



**HAL**  
open science

**Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble  
stress post-traumatique : revue de la littérature et  
illustration dans une situation spécifique, les populations  
migrantes**

Ana Mouhica

► **To cite this version:**

Ana Mouhica. Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble stress post-traumatique : revue de la littérature et illustration dans une situation spécifique, les populations migrantes . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01566800

**HAL Id: dumas-01566800**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566800>**

Submitted on 21 Jul 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Bordeaux**  
**U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES**

Année 2017

Thèse n° 3037

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 29 juin 2017 par  
**Ana MOUHICA**  
Née le 17 Septembre 1988 à Bordeaux (33)

**Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble  
stress post-traumatique**  
**Revue de la littérature et illustration dans une situation  
spécifique : les populations migrantes**

**Directeur de thèse :**

Docteur Christophe LAGABRIELLE

**Jury :**

Madame le Professeur Helène VERDOUX  
Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE  
Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE  
Monsieur le Docteur Olivier DOUMY

Présidente  
Juge  
Rapporteur  
Juge

## Remerciements

Au président du jury, **Madame le Professeur Verdoux**,  
Professeur des universités,  
Praticien hospitalier,  
Chef de pôle,  
Coordonnatrice du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie  
Centre hospitalier Charles Perrens/ CHU Bordeaux

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Au cours du stage effectué au sein de votre pôle j'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et de vos qualités pédagogiques. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Au juge, **Monsieur le Professeur Aouizerate**,  
Professeur des universités,  
Praticien hospitalier,  
Chef de Service, Centre de Référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression  
Centre hospitalier Charles Perrens/CHU Bordeaux

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez accepté de juger ce travail de thèse. Nos rencontres régulières, tout au long de mon internat, ont été autant de repères pour moi. Vous avez su écouter et partager, et je vous en suis très reconnaissante.

Au juge, **Monsieur le Docteur Olivier Doumy**  
Praticien Hospitalier, Centre de Référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression  
Centre Hospitalier Charles Perrens/CHU Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer cette thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler auprès de vous mais j'ai pu bénéficier de votre riche enseignement lors des cours de DES. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

Au rapporteur, **Monsieur le Professeur Wissam El Hage**  
Professeur des universités,  
Praticien Hospitalier,  
Centre Hospitalier Universitaire, Tours

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Que votre expertise dans le domaine du stress post traumatique ait pu éclairer et enrichir cette thèse est un grand honneur. Veuillez trouver ici la marque de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au directeur de thèse, **Monsieur le Docteur Christophe Lagabrielle**  
Praticien hospitalier, Equipe mobile santé et précarité  
Centre hospitalier Charles Perrens/CHU Bordeaux

Travailler à vos côtés a été riche en enseignements. Vous m'avez fait découvrir une clinique singulière, et avez su m'accompagner dans ce parcours.  
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

A mes chefs, qui ont su me guider et guider mes incertitudes, écouter mes innombrables questions durant toutes ces années : Docteur de Bortoli, Docteur De Cerval, Docteur Abidi, Docteur Maury, Docteur Lacoste, Dr Hostache, Docteur Le Besq, Dr Lagabrielle, Dr Campmas, Docteur Desage, Docteur Jutant.

A toutes les équipes infirmières, qui m'ont apporté tous leurs savoirs et leur expérience, avec tant de patience !

A mes parents, pour leur amour démesuré et leur optimisme mesuré. Cet amour est très fort et parfois trop, mais fait ma force. Vous m'avez appris à me battre toujours. Vous m'avez initié à la psychiatrie et avez été mes premiers sujets d'études...

Papa que ta force soit avec moi.

Maman, que notre force soit avec toi maintenant.

A ma sœur chérie dont l'amour m'a aidé à traverser ces années de médecine et les autres. Ton soutien est puissant, solide, inconditionnel et j'aimerais que le mien puisse aussi parfois te porter tout autant.

A mon frère chéri, à ton humour, à nos appels. Ta faculté à douter, de toi et de tout, m'a souvent fait réfléchir, et est un riche enseignement dans mon métier.

A Augustine, mon soleil. Ton sourire est si doux à mon cœur, ton regard si cher à mes yeux. Tu es partout dans ce travail, partout dans ma vie. Tout le temps.

A Florian, tu es là pour soulager mes peines, assurer mon courage, guider mes espoirs. Tu m'as aidé à construire ce travail, à l'imaginer dans ma tête, le porter sur mes épaules. Mais tu m'as aussi aidé à construire ma vie, à imaginer notre famille et à porter mes projets. Merci de me prêter chaque jour un peu de ta sérénité. Je t'en rendrai un peu, promis !

A Romain et Laura. C'est un grand honneur de vous avoir dans la famille, vous l'avez bien enrichie par vos différences.

Aux précieux Léo, Talia et Aaron. Vous douces petites têtes sont venues au fil des années précéder la mienne dans la file du Père Noël, mais avec quel plaisir ! C'est un si grand bonheur de vous voir grandir.

A Mamie, tout là haut. Depuis petite, je t'ai égrainé la liste de mes notes, bons points, bulletins. Aujourd'hui, je te montre ce nouveau travail, qui est aussi grâce à toi.

A mes tantes basques, Yvette et Claudine. A mon oncle Jean Louis. Vous m'avez accompagnée durant toutes ces années, merci !

A ceux que je n'ai pas ou peu connus, mais dont le souvenir est présent, papi et mamie de Saint Jean de Luz et papi de Périgueux.

A Jean-Marie. Ce travail ne s'est pas fait sans penser à mon oncle, le médecin de la famille, dont l'ombre plane depuis 15 ans, et avec elle tant de tristesse.

A ma belle famille : Nathalie et Pierre, Soline et Bernard, Damien et Charlotte et à leur descendance Ainhoa, Bastien, Achille, Paula, Célestine, Luna, Lili, Noé et Paulo. Merci de m'avoir si bien accueillie, acceptée avec mes différences et mon caractère.

A Nadine et sa famille, merci de si bien vous occuper d'Augustine, notre gratitude est immense.

A Albert, soutien doux, poilu et inconditionnel. C'est un chat, je précise.

A M. La Sagna, témoin de mes errances, de mes colères et de mes victoires, merci de m'avoir portée et supportée. Vous m'avez enseigné l'humanité, et l'intérêt de la clinique.

A mes fêK

A cette aventure que j'ai partagé avec vous, dans le rire et dans les larmes. A vos visages, qui m'accompagnent chaque jour, partout, avec trop de love.

Et comme dirait Patrick Sebastien « Pourvu que ça dure, la belle aventure ».

A Phongy, et à Booba, si si la famille.

A Florence, Camille et Marie, que vous soyez très près ou très loin, je pense à vous, à nos soirées et à nos interminables discussions. C'est aussi grâce à vous que j'ai pu affronter ces années de labeur, avec la certitude que vous serez là, quelque part et pour toujours.

A Aurélie et Marine, duo chic et choc (on ne dira pas qui est quoi), que je retrouve toujours avec plaisir.

A la nouvelle recrue, le bel Arthur. J'espère te voir longtemps grandir !

A Adil et Amélie, compères et comparses, parfois loin, dont l'amitié rayonne où qu'ils soient.

A Tiffany, celle qui me donne et redonne confiance en moi, qui m'a accompagnée dans ces longues soirées de révisions. Mais aussi, celle dont l'implacable sagesse et l'imperturbable honnêteté me sont si chères.

A Thomas, homme de l'ombre durant ces années d'externat, ta présence est une bouffée de gaieté !

A Vincent, heureuse rencontre.

A Laura, la fidélité de ton amitié m'est précieuse. Ta bienveillance aussi d'ailleurs. Tu es là, toujours, et ça me réconforte.

A Raphaël, et à toutes ces années de collège, de lycée, de fac à rire avec toi. Ton génie et ta créativité me manquent. Ta douce folie me paraît bien loin. A ta fidèle amie, Camille, étincelante de bonne humeur.

A Assya, à ton regard acéré sur les gens, sur la vie. Même loin, tu es restée près de moi, veillant à ce que ton impertinence m'enveloppe toujours. Profite de ton bonheur à venir !

Au couple choc Julie et Nico, grande indécision et grande générosité. Passer du temps avec vous pendant mes années d'internat a été un plaisir. Pourvu que ça dure, à Bordeaux ou Capbreton, à Bayonne ou à l'étranger, dans une maison ou non un appartement, pourquoi pas un bateau, enfin quand Nico aura pris une décision.

A Emma, que j'espère voir souvent !

A Raphaël E. et Laure, pour leur douce présence et leur bienveillance pour notre famille.

A Mireille, je suis très fière de pouvoir mettre ce prénom dans mes remerciements. Et puis aussi très fière de te compter parmi mes amis. A Thomas, Maxime et Eliott.

Aux toulousains : Sophie et Yo, Popo et Geof, Mathieu et Marie, Hélène et Alex, Francis, Tonio et Amandine. Quelle joie de vous avoir rencontrés, de passer ces étés avec vous et les 4 pattes (Paul, Valentine, Four n°2, Raphaël). Et surtout, merci de reconnaître que gérer Florian est un combat de tous les jours.

A mes co internes

La douce Justine et la belle Pauline qui m'ont supporté un peu plus que les autres. Et maintenant à Marine et Elodie de me subir !

A Dimitri, entre le chinois et le maltais, entre le chef et l'ami, tu es bien inclassifiable! Je remercie ton sourire, et tes mystères.

Au fougueux Hugo, au sceptique Gabriel, à l'expansif Kevin d'avoir accompagné mes repas à l'internat.

Aux inséparables Lucie et Marie et à leur présence toujours bienveillante.

A Marie et Pascale, les deux belles gosses de la psy !

A Xavier, à ton esprit fantaisiste, à ton regard affectueux sur tes amis. Papa Noël et rond rouge.

A Paul, l'homme qui ravive l'estime de soi, celui qui te fait penser que même en sortant de garde, tu pourrais gagner le concours de miss France.

A tous mes copains de promo et en particulier : Benjamin, David, Cyrielle, Camille M., Alexis. On aura bien rigolé dis donc.

# Table des matières

<b>I Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>II Matériel et méthode</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Logiciels utilisés</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Autres matériels utilisés</b> .....	<b>9</b>
<b>3 Critères d'inclusion</b> .....	<b>9</b>
<b>4 Critères d'exclusion</b> .....	<b>10</b>
<b>III Syndrome de stress post-traumatique</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Historique</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Généralités</b> .....	<b>11</b>
a. Définition du traumatisme.....	11
b. Epidémiologie.....	12
<b>3 Etat de stress aigu</b> .....	<b>12</b>
<b>4 Etat de stress post-traumatique</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Apports du DSM 5</b> .....	<b>13</b>
a. Elargissement du cadre traumatique .....	13
b. Modifications nosographiques.....	14
<b>IV Symptômes dissociatifs et TSPT</b> .....	<b>15</b>
<b>1 Apparition dans le DSM 5 du TSPT avec symptômes dissociatifs</b> .....	<b>15</b>
a. Symptômes dissociatifs et TSPT .....	15
b. Pertinence de l'introduction d'un sous groupe.....	17
<b>2 Dissociation péri traumatique/post traumatique</b> .....	<b>19</b>
<b>3 Symptômes dissociatifs, symptômes prédictifs du TSPT ?</b> .....	<b>20</b>
a. Etudes en faveur de l'association .....	20
b. Etudes réfutant l'association.....	22
<b>4 TSPT et hallucinations : phénomènes dissociatifs ou psychotiques ?</b> .....	<b>24</b>
a. Continuum entre dissociation et hallucinations.....	24
b. Hallucinations : phénomènes dissociatifs .....	26
c. Hallucinations : phénomènes psychotiques .....	28
<b>V Symptômes psychotiques et TSPT</b> .....	<b>29</b>
<b>1 Lien entre traumatisme et symptômes psychotiques</b> .....	<b>29</b>
<b>2 Episodes délirants et Hallucinations</b> .....	<b>31</b>
a. Généralités .....	31
b. Symptômes psychotiques : facteur de gravité ?.....	34
c. Le trauma peut il causer une psychose ?.....	34
d. Comparaison schizophrénie et TSPT.....	37
<b>3. TSPT et dépression avec caractéristiques psychotiques</b> .....	<b>40</b>
a. Comorbidité.....	40
b. Similarité des symptômes .....	41
c. Sémiologie des symptômes psychotiques .....	42
d. Chronologie .....	42
<b>4 TSPT et troubles somatoformes</b> .....	<b>43</b>
<b>VI TSPT et migrants : particularités</b> .....	<b>44</b>
1. Etat de santé des populations.....	44
2. Des taux plus élevés de symptômes psychotiques .....	46
3 Cas clinique .....	48
4 Le filtre de la culture .....	49
<b>VII Conclusion</b> .....	<b>51</b>

## **I Introduction**

Les critères du trouble de stress post-traumatique (TSPT), connus depuis longtemps, sont listés dans les classifications internationales - première apparition dans le DSM III en 1980 - et n'ont que peu évolués. La triade symptomatologique reviviscences/hypervigilance/évitement semble guider les praticiens lors de l'établissement du diagnostic de TSPT. Cependant, très fréquemment, les points d'appel amenant les patients à consulter sont bien différents. Par exemple, des symptômes dissociatifs ou des symptômes psychotiques sont régulièrement décrits par les patients mais aussi par les études, tout comme les plaintes somatiques. Ces symptômes psychotiques et dissociatifs sont d'ailleurs intégrés dans la partie reviviscences de la définition du trouble de stress post traumatique du DSM IV. Les symptômes psychotiques peuvent donc être présents dans d'autres troubles que la schizophrénie et notamment dans le TSPT.

Ces symptômes dits « associés » peuvent conduire à une errance, une incertitude diagnostique. En effet, trois pathologies sont possibles pour expliquer la présence des symptômes psychotiques : sont-ils la résultante d'un TSPT, d'une dépression comorbide avec symptômes psychotiques ou d'une schizophrénie associée ?

Très peu d'études se sont penchées sur la coexistence des symptômes psychotiques et dissociatifs chez des patients souffrant de TSPT, leur lien au diagnostic et leur sémiologie parfois commune. Les études se réduisent d'autant plus lorsqu'il s'agit de la clinique du syndrome post traumatique des populations migrantes. Probablement aussi car le patient migrant reste difficile à étudier, compte tenu de la barrière de la langue, de clinique transculturelle ou encore des rendez-vous aléatoires. Pourtant, cette population est particulièrement sensible aux troubles psychiques et les filières de soins ne semblent que trop peu adaptées.<sup>1</sup> L'appartenance culturelle peut modifier la présentation du patient, les modalités d'expression de son mal-être psychique jusqu'à la sémiologie des troubles. Le praticien peut donc se trouver désemparé face à un filtre culturel qui brouille sa relation au patient et son acuité clinique. Or, cela a de nombreuses implications tant en termes de diagnostic, de pronostic mais aussi d'intégration dans le pays de migration.

Ces rencontres entre soignants et patients issus de mondes culturels parfois très différents, sont fréquentes et il apparaît nécessaire de pouvoir organiser des soins plus adaptés, tenant compte de ces spécificités. L'objectif de cette étude est donc d'évaluer l'état des

connaissances sur le thème des symptômes psychotiques et dissociatifs dans le syndrome post traumatique, leur sémiologie, leur mécanisme, en étudiant plus précisément les symptômes développés par les migrants ayant vécu un traumatisme.

