LE PSYCHOTRAUMA, L'AFFAIRE DE TOUTES ET TOUS !

Association Addictions France

FICHES *REPÈRES*

Edition SEPTEMBRE 2025

PSYCHOTRAUMAS ET CONDUITES ADDICTIVES :
REPÉRAGE DES ÉVÈNEMENTS DE VIE TRAUMATOGÈNES,
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

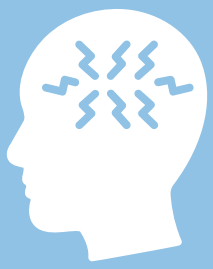
INTRODUCTION

Les personnes accompagnées en centres de soins en addictologie ont une prévalence d'exposition à des évènements 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 évènements 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 évènements 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 évènements 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.



1 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'évènements répétés sur une durée prolongée desquels il est difficile voire impossible de s'échapper (maltraitances infantiles, violences intrafamiliales, tortures, etc.). On parle alors de trauma de **type 2**. Ces évènements sont souvent associés à un sentiment de terreur, d'impuissance.
On distingue les évènements 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 psychophysiologique 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 évènements 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'évènement 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 évènements de type 1 et de **TSPT complexe** quand les symptômes suivent des évènements 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 traumas 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 traumas : 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.

  - **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 évènements 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.

2 CHIFFRES CLÉS

ÉVÈNEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES ET ADDICTION

Selon l'étude ACE[1], il y a une relation dose-effet entre le nombre d'évènements adverses survenus[2] 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 2017[3] 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 TSPT [4], l'addiction étant considérée comme une stratégie de coping [5] 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

3 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 sécurisées 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 évènements de vie traumatogènes, c'est à dire pouvant potentiellement entrainer 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'usager, 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 évènements traumatogènes doit être systématisé dès les premiers temps de l'intervention ou de l'accompagnement, en recherchant les évènements 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 évènements 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 :

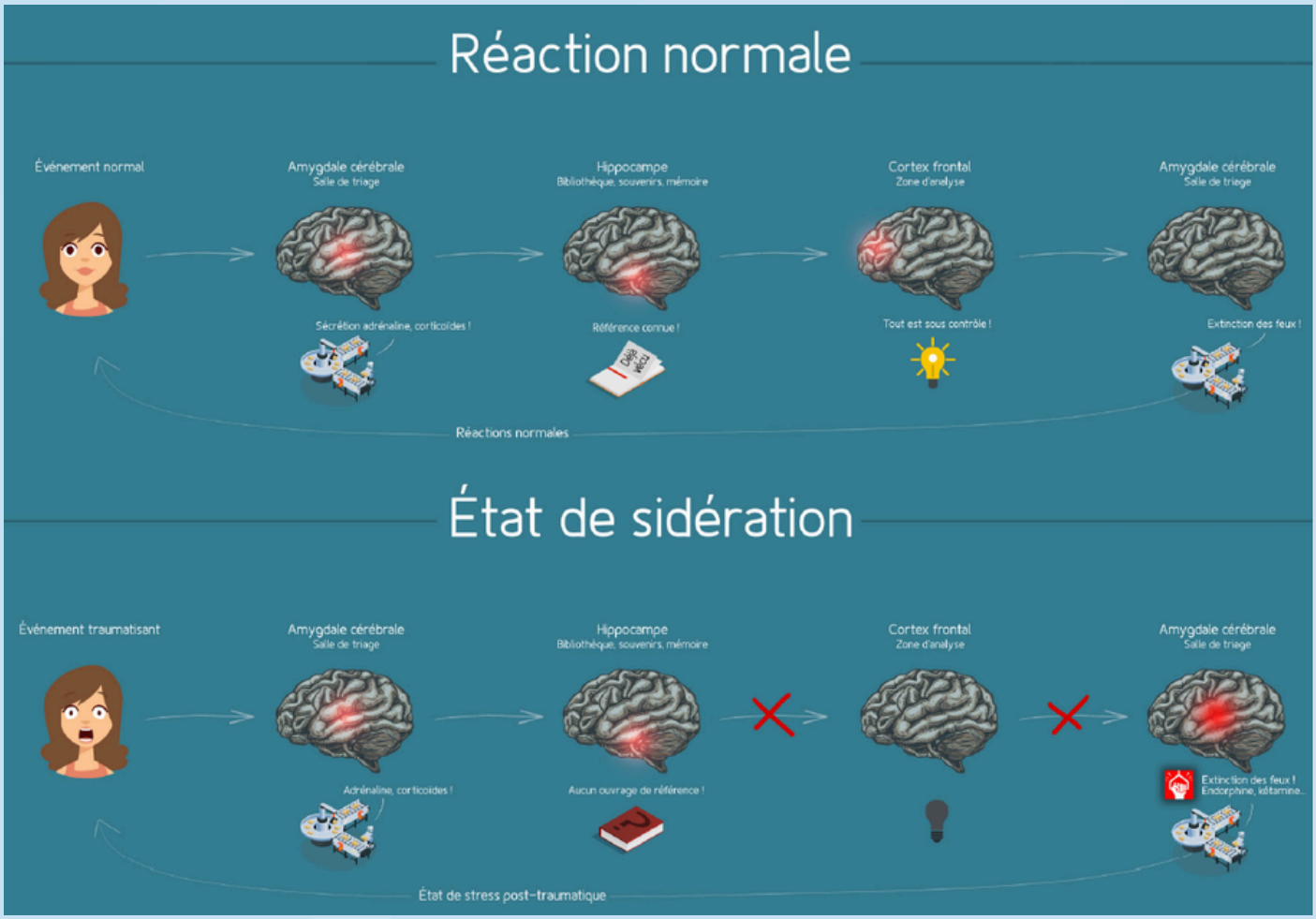
- Proposer un lieu et un cadre d'accueil sécurisant : chaleureux, convivial, confidentiel, disposer favorablement des fauteuils dans les différents espaces, rendre visible les entrées et sorties, etc. ;
- Permettre un accueil sans RDV afin de libérer l'expression au moment où l'usager/usagère se sent 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'age 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 constations 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 psycho-traumatisme ; 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 propo*sition 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.



