temps nécessaire à l'échange. Il est donc important de prévoir un temps conséquent et suffisant.

Il est aussi nécessaire de s'autoriser à arrêter l'entretien puis à le reprendre avec l'usagère ou usager.

Cela permet de s'ajuster au plus près de là où en est la personne accompagnée dans son cheminement, toujours dans la perspective de libérer la parole et d'identifier la place des substances psychoactives dans la gestion des symptômes post-traumatiques ; et ce d'autant plus lorsqu'elle manifeste des difficultés ou une hypersensibilité à un cadre trop rigide, liées à l'existence d'EVT non intégrés.

Ce temps pourra favoriser l'émergence d'une demande d'accompagnement spécifique (formalisation d'objectifs concrets et pragmatiques tels que la prise en compte de la temporalité).

De plus, l'organisation de réunion clinique intégrant une exploration fine et des propositions thérapeutiques concernant l'ensemble des comorbidités associées aux addictions (dont le psychotrauma) apparaît pertinente pour soutenir les pratiques et ajuster les accueils proposés.

Exemples de questionnaires explorant les symptômes post- traumatiques :

-ITQ⁷ (International Trauma Questionnaire en version validée en langue française), état des lieux des symptômes post-traumatique. La passation peut se faire par tout ou toute professionnelle au cours d'un entretien ou en auto-questionnaire à donner à l'utilisateur ou à l'utilisatrice et à rediscuter lors de la remise du questionnaire ;

-PCL 5 : auto-évaluation se référant aux symptômes du TSPT identifiés dans le DSM 5, dont l'interprétation devra être faite par un clinicien ou une clinicienne.

4

PRATIQUES

D'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement correspond à l'ensemble de la prise en charge thérapeutique qui débute en réalité dès l'accueil et le repérage des évènements traumatogènes, moment qui permet d'aborder le lien avec les conduites addictives et de débiter la psychoéducation.

La considération des troubles de stress post-traumatiques en addictologie implique que l'organisation des soins prenne en compte chez les personnes accompagnées :

- la peur de la réactivation des symptômes post traumatiques si les consommations diminuent ;
- la peur d'être abandonné, trahi ;
- la méfiance envers les autres.

Les personnes accompagnées, dans leur parcours de vie ont appris à éviter, échapper aux sources de danger. Ces attitudes viennent souvent bousculer le cadre institutionnel mais doivent être considérées comme

[7] Cf annexe 3 - Questionnaire ITQ de diagnostic du TSPT complexe, qui peut notamment être utilisé comme dépistage des symptômes post traumatiques

des stratégies de survie, des tentatives d'adaptation. A cela s'ajoutent des aspects cliniques parfois trompeurs : les symptômes dissociatifs chroniques, s'ils sont mal connus, peuvent être interprétés comme un manque de motivation, du désintérêt.

Les difficultés de régulation émotionnelle, dans les relations interpersonnelles et certains schémas de cognition inadaptés, qui font partie intégrante du tableau de TSPT complexe, peuvent entraîner des comportements agressifs.

Une prise en charge intégrée (coordonnée et simultanée) des deux problématiques, addictive et psychotraumatologique est fortement recommandée.

En effet, si les symptômes post traumatiques ne sont pas traités simultanément à un travail de mise à distance de la consommation, leur aggravation est un facteur de risque de re consommation, voire de passage à l'acte suicidaire.

Il n'est pas rare qu'un craving important fasse suite à des séances de traitement psychothérapeutique des mémoires traumatiques. Il est donc essentiel de prendre en compte la problématique addictologique pour ne pas aggraver les consommations (aggravation qui complique les soins spécifiques du psychotrauma).

Dans la mesure du possible, il est important de stabiliser la personne accompagnée sur le plan des consommations mais aussi sur les plans somatique, socioprofessionnel, familial, etc. et de coconstruire avec elle un plan de soins pour débiter les soins spécifiques du psychotraumatisme au plus tôt. Ceci permet aussi d'avoir une perspective tangible qui peut servir de levier motivationnel sur le plan addictologique.