## **II Matériel et méthode**

### **1 Logiciels utilisés**

Cette revue de la littérature a été réalisée à partir de plusieurs sources.

Tout d'abord, a été utilisée la base de données Medline/Mesh, Pub Med avec les mots clés suivants :

- PTSD
- PTSD/psychotic symptoms
- PTSD/dissociative symptoms
- PTSD/delusion
- PTSD/hallucination
- Complex PTSD
- PTSD/depression
- PTSD/somatoform disorder
- PTSD/refugees

### **2 Autres matériels utilisés**

D'autres matériels ont été utilisés comme la revue anthropologique *L'Autre* ou encore une thèse traitant le sujet de médecine transculturelle et de troubles post-traumatiques (Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle? Radjack).

### **3 Critères d'inclusion**

Les articles retenus dans cette revue de la littérature devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Etre en langue anglaise
- Etre publiés dans des revues à comité de lecture entre 1980 et 2016
- Traiter de la sémiologie du TSPT avec éléments dissociatifs et/ou éléments psychotiques

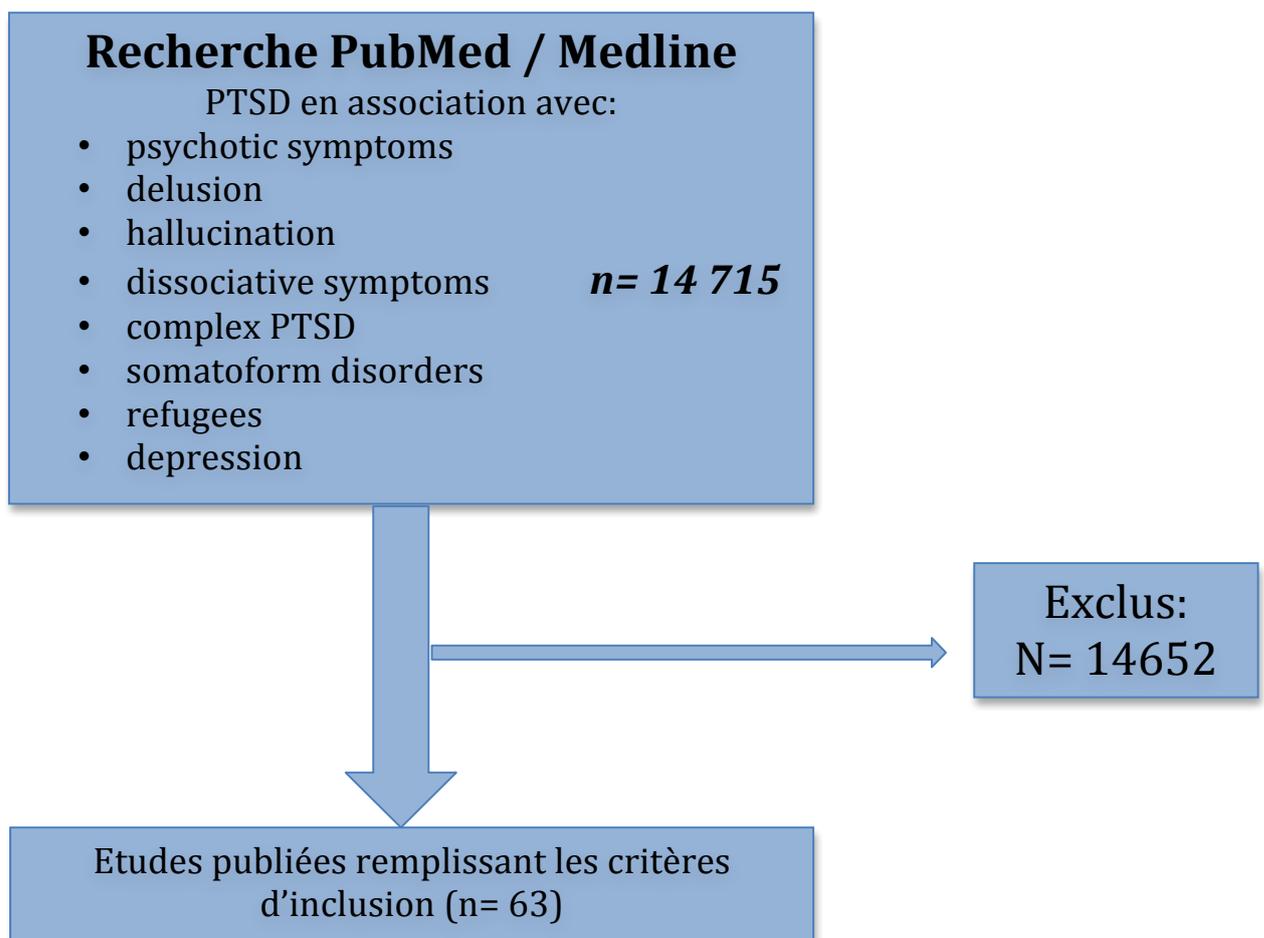
## 4 Critères d'exclusion

Etaient exclus les articles traitant :

- de thérapeutique uniquement
- TSPT avec symptômes psychotiques et usage de stupéfiant
- TSPT avec symptômes psychotiques et traumatisme crânien
- TSPT chez des patients atteints de schizophrénie
- TSPT chez les enfants de moins de 13 ans

Cette revue de la littérature a conduit au traitement de 14715 articles, dont seulement 63 ont été utilisés précisément dans cette thèse.

### *Diagramme de flux*



## **III Syndrome de stress post-traumatique**

### **1 Historique**

La notion de traumatisme psychisme apparaît dès l'Antiquité, initialement décrit durant les guerres. Puis sont observés le « syndrome du vent du boulet » sous l'ère napoléonienne, les troubles conversifs et le « syndrome du vent de l'obus » lors de la première guerre mondiale.<sup>2</sup>

Lors de la seconde guerre mondiale, les troubles psychosomatiques sont prépondérants et sont bientôt suivis par le syndrome des survivants des camps nazis. Enfin, la littérature est prolifique concernant le syndrome du post-Vietnam et le syndrome de la guerre du golfe.<sup>3</sup>

Ce sont les accidents ferroviaires du XIXe siècle qui firent émerger l'étude médicale des troubles psychiques et somatiques présentés par les victimes. Des blessures de la moelle épinière appelées « railway spine » présentées par les victimes de ces catastrophes deviennent alors des plaies cérébrales ou « railway brain » rappelant les tableaux d'hystéro-traumatisme de Charcot et de Breuer.<sup>4</sup> H. Oppenheim en 1884 apporte à leur propos la notion d'effroi, qui selon lui provoquerait la « névrose traumatique », reprise sous le terme de « névrose d'effroi » par Emil Kraepelin en 1889 et comprenant des ruminations, des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars), des symptômes dépressifs et anxieux, des troubles mnésiques et parfois des états dissociatifs.<sup>2</sup>

### **2 Généralités**

#### **a. Définition du traumatisme**

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) correspond à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'exposition directe et personnelle à un traumatisme. Ce traumatisme est défini comme un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(s) de mort, trouver la mort ou encourir des blessures graves, et qui entraîne chez le sujet une réaction de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance. La nature de l'événement est variable mais pour parler d'événement traumatique, il doit être responsable d'un fort sentiment de débordement associé à un vécu d'impuissance chez le sujet.<sup>3</sup>

## **b. Epidémiologie**

La National Comorbidity Survey dirigée par Kessler en 1995 retrouvait une prévalence vie entière du TSPT, sur des adultes américains âgés de 15 à 54 ans, de 7,8 % (10,4% chez les femmes et 5,4% chez les hommes). Les pathologies ont été évaluées à partir du Composite International Diagnostic Interview (CIDI). L'exposition à un traumatisme reste élevée avec une prévalence vie entière à 60,7% pour les hommes et 51,2% pour les femmes.<sup>5</sup>

En Europe, l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), publiée en 2004 par Alonso et al<sup>6</sup>, évaluant à partir du CIDI 3 la prévalence des troubles mentaux chez 21425 adultes en Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne, estimait la prévalence vie entière du TSPT à 1,9 % (2,9 % chez les femmes et 0,9 % chez les hommes). Ces chiffres sont comparables à ceux de l'étude menée par le Centre français de l'OMS et restent moins importants que ceux avancés par Kessler.

Certains facteurs de risque sont identifiés : le sexe féminin, (sex ratio de deux femmes pour un homme), les antécédents psychiatriques, l'existence d'une comorbidité ou d'un traumatisme antérieur, un niveau socioéconomique bas, un soutien social bas, le type d'événement vécu (les viols par exemple)<sup>78</sup>.

## **3 Etat de stress aigu**

L'état de stress aigu dure de 2 jours à 4 semaines après l'événement traumatique et se développe dans les suites immédiates du traumatisme. Son évolution est souvent spontanément résolutive.

La séméiologie psychiatrique est basée sur la répétition involontaire et stéréotypée de l'événement traumatique (cauchemars, images récurrentes, ou pensées intrusives). On retrouve aussi une anxiété permanente avec exagération de la réaction de sursaut et hypervigilance, parfois source d'insomnie ou d'autres retentissements fonctionnels.

Dans les suites immédiates des traumatismes les plus violents, apparaissent des symptômes dissociatifs: hébétude, mutisme, errance, impressions de détachement, dépersonnalisation, déréalisation, amnésie lacunaire.<sup>9</sup>

## **4 Etat de stress post-traumatique**

L'état de stress post-traumatique n'est souvent que la chronicisation d'une réaction aiguë de stress suite à un événement traumatisant renvoyant au réel de la mort, mais peut aussi survenir de manière retardée, dans les jours ou les semaines (jusqu'à 6 mois) qui suivent.

Historiquement, dans le DSM-IV, le diagnostic regroupe 17 symptômes répartis en 4 catégories.

Les principales caractéristiques sont :

- Syndrome de répétition qui en est l'élément central et quasi-pathognomonique ; sous forme de reviviscences ou de cauchemars.
- Hyperréactivité végétative (tremblement, palpitation, dyspnée,...), hypervigilance, sursauts, irritabilité, trouble du sommeil ou de la concentration.
- Comportements d'évitement de lieux ou de personnes rappelant la scène traumatique
- Symptomatologie anxieuse non spécifique : plaintes somatiques, humeur dépressive,...
- Eoussement affectif<sup>10</sup>

## **5 Apports du DSM 5**

### **a. Elargissement du cadre traumatique**

Aux événements traumatisants nécessaires au diagnostic de syndrome de stress post-traumatique inclus dans le DSM IV - la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de telles blessures et la menace pour l'intégrité physique - le DSM-5 ajoute de façon clairement identifiée l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression.

De plus, la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles et non plus uniquement si le sujet est une victime directe.

Autre changement significatif, le DSM-5 n'exige plus que l'individu ait manifesté « une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement ». Ce critère lié à une réaction émotionnelle a ainsi disparu dans la classification la plus récente<sup>11</sup>.

### **b. Modifications nosographiques**

L'état de stress post traumatique n'appartient plus à la catégorie « troubles anxieux ». Désormais, ce diagnostic est retrouvé dans la catégorie « Trauma and stress related disorders ».

Le diagnostic se compose dorénavant de 20 symptômes regroupés en 4 catégories.

Ont été ajoutés : le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).

Dans le cluster « hyperactivation neuro végétative », on retrouve un nouvel item : le comportement autodestructeur ou imprudent.

Il n'y a plus de spécification liée à l'évolution de l'affection. Il n'existe plus de critère de durée distinguant le TSPT aigu (entre 1 et 3 mois) du TSPT chronique (supérieur à 3 mois).

Nous voyons aussi apparaître un diagnostic de TSPT différencié en fonction de la présence ou non de symptômes dissociatifs à type de déréalisation/dépersonnalisation autres que les flashbacks ou l'amnésie déjà inclus dans le diagnostic de syndrome post-traumatique<sup>11</sup>. Il s'agit de patients présentant, associés aux symptômes de TSPT, des symptômes importants de dépersonnalisation et déréalisation<sup>11</sup>.

Nous évaluerons dans cette thèse, les particularités des symptômes dissociatifs dans le TSPT et la perspicacité de cette différenciation.

## **IV Symptômes dissociatifs et TSPT**

La dissociation est définie par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale dans la conscience, de la mémoire, l'identité, l'émotion, la perception, la représentation du corps, le contrôle moteur, et le comportement. Cliniquement, cela se manifeste par une sensation de détachement du monde et de soi, un rétrécissement du champ de conscience et une distorsion des perceptions réelles avec déréalisation et dépersonnalisation<sup>12</sup>.

Depuis la fin des années 1800, les chercheurs ont noté que les personnes traumatisées éprouvent souvent des symptômes dissociatifs, comme la dépersonnalisation, la déréalisation, l'amnésie, ou les états de fugue. La dissociation est une composante majeure des critères diagnostiques du DSM-IV-TR du trouble de stress aigu, et est répertoriée comme une caractéristique associée du TSPT<sup>10</sup>.

### **1 Apparition dans le DSM 5 du TSPT avec symptômes dissociatifs**

#### **a. Symptômes dissociatifs et TSPT**

##### **i. Généralités**

Bien que la dissociation n'apparaisse clairement que dans le diagnostic d'état de stress aigu, elle semble bien être une caractéristique fondamentale de l'état de stress post-traumatique, comme en témoignent de nombreuses études.

Par exemple, dans une méta-analyse de 17 études, la dissociation a été plus fortement liée au TSPT que la gravité du traumatisme<sup>12</sup>. Sur 13 études évaluant la dissociation chez les patients atteints de TSPT et chez les patients exposés au traumatisme mais sans TSPT caractérisé, 11 montrent un taux plus élevé de dissociation sur la DES (Dissociative Experience Scale) chez les patients atteints de TSPT<sup>13</sup>.

Le modèle temporel de dissociation après une exposition traumatique fournit une preuve supplémentaire du lien dissociation/traumatisme. Suite à l'exposition aux traumatismes, la dissociation tend à être au plus haut niveau suivi par un déclin progressif pour la plupart des individus, même si une minorité significative - représentant le sous-type dissociatif - continue à connaître une forte dissociation pendant des mois ou des années<sup>14</sup>.

Par ailleurs, une étude menée sur un échantillon de 225 jeunes recrutés dans un centre de détention pour mineurs des Etats Unis, et présentant des symptômes de stress post traumatique, montrait que des niveaux élevés de dissociation semblent être liés à des niveaux plus élevés de TSPT total (mesuré par The University of California Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index–Adolescent Version évaluant l'exposition au traumatisme et la présence des critères DSM IV du TSPT) ainsi qu'à la présence de plus de difficultés dans la régulation des émotions<sup>15</sup>. Les symptômes dissociatifs sont donc souvent un signe de gravité du TSPT avec une suicidalité plus importante, et des comportements d'automutilation plus nombreux. La déficience fonctionnelle est alors plus grande<sup>14</sup>.

Plus précisément, la présence de la dissociation a été significativement et positivement associée à un grand nombre de symptômes de reviviscences dans un rapport utilisant les données épidémiologiques provenant de 16 pays dans les enquêtes de l'Organisation Mondiale de la Santé (N=25018)<sup>16</sup>.