3 MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Le diagnostic d'un TSPT implique le dépistage des symptômes post-traumatiques en lien avec des évènements traumatogènes.
Cela commence par une attention particulière portée à l'usagère ou l'usager 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 évènements 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 évènements 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) apparait pertinente pour soutenir les pratiques et ajuster les accueils proposés.

Exemples de questionnaires explorant les symptômes post- traumatiques :

-ITQ[7] (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'usager ou à l'usagère 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 débuter 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 entrainer 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 débuter 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'OMS[8], 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 (ProQol[9] 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, connaitre 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 réapproprier 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 reconnaitre 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.

5 CONCLUSION

"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 inclue, 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, BILBLIOGRAPHIE

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=PLyCRmK8pIHda30eTVURrEZt0IEveMk6s1 - ***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://nouvellesecoutes.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 Tuaillon, Dorothée 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/06-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 évènements [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/DTn8pvyc0Zo
- 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=mi6EZ1X_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 traumas". 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
- Sous la direction d'A. Tarot - Le Coutour "Addictions, traumatisme, inceste – Parcours d'un centre de soin", Champ social 2022

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 :

Maé ILIEF, Psychiatre addictologue au CSAPA 31
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
Mathilde BRAGEOT, médecin psychiatre addictologue, et Louison FOURY, psychologue CSAPA 75

Les expériences traumatiques de l'enfance - Calcul de votre « ACE score »

Adverse Childhood Experiences

Les "ACE studies" sont une série d'études américaines (la première publication date de 1998, par Felitti et al.) traitant des effets des maltraitances infantiles sur l'état de santé et la qualité de vie à l'âge adulte. (Pour en savoir plus : http://www.acestudy.org/) Deux remarques : d'une part, les résultats présentés à la fin de ce document concernent une population américaine et ne peuvent donc qu'être extrapolés à la population française. D'autre part, ils ne font pas figure de prédictions mais révèlent seulement une prévalence statistique (les maladies ou comportements décrits peuvent se produire ou non).

Pendant vos 18 premières années :

☐ **1**. Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage vous a souvent ou très souvent :

Insulté, rabaissé, humilié, crié dessus

Ou a agi d'une manière qui vous a fait craindre que vous puissiez être blessé physiquement ?