Une bonne coordination des soins entre professionnels et professionnelles travaillant en addictologie et en psychotraumatologie est nécessaire. Certains auteurs et autrices recommandent même, lorsque cela est possible, de privilégier une unité de lieu et de professionnels de prise en soin.

Afin de proposer un plan de soins personnalisé et adapté, il est nécessaire de procéder à des synthèses cliniques pluridisciplinaires prenant en compte de façon intégrée les problématiques addictives, psychotraumatiques et sociales.

CSAPA BORDEAUX - STAFF PSYCHOTRAUMA

Dans le cadre de la construction d'un parcours "psychotrauma" au CSAPA de Bordeaux, des réunions cliniques bimensuelles ont été mises en place, d'une durée de 1h30, regroupant des professionnels formés au psychotrauma, ouvertes à toute l'équipe. Ce temps permet d'évoquer de façon spécifique et focalisée les problématiques psychotraumatiques, l'actualité en psychotraumatologie (congrès, formation, articles importants, etc.) et d'inviter des partenaires (présentation de situations cliniques pour avis).

MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT

Il est nécessaire de penser l'organisation de l'espace de la rencontre afin de diminuer les symptômes d'hypervigilance ; notamment, en privilégiant le fait que la personne accompagnée puisse être positionnée de telle sorte que la porte du bureau ou de la salle soit directement visible et non dans son dos.

- **La rencontre / l'alliance thérapeutique :**

En cas de comorbidités TSPT - addiction, les symptômes et les comportements de la personne accompagnée peuvent rendre plus difficile l'alliance thérapeutique en induisant un possible rejet par les professionnels et professionnelles ou un transfert sur un mode négatif. Il s'agit de proposer un accompagnement particulièrement souple, personnalisé, pluridisciplinaire, cohérent, sécurisant et qui prenne en compte les savoirs expérientiels et les besoins de la personne accompagnée.

- **La stabilisation :**

De façon assez classique en addictologie Il faut veiller préalablement à la stabilisation de la **situation sociale** de la personne en s’assurant de lui permettre de satisfaire ses besoins primaires et fondamentaux : alimentation, logement, couverture sociale, soins médicaux urgents, crise psychique, etc.

Une stabilisation des consommations est également nécessaire pour permettre la pleine efficacité du traitement des symptômes post-traumatiques.

Un travail d’équilibration médicamenteuse peut s’avérer être un préalable nécessaire à certaines techniques de psychothérapie (par exemple, arrêt si possible des benzodiazépines avant le travail en EMDR).

L’apprentissage d’outils d’aide à la régulation émotionnelle en individuel ou en groupe est également nécessaire (relaxation, pleine conscience, cohérence cardiaque, autohypnose, sophrologie, etc.).

Il est important de penser l’organisation de l’espace pour s’adapter à la personne (vigilance, méfiance, réactivations) et il est parfois nécessaire d’investir dans des objets d’ancrages (fidget = petits objets à manipuler : balles anti-stress, peluches, etc.)

- **Phase de psychoéducation :**

Cette phase de psychoéducation peut se révéler être un **outil majeur** de l’alliance thérapeutique.

Expliquer les mécanismes en jeu dans le TSPT et les liens entre symptômes, mécanismes post-traumatiques et conduites addictives constitue une partie majeure et indispensable de la prise en soin.

En utilisant des outils divers (vidéos, podcast, lectures, schémas), il s’agit de fournir des explications simples à la personne accompagnée en relation avec son vécu, ses expériences et ses ressentis.

Cela participera à lui faire prendre conscience que ses symptômes “incompréhensibles” sont explicables et traitables. Ceci peut être un fort levier motivationnel et favorise le renoncement à la culpabilité.

Cette phase de psychoéducation permet de rassurer les personnes et de les prévenir de la majoration potentielle et transitoire des symptômes addictologiques (craving) et psychotraumatiques (reviviscences, évitement) lors des différentes étapes du soin. Il est essentiel d'expliquer les causes et les perspectives progressives d'amélioration possibles, tout en prévenant que la durée des soins nécessaire peut être parfois prolongée (notamment pour les psychotraumas complexes, souvent associés aux conduites addictives les plus sévères).