Cependant, les modèles théoriques alternatifs considèrent la dissociation comme une variable représentant un continuum de modulation émotionnelle. Ainsi, dans l'étude de Lanius et al, l'auteur soutient l'idée que la dissociation représente une stratégie de réglementation. Il fait l'hypothèse que les patients peuvent utiliser la dissociation comme une stratégie et ainsi ressentir moins de détresse émotionnelle<sup>14</sup>. Il a ainsi été émis l'hypothèse que cette dissociation serait comme un moyen d'éviter les sentiments douloureux immédiatement évoqués par l'exposition à un traumatisme. La dissociation péri-traumatique peut « compartimenter » les souvenirs de l'événement traumatique et peut donc conduire à un détachement cognitif et émotionnel de l'expérience et même devenir une forme de résilience<sup>17</sup>.

## **ii. Facteurs de risque**

Certains facteurs peuvent expliquer les différences interindividuelles dans les réponses dissociatives péri-traumatiques :

- Les antécédents de traumatisme antérieur voir de TSPT dans l'enfance et un nombre élevé d'événements traumatiques antérieurs sont fréquemment décrits comme étant des facteurs de risque de dissociation. Cependant, la polyvictimisation, concept défini par Finkelhor, à savoir l'expérience cumulative de plusieurs traumatismes, reste débattue quant à son statut de facteur de risque<sup>15</sup>.

- Les traumatismes individuels (notamment les abus sexuels), a contrario des catastrophes sont plus souvent décrits comme vecteurs de dissociation,<sup>17</sup> mais le type de traumatisme n'est pas reconnu comme facteur de risque<sup>16</sup>.
- La psychopathologie préexistante et la présence de comorbidités sont associées à une probabilité élevée de dissociation chez les patients présentant les critères du TSPT. Six de ces associations sont significatives : trouble bipolaire, trouble d'anxiété de séparation, le trouble panique / agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, phobie spécifique, et trouble oppositionnel avec provocation<sup>16</sup>.
- Les différences dans les réponses neurobiologiques au stress favorisent le développement de symptômes dissociatifs.
- Le sexe féminin apparaît comme facteur de risque. Ceci peut notamment être expliqué par le plus grand nombre de traumatismes sexuels chez la femme. Cependant, Stein retrouve des résultats contradictoires avec une prévalence du sous type dissociatif plus importante chez les hommes<sup>16</sup>.

## **b. Pertinence de l'introduction d'un sous groupe**

Depuis de nombreuses années, les cliniciens ont observé un large éventail de phénomènes dissociatifs chez les survivants de traumatisme mais seulement deux des symptômes dissociatifs, flashback et amnésie dissociative, sont inclus dans les critères diagnostiques du DSM-IV pour le trouble de stress post-traumatique. Désormais, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux comprend un nouveau sous-type dissociatif du TSPT pour les patients décrivant des symptômes importants de dépersonnalisation et de déréalisation<sup>11</sup>.

### **i. Un sous groupe justifié**

La justification de ce sous-type a été fondée sur des preuves recueillies à partir d'études épidémiologiques, neurobiologiques et psychométriques américaines et internationales suggérant une association entre le traumatisme, le TSPT et la dissociation (cf tableau 1).

Ainsi dans l'étude de Bennett et al citée ci dessus, les résultats portants sur 225 mineurs détenus montrait que chez les patients atteints de TSPT, 2 groupes pouvaient être définis : un groupe de patients à haut niveau de dissociation (dépersonnalisation/déréalisation) et un groupe à faible niveau de dissociation<sup>15</sup>. Les données épidémiologiques de l'OMS recueillies dans 16 pays montrent que 14,4 % des patients atteints de TSPT (évalué par la CIDI) présentent d'ailleurs les symptômes du sous groupe dissociatif<sup>16</sup>. Ainsi, un modèle à 2 classes apparaît plus représentatif qu'un modèle à une classe<sup>15</sup>. D'autres auteurs vont même plus loin, et affirment qu'un modèle à 3 classes est encore plus significatif : un groupe atteint de TSPT modéré, un groupe atteint de TSPT sévère et un groupe atteint de TSPT sévère avec éléments de dissociation. Ainsi, les études réalisées sur 360 vétérans masculins atteints de TSPT et 284 vétérans féminins atteints de TSPT affirment que 15% des hommes et 30% des femmes appartiennent au sous groupe TSPT sévère avec éléments dissociatifs<sup>18</sup>.

Etudes	Echantillon	Mesures	Résultats
<b>Stein, 2012</b>	Données épidémiologiques de l'OMS à partir de 16 pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIDI</li> <li>• DES</li> </ul>	14,4% des cas de TSPT appartiennent au sous groupe dissociatif
<b>Benett, 2015</b>	225 mineurs détenus atteints de TSPT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• University of California Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index–Adolescent Version</li> <li>• Adolescent DES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mise en évidence de 2 groupes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe à haut niveau de dissociation</li> <li>-Groupe à faible niveau de dissociation</li> </ul> </li> <li>➤ Modèle à deux classes plus représentatif qu'un modèle à une classe (p&lt;0.001)</li> </ul>
<b>Wolf, Miller, Luney 2012</b>	Etudes 1 : 360 vétérans masculins atteints de TSPT Etude 2 : 284 femmes vétérans ou travaillant dans les services atteintes de TSPT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPS sur les items dépersonnalisation/déréalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modèle à 3 classes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- TSPT modéré</li> <li>- TSPT élevé</li> </ul> </li> <li>➤ TSPT élevé et hauts niveaux de dépersonnalisation/déréalisation (15% vétérans masculins, 30% vétérans féminins)</li> </ul>

*Tableau 1 : études présentant l'intérêt d'un sous-groupe dissociatif*

Il apparaît alors que la création d'un sous groupe dissociatif permettrait une description plus précise du diagnostic de TSPT. Cependant, certaines études se questionnent sur le caractère distinct de ce sous type dissociatif, ne doit il pas plutôt être considéré comme appartenant à la définition même du TSPT ?

## **ii. Limites du sous groupe dissociatif**

Il persiste néanmoins des doutes quant à la pertinence de l'existence d'un sous groupe « TSPT avec symptômes dissociatifs » car des symptômes dissociatifs comme l'amnésie ou les flash backs sont déjà présents dans ce que nous appellerons le TSPT simple<sup>13</sup>. Les données présentées précédemment montrent une dissociation accrue dans le TSPT par rapport à de nombreux autres troubles, indiquant que la dissociation est pertinente dans la définition même du TSPT, encore plus que n'existant qu'au travers d'un sous type dissociatif. Cela rendrait alors caduque la dichotomie TSPT avec symptômes dissociatifs et TSPT sans symptômes dissociatifs. En effet, le TSPT dans beaucoup d'études est très clairement lié à l'existence de nombreux symptômes dissociatifs (flashback et amnésie dissociative notamment), et pas seulement à la dépersonnalisation et déréalisation qui apparaissent de façon prépondérante dans le sous type dissociatif. De plus, les symptômes de dépersonnalisation et déréalisation ne semblent que modérément liés à la dissociation telle qu'évaluée par le DES (Dissociative Experience Scale), ce qui suggère que ces symptômes ne représentent pas de manière adéquate la dissociation<sup>19</sup>.

## **2 Dissociation péri-traumatique/post-traumatique**

Les chercheurs ont rapporté une tendance pour certaines personnes à se dissocier pendant ou peu après les événements traumatisants, ce qui relève d'un phénomène appelé dissociation péri-traumatique, qui comprend la dépersonnalisation et la déréalisation.

On peut parfois observer une continuité symptomatique entre la dissociation péri-traumatique et une dissociation plus tardive témoignant d'une susceptibilité psychique basale aux phénomènes dissociatifs<sup>15</sup>. Cette réponse, impliquant généralement dépersonnalisation ou déréalisation, a été liée à l'évolution ultérieure de stress post-traumatique (TSPT) dans un

certain nombre d'études. Une explication commune à ces conclusions est que la dissociation se produisant au moment d'un événement traumatique peut interférer avec le codage et le traitement immédiat des souvenirs traumatisants, augmentant ainsi la probabilité éventuelle de développer un TSPT<sup>20</sup>. Mais il demeure une interrogation sur le fait que cette dissociation péri-traumatique puisse être plus précisément un précurseur de dissociation post traumatique, voir de TSPT.

### **3 Symptômes dissociatifs péri-traumatiques: symptômes prédictifs du TSPT?**

#### **a. Etudes en faveur de l'association**

La dissociation péri-traumatique a été identifiée comme le prédicteur de TSPT le plus fiable dans de nombreuses études<sup>17</sup>, meilleur prédicteur encore que le traumatisme précoce, les antécédents familiaux, la menace vitale ressentie lors de l'événement traumatique, le soutien social et les réactions émotionnelles survenant pendant ou juste après l'événement<sup>7,21</sup>. Mais s'agit-il d'un facteur de risque ou plutôt d'un élément symptomatique central du TSPT ?

L'étude réalisée sur 67 patients hospitalisés après un viol révèle que la dissociation évaluée à 2 semaines et à 1 mois est non seulement prédictrice de haut score de dissociation à 2 mois mais aussi corrélées à l'apparition de TSPT à 2 mois<sup>17</sup>. Ces résultats ont été aussi retrouvés après inclusion de la dissociation précédant l'agression comme variable pour contrôler l'effet confusionnel de tendances antérieures de dissociation sans rapport avec le traumatisme. Ce lien entre dissociation péri-traumatique et TSPT est confirmé par une étude réalisée sur 35 patients hospitalisés après une agression violente qui révèle que les scores de dissociation péri-traumatique sont plus élevés chez les patients atteints ultérieurement de TSPT et sont donc un élément prédicteur de TSPT<sup>22</sup>.

Etudes	Echantillon	Mesures	Résultats
<b>Nothling 2015</b>	67 patientes hospitalisées après un viol Non atteintes de TSPT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DES Scale</li> <li>• Early Trauma Inventory Self Report</li> <li>• PTSD checklist Civilian Version</li> <li>• MINI</li> </ul> Inclusion de la dissociation préalable comme variable de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dissociation avant viol, à 2 semaines et à 1 mois</li> <li>➤ Corrélées avec ESPT à 2 mois post viol</li> <li>➤ Prédicteurs de dissociation à 2 mois</li> </ul>
<b>Birmes 2003</b>	35 patients hospitalisés après agression violente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTSD Scale</li> <li>• Peritraumatic Dissociative Experience Scale</li> <li>• Impact of Event Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dissociation péri traumatique prédicteur du TSPT à 3mois</li> <li>➤ Dissociation péri traumatique plus élevée chez patients atteints de TSPT</li> </ul>

*Tableau 2 : études montrant l'association dissociation péri traumatique /TSPT*

Ainsi l'évaluation de la dissociation péri-traumatique à la suite d'une expérience traumatisante pourrait aider les cliniciens à déterminer la probabilité que les patients développent ultérieurement des symptômes dissociatifs et à déceler les formes les plus graves de TSPT. Cela permettrait de mettre en place des interventions préventives.

Cependant, certains articles démentent cette hypothèse et affirment qu'un état dissociatif présent dans les premiers instants du traumatisme ne présume pas de l'apparition d'un TSPT ultérieur, et suggèrent que les symptômes de dissociation péri-traumatique pendant ou immédiatement après l'événement particulier peuvent être biaisés par l'état psychologique de la personne concernée au moment du traumatisme. La dissociation persistante apparaît alors comme un meilleur symptôme prédicteur du TSPT<sup>15</sup>.

De plus, les critères de trouble de stress aigu dans le DSM IV exigent que les symptômes dissociatifs se produisent « tout en découvrant ou après avoir connu l'événement douloureux », mais le DSM-IV-TR indique aussi ailleurs que « la perturbation dure un minimum de 2 jours ». La contradiction apparente entre ces deux critères se référant d'une part à la dissociation péri-traumatique et d'autre part à la persistance de cette dissociation, ajoute à la confusion dans ce domaine<sup>23</sup>. Est ce la dissociation péri-traumatique qui indique le risque de développer le TSPT ou est-ce la persistance de cette dissociation ?

## **b. Etudes réfutant l'association**

Une revue de la littérature réalisée à partir de 17 études montre que 11 études réfutent l'association dissociation péri-traumatique/TSPT, et 6 affirment l'existence d'une association. Seulement 3 des 6 études avaient des résultats positifs sur la valeur prédictive indépendante de la dissociation péri-traumatique<sup>12</sup>. L'étude réalisée sur 7148 personnes impliquées dans une explosion de gaz montre qu'à court terme (5 mois) un score élevé de dissociation péri-traumatique est associé à l'apparition plus fréquente de TSPT mais qu'à plus long terme (14 mois), et en analyse multivariée, la dissociation péri traumatique n'est pas prédictrice de TSPT<sup>7</sup>. Une étude réalisée sur 52 patients<sup>23</sup> ayant vécu un évènement traumatisant et une étude réalisée sur 386 personnes<sup>23</sup> répondant au critère A du diagnostic de TSPT dans le DSM IV mettent en évidence non seulement que la dissociation péri-traumatique n'est pas corrélée avec le TSPT mais aussi que la dissociation persistante est plus significativement associée au diagnostic de TSPT que ne l'est la dissociation péri-traumatique. Les personnes victimes de traumatismes avec des niveaux non cliniques de dissociation persistante ont une probabilité de 2,9% de développer un TSPT, alors que ceux avec des niveaux cliniquement significatifs de dissociation persistante avaient une probabilité de 56,5% de développer un TSPT. Tous ces résultats prouvent un lien entre dissociation persistante et TSPT<sup>23</sup>, et réfutent le lien entre TSPT et dissociation péri-traumatique.

Etudes	Echantillon	Mesures	Résultats
<b>De Soir, 2015</b>	7148 personnes impliquées dans l'explosion	Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire A T1=5 mois et T2=14 mois	T1 : TSPT associée à dissociation péri-traumatique (DP) T2 : pas d'association TSPT/DP
<b>Van Der Velden, 2008</b>	Revue de la littérature à partir de 17 études		11 études réfutant l'association DP/TSPT 6 études en faveur association DP/TSPT
<b>Briere, 2005</b>	Etude 1 52 patients ayant vécu un événement traumatisant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire</li> <li>• PTSD Scale</li> <li>• Dissociative Experience Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scores de dissociation péri-traumatique non associés à apparition TSPT</li> <li>➤ Association forte TSPT/Dissociation persistante</li> </ul>
	Etude 2 386 personnes répondant aux critères A du DSM IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiscale Dissociation Inventory</li> <li>• Peritraumatic dissociation subscale of the Detailed Assessment of Posttraumatic Stress</li> <li>• Posttraumatic Stress trauma-specific dissociation subscale</li> </ul>	

*Tableau 3 : études réfutant l'association dissociation péri-traumatique/TSPT*

Par ailleurs, et comme dit précédemment, on retrouve une association significative entre la dissociation péri-traumatique et les troubles psychologiques préexistants. On ne sait pas si cette corrélation indique que la dissociation péri-traumatique joue un rôle important dans l'étiologie des troubles initiaux ou qu'elle représente l'influence des états mentaux préexistants sur l'évaluation de la dissociation péri-traumatique. Ainsi, la dissociation péri-traumatique serait parfois associée à des symptômes de TSPT, car associée à d'autres facteurs de risque. Il serait donc important d'évaluer la psychopathologie initiale du patient<sup>24</sup>.