☐ **2.** Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage vous a souvent ou très souvent :

Poussé, empoigné, giflé ou jeté quelque chose dessus ?

Ou bien frappé si fort que vous en aviez des marques ou des blessures ?

☐ **3.** Est-ce qu'un adulte ou une personne d'au moins 5 ans votre aînée vous a :

Touché ou caressé ou fais toucher leur corps de manière sexuelle ?

Ou tenté ou obtenu un rapport sexuel (oral, anal ou vaginal) ?

☐ **4.** Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que :

Personne dans votre famille ne vous aimait ou pensait que vous étiez importante ou spéciale ?

Ou les membres de votre famille ne faisaient pas attention les uns aux autres, ne se sentaient pas proches les uns des autres, ou ne se soutenaient pas mutuellement ?

☐ **5.** Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que :

Vous n'avez pas eu assez à manger, avez dû porter des vêtements sales, et n'aviez personne pour vous protéger ?

Ou vos parents étaient trop ivres ou trop drogués pour prendre soin de vous ou vous emmener chez le médecin si vous en aviez besoin ?

☐ **6.** Vos parents se sont-ils séparés ou ont-ils divorcé ?

☐ **7.** Est-ce que votre mère ou votre belle-mère :

a été souvent ou très souvent poussée, empoignée, giflée, ou reçu des objets jetés sur elle ?

Ou parfois, souvent, ou très souvent reçu des coups de pied, été mordue, frappée avec le poing ou un objet contondant ?

Ou frappé à plusieurs reprises au moins quelques minutes ou menacée avec un pistolet ou un couteau ?

☐ **8.** Avez-vous vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou toxicomane ?

☐ **9.** Est-ce qu'un membre du ménage a souffert de dépression ou de maladie mentale ?

Ou est-ce qu'un membre du ménage a tenté de se suicider ?

☐ **10.** Est-ce qu'un membre du ménage est allé en prison ?

Additionnez les cases cochées : vous obtenez votre score ACE.

Score ACE égal à 1

1,2 fois plus de risques d'être fumeur

1,5 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque

2 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse

1,6 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)

1,7 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible

1,04 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique

2 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme

3,5 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme

1,25 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)

1,06 fois plus de risques de contracter un cancer

1,6 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale

1,04 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE égal à 2

1,7 fois plus de risques d'être fumeur

1,7 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque

10 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse

2,1 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)

2 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible

1, 4 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique

2,2 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme

4 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme

1, 5 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)

1,4 fois plus de risques de contracter un cancer

2,2 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale

1,1 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE égal à 3

2,3 fois plus de risques d'être fumeur

1,9 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque

22 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse

2,2 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)

2,3 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible

1,9 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique

2,8 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme

4,5 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme

1, 5 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)

1,5 fois plus de risques de contracter un cancer

2,3 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale

1,3 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE supérieur ou égal à 4

2,6 fois plus de risques d'être fumeur

2,1 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque

40 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse

2,1 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)

2,9 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible

1,9 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique

4,8 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme

9 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme

1,7 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)

1,5 fois plus de risques de contracter un cancer

3,1 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale

1,5 fois plus de risques d'être obèse

ANNEXE 2

Questionnaire de repérage des événements de vie traumatogènes

NOM : **Prénom :**

Date de passation du questionnaire :

Avez-vous été exposé aux évènements suivants au cours de votre vie, en cas de réponse positive vous pouvez préciser si cela s'est produit plusieurs fois et à quel âge les évènements sont survenus.