En présence ou non de la personne accueillie (selon son souhait), la psychoéducation peut être utilisée comme levier auprès de **l'entourage**, pour rétablir le dialogue dans la sphère familiale et conjugale.

Cela peut permettre de **lutter contre les préjugés** liés aux addictions qui peuvent parfois être présentées dans la sphère publique comme une « pathologie de la volonté » voire comme une maladie du cerveau (entendu comme un défaut de fonctionnement inné).

- **Accompagnement par des approches spécifiques :**

Certaines approches spécifiques ont pour objectif de traiter les mémoires traumatiques et ainsi de diminuer le risque et l'intensité des reviviscences, avec un impact attendu à terme sur les mécanismes d'évitements (dont les addictions).

Tout au long de ce processus, la **permanence de l'accompagnement socio-éducatif** permet un travail sur les troubles de l'attachement ou les difficultés relationnelles générées par les psychotraumatismes, inscrite dans le temps. Ce travail sur l'amélioration de l'estime de soi, des modes d'interactions sociales et de l'autonomie se réalise notamment à travers des entretiens motivationnels et des accompagnements extérieurs.

Ci-après une liste non-exhaustive des **approches spécifiques validées ou en développement** :

- TCC d'exposition progressive
- EMDR / IMO / HTSMA (TLMR) / MOSAIC
- Hypnose
- Thérapie de reconsolidation exogène de Brunet
- Intégration du Cycle de la Vie (ICV), thérapie narrative et autres thérapies du champ des thérapies brèves inspirées de l'école de Palo Alto...
- Thérapies psycho corporelles qui permettent d'intégrer la médiation corporelle et la gestion des émotions qui est primordiale dans l'accompagnement du traitement du TSPT
- Thérapies « psychédéliques » : Pour l'instant non autorisée en France, l'utilisation thérapeutique de substances psychédéliques pour traiter le psychotrauma est en plein développement. De nombreuses études plutôt encourageantes sont réalisées à travers le monde concernant notamment la MDMA. Dans certains pays (Suisse notamment), ces thérapeutiques peuvent être proposées chez des personnes en échec des prises en soins classiques et sont volontiers associées à des psychothérapies (Psychothérapies Assistées par Psychédéliques).

Pour la HAS et l'OMS⁸, l'EMDR et les TCC centrées sur les traumas sont les seules techniques actuellement validées pour la prise en charge des psychotraumas simples. Pour les psychotraumas complexes, aucune technique n'est actuellement privilégiée. En addictologie, les usagers et usagères présentent le plus souvent des TSPT complexes avec des difficultés à réguler les émotions, des difficultés interpersonnelles et des cognitions inadaptées. Le soin psychothérapeutique devra prendre en compte le traitement des croyances (restructuration cognitive), l'aide à la régulation émotionnelle et l'aide à l'apprentissage d'interactions sociales nouvelles et plus sécurisantes.

[8] World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013

Des **traitements médicamenteux** peuvent soutenir ces approches. Les antidépresseurs de la famille des inhibiteurs de recapture de la sérotonine peuvent être indiqués dans les TSPT, les benzodiazépines et antipsychotiques n'ayant pas démontrée de bénéfice dans les études sont plutôt à éviter. En cas de nécessité d'anxiolyse, des traitements comme l'hydroxyzine peuvent être proposés. En cas de cauchemars récurrents traumatiques, certaines équipes utilisent la Prazosine à des posologies pouvant aller jusqu'à 15 mg/jour (hors AMM).

CSAPA DU CHER (18)

Sophie FIERDEPIED-BIBA, Psychologue clinicienne et co-présidente de la commission scientifique.