De plus, les études sur ce thème reposent largement sur des rapports rétrospectifs des réactions de dissociation pendant le traumatisme, ce qui donne lieu à des biais notamment lors du recueil de données.

Dans tous les cas, de nombreux auteurs ont émis l'hypothèse que la dissociation entraînait le maintien des symptômes du TSPT<sup>25</sup>. Elle entraverait l'amélioration symptomatique en empêchant le traitement émotionnel ou cognitif de l'événement et en interférant avec l'incorporation du traumatisme dans « la mémoire autobiographique ou dans des systèmes de croyance »<sup>20</sup>.

La dissociation est donc très présente dans le TSPT et revêt différentes formes. Néanmoins, lorsque se produisent des hallucinations, doit-on les considérer comme des phénomènes dissociatifs ou comme des phénomènes psychotiques ?

## **4 TSPT et hallucinations: phénomènes dissociatifs ou psychotiques?**

### **a. Continuum entre dissociation et hallucinations**

Bien que conceptuellement distinctes, en l'absence d'un entretien clinique détaillé, l'expérience psychotique comme une expression de dissociation peut être phénoménologiquement indiscernable de délires ou d'hallucinations existant dans la psychose. En dépit de leur éloignement clinique actuel, dissociation et psychose ne sont pas toujours des concepts indépendants.

Charcot (1868), a fait allusion à des connexions entre les hallucinations acoustico-verbales (HAV) et la dissociation dans l'«hystérie», notamment lors des traumatismes. Forel

(XIX<sup>ème</sup> siècle), en pratiquant l'hypnose a d'ailleurs déclaré : «On peut produire de nombreux phénomènes (hallucinations, fausses croyances) chez l'hypnotisé qui sont également à observer chez le fou ». La fascination de Prince vis à vis du subconscient des symptômes hystériques le conduira à caractériser les hallucinations acoustico-verbales comme des pensées et des introspections subconscientes dissociées. Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, de nombreux théoriciens utilisaient des mécanismes dissociatifs pour interpréter la symptomatologie psychotique. À certains égards, cette ligne de théorisation a atteint son apogée avec les travaux de Bleuler et son usage synonyme de séparation et de dissociation dans le concept de schizophrénie.

Malgré un intérêt croissant pour la relation entre le traumatisme et la psychose, relativement peu d'attention a été accordée au rôle potentiellement médiateur de la dissociation<sup>26</sup> ; Van der Hart *et al.*<sup>27</sup> décrit dans les symptômes dissociatifs du traumatisme des symptômes comprenant des hallucinations ou encore des pensées intrusives et envahissantes, des manifestations sensorielles telles que l'anesthésie, des tics, ou des sensations somatiques. Les voix peuvent être considérées comme une période d'expérience dissociative, qui peut devenir associée à des symptômes psychotiques (comme des délires secondaires). Il est reconnu que le lien entre le traumatisme et la dissociation a été plus clairement documenté pour des hallucinations auditives que pour les autres symptômes psychotiques. Cependant, la désorganisation comportementale peut elle aussi être comprise comme un phénomène dissociatif dans la mesure où les reviviscences présentes dans le TSPT, amènent non seulement à des comportements étranges lorsque le contenu émotionnel du trauma ressurgit, mais aussi à des troubles de la pensée pouvant mimer les barrages<sup>28</sup>.

En outre, un nombre croissant d'études suggère que les symptômes psychotiques ne sont pas en fait dichotomiques, mais plutôt une partie d'un continuum d'expériences qui se manifeste à travers la population générale<sup>29</sup>. Par exemple, Johns et van Os<sup>30</sup>, en 2001, ont fait valoir que la distribution des phénomènes tels que des hallucinations acoustico-verbales peut être considérée comme dimensionnelle plutôt que catégorielle car sa fréquence dans la communauté est beaucoup plus importante que la prévalence des cas cliniques pour les troubles psychotiques<sup>30</sup>. En effet, les expériences traumatiques ou très stressantes précèdent le développement d'hallucinations acoustico-verbales dans la grande majorité des entendeurs de voix<sup>31</sup>. Par ailleurs l'anxiété et la dépression semblent être de puissants prédicteurs d'hallucinations.

Les hallucinations ne sont donc plus à concevoir uniquement comme des phénomènes en lien avec la psychose mais qu'en est-il dans le TSPT ?

### **b. Hallucinations : phénomènes dissociatifs ?**

On peut se poser la question de savoir si les HAV du TSPT ne sont pas en réalité des « flashbacks auditifs »<sup>32,33</sup>. Lors de ces hallucinations, la personne agirait ou se sentirait comme si l'événement traumatique est effectivement récurrent<sup>34</sup>. De même, certains auteurs mentionnent des hallucinations visuelles qui peuvent apparaître proches des reviviscences, ainsi que des hallucinations cénesthésiques qui peuvent être mise en lien avec une hypervigilance accrue. L'hallucination représenterait alors pour les auteurs une manifestation dissociative causée directement par le traumatisme<sup>34,36</sup>.

Certaines études ont prouvé que les expériences psychotiques dans le TSPT étaient associées à un haut niveau de dissociation. De fortes corrélations entre mesures d'expériences dissociatives et psychotiques ont été confirmées en populations cliniques<sup>37</sup> et en populations non cliniques<sup>38,39</sup>. Les auteurs ont conclu que la dissociation, sous une forme ou une autre, était un «facteur prédisposant» pour les hallucinations acoustico-verbales<sup>28</sup>.

Pour exemple, une étude contrôlée randomisée comparant 20 sujets atteints de syndrome post-traumatique qui décrivaient des HAV et 20 sujets atteints de TSPT sans symptômes psychotiques a été menée. Les résultats montraient que comparativement aux sujets sans symptômes psychotiques, les patients décrivant des HAV ne montraient pas de symptômes plus sévères de TSPT mais bien des scores de dissociation (évaluée par la DES) plus élevés<sup>40</sup>.

De même, l'étude de Brewin *et al*<sup>41</sup> en 2010 comprenait un échantillon de 93 vétérans présentant les symptômes d'un TSPT, un échantillon de 21 vétérans ayant présenté un épisode de TSPT mais étant en rémission puis un échantillon de 44 vétérans sans symptômes de TSPT. Sur les 58% des vétérans souffraient d'un TSPT, 48% mentionnaient avoir fait l'expérience d'hallucinations auditives. Celles ci étaient associées significativement à un nombre cumulé de traumatismes et au score global du questionnaire d'expériences dissociatives. Autrement dit, l'étude affirmait que les hallucinations étaient incluses dans un syndrome dissociatif<sup>41</sup>.

Les mêmes résultats ont été retrouvés en population civile<sup>41</sup>. En effet, 30 patients civils

atteints de TSPT ont été comparés à 39 patients atteints de dépression et à 13 patients exposés à un traumatisme mais n'ayant pas développé de TSPT. Les hallucinations acoustico-verbales ont été significativement associées à la dissociation, indépendamment de la dépression.

Enfin, une étude réalisée sur 228 étudiants du Collège King Londres et Birkbeck College, soutient l'hypothèse que les reviviscences présentes dans le TSPT sont fortement associées aux hallucinations<sup>42</sup>.

Études	Echantillon	Mesures	Résultats
<b>Anketell 2010</b>	40 sujets atteints de TSPT : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 sujets sans symptômes psychotiques</li> <li>▪ 20 sujets avec symptômes psychotiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTSD Scale</li> <li>• DES</li> <li>• PANSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patients avec symptômes psychotiques : scores élevés de dissociation</li> <li>➤ Pas de lien entre sévérité TSPT et HAV</li> </ul>
<b>Brewin 2010</b>	Etude 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 93 militaires avec TSPT</li> <li>▪ 21 militaires avec TSPT en rémission</li> <li>▪ 44 militaires sains</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCID IV</li> <li>• DES</li> <li>• Peri-Traumatic Dissociative Experience Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 48% vétérans avec TSPT déclaraient HAV</li> <li>➤ HAV en lien avec scores de DES élevés</li> <li>➤ Lien HAV/intensité TSPT</li> </ul>
	Etude 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 civils TSPT</li> <li>▪ 39 civils EDC</li> <li>▪ 13 civils exposés traumatisme sans TSPT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DES</li> <li>• PTSD Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ HAV plus fréquentes lors TSPT</li> <li>➤ Association significative HAV/dissociation</li> </ul>
<b>Gracie 2007</b>	228 étudiants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self Report Scale-PTSD</li> <li>• Launay Slade Hallucinations Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Association significative reviviscences/HAV</li> </ul>

*Tableau 4 : études montrant l'association HAV/dissociation*

Toutes ces études montrent donc que les hallucinations sont associées à un haut niveau de dissociation, et que ces phénomènes hallucinatoires sont en lien avec les reviviscences. Les hallucinations dans le TSPT peuvent être conçues comme phénomènes dissociatifs aussi car

elles possèdent des caractéristiques différentes des hallucinations connues dans la psychose et dans la schizophrénie en particulier.

Cependant, les reviviscences ne semblent pas toujours strictement liées aux hallucinations, les hallucinations seraient alors des phénomènes indépendants.

### **c. Hallucinations : phénomènes psychotiques ?**

Certaines études s'opposent à l'association entre reviviscences et hallucinations ; le cluster reviviscence ne semble pas être associé aux symptômes psychotiques<sup>43</sup>. Une étude évaluant 24 publications sur les patients adultes (civils et vétérans) souffrant de TSPT avec caractéristiques psychotiques secondaires montrait que la gravité des symptômes positifs évalués par la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) n'a pas de corrélation avec les symptômes de reviviscence évalués par la Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) ce qui suggère que les caractéristiques psychotiques dans le TSPT ne sont pas présents strictement en fonction des reviviscences<sup>44</sup>. En d'autres termes, ni la fréquence ni la sévérité des répétitions traumatiques ne sont corrélées à celles des symptômes psychotiques positifs, ce qui plaide contre une confusion clinique entre hallucinations et reviviscences psychotraumatiques<sup>45,46</sup>.

Les HAV dans le TSPT ne répondraient pas toujours aux critères de reviviscences en ce que le contenu peut être congruent ou non avec le traumatisme initial<sup>40,34,33,47</sup>. C'est-à-dire que les hallucinations du TSPT intéressent à la fois des thèmes de combat et d'autres thèmes délirants sans lien psychopathologique avec le traumatisme psychique vécu<sup>48,44</sup>. Pour exemple, une étude a été menée sur 45 vétérans atteints de TSPT, dont 22 présentaient des HAV<sup>47</sup>. Sur ces 22 patients, seul 23 % affirmait que le contenu des hallucinations n'était en lien qu'avec le traumatisme. 77 % des patients déclaraient des HAV à la fois en lien avec le traumatisme mais aussi sans rapport.

De plus, les symptômes psychotiques ne sont pas uniquement superposables aux expériences de répétitions traumatiques, mais sont présents continuellement, même à distance des réminiscences traumatiques<sup>44</sup>. Lors des reviviscences, le patient se sent comme s'il revivait la scène traumatique, or les patients ne décrivent pas nécessairement cela lors des HAV.

Des critères plus « rigoureux » ont été définis par Pies *et al*<sup>49</sup> pour différencier les deux phénomènes, et montrent qu'il existe un phénomène psychotique si :

1) Le patient ne parvient pas à reconnaître que le stimulus interne est anormal et irréel, sur une durée anormale.

2) Le patient persiste à attribuer le stimulus interne à une source extérieure de nature délirante.

3) Sans se soucier des croyances du patient concernant le stimulus interne, son comportement est en accord avec la nature ou le contenu du stimulus sur une période de temps étendue<sup>49</sup>.

HAV et expériences dissociatives seraient donc deux entités différentes ; et certains auteurs plaident même pour que les hallucinations figurent dans les critères diagnostiques du TSPT, en dehors même du cluster reviviscences.

## **V Symptômes psychotiques et TSPT**

### **1 Lien entre traumatisme et symptômes psychotiques**

Dès le milieu des années 1800, le psychiatre français Moreau de Tours (1865) a observé que les manifestations psychotiques dont les HAV, peuvent être provoquées par une détresse psychologique intense. La relation entre événements traumatiques (et notamment dans les abus sexuels dans l'enfance) et HAV a été retrouvée dans de nombreuses études<sup>50</sup>. Plusieurs travaux ont montré qu'il existe un lien entre le contenu des expériences violentes et le contenu des symptômes psychotiques. Par exemple, une étude interrogeant des patients hospitalisés en psychiatrie et rapportant une histoire d'abus sexuel a constaté que 17 des 22 patients présentaient des symptômes psychotiques et que la moitié de ces symptômes étaient liés à l'abus<sup>51</sup>.

La première description des symptômes psychotiques chez les individus atteints de TSPT est venue de Van Putten et Emory (1973)<sup>36</sup> qui ont noté des «états psychotiques transitoires » secondaires à des névroses traumatiques chez les anciens combattants. Le TSPT a aussi été associé à une probabilité accrue de présenter un ou plusieurs symptômes psychotiques après ajustement sur les données sociodémographiques, les comorbidités psychiatrique et médicale.

Deux études ont par la suite confirmé ceci :

La première, réalisée sur 10641 personnes, montre que l'exposition à un événement traumatique, mais sans le développement d'un TSPT, est associée à une augmentation d'expériences délirantes avec une relation dose-réponse significative entre le nombre d'événements traumatiques et la description de symptômes psychotiques. Le diagnostic de TSPT augmentait la probabilité d'apparition d'expériences délirantes. L'association est restée significative pour chaque type de traumatisme examiné, y compris ceux qui sont plus susceptibles de se produire dans l'enfance (agression sexuelle) et ceux de la vie adulte (combat)<sup>33</sup>.

De même, la seconde étude comprenant 7403 personnes recrutées dans les ménages anglais concluait que 72,9 % des personnes qui ont présenté des idées délirantes de persécution et 78,1 % des personnes qui ont décrit des hallucinations auditives dans l'année écoulée avaient également subi un traumatisme. Environ un tiers des personnes qui ont développé des idées de persécution et des hallucinations auditives ont connu au moins un ou tous les symptômes de stress post-traumatique. Les événements traumatiques étaient ici significativement associés à la probabilité d'apparition d'hallucinations auditives et d'idées délirantes, et ce d'autant plus que le nombre de symptômes post-traumatiques était élevé. Les deux symptômes reviviscences et hypervigilance augmentaient les risques de voir apparaître des idées de persécution, suggérant une relation dose-réponse. Les symptômes de flashbacks étaient associés à la fois aux hallucinations auditives et à la paranoïa<sup>52</sup>.

Plusieurs hypothèses ont été posées pour expliquer cette relation. D'abord, l'impact sur le processus de mémorisation : la formation de souvenirs détaillés est inhibée et l'encodage des souvenirs associatifs est privilégié. Ces souvenirs peuvent rester disponibles et s'immiscer dans la conscience de façon involontaire comme des symptômes de reviviscences. Deuxièmement, l'hypothèse de la vulnérabilité biopsychosociale aux symptômes psychotiques a été développée. Le traumatisme provoque des perturbations affectives qui déclencheraient des anomalies de traitement de l'information<sup>32</sup>.