ACCIDENT GRAVE AVEC BLESSURE (Victime ou témoin)	**O / N**	**Répétition**	**Age**
- Transport individuel (vélo, moto, voiture….)			
- Transports en commun (train, avion, bateau…)			
- Accident au travail			
CATASTROPHE (Victime ou témoin)	**O/N**	**Répétition**	**Age**
- Naturelle (tremblement de terre, tsunamis, cyclones, tempêtes..)			
- Causées par l'homme (Guerre, incendies, explosions, attentats….)			
VIOLENCES / AGRESSIONS PHYSIQUES	**O/N**	**Répétition**	**Age**
- Vol avec violences, braquage, violences autres par un ou plusieurs inconnus			
- Violences physiques répétées par un proche (parent, grand parent, beau parent, fratrie), directe (coups, gifles, morsures…) ou avec objet			
- Violence unique par un proche mais avec blessure ou crainte de blessure (menace avec une arme)			

ANNEXE 2

VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES	O/N	Répétition	Age
- Harcèlement, humiliations à l'école			
- Insultes, cris ou humiliations répétées par un proche			
- Carences affectives familiales (personne ne vous aimait ou faisait attention à vous)			
- Négligences familiales (pas assez de nourriture, vêtements sales, personne pour vous protéger, proches trop alcoolisés et/ou trop drogués en votre présence			
- Divorce ou séparation difficile des parents			
- Maladie mentale (dont dépression d'un proche)			
- Prison d'un proche			
- Harcèlement, humiliations au travail			
- Humiliations par un conjoint			
- Témoin d'un décès brutal, d'un proche, d'un suicide ou d'une tentative de suicide			
- Implication dans la mort ou les blessures graves de quelqu'un			
VIOLENCES SEXUELLES (viol (dont viol conjugal), attouchements, présentation de matériel pornographique ou exposition à des scènes de sexe sans consentement	**O/N**	**Répétées**	**Age**
Par un inconnu			
Par un proche			
AUTRES TRAUMATISMES	**O/N**	**Répétées**	**Age**

ANNEXE 3

THE INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE (ITQ) – Version française

PRESENTATION :

L'instrument ci-joint est une mesure brève, rédigée simplement, qui cible les symptômes centraux du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et du Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). L'ITQ a été développé de manière à être conforme aux principes de la 11ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), tels qu'ils ont été établis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à savoir maximiser l'utilité clinique et assurer une applicabilité internationale en se concentrant sur les principaux symptômes d'un trouble donné. L'ITQ est disponible publiquement et gratuitement pour utilisation par tous les partis intéressés. L'évaluation de l'instrument se poursuit, notamment en ce qui a trait à la définition de l'altération fonctionnelle pour le TSPT et le TSPT-C.

DIAGNOSTIC :

- **TSPT :** Un diagnostic de TSPT requière la présence d'au moins un symptôme dans chacune des trois dimensions suivantes : (1) intrusions, (2) évitement et (3) perception de menace constante, ainsi que la présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé à ces symptômes. La présence d'un symptôme ou d'une altération fonctionnelle est indiquée par un score ≥ 2 à un item.
- **TSPT-C :** Un diagnostic de TSPT-C requière la présence d'au moins un symptôme dans chacune des trois dimensions du TSPT (intrusions, évitement, perception de menace constante), d'au moins un symptôme dans chacune des trois dimensions de Perturbations dans l'Organisation de Soi (POS) : (1) difficultés de régulation émotionnelle, (2) concept de soi négatif et (3) perturbations relationnelles, ainsi que la présence d'au moins un indicateur d'altération fonctionnelle associé aux symptômes des POS. La présence d'un symptôme ou d'une altération fonctionnelle est indiquée par un score ≥ 2 à un item.

Une personne peut recevoir soit un diagnostic de TSPT, soit un diagnostic de TSPT-C. Si une personne remplit les critères du TSPT-C, elle ne reçoit pas un diagnostic de TSPT en plus. Si une personne ne remplit pas les critères du TSPT, alors elle ne peut pas remplir les critères du TSPT-C.

Les instructions pour la cotation de l'instrument sont disponibles à la fin du document.

REFERENCES :

Pour la version originale : Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., et Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. Acta Psychiatrica Scandinavica. DOI: 10.1111/acps.12956

Pour la version française : Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbank-Chasey, S., Brennstuhl, M.-J., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European Journal of Psychotraumatology*. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152109

AUTRES PUBLICATIONS :

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A.,…Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clinical Psychology Review, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.

Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D., …Cloitre M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). Journal of Affective Disorders, 207, 181-187. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032

Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumbe, S., ...Roberts, N.P. (2017). Validation of post- traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. Acta Psychiatrica Scandinavica. 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771.