L'EMDR est un outil reconnu pour retraiter les événements traumatiques du passé, que ces derniers soient causes ou conséquences de l'addiction. **L'EMDR** permet de travailler directement sur l'événement, sur ses déclencheurs, sur les symptômes du TSPT. Cependant, il existe des protocoles spécifiques pour traiter les addictions (CRAVEX, DeTUR...) mais aussi les troubles de l'attachement, les difficultés de gestion des émotions... Après le premier accueil, les patients présentant un TSPT potentiel sont orientés vers le psychologue formé en EMDR qui complète l'anamnèse, fait de la psychoéducation sur le TSPT et les addictions. Des exercices de stabilisation sont un préalable afin de voir si le patient peut soutenir le travail en EMDR. En parallèle, le patient peut bénéficier d'un co-suivi avec un autre professionnel afin de maintenir des objectifs motivationnels sur la vie quotidienne (IDE, travailleur social). Les réunions de synthèse hebdomadaires permettent de faire le point sur l'avancée de ce travail pluridisciplinaire.

Un **dispositif « violences intra-familiales »** est également mis en place depuis 2015 pour recevoir les enfants et le parent victimes de violence d'un membre de la famille sous l'emprise d'un produit. Sur orientation des partenaires dont l'UMJ, ces consultations se font, la plupart du temps, en binôme pluridisciplinaire (psychologue-éducateur/animateur socio-éducatif) et permettent d'évaluer et d'accompagner ces victimes. Là encore, toutes les situations sont évoquées en réunion de synthèse avec l'ensemble de l'équipe. Une supervision a lieu tous les trimestres avec une psychologue spécialiste, extérieure à l'association, pour aborder les situations les plus complexes. Selon les compétences des professionnels, des exercices de stabilisation en EMDR, hypnothérapie, ou sophrologie sont proposées aux enfants et parents.

PRISE EN COMPTE DU RISQUE DE TRAUMA VICARIANT ET D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Une organisation de l'équipe autour de la prévention du trauma vicariant et de l'épuisement professionnel est nécessaire.

Il est recommandé de manière préventive que les professionnels et professionnelles puissent avoir des temps d'activité différents des consultations individuelles (groupes et ateliers, formations, réunions cliniques, réunions de travail et de réflexion sur le fonctionnement du CSAPA, etc.).

Un repérage des signes de souffrance psychique peut être proposé régulièrement aux professionnels et professionnelles par :

- auto-questionnaires (ProQol⁹ ou autres),
- sensibilisation des professionnels et professionnelles,
- travail d'équipe structuré où les professionnels et professionnelles sont attentifs et attentives les un.es aux autres.

Des espaces, de type analyse de pratiques professionnelles ou supervisions, permettant d'évoquer les résonances éventuelles, difficultés ou questionnements en rapport avec certaines situations sont également fortement recommandés.

Enfin, pour accompagner des personnes souffrant de psychotrauma, il n'est pas nécessaire que l'ensemble de l'équipe connaisse les détails de l'évènement traumatique afin de protéger les personnes accompagnées (respect du secret partagé, éviter la réactivation du trauma par la répétition) et les professionnels et professionnelles.

[9] Cf annexe 4 - questionnaire Proqol utilisé pour repérer l'épuisement compassionnel, le trauma vicariant.

TRAVAIL EN RÉSEAU ET PARTENARIAT

Travailler en réseau, connaître les professionnels et professionnelles ressources en psychotraumatologie et établir des partenariats en ce sens est fondamental. Cela permet de proposer aux personnes accompagnées un accompagnement adapté et de qualité mais aussi de soutenir les professionnels et professionnelles dans leurs pratiques et prévenir l'épuisement.

Dans chaque région il existe un **Centre Régional de Psychotraumatologie** (CRP) structure de référence sous l'autorité du CN2R (Conseil National Ressources et Résilience), qui propose des soins, bilans, avis, formations, documentation, annuaires des professionnels ressources. Il convient aussi de travailler en collaboration avec les CMP, psychiatres et psychologues libéraux formés à la prise en charge du psychotrauma.

EXEMPLE D'UN MINI PARCOURS AU CSAPA 31

Le programme, mis en place depuis août 2024, se déroule sur 5 semaines, avec 2 séances de 2h par semaine, avec :

- une séance de psychoéducation, collective, ayant pour thèmes la psychopathologie du psychotraumatisme, le lien entre les addictions et le psychotraumatisme, les émotions et la dysrégulation émotionnelle, les croyances sur soi et le monde, prendre soin de soi ;
- une séance d'exercices psychocorporels qui s'appuie sur des exercices d'ancrage, de pleine conscience, de respiration, de mise en mouvement du corps, permettant de développer un sentiment de sécurité et de se réappropriier les sensations corporelles (souvent mises à distance par la dissociation et la consommation de substances).

Ce programme s'adresse aux usagers du CSAPA ayant une pathologie duelle psychotrauma et addiction. Le groupe est composé de 4 à 6 participant·es et 3 à 2 intervenant·es du CSAPA 31.

Critères d'inclusion : être suivi au CSAPA et avoir une problématique de psychotrauma.

Avant d'intégrer le programme, un entretien individuel est proposé afin de présenter le programme et s'assurer que l'état de santé de la personne est compatible avec sa participation. L'abstinence n'est pas un prérequis.

Si les consommations ou les troubles psychiques sont trop graves, une prise en charge individuelle préalable sera nécessaire.

Si l'état de santé est compatible avec une participation au groupe, il sera proposé à la personne de passer des échelles d'évaluation du psychotrauma, qui seront à nouveau passées en fin de programme au cours d'un entretien de conclusion.

9

Durant le parcours de soin, les intervenant-es accompagneront les participant-es dans les démarches suivantes :

- développer un savoir théorique sur le psychotrauma, les addictions, les émotions ;
- apprendre à reconnaître les symptômes et les comprendre, permettant une reprise de contrôle ;
- développer de nouvelles compétences cognitives, émotionnelles et comportementales de gestion des émotions, du craving, des symptômes du psychotrauma ;
- contenir les stimuli déclencheurs de la symptomatologie du psychotrauma et des addictions ;
- renforcer les capacités intégratives pour améliorer la qualité de vie et le bien être subjectif ;
- diminuer le sentiment d'impuissance, de mésestime, d'incurabilité et enrayer les risques de complications.

“Quand on y pense toujours, on n’y pense pas assez.”¹⁰

Le psychotraumatisme n’est pas l’affaire de spécialistes mais bien celle de l’ensemble des professionnelles et des professionnels de l’établissement, engagés dans l’accompagnement et la prévention des conduites addictives. La prise en compte du psychotrauma oblige à penser l’accueil et l’accompagnement autrement que par le seul prisme de la conduite addictive.

Afin de soutenir cette orientation, la démarche doit être portée collectivement et institutionnellement. Déployer des parcours individualisés de soin nécessite une cohérence entre la prévention et le médicosocial, afin que les usagers et usagères bénéficient d’un repérage, d’un dépistage puis d’un accompagnement adapté au plus tôt.

Il semble donc aujourd’hui nécessaire de sensibiliser et de former l’ensemble des professionnels et professionnelles, prévention incluse, puis de faire vivre au sein des équipes cette approche.

En effet, prendre en compte et en soins les psychotraumas en addictologie nécessite un ajustement des pratiques et une cohérence entre les différentes et différents professionnels.

Pour cela, l’ensemble de l’équipe (des fonctions d’accueil à la direction en passant par les services de prévention et de formation) doit être partie prenante de cette approche et à minima sensibilisée aux enjeux.

Il est indispensable de définir “qui fait quoi”, en passant par des questions pratiques posées collectivement et individuellement car le psychotrauma est l’affaire de toutes/tous mais toutes/tous ne peuvent pas tout faire.

Ces questionnements doivent permettre de garantir la cohérence du dispositif, renforcer la contenance de l’accompagnement et faciliter la parole pour les personnes accompagnées.

[10] Pr Yves Malinas

Cette approche holistique de la personne avec son histoire personnelle souvent dramatique, implique une prise en compte institutionnelle et personnelle des rapports sociétaux de domination sources des violences interpersonnelles, qui sont les types d'évènements de vie les plus pourvoyeurs de TSPT. Il s'agit d'aider la personne à rétablir une estime d'elle-même à la hauteur des ressources qu'elle a su mobiliser pour survivre dans un environnement difficile.

OUTILS, RÉFÉRENCES, BIBLIOGRAPHIE

Recueil non-exhaustif – y sont intégrées des références partagées par le Csapa Toulouse, intégrées au livret d'accueil donné aux participant-es lors du mini-parcours.

TW : Trigger Warning > indique que la ressource aborde un sujet sensible avec risque de réactivation de souvenir traumatique.

Podcasts :

- Binge Audio. « Sommes-nous tous.tes traumatisé.es », Encore Heureux, 31 janvier 2024. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=NYo7GmOV3nw>
- Association Francophone du psychotrauma et de la dissociation (AFDT). Podcast DissociationS, saison 1, 2023 (12 épisodes). Disponible sur : <https://www.aftd.eu/page/2145561-podcasts>
- France Culture. « Trauma et violence sexuelle : de l'agression à la réparation ». Carnets de Santé, novembre 2024 (6 épisodes). Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-trauma-et-violence-sexuelle-de-l-agression-a-la-reparation>
- France Culture. « Les enfants peuvent-ils parler ? ». LSD, juillet 2018 (4 épisodes). Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-les-enfants-peuvent-ils-parler#concept-about> - **TW violences sur les enfants.**
- France Culture. « L'inceste ». LSD, janvier 2022 (4 épisodes). Disponible sur : https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-l-inceste-TW_inceste.
- Ipokamp. « Le psychotrauma ». Saison 2, 2024 (9 épisodes). Disponible sur : <https://www.ipokamp.fr/>
- Louie Média. « Où peut-être une nuit ». Injustices, Charlotte Pudlowski, septembre 2020 (7 épisodes). Disponible sur : <https://louiemedia.com/injustices-2/ou-peut-etre-une-nuit> - **TW inceste.**

- Binge Audio, « 20 000 lieues sous ma chair », Le Cœur sur la table, Caroline Pottier, mars 2024 (6 épisodes). Disponible sur : <https://www.youtube.com/playlist?list=PLyCRmK8pIHda30eTVURrEZtOIEveMk6s1> - **TW inceste.**
- Arte Radio. « L'autodéfense des enfants ». Un podcast à soi, n° 42, Charlotte Bienaimé, mars 2023. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=uevz4W5GhkW>
- Arte Radio. « Justice pour toutes ». Un podcast à soi, n° 11, Charlotte Bienaimé, octobre 2018. Disponible sur : https://www.arteradio.com/son/61660303/justice_pour_toutes - **TW VS.**
- Arte Radio. « Inceste ou pédocriminalité : la loi du silence ». Un podcast à soi, n° 24, Charlotte Bienaimé, mars 2020. Disponible sur : https://www.arteradio.com/son/61663468/inceste_et_pedocriminalite_la_loi_du_silence - **TW inceste.**
- Nouvelles Écoutes. « La fille sur le canapé », Collection Intime et politique, Axelle Jah Njiké, novembre 2020. Disponible sur : <https://nouvellesecout.es.fr/podcast/la-fille-sur-le-canape/> - **TW inceste.**
- Binge Audio. « La loi de l'inceste ». Les couilles sur la table, # 71 et #72, Victoire Tuillon, Dorothee Dussy. Disponible sur : <https://www.binge.audio/podcast/les-couilles-sur-la-table/la-loi-de-linceste> - **TW inceste.**
- Binge Audio. « Écrire l'inceste avec Neige Sinno ». Les couilles sur la table, Nous faire justice #6. Disponible sur : <https://www.binge.audio/podcast/les-couilles-sur-la-table/O6-ecrire-linceste-avec-neige-sinno> - **TW inceste.**
- Papatriarcat. « Attachement, parentalité et relations » #136, Joanna Smith, 25 janvier 2024. Disponible sur : <https://papatriarcat.fr/2024/01/24/136-attachement-parentalite-et-relations-joanna-smith/>

Vidéos :

- Arrêtons les violences. Clips pédagogiques : paroles d'expertes [en ligne]. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/les-paroles-d-expertes>
- Cn2r Centre national de ressources et de résiliences. Replay des événements [en ligne]. Disponible sur : <https://cn2r.fr/ressources/replay/>
- François Louboff. Réactivation d'une mémoire traumatique, version parlée sans musique. 13 octobre 2019, 13 min 54. Disponible sur : <https://youtu.be/DTn8pvycOZo>
- <https://dai.ly/x6xi2pf>
- PsykoCouac. « L'attachement et ses problèmes » #8, 21 décembre 2016, 19 min 22. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=mi6EZIX_BE8&t=0s

- PsykoCouac. « Stress post traumatique » #14, 2017, 14 min 25. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=RAaUlcKWJec>
- Julien RENAULT IFS Centre. "Les traumatismes". 3 vidéos, décembre 2018. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=2i2glwsHY9A>

Sites internet :

- Cn2r Centre national de ressources et de résiliences : outils pour les usagers comme pour les professionnels notamment les fiches en ligne :

- *Comprendre les violences conjugales*. Mars 2023. Disponible sur : https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2023/03/Fiche_Comprendre_violences_conjugales_2.pdf

- *Comprendre le trouble traumatique développemental chez l'enfant ou l'adolescent victime de violences intrafamiliales*. Mars 2023. Disponible sur : https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2023/03/Fiche_Enfants_violences_intrafamiliales.pdf

- Le Trauma. Le trouble de stress post-traumatique. Fiche disponible sur : <https://www.capsantementale.ca/wp-content/uploads/2022/08/ptsd-trauma.pdf>

Ressources scientifiques :

- Cn2r Centre national de ressources et de résiliences. Dossiers scientifiques [en ligne]. Disponible sur : <https://cn2r.fr/je-suis-chercheur/dossiers-scientifiques/>

Ouvrages et articles scientifiques ;

- Ducrocq F. « Le psychotrauma en chiffres. Des enjeux multiples ». Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2009 ; 9 (4) : 199-200
- Bellet P. & Varescon I. « Trouble de stress post traumatique et usage de substances. État des lieux des connaissances ». *Alcoologie et Addictologie*, 2019 ; 41 (1) : 22-32.
- Driessen M., Schulte S., et al. « Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence : a multi-center study ». *Alcohol Clin Exp Res*. 2008 Mar;32(3):481-8.
- Morel A. « 23. Psychotraumatismes et addictions ». Dans : *Addictologie en 49 notions*. Dunod, 2015, pp. 253-263
- Dervaux A., Lerner S., Rousselet A. « 4. Facteurs de vulnérabilité des addictions ». Dans : *Pratiques cliniques en addictologie*. Lavoisier, 2017, pp. 24-34.
- Kédia M et Al. *Aide-mémoire en psychotraumatologie en 51 notions*, 3ème édition. Dunod 2020
- Mengin A, Rolling J. *Le grand livre du trauma complexe*. Dunod 2023

Ouvrages :

Livres ;

Tous TW violences sexuelles (VS) / inceste (sauf "A propos d'amour", "L'année de la pensée magique", "Le corps n'oublie rien", "Des yeux pour guérir" et "Les maladies ne tombent peut-être pas du ciel".

- Camille Kouchner. La familia grande. Seuil, 2022
- Vanessa Springora. Le consentement. Livre de poche, 2021
- Neige Sinno. Triste tigre. P.O.L, 2023
- Adelaïde Bon. La petite fille sur la banquise. Grasset, 2018
- Delphine de Vigan. Rien ne s'oppose à la nuit. JC Lattès, 2011
- Maya Angelou. Je sais pourquoi l'oiseau chante en cage. Livre de poche, 2009
- Dorothy Dussy. Le berceau des dominations. Pocket, 2021
- Iris Brey, Juliet Drouar. La culture de l'inceste. Collectif Le Point, 2024
- Laeila Benoit. Infantisme. Seuil, 2023
- Daniel Delanoë. Les châtiments corporels de l'enfant, une forme élémentaire de la violence. Eres, 2017
- Camille Laurens. Fille. Folio, 2022
- Marcia Burnier. Les orageuses. Cambourakis, 2021
- Virginie Despentes. King Kong théorie. Livre de poche, 2007
- Bell Hooks. À propos d'amour. Divergence, 2022
- Joan Didion. L'année de la pensée magique. Livre de poche, 2009 TW deuil
- Bessel Van Der Kolk. Le corps n'oublie rien. Albin Michel 2018
- Francine Shapiro, Margot Silk Forrest. Des yeux pour guérir. Éditions du seuil 2005
- Tarquinio C. Les maladies ne tombent peut-être pas du ciel. Dunod 2022

Bandes-dessinées ;

- Steve Haines, Sophie Standing. Le trauma, quelle chose étrange. Ça Et Là, 2019
- Emily Carrington. Notre petit secret. La Pastèque, 2023 TW inceste
- Émotions, enquête et mode d'emploi. Tome 1, Art-Mella, collection Pourpenser, 2019
- Brent Williams, Korkut Oztekin. Je vais mieux merci ; vaincre la dépression. Tchou, 2018
- Quentin Zuttion. Touchées. Payot, 2019
- Jean-Louis Tripp. Le petit frère. Casterman, 2022 TW accident, deuil
- Théa Rojzman, Sandrine Revel. Grand silence. Glénat, 2021 TW inceste
- Catherine Meurisse. La légèreté. Dargaud, 2016
- Sandrine Revel et Théa Rojzman. Grand Silence. Éditions Glénat. 2021

Séries ;

- Feel good, 6 épisodes, réalisation Mae Martin, 2020
- Sambre, 6 épisodes, réalisation Alice Géraud, Marc Herpoux, 2023 TW viol
- Unbelievable, 8 épisodes, réalisation Michael Chabon, Susannah Grant, Ayelet Waldman, 2019 TW viol
- Top of the lake, 2 saisons, réalisation Jane Campion, Gérard Lee, 2013 TW viol, violences sexuelles sur les enfants

Films ;

- Je verrai toujours vos visages, réalisation Jeanne Herry, 2023
- Wild, Jean-Marc Vallée, 2014 TW addictions, deuil
- Les chatouilles, Andréa Bescond et Eric Metayer, 2018 TW inceste
- Une famille, Christine Angot, 2024 TW inceste
- Dalva, Emmanuelle Nicot, 2022 TW inceste
- Volver, Pedro Almodovar, 2006 TW inceste
- Inceste : La conspiration des oreilles bouchées, Carole Roussopoulos, 1988 TW inceste
- Un silence si bruyant, Emmanuelle Béart, 2023 TW inceste
- Le consentement, Vanessa Filho, 2023 TW violences sexuelles

Les membres de la CPP ayant participé à la réalisation de cette fiche :

Marc RONDONY, médecin coordinateur 66 et coprésident de la CPP

Julie DERAMAT, éducatrice spécialisée 33 et coprésidente de la CPP

Sami SCERRA, médecin coordinateur 33, membre CS au titre de la CPP

Bruno CHATEL, Infirmier 50

Franck MOULIUS, CS prévention / formation 75, coordinateur dispositif Fêtez clairs

Mélanie BARSE, animatrice de prévention en Nouvelle Aquitaine

Grégory DUPERRON, directeur d'établissement 03

Véronique BARDOT, psychologue clinicienne 52

Grégory LANGE, directeur d'établissement 27

Agnès MERRAN, secrétaire administrative et comptable 85

Patricia BRABANT, infirmière 88

Dominique MUNICH, secrétaire CSAPA la Réunion

Patrick DAIME, administrateur

Christine GENIN-COSSIN, administratrice

Jean-Philippe ERHARD, responsable qualité des activités, DNA

Solweig LE MOAL, directrice nationale des activités, DNA

Julie BUQUET, responsable du pôle médico-social, DNA

Les contributeurs et contributrices :

Rénata FRANCO, psychologue clinicienne, et l'équipe du Csapa 31

Sophie FIERDEPIED-BIBA, Psychologue clinicienne au Csapa 18 et co-présidente de la Commission Scientifique

Christophe BURRI et l'équipe du Csapa Caen Rive-Gauche

L'équipe du Csapa 33