## **2 Episodes délirants et hallucinations**

### **a. Généralités**

#### **i. Prévalence**

Les fréquences signalées de symptômes psychotiques vont de 15 à 64 %. Certaines études révèlent une prévalence allant jusqu'à 67 % de patients civils atteints de TSPT<sup>41</sup> et une étude avec les anciens combattants américains a retrouvé une prévalence de 40 % de TSPT avec symptômes psychotiques<sup>44</sup>. Cette grande fluctuation peut être due à la taille ou aux différences entre les échantillons. De plus, il y a une grande variation de ces symptômes en fonction des pays<sup>53</sup>. Par ailleurs, une étude menée sur 1800 patients américains suivi en psychiatrie montre que la prévalence des symptômes psychotiques dans le TSPT est de 17 % mais tombe à 8 % lorsque les comorbidités psychiatriques (schizophrénie, troubles bipolaires, troubles de l'usage, trouble de la personnalité type borderline) sont incluses. Cela modifierait alors les pourcentages<sup>54</sup>.

#### **ii. Psychopathologie**

Les symptômes psychotiques retrouvés dans le TSPT incluent principalement des délires de persécution ou des hallucinations auditives. D'autres études montrent aussi une prévalence importante d'hallucinations visuelles<sup>55</sup>.

Du point de vue dynamique, le contenu des symptômes psychotiques représente deux aspects connus du trouble stress post-traumatique.

Le premier est le sentiment de culpabilité sévère associé à la dépression et même à des pensées suicidaires. Par exemple, le patient peut entendre des camarades tués durant la guerre lui ordonnant de se joindre à eux en se suicidant. Ainsi, faut-il prêter attention aux comorbidités du TSPT. Par exemple, les taux élevés de dépression qui accompagnent le TSPT peuvent expliquer l'existence de symptômes psychotiques avec contenu dépressif chez certains patients<sup>56</sup>.

La deuxième est la suspicion, voir même une attitude paranoïaque, qui est fréquemment observée chez les patients atteints de TSPT, en lien avec une perte de confiance fondamentale et une sensibilisation accrue aux dangers<sup>57</sup>. Les croyances délirantes sont à mettre en lien avec des croyances négatives sur le monde, sur eux mêmes, sur leur responsabilité. Les métacognitions positives, tout comme les métacognitions négatives sur les symptômes

psychotiques, sont aussi des facteurs de risque de développer ces symptômes ; par exemple, les vétérans qui pensent que la persécution rend leur vie plus excitante et les aide à survivre<sup>58</sup>.

En outre, les troubles du sommeil et les cauchemars post-traumatiques du TSPT peuvent être rapprochés du sommeil interrompu souvent rencontré dans la psychose<sup>59</sup>. Les difficultés à l'endormissement peuvent être vues comme la conséquence physiologique du sentiment d'intrusion. Des relations significatives ont été observées entre la privation de sommeil et des hallucinations. La privation de sommeil a également été montrée comme étant un facteur prédictif significatif de la paranoïa<sup>60</sup>.

### **iii. Physiopathologie**

De façon significative, la concentration plasmatique en dopamine  $\beta$ -hydroxylase (DBH) est plus importante chez les patients souffrant de TSPT avec symptômes psychotiques par rapport aux patients atteints de TSPT sans caractéristiques psychotiques et par rapport aux sujets sains<sup>61</sup>. En outre, les concentrations dans le liquide céphalo-rachidien du facteur de libération de corticotrophine (CRF) chez les patients atteints de TSPT avec symptômes psychotiques sont significativement plus élevées par rapport aux patients atteints de TSPT sans caractéristiques psychotiques et par rapport aux contrôles sains, tout comme la concentration sanguine de monoamine oxydase B ou encore celle de sérotonine 5 HT<sup>47</sup>.

L'une des variables expliquant l'existence de symptômes psychotiques pourrait être la durée du TSPT, et à travers cela la dysrégulation à long terme de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il a été rapporté qu'après 8 ans de TSPT, les symptômes du cluster D (hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil) sont les plus importants. Ainsi, les symptômes psychotiques, en lien avec les symptômes d'hypervigilance, pourraient résulter d'une plus longue durée de TSPT<sup>61</sup>.

Enfin, le TSPT avec symptômes psychotiques est associé à un déficit en mouvements oculaires de poursuite lente (SPEM) qui sont qualitativement différents des déficits SPEM de patients souffrant de schizophrénie ainsi que des contrôles sains.<sup>48</sup>.

#### **iv. Facteurs de risque des symptômes psychotiques**

##### **§. Facteurs psychosociaux**

Les variables prédictives d'apparition de symptômes psychotiques sont des antécédents de maladie psychiatrique (la dépression, l'anxiété), un bas niveau d'éducation, un entourage défaillant, un bas niveau social, la participation à l'effort de sauvetage, des antécédents d'exposition à des traumatismes.<sup>62</sup>

Les troubles de la personnalité ont aussi été étudiés en tant que facteurs de risque possible pour le TSPT avec symptômes psychotiques. Dans un groupe d'anciens combattants et de soldats croates encore en service militaire souffrant de stress post-traumatique, les symptômes psychotiques sont plus souvent retrouvés chez les patients sans troubles de la personnalité comorbide<sup>63</sup>. Cependant, d'autres auteurs affirment que les patients aux traits de personnalité schizotypiques, sont plus susceptibles de développer des symptômes positifs<sup>64</sup>.

Aucune étude n'a été réalisée pour détecter la prévalence ou l'incidence du TSPT avec symptômes psychotiques chez les parents de patients atteints de TSPT avec symptômes psychotiques. Une étude a porté sur la vulnérabilité familiale à la schizophrénie et à d'autres psychoses chez les parents au premier degré de patients TSPT avec symptômes psychotiques. L'étude a montré une augmentation de la prévalence de la dépression majeure, mais aucune augmentation de la prévalence des troubles psychotiques chez les parents au premier degré, ce qui interroge sur l'existence d'un trouble bipolaire sous jacent<sup>65</sup>.

##### **§ Caractéristiques du traumatisme**

La caractéristique principale susceptible d'engendrer des symptômes psychotiques est le nombre global d'événements traumatiques. Il serait plus important que le type de traumatisme<sup>43, 42</sup>. En effet, la nature et la gravité des événements traumatiques ne sont pas associées à la présence ou l'absence de stress post-traumatique avec caractéristiques psychotiques<sup>43</sup>. Dans une seule étude, une corrélation positive a été trouvée entre la gravité des événements traumatiques et la présence de caractéristiques psychotiques<sup>66</sup>.

On ne sait pas à partir des données actuelles si ces expériences traumatiques répétées sont plus susceptibles d'être associées à des symptômes psychotiques, ou si les personnes présentant des symptômes psychotiques seraient plus susceptibles d'être dans un environnement où ils pouvaient assister à de la violence<sup>43</sup>.

## **b. Symptômes psychotiques : facteur de gravité ?**

Des corrélations positives entre la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et la sévérité des symptômes psychotiques ont été rapportées chez les anciens combattants ayant un diagnostic de stress post-traumatique mais aussi dans les populations civiles<sup>42</sup>. Une étude menée sur 91 vétérans de la guerre de Croatie atteints de TSPT montre une différence significative dans l'intensité des symptômes d'hypervigilance entre le groupe de patients mentionnant des symptômes psychotiques et le groupe n'en mentionnant pas<sup>61</sup>.

La présence de symptômes psychotiques dans le TSPT est associée de manière significative à des niveaux plus élevés de psychopathologie générale, de paranoïa, de dépression, d'anxiété et d'anhédonie<sup>67</sup>. De plus, les patients avec symptômes psychotiques ont montré une probabilité plus élevée de développer une comorbidité telle que le trouble panique, la phobie sociale, la dépression majeure, l'abus ou dépendance à l'alcool, à la drogue, et la personnalité antisociale. Les patients avec symptômes psychotiques développent de manière significative une détresse plus importante ainsi que plus d'idées suicidaires<sup>43</sup>.

D'autres études montrent que les patients atteints de TSPT avec symptômes psychotiques ne présentent pas de symptômes de TSPT plus sévères par rapport à leurs homologues non psychotiques. Comme nous l'avons vu précédemment dans l'étude de Braakman et al, la sévérité des symptômes psychotiques mesurés par la PANSS n'est pas corrélée à la sévérité des reviviscences mesurées par la CAPS<sup>44,67</sup>.

Ainsi, les symptômes psychotiques ne seraient pas un facteur de gravité du TSPT, les symptômes de reviviscences ou hypervigilance ne seraient pas plus importants chez tous les patients atteints de TSPT avec symptômes psychotiques.

TSPT et symptômes psychotiques sont donc liés. Nous allons étudier désormais de quelle manière : quelle est la chronologie d'apparition de ces symptômes psychotiques ?

## **c. Le traumatisme peut-il causer un trouble psychotique ?**

### **i. La psychose précédant le traumatisme**

Louis Crocq considère que le traumatisme psychique peut déclencher une psychose à la condition nécessaire d'une personnalité de structure psychotique préalable à la rencontre traumatique. Il explique que « la structure psychotique est en elle-même un facteur de

susceptibilité accrue au traumatisme psychique car les moyens de défense pour y faire face font défaut au profit d'une « réorganisation » psychique dans le délire ». Si l'état anté-traumatique était pré-morbide, c'est pourtant bien le traumatisme psychique qui est la cause de l'éclosion délirante<sup>48</sup>. Il est à noter que certains déterminants particuliers du traumatisme psychique peuvent faire vaciller la structure psychotique. Par exemple, les angoisses de morcellement éprouvées devant la vue d'un membre arraché et les angoisses de néantisation. Ceci est pondéré par Vergnes et Lebigot qui affirment que les sujets névrotiques peuvent présenter des symptômes psychotiques transitoires alors que le sujet psychotique peut déclencher une psychose floride secondairement au traumatisme psychique<sup>68</sup>.

## **ii Le traumatisme précédant la psychose**

Nous avons vu précédemment que beaucoup d'études montrent que l'expérience psychotique fait souvent suite à des événements traumatiques. Cette suggestion se fonde sur les taux élevés d'abus sexuels dans l'enfance et d'autres traumatismes parmi les populations psychotiques<sup>69,70</sup>, mais aussi sur l'influence des événements de vie négatifs et/ou des conditions environnementales d'aversion, sur les symptômes psychotiques<sup>31</sup>. Par exemple, les nombreuses études réalisées sur les survivants de camps de concentration montrent un nombre important de schizophrénies, ce qui a été mis en lien avec les traumatismes vécus<sup>68</sup>. Mueser *et al.*<sup>70</sup> suggèrent que le TSPT influe sur la psychose à la fois directement, par les effets des symptômes spécifiques du TSPT comme l'évitement, l'hypervigilance, les reviviscences, et indirectement, par les effets des conséquences communes du TSPT telles que la toxicomanie, ou les difficultés relationnelles. On fait alors valoir que le traumatisme peut avoir un impact sur les émotions et les croyances, déclenchant une « vulnérabilité biopsychosociale à la psychose et conduisant à des expériences anormales »<sup>32</sup>. Le TSPT précéderait alors les symptômes psychotiques<sup>44</sup>, avec cinq fois plus de risque de développer des hallucinations et des délires de persécution après un traumatisme<sup>42</sup>.

Les modèles cognitifs récents suggèrent que les délires de persécution peuvent être considérés comme des croyances menaçantes qui pourraient apparaître comme une réponse à l'expérience du stress interpersonnel et au traumatisme. Par exemple, l'abus sexuel ou physique peut conduire la personne à penser qu'elle ne peut plus faire confiance, ce qui rendrait les interprétations paranoïaques des événements ambigus plus probables. Autre exemple avec les sensations corporelles : la méfiance et les phénomènes de dissociation peuvent les amener à croire que leurs palpitations sont induites par un tiers. Les délires

somatiques tels que le délire de parasitose (la croyance que l'on est infesté par des parasites tels que les acariens, les poux, les insectes, ou des bactéries) associé ou non à des hallucinations cénesthésiques, sont également documentés suite à des événements traumatisants de la vie tels que le viol et d'agression sexuelle<sup>71</sup>.

Les croyances négatives pré-existantes sur soi (par exemple se concevoir comme vulnérable, faible) peuvent se combiner avec une vision dangereuse de l'autre pour donner lieu à des émotions négatives (en particulier l'anxiété), et contribuer ainsi à l'émergence de sentiments de menace et de paranoïa, ce qui rend la formation des idées délirantes de persécution plus probables<sup>72</sup>. Gracie<sup>42</sup> en témoigne dans son étude menée sur 228 étudiants et visant à étudier l'association entre traumatisme, trouble délirant et hallucinations. Les résultats rapportent que les croyances schématiques négatives sur soi et les autres peuvent être un médiateur de la relation entre le traumatisme et la paranoïa. Les reviviscences peuvent, elles, augmenter les croyances négatives, qui à leur tour précipitent l'expression de la paranoïa.

Il est possible qu'une attribution interne (auto-accusation) d'un événement traumatique, conduit au développement d'un TSPT,<sup>73</sup> alors qu'une attribution externe de l'événement traumatique, amène à l'expression de symptômes psychotiques comme les délires<sup>74</sup> et les hallucinations<sup>75</sup>.

Allen *et al.*<sup>76</sup>(1997) ont suggéré que la dissociation induite par le traumatisme rend les personnes vulnérables à l'expérience psychotique. Ils ont également constaté que les symptômes dissociatifs étaient significativement associés à des hallucinations et des délires. Ils proposent que le détachement dissociatif porte atteinte à l'épreuve de la réalité et rend l'individu avec des symptômes post-traumatiques, « vulnérables au monde intérieur cauchemardesque ». Ils présument en outre que le détachement dissociatif sévère laisse les individus vulnérables à la psychose parce que l'ancrage interne ne semble pas exister<sup>76</sup>.

Ces expériences psychotiques sont l'expression de difficultés émotionnelles et apparaissent parfois purement réactionnelles. Une tonalité clinique psychotique de TSPT peut témoigner d'une susceptibilité aux expressions psychotiques, expressions temporairement déclenchées par un stress et qui n'évolueront pas vers une schizophrénie caractérisée<sup>45</sup>.

Mais la clinique du TSPT avec symptômes psychotiques peut être proche de celle d'une schizophrénie et nous allons mettre en avant les différences entre les deux entités.

## **d. Comparaison schizophrénie et TSPT**

### **i. Hallucinations acoustico verbales**

Il paraît parfois difficile de différencier les HAV intervenant dans un TSPT des HAV intervenant dans une schizophrénie.

Une étude a évalué les HAV chez des patients atteints de schizophrénie ou autres troubles psychotiques, et chez des patients sans trouble psychotique (atteints de Complex Trauma and Disorders of Extrem Stress (DESNOS), TSPT, ou troubles bipolaires). Les caractéristiques des HAV n'ont pas permis de discriminer les troubles psychotiques des non psychotiques. Plus précisément, les analyses ne suggéraient aucune association statistiquement significative entre les diagnostics et les variables telles que la fréquence et la durée des voix, des voix commentant à la première ou à la troisième personne, la capacité de l'individu à contrôler la voix<sup>26</sup>. Cela implique que la description des HAV ne devrait pas permettre un discernement fiable entre les deux pathologies. La sévérité des symptômes positifs tels que les HAV est aussi jugée comparable entre les deux pathologies selon certains auteurs,<sup>47</sup> mais d'autres réfutent cette hypothèse et affirment que les symptômes psychotiques évalués par la PANSS sont moins importants dans le TSPT<sup>67</sup>.