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R. et Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire, European Journal of Psychotraumatology, 9:1. doi: 10.1080/20008198.2017.1419749

Contact : william.peraud@u-bordeaux.fr

THE INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE – Version française

Consigne : Veuillez s'il vous plait identifier l'événement qui vous perturbe le plus et répondre aux questions relatives à cet événement.

Merci de décrire brièvement cet événement : _____

Quand l'événement s'est-il produit ? (Entourez une seule réponse)

a) Il y a moins de 6 mois
b) Entre 6 et 12 mois
c) Entre 1 et 5 ans
d) Entre 5 et 10 ans
e) Entre 10 et 20 ans
f) Il y a plus de 20 ans

Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes que les personnes rapportent parfois en réponse à des événements de vie traumatiques ou stressants. Merci de lire attentivement chaque proposition, puis entourez l'un des chiffres à droite afin d'indiquer à quel point ce problème vous a dérangé **au cours du dernier mois.**

A quel point ce problème vous a dérangé au cours du derniers mois ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
P1. Avoir des rêves perturbants qui font revivre une partie de l'événement ou qui y sont clairement liés.	0	1	2	3	4
P2. Avoir des images ou des souvenirs forts qui envahissent parfois votre esprit et donnent la sensation de revivre l'événement ici et maintenant.	0	1	2	3	4
P3. Eviter de se rappeler à soi même l'événement (par exemple par des pensées, sentiments ou sensations physiques).	0	1	2	3	4
P4. Eviter certains contextes qui vous rappellent l'événement (par exemple des personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations).	0	1	2	3	4
P5. Être sur le qui-vive, vigilant·e ou sur vos gardes.	0	1	2	3	4
P6. Se sentir nerveux·se ou facilement effrayé·e ?	0	1	2	3	4

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus ont-ils…

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
P7. Affecté vos relations ou votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
P8. Affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
P9. Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

Contact : william.peraud@u-bordeaux.fr

Vous trouverez ci-dessous plusieurs problèmes auxquels les personnes qui ont vécu des événements de vie traumatiques ou stressants sont parfois confrontées. Les questions font référence à ce que vous ressentez **habituellement**, à ce que vous pensez **habituellement** de vous-même et aux relations que vous entretenez **en général** avec les autres. Merci de répondre aux questions suivantes en réfléchissant à quel point chaque proposition est vraie pour vous.

A quel point ceci est-il vrai pour vous ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
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 vide.	0	1	2	3	4
C3. Je me sens comme un·e raté·e.	0	1	2	3	4
C4. J'ai l'impression que je ne vaux rien.	0	1	2	3	4
C5. Je me sens distant·e ou déconnecté·e des autres.	0	1	2	3	4
C6. Je trouve qu'il est difficile pour moi de rester émotionnellement proche des autres.	0	1	2	3	4

Au cours du dernier mois, les problèmes ci-dessus relatifs à vos émotions, aux croyances sur vous-même et dans vos relations ont-ils :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
C7. Généré des préoccupations ou de la détresse dans vos relations ou votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
C8. Affecté votre travail ou capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
C9. Affecté toute autre partie importante de votre vie telle que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

Contact : william.peraud@u-bordeaux.fr

1. **Cotation diagnostique du TSPT et du TSPT-C**

- **TSPT :**

Si P1 ou P2 ≥ 2, le critère pour la dimension « intrusions » (Intrusion) est rempli.
Si P3 ou P4 ≥ 2, le critère pour la dimension « évitement » (Evitement) est rempli.
Si P5 ou P6 ≥ 2, le critère pour la dimension « perception de menace constante » (Menace) est rempli.
ET
Si P7, P8 ou P9 ≥ 2, le critère d'altération fonctionnelle liée au TSPT est rempli (TSPTAF).

Si « Intrusion », « Evitement », « Menace » et « TSPTAF » sont présents, alors les critères du TSPT sont remplis.

- **TSPT-C**

Si C1 ou C2 ≥ 2, le critère pour la dimension « difficultés de régulation émotionnelle » (DRE) est rempli.
Si C3 ou C4 ≥ 2, le critère pour la dimension « concept de soi négatif » (CSN) est rempli.
Si C5 ou C6 ≥ 2, le critère pour la dimension « perturbations relationnelles » (PR) est rempli.
ET
Si C7, C8 ou C9 ≥ 2, le critère d'altération fonctionnelle liée au POS (POSAF) est rempli.

Si « DRE», « CSN », « PR » et « POSAF » sont présents, alors les critères du POS sont remplis.

Le TSPT est diagnostiqué si les critères du TSPT sont remplis, mais **les critères du POS ne sont pas remplis.**
Le TSPT-C est diagnostiqué si les critères du TSPT et du POS sont remplis.
Aucun diagnostic n'est posé si les critères du TSPT ne sont pas remplis, mêmes si les critères du POS seulement sont remplis.

2. **Cotation continue du TSPT et du TSPT-C**

Les scores peuvent être calculés pour chaque dimension de symptômes du TSPT et du POS, et peuvent être additionnés pour produire des scores totaux de TSPT et de POS. A ce jour, il n'existe pas de score seuil permettant le diagnostic de TSPT ou de TSPT-C sur la base d'une cotation continue.

- **TSPT**

Somme des scores aux échelles pour P1 et P2 = Intrusion
Somme des scores aux échelles pour P3 et P4 = Evitement
Somme des scores aux échelles pour P5 et P6 = Perception de menace constante (Menace)
Somme de « Intrusion », « Evitement » et « Menace » = Score de TSPT

- **POS**

Somme des scores aux échelles pour C1 et C2 = Difficulté de régulation émotionnelle (DRE)
Somme des scores aux échelles pour C3 et C4 = Concept de soi négatif (CSN)
Somme des scores aux échelles pour C5 et C6 = Perturbations relationnelles (PR)
Somme de « DRE », « CSN » et « PR » = Score de POS

Contact : william.peraud@u-bordeaux.fr

INVENTAIRE DE VOS FACTEURS POTENTIELS D'USURE DE COMPASSION[1]

Cet inventaire a été mis au point par Karen W. Saakvine et Laurie Anne Pearlman du Traumatic Stress Institute. Il touche les 3 aspects : personnel, professionnel, et organisationnel.

Personnel

- ☐ Avez-vous une vie sociale satisfaisante?
- ☐ Avez-vous du temps pour vous-même?
- ☐ Avez-vous des passe-temps ou des activités qui ne sont pas reliées au travail?
- ☐ Avez-vous des stratégies d'adaptation saines?
- ☐ Êtes-vous conscient (e) de votre propre histoire de traumatismes quels qu'ils soient ou de celle de votre famille, et de la façon dont cette histoire peut avoir de l'impact sur votre travail et votre propre bien-être?

Professionnel

- ☐ Est-ce que votre travail avec vos clients vous satisfait?
- ☐ Notez-vous des améliorations chez vos clients?
- ☐ Vous sentez vous fait(e) pour ce travail?
- ☐ Vous sentez-vous bien formé(e) pour ce travail?
- ☐ Y a-t-il un équilibre et de la variété dans votre journée de travail?
- ☐ Avez-vous des clients avec lesquels vous aimez travailler?

Organisationnel

- ☐ Avez-vous le contrôle de votre horaire?
- ☐ Êtes-vous satisfait (e) de votre horaire actuel?
- ☐ Votre milieu de travail est-il sain?
- ☐ Aimez-vous votre travail?
- ☐ Sentez-vous que vous avez du support dans votre lieu de travail?
- ☐ Recevez-vous du soutien de la part de vos collègues au travail, ou dans votre profession?
- ☐ Recevez-vous du coaching ou une supervision positive dans votre travail?

---

[1] *Document originellement en anglais, tiré du livre de Françoise Mathieu, The compassion fatigue Workbook, page 68.*

PLAN D'ACTION

Écrivez trois actions concrètes que vous voulez faire pour vous protéger de l'usure de compassion et indiquez quand vous allez entreprendre chacun. Si besoin, vous pourriez ici indiquer le nom d'une personne qui peut vous supporter dans votre décision de prendre action.

Sur le plan personnel :

Action	Quand	Qui
1.		
2.		
3.		

Sur le plan professionnel :

Action	Quand	Qui
1.		
2.		
3.		

Avec vos amis :

Interviewez vos amis sur leurs stratégies préférées pour prendre soin d'eux-mêmes. Dressez une liste de ces idées, pour maintenant ou plus tard.

Au travail :

Pourquoi ne pas faire un concours des meilleures idées de la semaine, ou un tableau où vos collègues peuvent placer leurs idées favorites?

ÉCHELLE DE QUALITÉ DE VIE PROFESSIONNELLE (ProQOL)[2]
Satisfaction par la compassion et usure de la compassion
(ProQOL) Version 5 (2009)

Aider les autres vous met en contact direct avec leur vie. Comme vous l'avez probablement constaté, votre compassion pour les personnes que vous aidez peut vous affecter de manière à la fois positive et négative. Les questions ci-dessous concernent votre expérience, tant positive que négative, dans votre fonction d'aide. Lisez chacune des questions ci-après sur vous et votre situation professionnelle actuelle. Choisissez la note qui reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez fait les expériences suivantes au cours des 30 derniers jours.

1=Jamais 2=Rarement 3=Parfois 4=Souvent 5=Très souvent

	1	Je suis heureux.
	2	Je suis préoccupé par plus d'une des personnes que j'aide.
	3	Je ressens de la satisfaction à pouvoir [aider] les autres.
	4	Je me sens lié à autrui.
	5	Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus.
	6	Travailler avec ceux que j'aide me donne de l'énergie.
	7	Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'aidant.
	8	Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que j'aide.
	9	Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'aide.
	10	Je me sens pris au piège par mon travail d'aide.
	11	En raison de mon travail d'aide, je me suis senti « sur les nerfs » pour diverses raisons.
	12	J'aime mon travail d'aide.
	13	Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'aide.
	14	J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai aidée.
	15	Mes croyances/convictions me soutiennent.
	16	Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'aide.
	17	Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.
	18	Mon travail me procure de la satisfaction.
	19	Je me sens épuisé par mon travail d'aide.
	20	J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'aide et la façon dont j'ai pu les aider.
	21	Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable.
	22	Je crois que mon travail me permet de faire la différence.
	23	J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'aide.
	24	Je suis fier de ce que je peux faire pour aider.
	25	Du fait de mon travail d'aide, je suis envahi par des pensées effrayantes.
	26	Je me sens « coincé » par le système.
	27	J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'aide.
	28	Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.
	29	Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui.
	30	Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail.

[2] 30 © B. Hudnall Stamm, 2009. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). /www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. Ce test peut être copié librement à la condition a) que l'auteur soit cité, b) qu'aucune modification n'y soit apportée, et c) qu'il ne soit pas vendu.

Résultats et interprétation

1. Échelle de satisfaction de compassion (SC)

Indiquez votre résultat à chacune des questions listées et additionnez-les. Vérifiez ensuite votre résultat dans le tableau.

3. _____
6. _____
12. _____
16. _____
18. _____
20. _____
22. _____
24. _____
27. _____
30. _____
TOTAL _____

La somme de ma SC est	Mon niveau de SC est
22 ou moins	Bas
Entre 23 et 41	Moyen
42 et plus	Élevé

2. Échelle d'épuisement professionnel (EP)

Les items avec une étoile doivent être « renversés », autrement dit, si au numéro 4 vous avez indiqué 5, vous devez maintenant indiquer 1.

*1. _____ = _____
*4. _____ = _____
8. _____
10. _____
*15. _____ = _____
*17. _____ = _____
19. _____
21. _____
26. _____
*29. _____ = _____
TOTAL _____

La somme pour l'EP est	Mon niveau d'EP est
22 ou moins	Bas
Entre 23 et 41	Moyen
42 et plus	Élevé

3. Échelle de traumatisme vicariant

Indiquez votre résultat à chacune des questions listées et additionnez-les. Vérifiez ensuite votre résultat dans le tableau.

2. _____
5. _____
7. _____
9. _____
11. _____
13. _____
14. _____
23. _____
25. _____
28. _____
TOTAL _____

La somme de mon TV est	Mon niveau de TV est
22 ou moins	Bas
Entre 23 et 41	Moyen
42 et plus	Élevé