Néanmoins, il y a un certain nombre de différences qualitatives dans le contenu ou la manifestation de symptômes psychotiques positifs dans le TSPT, par opposition à la schizophrénie, comme le montrent deux études qui se sont penchées sur la différence des hallucinations dans le diagnostic de TSPT et de schizophrénie dans la population adulte.

La première d'entre elles menée par Scott en 2007<sup>33,26</sup> a comparé les HAV de 17 patients atteints de TSPT avec celles de 16 patients atteints de troubles psychotiques. Les résultats montraient que:

- les injonctions hallucinatoires étaient plus fréquentes dans la schizophrénie (63 %) que dans le TSPT (37 %).
- les hallucinations intra psychiques étaient plus fréquentes dans le TSPT (35 %) que dans la schizophrénie (11 %).

La seconde étude de Jessop en 2008 comparant 13 patients atteints de TSPT avec 5 patients atteints de schizophrénie montre que :

- les 2 groupes présentent sans distinction des HAV et des hallucinations intra psychiques.
- la fréquence et la durée des HAV étaient plus faibles dans le TSPT que dans la schizophrénie.
- les injonctions hallucinatoires et les thèmes désobligeants ont été plus fréquents dans le TSPT, en contradiction avec les conclusions de Scott *et al.* (2007)<sup>33</sup>.

A noter, qu'une étude a été réalisée dans la population adolescente<sup>77</sup>. Les hallucinations de 54 patients âgés de 13 à 18 ans qui avaient un diagnostic primaire de TSPT ont été comparées à celles de sujets atteints de schizophrénie. Il existait dans les deux groupes des HAV (chez tous les patients), des hallucinations visuelles, cénesthésiques et olfactives. 92 % des patients adolescents atteints de TSPT pensaient que les hallucinations pouvaient être issues de leur propre pensées ou imagination ou pourraient être dues à la maladie, contre 80% chez les sujets atteints de schizophrénie. Pour les sujets atteints de TSPT, les thèmes hallucinatoires étaient en lien avec l'automutilation (62 %), des voix désobligeantes (62 %), des sujets « neutres » (31 % dans le TSPT, contre 80 % dans la schizophrénie), des thèmes religieux (23 % contre 60 % dans la schizophrénie). 46 % des sujets atteints de TSPT ont rapporté une association entre hallucinations et les expériences traumatiques, de façon directe ou indirecte : « vous êtes désespéré », « vous méritez de mourir ». Dans l'ensemble, la fréquence et la durée des hallucinations étaient moins importantes dans le TSPT que dans la schizophrénie. Les sujets atteints de TSPT ont rapporté une plus grande détresse subjective que les patients atteints de schizophrénie.

92 % des sujets atteints de TSPT ont rapporté que les hallucinations étaient plus susceptibles de se produire quand ils étaient anxieux, déprimés ou en colère, contre 60% chez les sujets atteints de schizophrénie<sup>77</sup>.

D'autres différences entre les deux pathologies sont parfois décrites. Les HAV sont vécues comme provenant de sa propre pensée, ego syntoniques, dans le TSPT et vécues comme externes, ego dystoniques, dans la schizophrénie, selon certains auteurs<sup>78</sup>. Le reality testing est préservé. Ainsi, si quelqu'un mentionne des HAV malveillantes et ne fait pas de lien entre ces hallucinations et des expériences douloureuses, il est fort probable que ce soit considéré comme un symptôme de premier rang de la schizophrénie (Schneider, 1959)<sup>28</sup>. Le

sujet reste néanmoins débattu puisque pour d'autres auteurs la dimension ego syntonique ou ego dystonique des hallucinations n'est en rien spécifique de diagnostic de schizophrénie ou de TSPT<sup>79,80</sup>.

## **ii Délires**

Concernant les symptômes positifs, les deux diagnostics se composent tous deux de phénomènes intrusifs (hallucinations et reviviscences), sujets à interprétation puis à évitement. L'hypervigilance est aussi commune aux deux pathologies et amène à de véritables idées délirantes de persécution qui se confondent parfois avec les idées délirantes présentes dans la schizophrénie.

La temporalité apparaît comme un élément essentiel : aucun trouble psychotique ne pré-existait lors de l'apparition des hallucinations et des délires et, pour appartenir à l'entité TSPT, ces manifestations psychotiques devront être apparues après les symptômes post traumatiques.

Cependant, la symptomatologie délirante de la schizophrénie diffère notablement de celle présente dans le TSPT<sup>47,81</sup> :

- les délires sont plus florides
- les délires sont moins systématisés
- les thèmes sont plus étranges
- la désorganisation est plus importante
- il n'y a pas de symptômes thymiques

## **iii Symptômes négatifs**

Une étude témoigne de l'importance des symptômes négatifs dans les deux pathologies ; 40 patients vétérans de la guerre du Vietnam atteints de TSPT avec symptômes psychotiques et 40 patients atteints de schizophrénie ont été évalués par l'échelle PANSS. Bien que les patients atteints de schizophrénie aient statistiquement un score de symptômes positifs plus élevé, les parties concernant les symptômes négatifs et la psychopathologie globale était comparable entre les deux groupes. La similitude des symptômes négatifs est donc particulièrement frappante entre ces deux groupes et conduisant à des niveaux similaires de dysfonctionnement global<sup>82</sup>.

Aucune différence ne peut être faite entre le TSPT avec symptômes psychotiques et la schizophrénie en terme de symptômes négatifs et cela est probablement dû à la difficulté de distinguer symptômes négatifs et syndrome d'évitement. L'indifférence affective, l'isolement social, la difficulté à se concentrer, les sentiments de déréalisation, de détachement, et la négligence sont comparables dans les deux pathologies<sup>34</sup>.

Nous venons donc de voir comment le TSPT induit par lui même des symptômes psychotiques. Certaines études montrent une atténuation de la relation TSPT/symptômes psychotiques lorsque les comorbidités et notamment la dépression sont incluses dans l'étude, même si cette association reste significative.<sup>43</sup> Il est donc important de comprendre, dans une démarche clinique, que d'autres phénomènes peuvent être en cause dans l'apparition de symptômes psychotiques. En effet, la dépression est une comorbidité très importante dans le TSPT, et peut elle aussi être un vecteur dans l'émergence des symptômes psychotiques.

### **3 TSPT et dépression avec caractéristiques psychotiques**

#### **a. Comorbidité**

Les individus qui développent un TSPT sont plus susceptibles de développer un épisode dépressif majeur par rapport aux personnes exposées aux traumatismes, mais qui ne développent pas de TSPT<sup>17</sup>. Alors que la comorbidité instantanée entre épisode dépressif caractérisé (EDC) et TSPT est évaluée à 30 % chez les personnes brûlées et les survivants d'agression par arme à feu, cette même comorbidité sur la vie entière est de 70 à 90 % chez les vétérans du Vietnam. En population française, présenter un TSPT augmente par trois le risque de souffrir d'un EDC<sup>46</sup>. Les symptômes du TSPT et de la dépression seraient alors plus importants, le risque de chronicité du TSPT augmenté et le fonctionnement social moins bon<sup>83</sup>.

Le risque semble se majorer chez les personnes souffrant de TSPT avec caractéristiques psychotiques, avec une plus grande probabilité de développer un épisode dépressif caractérisé et des idées suicidaires<sup>44</sup>. Inversement, une étude à grande échelle montre que les patients souffrant d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques étaient presque quatre fois plus susceptibles de souffrir de TSPT, par rapport aux patients avec une dépression non psychotique<sup>83</sup>.

Pour exemple, cinquante trois anciens combattants hospitalisés dans une unité spécialisée dans le trouble post-traumatique ont été évalués. Les symptômes psychotiques décrits chez 40 % des patients ont été significativement associés à une dépression majeure<sup>81</sup>. Les symptômes psychotiques étaient ici plus fréquents chez les patients souffrant de dépression comorbide. Une fois encore, les symptômes de stress post-traumatique, les symptômes dépressifs et les symptômes psychotiques seraient plus importants chez les patients atteints de TSPT avec symptômes psychotiques atteints de dépression par rapport aux patients indemnes de dépression, ce qui est confirmé par d'autres études<sup>54</sup>. L'étude menée sur 1800 patients suivi en ambulatoire en psychiatrie retrouvait une prévalence plus importante de symptômes psychotiques lorsqu'une comorbidité d'EDC était associée au TSPT (8 % versus 2,4 %)<sup>54</sup>.

Par conséquent, la question se pose de savoir si les caractéristiques psychotiques chez les patients souffrant à la fois de trouble dépressif et de TSPT devraient être attribuées à la maladie dépressive (trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques et co-morbide TSPT) ou au TSPT.

### **b. Similarité des symptômes**

Si le sujet psychotraumatisé vit constamment dans l'évitement des pensées, des sentiments, des conversations, des gens et des lieux qui pourraient lui rappeler son traumatisme, ces ruminations et évitements rappellent l'aboulie et le repli du patient dépressif qui s'enferme dans son silence et restreint ses activités sociales. Au niveau psychopathologique, les dimensions de honte, d'abandon et de culpabilité qui caractérisent la psychopathologie du traumatisme sont proches des déterminants dépressifs. D'autre part, l'hyperactivité neurovégétative génère dans les deux pathologies des insomnies, des difficultés de concentration et une irritabilité entraînant une diminution diffuse d'intérêt et de plaisir, le sujet apparaissant comme détaché de son environnement. Enfin, les patients souffrant de reviviscences traumatiques persistantes décrivent une tristesse pathologique de l'humeur<sup>46</sup>.

### **c. Sémiologie des symptômes psychotiques**

Le contenu des délires dans la dépression avec caractéristiques psychotiques est plutôt nihiliste ou centré sur des préoccupations corporelles, alors que le thème des délires présents dans le TSPT reste de l'ordre de la persécution. Cependant les idées de persécution peuvent aussi être intégrées dans le cadre de la dépression post-traumatique. Les symptômes psychotiques de la dépression suivant le syndrome post-traumatique sont dominés par un sentiment d'incurabilité et de culpabilité voir de ruine. Les symptômes de la négation de l'identité sont parfois observés ; « dans le cadre de la dépersonnalisation, le sujet ne se sent plus lui-même »<sup>46</sup>.

### **d. Chronologie**

Les études évaluant l'apparition du TSPT et de la dépression majeure après un traumatisme associent sans doute l'ordre chronologique avec la causalité. Ils suggèrent que la dépression est souvent «secondaire» au TSPT. Dans une étude nationale sur la comorbidité menée par Kessler et al<sup>5</sup>, 78,4 % des sujets souffrant de dépression majeure et de TSPT ont rapporté que le début de leur trouble thymique a suivi celui du stress post-traumatique<sup>83</sup>.

Cependant, une étude sur les anciens combattants israéliens, indique que le TSPT et la dépression ont commencé ensemble dans 65 % des cas, la dépression majeure a précédé le TSPT dans 16 % des cas, et le TSPT a précédé la dépression majeure chez 19% des patients<sup>83</sup>. Néanmoins, la comorbidité dépressive ne semble pas expliquer toute la symptomatologie psychotique puisqu'une autre étude menée sur 45 vétérans de la guerre du Vietnam atteints de TSPT dont 22 atteints de TSPT avec symptômes psychotiques a montré qu'au moins 32 % des patients présentant des HAV n'étaient pas atteints de dépression<sup>47</sup>.

## **4 TSPT et troubles somatoformes**

La définition d'un trouble somatoforme indifférencié dans le DSM IV est : un ou plusieurs symptômes physiques qui ne peuvent pas être entièrement expliqués par une affection médicale générale connue ou par les effets directs d'une substance et qui persistent pendant 6 mois ou plus<sup>10</sup>. Le « syndrome de la guerre du Golfe » en est un exemple et comprenait l'apparition chez beaucoup de soldats de symptômes fonctionnels multisystématisés et non spécifiques associant fatigue, céphalées, rash cutané, douleurs musculaires, troubles de la mémorisation et dyspnée quelques semaines ou mois après leur retour du combat.

Selon une méta-analyse de 33 études, les patients présentant des symptômes physiques médicalement inexpliqués déclarent généralement plus d'événements traumatiques. La relation entre la sévérité des symptômes et le traumatisme a été rapportée dans quelques études, pour le syndrome du côlon irritable, le trouble de conversion et le trouble somatisation<sup>84</sup>. De plus, une douleur dite « physique » mais résultant d'un traumatisme psychique concerne 10 % des patients douloureux chroniques<sup>45</sup>. L'atteinte du corps peut être uniquement symbolique et génératrice de troubles conversifs alors même que les chairs ont été épargnées. Mais la douleur se logera d'autant plus facilement si le trauma a porté atteinte aux intégrités physiques et psychiques<sup>45</sup>.

Selon Auxémery<sup>45</sup>, près de 80 % de sujets souffrant de TSPT présentent également une algie chronique. Pour exemple, la fibromyalgie est associée à des antécédents psychotraumatiques et au TSPT. D'autres rapports montrent un lien entre TSPT et le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrite rhumatoïde, le psoriasis, l'ostéoporose et les maladies de la thyroïde, et il a été suggéré que cette liaison peut être médiée par l'activation auto-immune<sup>84</sup>. L'activation auto-immune peut être présente avant le développement du TSPT ou être causée par une action neuro-endocrinienne (axe corticotrope) et l'activation sympathique du système nerveux.

Une blessure physique contemporaine d'un événement potentiellement traumatogène augmente le risque de développer un TSPT ultérieur<sup>45</sup>. Réciproquement, la présence d'un TSPT grève la perception subjective de la santé physique d'un sujet. Dans les suites d'un trauma somato-psychique, les douleurs physiques issues de l'accident reviennent régulièrement rappeler le drame comme un équivalent de répétitions traumatiques, lesquelles peuvent être directement déclenchées par ces perceptions corporelles nouvelles. On peut alors

se questionner sur le lien entre ces troubles somatoformes et des hallucinations somesthésiques : ces douleurs venant rappeler le traumatisme vécu ne sont-elles pas des symptômes psychotiques<sup>46</sup> ? Une autre suggestion est que l'association entre le trouble somatoforme et le TSPT est modifiée par la dépression. La douleur chronique est fréquente chez les patients atteints du TSPT et de dépression, et en particulier chez les survivants de la torture et les réfugiés traumatisés<sup>85</sup>.

Il est à noter que dans la littérature, une entité diagnostique appelée TSPT complexe est parfois décrite chez les survivants de traumatismes prolongés et répétés et comprend des difficultés de régulation émotionnelle, des cognitions pathologiques à type de honte, culpabilité, un isolement, des difficultés relationnelles et des comportements à risque et enfin des troubles somatoformes, s'ajoutant aux symptômes de TSPT<sup>86</sup>

En effet, le contact avec la profession médicale pour le TSPT est moins établi par des symptômes de reviviscences que par des symptômes somatiques ou des comorbidités psychiatriques et ce notamment dans les populations migrantes. Nous allons étudier maintenant les spécificités du TSPT chez les populations migrantes.

## **VI TSPT et migrants : particularités**

### **1 Etat de santé des populations**

En 2007, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a documenté 16 millions de réfugiés, 26 millions de personnes déplacées à l'intérieur, et 12 millions de personnes apatrides. L'INSEE en 2008 annonçait que 3,6 millions d'étrangers résidaient en France en 2006 soit 5,8 % de la population totale. Notre pays est en effet un territoire d'immigration ancien qui a connu différentes vagues migratoires.

Les réfugiés constituent une part croissante des patients au sein des services de santé mentale dans toute l'Europe en partie parce que leur nombre a augmenté au cours des dernières décennies, mais aussi parce que la maladie mentale (les troubles de l'humeur, les troubles de stress post-traumatique ou encore la schizophrénie) est plus fréquente chez ce groupe par rapport à la population majoritaire<sup>87</sup>.

Un réfugié se voit accorder l'asile quand il / elle répond aux critères de la Convention des Nations Unies pour les réfugiés à savoir quelqu'un qui: « ... a peur de la persécution bien fondée sur des motifs de race, religion, nationalité, appartenance à un groupe social particulier ou opinion politique ». Cela implique que la plupart des réfugiés aient vécu des événements traumatiques dans leur pays d'origine, comme la violence, l'emprisonnement, la torture, la fuite, la perte de membres de la famille, les camps de réfugiés, les agressions sexuelles, la perte de leurs biens et la crainte permanente de perdre leur vie. Ajouté au traumatisme lié à la guerre vécue par les réfugiés traumatisés, le traumatisme de quitter leur pays, leurs amis et leur famille, voyager au péril de leur vie, passer du temps dans les centres d'asile dans l'incertitude d'obtenir un permis de séjour est important. Après cela, ils doivent encore composer avec une nouvelle culture et bien souvent vivre dans l'isolement et la pauvreté. Sans compter que le racisme reste très présent dans nos sociétés.

Des études sur la prévalence du TSPT chez les réfugiés et les populations post-conflit dans le monde ont trouvé une prévalence entre 10-30%<sup>86</sup>. Mais certains chiffres sont encore plus importants. Pour exemple, dans une étude menée sur 38 demandeurs d'asile provenant de 21 pays différents, 79 % ont rapporté une exposition à un événement traumatique. Sur les 30 personnes ayant des antécédents traumatiques, 37 % répondaient aux critères diagnostiques du DSM-IV du TSPT. Une autre étude a été élaborée pour définir la prévalence de l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, et l'exposition au traumatisme de 53 demandeurs d'asile irakiens déboutés au Danemark. Parmi tous les participants, 94 % ont décrits des symptômes d'anxiété, 100 % avaient des symptômes de dépression, et 77 % rapportaient des symptômes de TSPT (troubles du sommeil, cauchemars, trouble de la concentration). Cette étude ne comprenait que des demandeurs d'asile qui se trouvaient dans une position d'expulsion et il est possible que les scores élevés dans cette étude soient le reflet de ce statut de rejet<sup>88</sup>. D'autres études confirment cependant ces résultats avec notamment une prévalence importante du diagnostic de changement durable de la personnalité en raison d'événements catastrophiques selon la CIM-10<sup>85</sup>. Les réfugiés mentionnent aussi régulièrement des douleurs signifiant probablement une prévalence importante de troubles somatoformes.

Les facteurs les plus associés au risque de développer une pathologie psychiatrique comprennent un faible statut socio-économique, de mauvaises conditions de logement, le chômage ou le sous-emploi, l'absence de résidence, les barrières linguistiques, les réseaux sociaux limités, la discrimination, les conflits familiaux, la perte de statut, le stress

acculturatif<sup>89,90</sup>. La durée de séjour dans un centre d'accueil de demandeur d'asile reste controversée quant à sa position de facteur de risque.

Il est important de rappeler que la migration est avant tout un élément de la biographie du sujet, c'est-à-dire un événement sociologique et qu'elle n'entraîne pas systématiquement de répercussion psychopathologique. Il semble probable que l'exposition à la persécution prolongée et au conflit puisse atténuer le sentiment de confiance et de sécurité de l'individu, d'une manière qui peut néanmoins n'être qu'adaptative et non pathogène. Dans ce cas, elle génère alors des troubles de l'adaptation. Toutefois, elle peut aussi être un moment de vulnérabilité et avoir un impact traumatique. Ces réponses peuvent créer ou agrandir la susceptibilité à la paranoïa et à d'autres symptômes psychotiques, en particulier lorsque les divisions communautaires en cours continuent de favoriser la peur et la suspicion<sup>57</sup>.

## **2 Des taux plus élevés de symptômes psychotiques**

Des taux élevés de symptômes psychotiques cotés par le PSQ (Psychotic Screening Questionnaire) ont été documentés parmi les minorités ethniques vivant dans les milieux occidentaux. Par exemple, parmi les immigrants roumains vivant dans des conditions sociales défavorables en Italie, 19 % étaient positifs au PSQ<sup>91</sup>. De même, une étude de cinq groupes ethniques au Royaume-Uni a révélé un taux plus élevé de cas dépistés par le PSQ dans les Afro-Antillais (12 %) que dans la population caucasienne majoritaire (6 %)<sup>57</sup>. La caractéristique commune de ces groupes est leur exposition au désavantage socio-économique, ce qui suggère que les conditions environnementales défavorables et les expositions au traumatisme peuvent être pertinentes dans la genèse des symptômes de type psychotique.

Concernant plus précisément le TSPT, les études montrent que les hispano-américains ainsi que les Afro-Américains affichent une augmentation de l'incidence du TSPT avec symptômes psychotiques par rapport aux Caucasiens, même après prise en compte, avec les variables de contrôle, des différences de nature et de sévérité des expériences traumatisantes, des caractéristiques sociodémographiques et des antécédents familiaux de maladie psychiatrique. Cependant, ces études n'ont pas été réalisées avec des outils transculturels, entraînant un biais probable<sup>44</sup>.

En revanche, certaines études affirment que les symptômes psychotiques n'apparaissent pas nécessairement chez les populations les plus inscrites dans un système de croyances traditionnelles. Une étude a établi l'épidémiologie des symptômes de type psychotique dans une société post-conflit, le Timor Oriental, pays à faible revenu. Au total, 12 % des participants présentaient des symptômes psychotiques, principalement des délires de persécution. En analyse univariée, les personnes jeunes, instruites et vivant dans la ville étaient plus susceptibles de développer des symptômes psychotiques après le traumatisme, et pourtant ces secteurs de la population sont plus enclins à adopter un mode de vie occidental sans systèmes de croyances traditionnelles<sup>57</sup>.

Une étude<sup>86</sup> menée sur 181 réfugiés atteints de TSPT et recrutés dans un centre de psychiatrie transculturelle, affirmait que 40,9 % des patients signalait des symptômes psychotiques, ce qui correspond aux chiffres retrouvés dans les populations occidentales par Braakman et al<sup>44</sup>.

La compréhension de la psychopathologie est encore compliquée par « l'expression plus culturée » pour différencier les phénomènes dissociatifs tels que des reviviscences des hallucinations et les délires paranoïaques de la crainte réaliste. Les croyances traditionnelles, par exemple concernant les malédictions et la communication avec les esprits, peuvent mimer des symptômes de type psychotique.

Pour illustrer cette prévalence des symptômes psychotiques et cette clinique singulière dans la population migrante présentant un TSPT, nous allons présenter un cas clinique. Face au traumatisme, face à la confrontation à la mort, des symptômes post-traumatiques apparaissent. Parfois francs cliniquement, il peut s'y ajouter des symptômes psychotiques dont le contenu est en lien avec le traumatisme. Que faire alors de ces symptômes ? Sont-ils une autre forme de reviviscences, ou bien des caractéristiques indépendantes du TSPT ? Comment doit-on les aborder, les différencier d'une psychose naissante induite par le traumatisme ? Doit-on les concevoir comme la manifestation d'un EDC avec caractéristiques psychotiques secondaire ou co-morbide au TSPT ?

### **3 Cas clinique**

Mme M. a 21 ans et est originaire du Cameroun. Elle est allée à l'école jusqu'en 3<sup>ème</sup> puis a bénéficié d'une formation de sage femme dans son pays. Elle a un fils de 4 ans, resté en Afrique.

Elle n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux psychiatriques. Elle n'a pas d'antécédents somatiques.

Au décès de sa mère, elle est allée au Nigéria pour travailler chez une tante. Elle a alors été enrôlée dans un réseau de prostitution. Elle fuit ce réseau de prostitution en passant par le Mali puis l'Algérie où elle subit un viol dont elle restera traumatisée. Mme M. est arrivée en France 5 mois auparavant. Elle est hébergée dans une famille et est en situation irrégulière. Elle n'a pas de famille en France.

A l'entretien, Mme M. parle en chuchotant car elle craint « qu'ils entendent et qu'ils viennent ». La patiente décrit des reviviscences diurnes où elle revoit une de ses agressions, son viol, subi en Algérie. Ces reviviscences s'accompagnent alors d'hallucinations acoustico-verbales : « on va te tuer », propos qu'elle a entendus de ses agresseurs. Ces hallucinations ont principalement lieu le soir et lorsqu'elle est seule. Mme M. garde l'impression de « voir » ses agresseurs sous la douche ou près de la maison où elle est hébergée, ce qui amène à s'interroger sur le sens clinique de cette déclaration. S'agit-il de reviviscences ou d'hallucinations visuelles ?

Des reviviscences nocturnes de même ordre, à type de cauchemars, sont aussi régulièrement présentes. Cela génère des troubles du sommeil majeurs, avec retard à l'endormissement, la patiente craignant de faire des cauchemars. Lorsqu'elle parvient à s'endormir, les cauchemars entraînent un réveil brutal et précoce, sans qu'elle puisse se rendormir. A cela, s'ajoutent des épisodes de dépersonnalisation et de déréalisation. La journée, Mme M. présente une hypervigilance importante : elle craint de sortir dans la rue de peur d'être agressée par des hommes, « avec un fusil ou un couteau » précisera-t-elle. Elle ne sort donc jamais. Cette hypervigilance confine parfois à un syndrome délirant : la patiente décrit un manque de confiance total dans les hommes, refusant de leur adresser la parole, alors persuadée qu'ils ne veulent que l'agresser. Elle reconnaîtra lorsqu'elle fut questionnée sur ce point, que « peut être que les hommes ne sont pas tous méchants ». De plus, elle garde « l'impression d'être suivie » et la conviction quasi délirante que ses agresseurs peuvent revenir pour la tuer. On ne

retrouve pas de désorganisation. En revanche, elle décrit une thymie neutre, sans syndrome dépressif. Elle évoque cependant parfois des idées suicidaires.

L'introduction d'un traitement antipsychotique dans un premier temps puis d'un traitement antidépresseur a permis une amélioration clinique. Mme M. parvient maintenant à sortir pour accompagner sa famille d'accueil mais reste enfermée dans la voiture. Les hallucinations acoustico-verbales sont désormais moins fréquentes, tout comme les cauchemars. Elle se montre moins anxieuse. Elle ne présente plus d'idées suicidaires.

Nous voyons bien dans ce cas clinique l'intrication des reviviscences et des hallucinations acoustico-verbales et visuelles. Il reste difficile d'évaluer s'il s'agit de deux phénomènes indépendants (les hallucinations acoustico-verbales de Mme M. peuvent arriver en dehors des reviviscences), identiques ou encore liés. Par ailleurs, il est aussi compliqué de savoir si les symptômes d'hypervigilance, lorsqu'ils sont majeurs comme dans cette situation clinique, ne se muent pas en symptômes délirant de persécution, tant la conviction est forte chez la patiente. Cependant, l'association antipsychotique et antidépresseur a permis une régression des symptômes mais pas leur amendement. Les troubles du sommeil et les reviviscences persistent souvent longtemps, même en présence d'un traitement. La prise en charge psychothérapique reste donc nécessaire.

#### **4 Le filtre de la culture**

La culture façonne tous les aspects des soins aux patients en psychiatrie, en influençant quand, où, comment et à qui les patients racontent leur expérience de la maladie et leur détresse<sup>92</sup>, ainsi que la structuration de leurs symptômes<sup>93</sup>. Les modèles cliniques utilisés pour interpréter et comprendre les symptômes en termes de diagnostics psychiatriques doivent alors s'adapter<sup>94</sup>.

Les problèmes de santé mentale sont souvent plus mal diagnostiqués chez les patients de minorités ethniques, les immigrants et les groupes de réfugiés comparés aux patients qui ne sont pas issus de groupes minoritaires. Des études sur les soins primaires au Royaume-Uni montrent que même si les patients migrants consultent plus leur médecin généraliste que les non-migrants, ils sont moins susceptibles de voir leurs troubles identifiés<sup>95</sup>. Aux États-Unis, plusieurs études ont rapporté que les patients noirs sont plus susceptibles que les patients

blancs ayant des profils cliniques similaires à recevoir un diagnostic de schizophrénie, plutôt qu'un trouble affectif.

L'ethnopsychiatrie a tenté d'isoler les symptômes invariants de par le monde pour le syndrome post traumatique. Les symptômes de reviviscence et d'hyperactivité neuro végétative seraient les plus constamment retrouvés alors que les symptômes d'évitement seraient davantage dépendants du contexte culturel. La dissociation peut aussi se révéler très sensible à la polarisation de la culture. Cela conduit les psychiatres occidentaux à sous estimer la prévalence du syndrome post-traumatique et à sur-évaluer le diagnostic de schizophrénie. En réalité, on observe de nombreuses variations cliniques : somatisation, autres modèles conceptuels de la frayeur dans certaines sociétés traditionnelles ou modernes (Khala'a au Maghreb, Susto en Amérique du Sud, Hak Tao chez les Chinois). Il est donc important d'envisager la possibilité de la variabilité inter-culturelle dans l'expression et la signification des symptômes<sup>96,97</sup>.

Afin de mieux intégrer la dimension culturelle dans la pratique clinique, le DSM IV fournit en annexe le plan pour la formulation culturelle. Une série d'entretien semi structurés connus comme la formulation culturelle Interview (IFC) a ensuite été introduite dans le DSM V<sup>11,10</sup>.

## **VII Conclusion**

Nous avons donc vu à travers cette large revue de la littérature, toute l'importance des éléments dissociatifs, qui, bien qu'absents de la définition du TSPT, sont souvent décrits par les patients. C'est ce qui a motivé la création d'un sous groupe dissociatif dans le DSM 5, comprenant les patients décrivant d'importants symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation. Cette dissociation, lorsqu'elle apparaît très proche du traumatisme peut être un facteur prédictif de l'évolution du trouble en TSPT, mais nous avons vu que d'autres facteurs interviennent comme la dissociation persistante ou encore le nombre d'évènements traumatisants.

La thèse souligne la difficulté avant tout clinique, de différencier les symptômes habituels du TSPT (reviviscences, hypervigilance, évitement) et les symptômes psychotiques (hallucinations acoustico-verbales, délire de persécution) qui sont fréquents, leurs liens mutuels mais aussi leur lien avec une dépression comorbide. Les hallucinations acoustico-verbales sont parfois extrêmement proches des symptômes de reviviscences, bien que le thème de ces dernières n'intéresse pas nécessairement le traumatisme en lui même. Ces symptômes psychotiques interviennent aussi parfois très à distance de ces reviviscences. De même, l'hypervigilance poussée à son paroxysme, induit et mime des symptômes délirants de persécution et amène à de véritable comportement paranoïaque, tant le danger paraît proche et réel aux patients. D'autre part, l'apparition de ces symptômes psychotiques amène à s'interroger sur d'autres pathologies. Pour identifier un TSPT avec symptomatologie psychotique, on s'attachera à identifier principalement la chronologie d'apparition des symptômes (les symptômes psychotiques doivent succéder aux symptômes post-traumatiques), l'absence de désorganisation et la présence de délires systématisés. D'autre part, la différence entre TSPT avec symptômes psychotiques et épisode dépressif caractérisé avec symptômes psychotiques est parfois ténue, bien que, dans l'EDC, le thème des hallucinations et des délires est plutôt mélancolique et sans rapport avec le traumatisme dans l'EDC.

Les patients consultent aussi fréquemment aux motifs de douleurs inexplicées, de troubles fonctionnels invalidants, témoins des blessures physiques et psychiques vécues, formant ainsi un nouveau masque au diagnostic de TSPT.

Cela est d'autant plus difficile lorsque le patient nous offre une symptomatologie remaniée par le spectre de la culture, les migrants présentant des symptômes psychotiques plus

fréquents. Il apparaît alors aisé de fournir un diagnostic erroné, ce qui modifie la prise en charge. Le diagnostic de schizophrénie est posé par erreur tout comme celui de trouble de la personnalité de type état limite, en particulier chez les migrants.

Ainsi est il primordial d'identifier ces symptômes psychotiques afin d'adapter la prise en charge : proposition de thérapie par TCC (centré sur le module psychotique), et adjonction d'antipsychotiques de seconde génération aux antidépresseurs pour le volet pharmacologique.

## ANNEXE

		ESPT/SP	EDC/SP	Schizophrénie
<b>Reviviscences</b>		++	-	-
<b>Hallucinations</b>	Liée au traumatisme	++	-	+/-
	Sans lien avec traumatisme	+	++	++
<b>Idées délirantes</b>	Thème : persécution		-	+
	Début	Avant le traumatisme	-	++
		Après le traumatisme	+++	-
<b>Désorganisation</b>		-	-	+++
<b>Douleurs</b>	Trouble somatisation	++	+	-
	Hallucinations somesthésiques	+	-	+

*Tableau des caractéristiques TSPT/EDC avec caractéristiques psychotiques/schizophrénie*

## BIBLIOGRAPHIE

1. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can* 2011;183(12):E959-967.
2. Maury Caroline. Clinique du psychotraumatisme et misdiagnosis en situation transculturelle.
3. Ferreri M. Les psycho-traumatismes majeurs. Paris : Confrontations Psychiatriques (51); 2012.
4. . Pignol P., Préhistorie de la psychotraumatologie. Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884), *Info Psy*, 2014; 90 (6) : 415-425.
5. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048–60.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21–7.
7. De Soir E, Zech E, Versporten A, et al. Degree of exposure and peritraumatic dissociation as determinants of PTSD symptoms in the aftermath of the Ghislenghien gas explosion. *Arch Public Health Arch Belg Sante Publique* 2015;73(1):21.
8. Halligan SL, Yehuda R. Assessing dissociation as a risk factor for posttraumatic stress disorder: a study of adult offspring of holocaust survivors. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(7):429–36.
9. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Classification internationale des maladies mentales, 10e révision. Chapitre V : troubles mentaux et troubles du comportement. Genève : Masson; 1992.
10. American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996.
11. American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-5, American Psychiatric Press, Washington D.C.
12. van der Velden PG, Wittmann L. The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: a systematic review of prospective studies. *Clin Psychol Rev* 2008;28(6):1009–20.
13. Dorahy MJ, van der Hart O. DSM-5's posttraumatic stress disorder with dissociative symptoms: challenges and future directions. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD* 2015;16(1):7–28.
14. Lanius RA, Brand B, Vermetten E, Frewen PA, Spiegel D. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depress Anxiety* 2012;29(8):701–8.

15. Bennett DC, Modrowski CA, Kerig PK, Chaplo SD. Investigating the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder in a sample of traumatized detained youth. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy* 2015;7(5):465–72.
16. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biol Psychiatry* 2013;73(4):302–12.
17. Nothling. Traumatic dissociation as a predictor of post traumatic stress disorder in South African Female Rape survivors.
18. Wolf EJ, Lunney CA, Miller MW, Resick PA, Friedman MJ, Schnurr PP. The dissociative subtype of PTSD: a replication and extension. *Depress Anxiety* 2012;29(8):679–88.
19. Steuwe C, Lanius RA, Frewen PA. Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depress Anxiety* 2012;29(8):689–700.
20. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38(4):319–45.
21. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003;129(1):52–73.
22. Birmes P, Brunet A, Carreras D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003;160(7):1337–9.
23. Briere J, Scott C, Weathers F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162(12):2295–301.
24. Candel I, Merckelbach H. Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Compr Psychiatry* 2004;45(1):44–50.
25. Dancu CV, Riggs DS, Hearst-Ikeda D, Shoyer BG, Foa EB. Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *J Trauma Stress* 1996;9(2):253–67.
26. Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull* 2012;138(1):28–76.
27. van der Hart O, Dorahy M. Pierre Janet and the concept of dissociation. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1646; author reply 1646.
28. Moskowitz A. Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience?
29. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res* 2000;45(1–2):11–20.
30. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21(8):1125–41.

31. Romme MA, Escher AD. Hearing voices. *Schizophr Bull* 1989;15(2):209–16.
32. Hardy A, Fowler D, Freeman D, et al. Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(8):501–7.
33. Scott J, Chant D, Andrews G, Martin G, McGrath J. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2007;190:339–43.
34. Butler RW, Mueser KT, Sprock J, Braff DL. Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1996;39(10):839–44.
35. Hamner MB. Psychotic features and combat-associated PTSD. *Depress Anxiety* 1997;5(1):34–8.
36. Van Putten T, Emory WH. Traumatic neuroses in Vietnam returnees. A forgotten diagnosis? *Arch Gen Psychiatry* 1973;29(5):695–8.
37. Kilcommons AM, Morrison AP. Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112(5):351–9.
38. Giesbrecht T, Merckelbach H, Kater M, Sluis AF. Why dissociation and schizotypy overlap: the joint influence of fantasy proneness, cognitive failures, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(10):812–8.
39. Kilcommons AM, Morrison AP, Knight A, Lobban F. Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(8):602–11.
40. Anketell C, Dorahy MJ, Shannon M, et al. An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: potential associated mechanisms. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD* 2010;11(1):93–107.
41. Brewin CR, Patel T. Auditory pseudohallucinations in United Kingdom war veterans and civilians with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71(4):419–25.
42. Gracie A, Freeman D, Green S, et al. The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116(4):280–9.
43. Sareen J, Cox BJ, Goodwin RD, J G Asmundson G. Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample. *J Trauma Stress* 2005;18(4):313–22.
44. Braakman MH, Kortmann F a. M, van den Brink W. Validity of “post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features”: a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(1):15–24.
45. Auxéméry Y. [Post-traumatic stress disorder: Clinical aspects and pharmacological approach]. *Rev Med Interne* 2012;33(12):703–8.

46. Auxéméry Y. [Clinical forms of post-traumatic depression]. *L'Encephale* 2015;41(4):346–54.
47. Hamner MB, Frueh BC, Ulmer HG, Arana GW. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1999;45(7):846–52.
48. Auxéméry Y, Fidelle G. [Psychosis and trauma. Theoretical links between post-traumatic and psychotic symptoms]. *L'Encephale* 2011;37(6):433–8.
49. Pies R. Defining psychosis in PTSD. *J Clin Psychiatry* 1999;60(8):555–6.
50. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother* 2003;76(Pt 1):1–22.
51. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv Wash DC* 1999;50(11):1467–72.
52. Alsawy S, Wood L, Taylor PJ, Morrison AP. Psychotic experiences and PTSD: exploring associations in a population survey. *Psychol Med* 2015;45(13):2849–59.
53. Nygaard M, Sonne C, Carlsson J. Secondary psychotic features in refugees diagnosed with post-traumatic stress disorder: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry* [Internet] 2017 [cited 2017 Feb 22];17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5217253/>
54. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull* 2012;38(3):475–85.
55. Gaudiano BA, Zimmerman M. Evaluation of evidence for the psychotic subtyping of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2010;197(4):326–7.
56. Lindley SE, Carlson E, Sheikh J. Psychotic symptoms in posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr* 2000;5(9):52–7.
57. Bleich A, Moskowitz L. Post traumatic stress disorder with psychotic features. *Croat Med J* 2000;41(4):442–5.
58. Soosay I, Silove D, Bateman-Steel C, et al. Trauma exposure, PTSD and psychotic-like symptoms in post-conflict Timor Leste: an epidemiological survey. *BMC Psychiatry* 2012;12:229.
59. Campbell MLC, Morrison AP. The psychological consequences of combat exposure: the importance of appraisals and post-traumatic stress disorder symptomatology in the occurrence of delusional-like ideas. *Br J Clin Psychol* 2007;46(Pt 2):187–201.
60. Kinzie JD, Sack W, Angell R, Clarke G, Ben R. A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(4):501–4.

61. Freeman D, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol Med* 2011;41(5):923–36.
62. Kastelan A, Francisković T, Moro L, et al. Psychotic symptoms in combat-related post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 2007;172(3):273–7.
63. Ayub M, Saeed K, Kingdon D, Naeem F. Rate and predictors of psychotic symptoms after Kashmir earthquake. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015;265(6):471–81.
64. Ivezić S, Bagarić A, Oruc L, Mimica N, Ljubin T. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croat Med J* 2000;41(2):179–83.
65. Steel C, Mahmood M, Holmes EA. Positive schizotypy and trait dissociation as vulnerability factors for post-traumatic distress. *Br J Clin Psychol* 2008;47(Pt 2):245–9.
66. Clinical and family studies of PTSD with psychotic symptoms. Sautter FJ, Uddo M, Brailey K, et al (1996): *Int Soc Traumatic Stress Studies* 83.
67. Mueser KT, Butler RW. Auditory hallucinations in combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144(3):299–302.
68. Lindley SE, Carlson EB, Hill KR. Psychotic-like experiences, symptom expression, and cognitive performance in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014;202(2):91–6.
69. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol* 2003;42(Pt 4):331–53.
70. Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res* 1991;37(1):73–80.
71. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(3):493–9.
72. Oruc L, Bell P. Multiple rape trauma followed by delusional parasitosis. A case report from the Bosnian war. *Schizophr Res* 1995;16(2):173–4.
73. Freeman D. Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev* 2007;27(4):425–57.
74. Janoff-Bulman R. Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *J Pers Soc Psychol* 1979;37(10):1798–809.
75. Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behav Res Ther* 1994;32(3):331–41.
76. Bentall RP. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull* 1990;107(1):82–95.
77. Allen JG, Coyne L, Console DA. Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry* 1997;38(6):327–34.

78. Jessop M, Scott J, Nurcombe B. Hallucinations in adolescent inpatients with post-traumatic stress disorder and schizophrenia: similarities and differences. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr* 2008;16(4):268–72.
79. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *J Nerv Ment Dis* 2009;197(12):892–8.
80. Anketell C, Dorahy MJ, Curran D. A preliminary qualitative investigation of voice hearing and its association with dissociation in chronic PTSD. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD* 2011;12(1):88–101.
81. McCarthy-Jones S, Trauer T, Mackinnon A, Sims E, Thomas N, Copolov DL. A new phenomenological survey of auditory hallucinations: evidence for subtypes and implications for theory and practice. *Schizophr Bull* 2014;40(1):231–5.
82. David D, Kutcher GS, Jackson EI, Mellman TA. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(1):29–32.
83. Sautter FJ, Brailey K, Uddo MM, Hamilton MF, Beard MG, Borges AH. PTSD and comorbid psychotic disorder: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J Trauma Stress* 1999;12(1):73–88.
84. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998;155(5):630–7.
85. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJG. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med* 2007;69(3):242–8.
86. Buhman C, Mortensen EL, Lundstrøm S, Ryberg J, Nordentoft M, Ekstrøm M. Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at psychiatric trauma clinic in Copenhagen. *Torture Q J Rehabil Torture Vict Prev Torture* 2014;24(1):25–39.
87. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302(5):537–49.
88. Schwarz-Nielsen KH, Elklitt A. An evaluation of the mental status of rejected asylum seekers in two Danish asylum centers. *Torture Q J Rehabil Torture Vict Prev Torture* 2009;19(1):51–9.
89. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(4):243–58.
90. Finch BK, Vega WA. Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *J Immigr Health* 2003;5(3):109–17.
91. Tarricone I, Atti AR, Salvatori F, et al. Psychotic symptoms and general health in a socially disadvantaged migrant community in Bologna. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55(3):203–13.

92. Kirmayer LJ. Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcult Psychiatry* 2006;43(1):126–44.
93. Kleinman A. Culture, and illness: a question of models. *Cult Med Psychiatry* 1977;1(3):229–31.
94. Kleinman A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1987;151:447–54.
95. Gillam SJ, Jarman B, White P, Law R. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *BMJ* 1989;299(6705):953–7.
96. Manuel des psychotraumatismes, cliniques et recherches contemporaines : Emergence et limites du concept du PTSD ; R .Radjack.
97. RADJACK Rahmethnissah. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle?

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## **RESUME**

Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble stress post-traumatique. Revue de la littérature et illustration dans une situation spécifique : les populations migrantes.

La littérature a montré un lien fort entre dissociation, symptômes psychotiques et trouble post-traumatique. La dissociation et les symptômes psychotiques sont des entités associées au TSPT, apparaissent dans le cluster reviviscences du DSM IV et sont très fréquemment décrits par les patients notamment dans les populations migrantes. Cette revue de la littérature a pour objectif d'évaluer l'état des connaissances sur le thème des symptômes psychotiques et dissociatifs dans le syndrome post traumatique, leur sémiologie, leur mécanisme, en étudiant plus précisément les symptômes développés par les migrants ayant vécu un traumatisme.

Pour cela nous avons utilisé une base de données informatique PubMed afin de recueillir toutes les données concernant la dissociation, les hallucinations acoustico verbales et les idées délirantes de persécution dans la population occidentale et migrante.

Les hallucinations peuvent être définies comme des phénomènes dissociatifs car sont liées dans les études à des scores très élevés de dissociation sur la Dissociative Experience Scale. Cependant, les hallucinations peuvent aussi être comprises comme des phénomènes psychotiques devant l'absence de lien immédiat entre les symptômes psychotiques et leur thématique avec l'expérience traumatique, devant l'absence de synchronie temporelle entre symptômes psychotiques et éléments dissociatifs dans le TSPT et devant l'absence de corrélation entre la fréquence et la sévérité des répétitions traumatiques de nature dissociative et celles des « symptômes psychotiques » positifs dans le TSPT. Les troubles somatiques peuvent eux aussi être envisagés comme des hallucinations somesthésiques venant rappeler le traumatisme. Les populations migrantes quant à elle, ont une prévalence très élevée de syndrome post traumatique, et encore plus de symptômes psychotiques, ne devant pas conduire à un diagnostic de schizophrénie ou d'épisode dépressif caractérisé avec symptômes psychotiques. Il est nécessaire d'inclure ces symptômes psychotiques aux côtés des reviviscences dans le diagnostic de TSPT pour adapter les prises en charge.

**Mots clés :** post-traumatic stress disorder, dissociative symptoms, psychotic symptoms, flashbacks, hallucinations, refugees.

**Discipline :** Psychiatrie

**Université de Bordeaux, 146 Rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX**