



HAL
open science

Le trouble du stress post-traumatique complexe : quelles caractéristiques et quelle prise en charge ? Une revue de la littérature

Pierre-Henri Chaillou–Cheisson

► To cite this version:

Pierre-Henri Chaillou–Cheisson. Le trouble du stress post-traumatique complexe : quelles caractéristiques et quelle prise en charge ? Une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03355137

HAL Id: dumas-03355137

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03355137v1>

Submitted on 27 Sep 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n° 3139

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2021 à Bordeaux

Par CHAILLOU--CHEISSON Pierre-Henri

Né le 11 Juillet 1994 à La Rochelle (17)

Le trouble du stress post-traumatique complexe :
quelles caractéristiques et quelle prise en charge ?
- Une revue de la littérature -

Sous la direction de Monsieur le Docteur Didier DELHAYE

Jury

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Président

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Juge

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Juge

Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE

Rapporteur

« Tout ce qu'on fait dans la vie, on le fait pour être aimé. Moi, en tout cas oui. »

Xavier Dolan

REMERCIEMENTS

À MA FAMILLE, À MES AMIS, À MES PROCHEs

§ À mes parents, toujours présents, contre vents et marées. Je vous dois beaucoup. Merci pour votre infini soutien. Mon parcours n'aurait pas été le même sans votre aide et votre amour. À jamais merci.

§ À toi Maman, toi qui m'aimes depuis toujours. Il n'y a pas de mots assez puissants pour te témoigner l'étendue de mon admiration. Merci pour ton amour indéfectible, ta tendresse, tes sacrifices, tes attentions. Sois rassurée pour mon avenir.

§ À toi Papa, qui as toujours su trouver les mots pour me relever. Merci pour tes conseils avisés, tes sacrifices, ton esprit exemplaire, ton amour aussi. Je suis infiniment touché par la confiance aveugle que tu me témoignes.

§ À Papy et Mamy, je sais que vous veillez sur moi où que vous soyez et qu'aujourd'hui plus que jamais, vos yeux brillent de fierté. Votre tendresse et votre chaleur continuent d'accompagner mes pas à chaque instant. C'est à vous que je dédie ce travail.

§ À Pépé et Mémé, je regrette de ne pas pouvoir partager cet instant avec vous. Vous qu'y m'avez vu m'envoler du nid, je tiens à vous dire que je suis arrivé à destination. Merci pour les fraises, ta tendresse et tes lectures Mémé, à jamais je m'en souviendrai.

§ À ma famille de la Côte d'Azur. À vous Taty Fabienne et Lilou, qui m'entourez de votre affection depuis le début. À Anne-Claire, ma cousine, ma marraine, Benoît ton mari, Raphaël et Sacha tes enfants qui ne peuvent nous laisser indifférents. Merci pour votre accueil, votre gentillesse, ta sensibilité partagée Anne-Claire, les fous rires et l'oxygène que vous m'avez apportés. À Élise, ma cousine, toujours aussi jeune malgré le temps qui passe, à Anthony ta moitié, à Julia ta fée et Andrea ton petit (enfin pas tant que ça). Merci pour ton énergie, ta folie, ton humour ; comme tu me l'as dit autrefois, on ne choisit pas que ses amis.

§ À Mathieu, mon cousin. Le temps passé à tes côtés ne rend pas justice à l'affection et à l'admiration que je te porte.

§ À Thierry et Didier, mes oncles partis trop tôt.

§ À Babette de Tours, tes voyages, ton humour, ton parcours m'ont toujours émerveillé.

§ À Tonton Ritou et à Irène, pour votre amitié, vous qui me suivez depuis toujours.

§ À Babette d'Angoulême, pour ton courage et ton amitié fraternelle que tu partages avec ma Maman.

§ À Madeleine et à Christian, pour l'œil que vous gardez sur ma famille, pour votre affection.

§ À Momo, mon entraîneur, pour les valeurs que tu m'as transmises, la rigueur, la persévérance. Tu m'as appris à apprivoiser mon corps et mon esprit. Merci de m'avoir fait vivre les moments les plus stimulants de ma vie.

§ Au Docteur Jean-Philippe DUTIN, mon parrain de médecine, toi qui gardes un œil sur moi et ma famille depuis près de 30 ans. A toi qui m'as offert mon premier stéthoscope, qui, à ton grand désespoir, ne me sert plus beaucoup... Je ne saurai trouver les mots pour te témoigner l'étendue de ma gratitude. Ta dévotion, ton humanité, tes conseils avisés et ta bienveillance t'honorent. Merci infiniment.

§ À Haddock, Sirène et Halia (Lolotte), mes fidèles compagnons à quatre pattes, pour m'avoir accompagné depuis ma tendre enfance. Votre affection sans retour et votre chaleur ont su m'entourer dans toutes les étapes de ma vie.

§ À Thalya (Thal), pour notre passion partagée de la gymnastique, notre complicité silencieuse, nos discussions, nos fous rires, ta présence, ton ouverture d'esprit. Notre relation prouve que la distance n'a pas d'importance face à la force des sentiments. Une pensée à ta famille.

§ À Corentin (Coco, Baraque à frite chaude cacao) et Jules (le Rey, La papule noire), nous en avons fait du chemin depuis le lycée, et bien qu'un océan nous sépare aujourd'hui votre belle amitié m'anime chaque jour. Promis, je viendrai vous voir. Merci également à vos familles.

§ À Lisa (La chatte de Sumatra), merci pour ton humour inépuisable, ton esprit, ton immense sensibilité, tes attentions, ta tolérance. Merci pour ton accueil chaque année au Cap-Ferret, merci à ta famille. Je suis certain que tu seras une brillante collègue, autant que tu es une belle personne, il me tarde de t'appeler « Docteur ». Avec une pensée pour celui qui t'entoure, Guillaume (Foxy), pour ton humour, tes dabs, tes mêmes et ta gentillesse.

§ À Sophie (Le ouistiti, Souf), ma partenaire d'externat, de sous colle. Sans toi, le chemin aurait été bien plus abrupt. Merci pour ta bienveillance, ton écoute et ton humour. Je suis reconnaissant qu'Adrien t'accompagne depuis si longtemps.

§ À Julie (Le ravioli), pour ta bonne humeur à toute épreuve, ta gentillesse, tes attentions, ton humour et ton aisance digestive, gage d'affection. Je suis heureux que Nicolas te complète aussi bien depuis tout ce temps.

§ À Alexandre (Laboye, Alex sans dar), notre amitié illustre la définition de « l'amour vache ». Merci pour les soirées horreur, ta gentillesse, tes anecdotes qui n'arrivent qu'à toi, ton rire. « Non mais Alex ! » Continue de nous excéder, s'il te plait.

§ À Charlotte (Chadubs, La bavette), pour ta bonté, ta force de caractère, ta gentillesse et ton flegme légendaire. J'espère que l'avenir nous laissera admirer d'autres paysages côte à côte.

§ À Déborah (Deb Deb, Dragonette), tu es pour moi un exemple de courage et de résilience. Merci pour ton amitié, ton entièreté. Je vous souhaite le meilleur dans votre nouvelle vie avec Thomas. Une caresse à Gaston.

§ À Lucile (Cécileeeenn, La mineure), pour ta force de caractère, tes innombrables talents, ton humour, ta gentillesse, ton ouverture d'esprit. À tes pâtisseries qui régaler nos papilles et à nos parties endiablées de badminton. Une pensée aux tiens, qui à chaque fois, nous accueillent à bras ouverts. Aussi, je suis fier d'être ton community manager dans ta carrière d'influencing.

§ À Louise, l'astrologue de la compagnie Cirqu'en Ciel. Avec une pensée pour Edouard.

§ À mes copains du lycée et de l'aventure Bachibac : Alexandre, Délicia, Raphaël, Léo, Paul, Chloé et Aurore. Ces trois années passées avec vous me semblent encore hier.

§ À mes co-internes et amis de la promotion bordelaise 2018, Claire, Noé, Alessandra, Alexandre, Zélia, Florian, Mélanie, Marie, Joanna, Yoann, Karen, Oriane, Jennifer, Jean, Amandine, Hatim, Marie, Marie-Caroline, Manon. Mille mercis pour vos conseils, votre amitié, votre confiance. Pour les rires, les moments de solitude et vos regards réconfortants. Je vous suis également reconnaissant d'avoir su apprivoiser mes angoisses et mon humour parfois insaisissable. J'ai hâte d'accrocher notre photo de promo aux nouveaux murs de l'internat. Et puis promis, un jour je viendrai enfin boire un verre avec vous tous !

§ Aux professeurs et instituteurs qui m'ont donné le goût d'apprendre et attisé ma curiosité tout au long de ma scolarité. Je souhaite vous témoigner, à l'heure où s'achèvent mes études, mon plus grand respect et mon infinie reconnaissance. J'adresse une attention particulière à Madame Claire Ferrand et Madame Nathalie Raymond. Je ne peux empêcher la nostalgie de me gagner en repensant aux années passées à vos côtés.

À MES MAITRES DE STAGE

§ Au Docteur Éléonore EMERIT et au Docteur Antoine ARRIVE, pour m'avoir guidé lors de mes premiers pas d'interne avec tant de bienveillance, de patience et d'humanité. Je vous en serai éternellement reconnaissant.

§ Au Docteur Karine MARTIN, pour votre profonde dévotion à l'enseignement de la nouvelle génération, votre force morale, votre cohérence sans faille et notre goût partagé pour le thé. Vos entretiens et vos savoirs aussi bien « classiques » que modernes resteront une source d'inspiration qui naviguera à mes côtés pour la suite de mon parcours.

§ Au Docteur Elodie GALLARD, pour m'avoir initié à la psychiatrie médico-légale. Travailler à tes côtés a été pour moi un immense plaisir, je te remercie pour tout ce que tu as partagé.

§ Au Docteur Laurent COURAT et au Dr Anivel RAMOS, pour vos savoirs précieux en addictologie, vos conseils et votre gentillesse. Par la confiance que vous m'avez accordée au cours de ce semestre au combien compliqué, vous m'honorez, un grand merci.

§ Au Docteur Adeline TCHAMGOUE, au Docteur Julien DEPAIRE et au Docteur Elsa CLAVERIE, pour m'avoir transmis les rudiments de la pédopsychiatrie et m'avoir permis d'affûter ma conception du soin en psychiatrie.

§ Au Docteur Alain DESAGE, pour m'avoir accueilli lors de mon premier stage d'externat en psychiatrie et animé ma passion pour la discipline. J'ai eu la chance au cours de mon stage d'internat de partager la richesse de tes connaissances, ta gentillesse, ta bienveillance envers tes patients et collègues, ton humour à toute épreuve et tes talents d'imitateur. Ton style éclatant ne peut laisser personne indifférent. J'espère que l'avenir me permettra de poursuivre ce chemin à tes côtés.

§ Au Docteur Amélie JUTANT pour la confiance que tu m'as donnée, ta justesse, ton esprit rigoureux, ton humour et ton talent pour savoir conter les anecdotes, un grand merci.

§ Au Docteur Clément MASSE, j'ai été ravi de partager tes premiers pas d'assistant, puisse ta bonne humeur t'accompagner le plus loin possible, c'est un plaisir de travailler avec toi.

§ Au Docteur Sébastien GARD, pour l'accueil, la disponibilité, la bienveillance et la considération que tu m'as accordés. Par ta finesse d'esprit, ton sens critique, ta culture, ton humanité et l'étendue de tes connaissances cliniques et pratiques, tu resteras à jamais un exemple à suivre. Merci pour tout ce que tu m'as transmis. Au plaisir de te croiser sur l'île de Ré.

§ Un immense merci aux équipes infirmières, aux aides-soignant(e)s, aux ASH, aux assistant(e)s sociaux(les), aux secrétaires et aux équipes somatiques avec une pensée particulière pour le Docteur Cécile FAVEROLLE.

Travailler à vos côtés a été, et sera toujours, une source intarissable d'enrichissements humain et professionnel.

§ A toutes celles et ceux que je n'ai pas mentionné(e)s, qui m'ont soutenu, de près, ou de loin, vous vous reconnaitrez.

§ Aux patients, et leur entourage, bien évidemment. Puissent l'avenir et mes compétences me hisser à la hauteur de vos attentes.

AU PRESIDENT DU JURY

§ Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

INSERM U897

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Centre Hospitalier Charles Perrens

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Au cours de mon internat j'ai pu profiter de vos enseignements, aussi bien cliniques que théoriques, et plus particulièrement lors de mon stage en pédopsychiatrie. J'ai également pu apprécier vos qualités humaines en votre statut de tuteur, je souhaite vous remercier pour votre écoute et votre bienveillance à mon égard. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY

§ Au juge, **Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE**

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Neurocentre Magendie - INSERM U862,

Chef de Service, Centre de Référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression

Pôle de Psychiatrie Générale et Universitaire,

Centre Hospitalier Charles Perrens

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Je n'ai malheureusement pas eu la chance d'étudier au sein de votre service, mais j'ai le privilège de bénéficier de la qualité de vos enseignements et de l'étendue de vos connaissances grâce au cours de DES et depuis mon externat, notamment lors de l'UER Neurosciences Intégratives. Je vous suis également infiniment reconnaissant pour vos conseils en début d'internat et pour m'avoir guidé vers mon directeur de thèse. Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

§ Au juge, **Madame le Docteur Chantal BERGEY**

Docteur en Psychiatrie,

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle de Psychiatrie d'Urgence et des secteurs Médoc-Arcachon

Coordnatrice Centre Régional Psychotraumatisme - Sud Nouvelle-Aquitaine

Centre Hospitalier Charles Perrens

Je suis très honoré que vous ayez accepté de faire partie de ce jury. Au cours de mon internat je n'ai pas eu la chance de bénéficier directement de votre enseignement. Cependant, les gardes effectuées au SECOP ont grandement contribué à ma formation et m'ont permis d'apprécier votre dévouement et votre bienveillance envers vos patients et vos équipes. Je suis également très touché de votre participation au regard de votre expérience dans le domaine du psychotraumatisme. Veuillez croire en l'expression de ma reconnaissance et de mon sincère respect.

§ Au rapporteur, **Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE**

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Psychiatrie Neuro-Fonctionnelle - INSERM U1253

Responsable médical Centre Régional de Psychotraumatologie - Centre Val de Loire

Pôle Psychiatrie - Addictologie

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse. Malheureusement mon parcours ne m'a pas permis de bénéficier de votre enseignement, mais votre expertise dans le domaine du psychotraumatisme a été pour moi une source d'inspiration. Je vous prie de croire en ma sincère reconnaissance et en mon profond respect.

§ À mon directeur de thèse, **Monsieur le Docteur Didier DELHAYE**

Docteur en Psychiatrie,

Maison de Santé Les Pins

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger et d'encadrer ce travail de thèse. Je vous suis infiniment reconnaissant pour votre disponibilité, votre écoute, votre bienveillance, votre humour et vos encouragements indéfectibles pendant ce travail. J'avais déjà pu entrevoir vos habiletés cliniques et humaines lors de mes premiers stages d'externe en psychiatrie. Ces derniers mois j'ai été particulièrement touché par le soutien et la confiance que vous m'avez accordés. Toutes ces qualités vous honorent. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon plus profond respect.

Table des matières

Introduction	16
1. Définitions	17
1.1 Généralités	17
1.2 Typologie des psychotraumatismes	17
1.2.1 Psychotraumatismes de type I, II et III	18
1.2.2 Psychotraumatismes simples et complexes.....	18
1.3 Du psychotraumatisme complexe au trouble du stress post-traumatique complexe	19
1.3.1 Généralités :.....	19
1.3.2 Le DESNOS	20
1.3.3 Le C-PTSD de Judith Herman	20
1.3.4 Le C-PTSD de la CIM-11	21
2. Critères diagnostiques :	22
2.1 Critères diagnostiques du TSPT :	22
2.1.1 Critères diagnostiques du DSM-5 :	22
2.1.2 Critères diagnostiques de la CIM-11 :.....	24
2.1.3 Critères DSM-5 et CIM-11 en pratique.....	25
2.2 Critères diagnostiques du TSPT complexe :	27
2.2.1 Critères diagnostiques de la CIM-11 :	27
2.2.2 Critères diagnostiques de l'International Trauma Questionnaire (ITQ)	27
3. Outils de mesure spécifiques :	30
3.1 Outils de mesure spécifiques du TSPT simple :	30
3.1.1 MINI Test : Mini International Neuropsychiatric Interview.....	30
3.1.2 Short PTSD Rating Interview (SPRINT).....	30
3.1.3 Impact of Event Scale-Revised (IES-R) : Echelle révisée d'impact des événements.....	31
3.1.4 PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).....	31
3.1.5 Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)	32
3.1.6 Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5).....	32
3.2 Outils spécifiques de mesure du TSPT complexe	33
3.2.1 International Trauma Questionnaire (ITQ)	33
4. Caractéristiques spécifiques du TSPT complexe :	34
4.1 Validité du modèle du TSPT complexe :	34
4.1.1 Aspects symptomatologiques.....	34
4.1.2 Analyses en facteurs.....	36
4.2 Données physiopathologiques	37
4.3 Épidémiologie du TSPT complexe :	38
4.3.1 Prévalence du TSPT complexe en population générale.....	38
4.3.2 Prévalence du TSPT complexe en populations exposées.....	38
4.3 Facteurs de risque du TSPT complexe	39
4.4 Comorbidités du TSPT complexe :	43
5. Gold standard de la prise en charge	47
5.1 TSPT	47
5.1.1 Recommandations de l'APA :.....	47
5.1.2 Recommandations de la CANMAT :	48

5.1.3	Recommandations de la NICE :	48
5.1.4	Recommandations de l'ISTSS :	49
5.1.5	Recommandations de la Va/DoD :	49
5.1.6	Recommandations de la NHMRC :	50
5.1.7	Recommandations de l'EPA :	50
5.2	TSPT complexe :	51
5.2.1	Recommandations de l'ISTSS :	51
5.2.2	Recommandations de la NHMRC :	51
6.	<i>État des connaissances sur la prise en charge spécifique du TSPT complexe</i>	52
6.1	Généralités	52
6.2	Place de la phase de stabilisation	53
6.2.1	Prises de position en faveur d'une phase de stabilisation	53
6.2.2	Prises de position n'incluant pas la réalisation d'une phase de stabilisation	55
6.3	Données d'étude comparant un protocole STAIR et un protocole centré sur le psychotraumatisme dans le TSPT complexe et le TSPT.	56
6.4	Données d'étude comparant l'effet d'une thérapie centrée sur le psychotraumatisme dans le TSPT complexe et le TSPT.	57
6.5	Données issues de revues de la littérature/méta-analyses concernant le TSPT complexe	58
6.6	Données physiopathologiques	62
6.7	Données chez les adolescents.....	63
6.8	Pistes thérapeutiques dans le TSPT complexe	63
6.8.1	Rôle de l'auto-compassion	63
6.8.2	Les troubles de l'attachement :	64
6.8.3	Le soutien social perçu :	65
7.	<i>Aux frontières du TSPT complexe : Le trouble de la personnalité borderline</i>	67
7.1	Aspects généraux.....	67
7.2	Données de la littérature.....	67
7.2.1	Éléments en faveur de la distinction des deux troubles	68
7.2.2	Éléments en défaveur de la distinction entre les deux troubles.....	70
7.3	Recommandations de prise en charge du trouble de la personnalité borderline.....	71
7.3.1	Recommandations de l'APA :	71
7.3.2	Recommandations de la NICE :	72
7.3.3	Recommandations de la NHMRC :	72
7.3.4	Recommandations de la SSPP :	73
7.3.5	Recommandations de la DHA :	73
7.3.6	Recommandations de la FMDS :	73
8.	<i>Discussion</i> :	74
9.	<i>Conclusion</i>	78
	<i>Références bibliographiques</i> :	80
	<i>Serment d'Hippocrate</i>	91
	<i>RÉSUMÉ</i> :	92

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

APA : American Psychiatric Association
CANMAT : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CAPS-5 : Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5
CI : Confidence Interval
CIM : Classification Internationale des Maladies
CMT : Concentrative Movement Therapy
C-PTSD : Complex Post-Traumatic Stress Disorder
DESNOS : Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified
DHA : Danish Health Authority
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT : Electro-Convulsivo-Thérapie
EEG : Electro-Encéphalogramme
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPA : European Psychiatric Association
FMSD : Finnish Medical Society Duodecim
IC : Intervalle de Confiance
IES-R : Impact of Event Scale-Revised
IMAO : Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase
IRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
ISTSS : International Society for Traumatic Stress Studies
ITQ : International Trauma Questionnaire
LEC-5 : Life Events Checklist for DSM-5
MD : Mean Difference
MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
MOTR : Motive-Oriented Therapeutic Relationship
NHMRC : National Health and Medical Research Council
NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCL-5 : PTSD Checklist for DSM-5
PTSD : Post Traumatic Stress Disorder
SPRINT : Short PTSD Rating Interview

SSPP : Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie

STAIR : Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation

STEPPS : Emotional Predictability and Problem Solving

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

TSPT : Trouble du Stress Post-Traumatique

TSPT complexe : Trouble du Stress Post-Traumatique Complexe

Va/DoD : Department of Veterans' Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD)

Introduction

Le trouble du stress post-traumatique est un trouble psychiatrique fréquent avec une prévalence moyenne entre 2% et 9% en population générale (60,66), ce taux pouvant s'étendre à près de 40% en population exposée (51). Au-delà de sa prévalence, le TSPT se caractérise par un préjudice majeur causé aux patients sur le plan fonctionnel, social, professionnel, s'associant fréquemment avec de nombreuses comorbidités. Actuellement, la prise en charge est fondée sur les recommandations en première intention des interventions psychothérapeutiques. Les deux stratégies fréquemment citées sont la TCC centrée sur le psychotraumatisme et l'EMDR. Ces interventions de soin s'appliquent en pratique quotidienne pour le TSPT « simple ». Néanmoins les psychotraumatismes peuvent recouvrir des formes dites « complexes », se distinguant des psychotraumatismes « simples » à la fois dans leur nature et dans leur expression clinique (5). Ainsi, Le TSPT classique serait l'expression symptomatologique consécutive à l'exposition à un traumatisme unique, isolé et limité dans le temps (3). Parallèlement, le TSPT complexe serait causé par l'exposition chronique à des traumatismes multiples, répétés, survenant souvent à un âge développemental précoce (4). Sur le plan clinique le TSPT complexe s'exprimerait par une symptomatologie plus intense, plus riche sur le plan syndromique, avec des comorbidités plus marquées ainsi que par une résistance thérapeutique plus prononcée nécessitant une prise en charge adaptée.

Depuis plusieurs années le TSPT complexe voit ses critères diagnostiques s'affiner, permettant ainsi un meilleur diagnostic différentiel avec des entités cliniquement proches comme le TSPT et le trouble de personnalité borderline. Les derniers critères diagnostiques du TSPT complexe sont définis dans la nouvelle CIM-11 publiée en 2018, entrant en vigueur à partir du 1er Janvier 2022. Il apparaît alors légitime de se questionner sur l'impact pratique de la définition d'un nouveau trouble, notamment sur les plans diagnostique et thérapeutique. De fait, on peut également s'interroger sur la place des outils de soins classiques disponibles actuellement pour le TSPT et de leur intégration dans la prise en charge du TSPT complexe.

Ainsi, l'objectif de ce travail de revue de la littérature est de rassembler les connaissances à ce jour concernant le cadre nosographique, les outils d'évaluation clinique et les stratégies thérapeutiques spécifiques à proposer dans la prise en charge du TSPT complexe.

1. Définitions

1.1 Généralités

Le mot « traumatisme » vient du grec « trauma » signifiant « blessure ». En l'appliquant à la psychopathologie on peut définir le traumatisme psychologique ou trauma comme « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives » (1).

Plus classiquement le traumatisme est considéré comme un choc psychologique important, généralement lié à une situation où un sujet ou d'autres personnes ont pu être menacés 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 (2).

Concernant la notion de trouble du stress post traumatique, il s'agit de l'expression clinique des conséquences subies par le sujet par ce traumatisme se caractérisant par trois grands syndromes : le syndrome de répétition, le syndrome d'évitement et le syndrome d'hyperactivation neuro végétative. On peut également rencontrer des symptômes dissociatifs à type de dépersonnalisation ou de déréalisation.

1.2 Typologie des psychotraumatismes

Les psychotraumatismes peuvent survenir au décours d'événements de vie négatifs très distincts et variés à la fois dans leur nature, leur âge développemental de survenue, leur fréquence ou leur durée. Ainsi, devant cette hétérogénéité de présentation des psychotraumatismes plusieurs auteurs se sont intéressés à la façon dont on pourrait les classer. C'est au début des années 1990 qu'on observe dans la littérature une première volonté de distinguer ces différents types de psychotraumatismes en catégories.

1.2.1 Psychotraumatismes de type I, II et III

C'est en 1991 que la psychiatre Lenore Terr (3) propose une première typologie des psychotraumatismes en distinguant 3 différents types.

Elle parle de psychotraumatisme de type I pour caractériser des traumatismes induits par un événement unique, isolé, limité dans le temps, présentant un début net et une fin claire, qui est imprévisible et d'apparition brutale. On peut prendre comme exemple un attentat, un incendie, une agression, un accident de la voie publique.

Ensuite elle caractérise le traumatisme de type II par opposition au traumatisme de type I lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. On retiendra en autres comme exemples les violences intrafamiliales, les abus sexuels répétés ou les faits de guerre.

Plus tard en 1999 Solomon et Heide (4) caractérisent une troisième catégorie, les psychotraumatismes de type III. Ces psychotraumatismes se rapportent aux conséquences d'événements multiples, envahissants, violents, débutant à un âge précoce et étant présents durant une longue période. On peut citer comme exemples de cette catégorie l'inceste ou la maltraitance familiale.

1.2.2 Psychotraumatismes simples et complexes

En 1992 la psychiatre Judith Herman (5) adopte une autre approche que Terr pour distinguer les différents types de psychotraumatismes. En effet elle choisit de les distinguer en psychotraumatismes simples et psychotraumatismes complexes.

Les psychotraumatismes simples d'Herman se rapprochent néanmoins du concept de psychotraumatisme de type I de Terr, ils se rapportent à des événements étant survenus de manière ponctuelle dans la vie du patient.

Elle caractérise les psychotraumatismes complexes en les désignant par le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personne. Dans ces situations la victime est généralement captive durant une longue période, sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et est incapable de lui échapper. Cette notion de psychotraumatisme complexe corrobore avec le concept de psychotraumatisme de type II de Terr et avec celui de psychotraumatisme de type III de Solomon et Heide s'ils surviennent à un âge développemental précoce.

Actuellement la typologie psychotraumatisme simple et psychotraumatisme complexe est préférée et est la plus utilisée par rapport à la dénomination de psychotraumatisme de type I, II et III.

1.3 Du psychotraumatisme complexe au trouble du stress post-traumatique complexe

1.3.1 Généralités :

Ainsi on observe depuis les années 1990 une volonté d'identifier et de catégoriser le type de psychotraumatisme. Les notions de psychotraumatisme simple et de psychotraumatisme complexe semblent également revêtir un impact nosographique et clinique avec l'idée que le trouble du stress posttraumatique complexe pourrait constituer une entité diagnostique distincte du trouble du stress posttraumatique. Cette distinction semble s'opérer à la fois au regard du type de traumatisme et de son âge développemental de survenue, mais également d'un point de vue symptomatologique.

Les auteurs repèrent plusieurs éléments qui pourraient concourir à la caractérisation spécifique d'un tel trouble lié à des traumatismes complexes.

Premièrement certains critères influenceraient le développement d'un trouble spécifiquement lié aux traumatismes complexes : l'âge précoce de survenue des traumatismes (6), la récurrence répétée de nature diverse sur une longue période des événements traumatiques (7), la durée des psychotraumatismes s'échelonnant sur une longue période et la fréquence soutenue des psychotraumatismes.

Deuxièmement plusieurs spécificités symptomatologiques ont été identifiées comme pouvant caractériser de manière spécifique un trouble lié aux psychotraumatismes complexes. Certains auteurs ont constaté lorsque des patients ont été exposés à des psychotraumatismes des symptômes s'inscrivant dans le cadre d'un TSPT simple avec un syndrome de répétition, un syndrome d'évitement et un syndrome d'hyperactivation neurovégétative. Ils ont également identifié de manière spécifique en plus des symptômes classiques de TSPT les symptômes et syndromes suivants : altérations du caractère, altérations de la relation à soi, altérations de la relation à autrui, altérations de la relation au monde, altérations de la relation à la temporalité, troubles somatoformes.

De fait, on observe que le TSPT complexe pourrait se distinguer du TSPT selon la nature des psychotraumatismes et présenterait certaines spécificités sur le plan symptomatologique. Bien qu'à l'heure actuelle un tel trouble ne soit pas encore paru officiellement dans les classifications internationales plusieurs modèles ont été proposés au fil du temps afin de circonscrire une telle entité clinique.

1.3.2 Le DESNOS

Le premier modèle est apparu grâce au groupe de travail chargé de la révision du DSM-IV entre 1990 et 1992. Ce modèle revêt l'appellation de DESNOS pour Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified ou Trouble de stress extrême non spécifié en français (8).

On retrouve sur le plan symptomatologique 6 grands syndromes cliniques comprenant : une altération de la régulation des émotions et des impulsions, une altération de l'attention ou de la conscience, des troubles de la perception de soi, des altérations des relations interpersonnelles, des altérations dans les systèmes de représentation et des somatisations.

Bien qu'on puisse encore trouver l'appellation DESNOS dans des études contemporaines pour désigner des symptômes spécifiques à la forme complexe de TSPT, cette entité nosographique n'a pas été retenue car n'était pas assez définie et corroborait certains aspects du trouble de la personnalité borderline.

1.3.3 Le C-PTSD de Judith Herman

La psychiatre Judith Herman propose son propre modèle en 1992 pour caractériser les symptômes présentés par des patients exposés à des psychotraumatismes complexes : le C-PTSD pour Complex Post Traumatic Disorder ou Trouble du Stress Post-Traumatique Complexe (5).

Dans ce modèle on retrouve également 6 grands syndromes qui se recoupent pour la plupart avec les critères du DESONS vus précédemment. Ainsi, sur le plan syndromique on identifie : des altérations de la régulation des affects, une altération de la conscience, des altérations dans la perception de soi, des altérations dans la perception de l'agresseur, des altérations dans les relations avec les autres, des altérations dans les systèmes de signification.

1.3.4 Le C-PTSD de la CIM-11

La prochaine Classification Internationale des Maladie édictée par l’OMS sera la onzième édition et devra exposer pour la première fois le TSPT complexe en tant que trouble distinct du TSPT. Selon le groupe de travail de la CIM 11 le diagnostic de TSPT complexe requière la présence d’un TSPT avec un syndrome de répétition, un syndrome d’évitement et un syndrome d’hypervigilance. Selon ce modèle le TSPT complexe se caractérise spécifiquement par la présence de troubles de l’auto organisation : altérations de la perception de soi, troubles de la régulation émotionnelle et troubles dans les relations interpersonnelles.

Ainsi, nous venons de voir que le TSPT complexe semble se définir de plus en plus comme une entité clinique à part entière et sera proposé comme trouble spécifique dans la CIM-11.

2. Critères diagnostiques

2.1 Critères diagnostiques du TSPT

2.1.1 Critères diagnostiques du DSM-5

La classification du DSM-5 constitue à l'heure actuelle la référence internationale concernant les critères diagnostiques du TSPT. Ces critères pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans sont listés ci-après (9).

Critères A) : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

- 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants
- 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants
- 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel
- 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant

Critères B) : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

- 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants.
- 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
- 3. Réactions dissociatives au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait.
- 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant
- 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C) : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

- 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.
- 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D) : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- 1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques
- 2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde.
- 3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
- 4. État émotionnel négatif persistant.
- 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- 6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
- 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

Critère E) : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s), qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- 1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
- 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
- 3. Hypervigilance.
- 4. Réaction de sursaut exagéré.
- 5. Problèmes de concentration.
- 6. Troubles du sommeil

Critère F) : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G) : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H) : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (ou à une autre affection).

Le DSM-5 permet également de spécifier le type de TSPT :

- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :
 - 1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps
 - 2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réelRemarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection
- Avec manifestation différée : Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement.

2.1.2 Critères diagnostiques de la CIM-11

En 2018 l'OMS publie sa nouvelle Classification Internationale des Maladies : la CIM-11 destinée à entrer en vigueur au premier janvier 2022. Comme dit précédemment la CIM-11 proposera les critères diagnostiques du TSPT complexe mais également ceux du TSPT, ils sont listés ci-dessous (10).

Le TSPT est un trouble susceptible de se développer au décours de l'exposition à un événement ou une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible. Ce trouble est caractérisé par :

- Des reviviscences de l'événement ou des événements traumatique(s) sous la forme de souvenirs intrusifs vifs, de flashbacks ou de cauchemars. Les reviviscences peuvent se manifester par une ou plusieurs modalité(s) sensorielle(s) et sont généralement

accompagnées par des émotions fortes et envahissantes, en particulier la peur ou l'horreur et par de fortes sensations physiques.

- Un évitement des pensées et des souvenirs du ou des événement(s), ou un évitement des activités, des situations, ou des personnes rappelant le ou les événement(s).
- Une constante perception d'une menace actuelle accrue, s'exprimant par exemple par une hypervigilance ou une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus.

Les symptômes persistent au moins plusieurs semaines et entraînent une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, occupationnel ou dans tout autre domaine important du fonctionnement.

2.1.3 Critères DSM-5 et CIM-11 en pratique

Nous venons de voir que les critères diagnostiques du TSPT différencieraient légèrement entre la classification DSM-5 et la CIM-11. Plusieurs auteurs se sont intéressés à cette question et à l'impact que ces différences pouvaient entraîner en pratique. En 2017 la revue de la littérature de Brewin et al (11) a rassemblé les études concernant cette problématique.

Dans ces études la prévalence du TSPT chez l'adulte est estimée puis est comparée entre les différents critères diagnostiques de la CIM-11, de la CIM-10, du DSM-IV et du DSM-5. Une quinzaine d'articles ont été inclus avec notamment un travail (12) incluant presque 24 000 participants provenant de 13 pays. De ce travail de revue se dégage la tendance selon laquelle la prévalence de TSPT est plus faible en utilisant les critères de la CIM-11 qu'en utilisant les critères DSM-5 bien que les taux soient généralement hauts selon les deux classifications. Les taux de concordance entre les critères CIM-11 et DSM varient de 65% à 97%. La même observation est faite par rapport à la CIM-10. Plus précisément les critères concernant le syndrome de répétition (13–16) et le syndrome d'hypervigilance (13,15,16) tendent à être plus stricts pour la CIM-11 que pour le DSM. A l'inverse les critères du syndrome d'évitement sont plus stricts dans le DSM-IV que dans la CIM-11 (14–16). Les auteurs supputent que cette différence de prévalence est due à l'absence de symptômes non spécifiques tels que les pensées et les souvenirs intrusifs qui ne remplissent pas les critères CIM-11 pour le syndrome de répétition (13,17–19). Les auteurs rappellent que la CIM-11 et le DSM-5 identifient des groupes de cas qui peuvent se chevaucher partiellement tout comme entre le DSM-IV et le DSM-5 (20,21). Ces résultats identifiant des individus différents ne sont pas surprenants étant donné l'utilisation de critères différents entre les classifications.

Des auteurs ont également rapporté les résultats disponibles sur des populations pédiatriques, comme explicité ci-après. Ils mettent cependant en garde concernant l'interprétation des résultats dans ces groupes de population compte tenu des critères diagnostiques différents. En effet, ces critères ne sont pas encore bien définis dans les différentes tranches d'âge. Ainsi dans les populations pédopsychiatriques les données sont plus contrastées.

Dans un échantillon clinique d'enfants et d'adolescents (19) Sachser et al retrouvent une proportion de TSPT plus élevée avec les critères DSM-IV (76,1%) qu'avec les critères CIM-11 (61%). Les taux de prévalence dans deux populations préadolescentes exposées à un ouragan étaient similaires avec les critères DSM-IV, DSM-5 et CIM 11 (22). Une étude menée sur les survivants du massacre de l'île d'Utøya en Norvège retrouve les mêmes résultats que l'étude précédente avec dans les groupes plus âgés une proportion plus importante de TSPT avec les critères DSM-5 qu'avec les critères CIM-11 (17). Pour finir les critères CIM-11 ont identifié plus de cas de TSPT que les critères DSM-IV dans une population exposée à des fusillades dans des écoles Finlandaises (23).

A notre connaissance suite à cette revue de Brewin et al 7 autres études se sont intéressées à comparer le taux de prévalence du TSPT en fonction de la classification utilisée. La même tendance se dégage dans 6 études avec une proportion plus élevée de TSPT avec les critères DSM-5 qu'avec les critères CIM-11. Ces études comportent des échantillons variés : 6180 Japonais recrutés sur le web (24), 2203 Ukrainiens (25), 341 Allemands exposés aux psychotraumatismes (26), 167 réfugiés en Allemagne (27), 120 réfugiés Africains (28), 106 adultes suivant des soins en centre de psychotraumatisme (29). Seule une étude menée sur 1160 Chinois ayant survécu à un tremblement de terre retrouve des résultats inverses (30).

Ainsi, nous venons de voir que dans l'ensemble les critères diagnostiques de la CIM-11 tendent à produire moins de diagnostics de TSPT que les critères du DSM-5 dans les populations adultes. Chez les populations pédopsychiatriques ces résultats sont en revanche plus contrastés. Les auteurs expliquent ces différences par le fait que les critères CIM-11 du TSPT soient plus restreints que les critères DSM-5 et par le fait que les outils d'évaluation des symptômes de répétition ne soient pas adaptés aux critères CIM-11 à l'heure actuelle. De plus les critères CIM-11 du TSPT même s'ils détectent moins de cas que d'autres systèmes de classification permettent de diagnostiquer d'autres populations non identifiées par les précédents systèmes.

2.2 Critères diagnostiques du TSPT complexe

2.2.1 Critères diagnostiques de la CIM-11

La CIM-11 voit l'arrivée d'un nouveau trouble : le TSPT complexe. A l'heure actuelle la CIM-11 est la seule classification internationale regroupant les critères diagnostiques du TSPT complexe (31).

Selon la CIM-11 le TSPT complexe est un trouble susceptible de se développer au décours de l'exposition à un événement ou une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, plus communément d'événements prolongés ou répétitifs desquels il est difficile ou impossible de s'échapper (exemples : torture, esclavage, génocides, violences domestiques prolongées, violences physiques ou sexuelles répétées dans l'enfance).

Tous les critères diagnostiques du TSPT sont rencontrés.

En plus, le TSPT complexe est caractérisé de manière sévère et persistante par :

- Des problèmes dans la régulation des affects.
- Des idées négatives de soi comme se sentir diminué, vaincu, sans importance, accompagnées par un sentiment de honte, de culpabilité ou d'échec par rapport à l'événement traumatique.
- Des difficultés à entretenir des relations et à se sentir proche des autres.

Les symptômes entraînent une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, occupationnel ou dans tout autre domaine important du fonctionnement.

2.2.2 Critères diagnostiques de l'International Trauma Questionnaire (ITQ)

Les critères diagnostiques de la CIM-11 présentent le TSPT complexe de manière assez succincte et syndromique et ne sont pas utilisés en pratique et/ou en recherche. Dans la littérature c'est l'ITQ qui est utilisé comme outil d'évaluation diagnostique du TSPT et du TSPT complexe selon les critères de la CIM-11. Ces critères sont listés ci-dessous (32).

Dans un premier temps le patient indique et décrit l'expérience qui le perturbe le plus et doit préciser si l'événement a eu lieu il y a moins de 6 mois, 6 à 12 mois, 1 à 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 20 ans, plus de 20 ans. Ensuite il doit spécifier pour chaque symptôme le degré de

perturbation de 0 (pas du tout), 1 (un petit peu), 2 (modérément), 3 (beaucoup), 4 (extrêmement) en lien avec le traumatisme au cours du dernier mois.

Les symptômes listés de P1 à P9 s'intéressent aux symptômes en lien avec le TSPT classique :

- P1. Avoir des rêves perturbants où se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience ?
- P2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se rejoue ici et maintenant ?
- P3. Éviter les ressentis qui rappellent l'expérience (par exemple, pensées, sentiments ou sensations physiques) ?
- P4. Éviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (par exemple, personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations) ?
- P5. Être en état de super-alerte, vigilance ou sur ses gardes ?
- P6. Réaction exagérée de surprise ou sursaut ?
- P7. Est-ce que cela a affecté vos relations et votre vie sociale ?
- P8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?
- P9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?

Les symptômes listés de C1 à C9 s'intéressent aux symptômes spécifiquement liés au TSPT complexe :

- C1. Quand je suis contrarié, il me faut beaucoup de temps pour me calmer
- C2. Je me sens insensible ou émotionnellement éteint(e)
- C3. Je me sens nul(le)
- C4. Je me sens sans valeur
- C5. Je me sens distant(e) ou coupé des autres
- C6. Je trouve difficile de rester émotionnellement proche des autres
- C7. A créé de l'inquiétude ou de la détresse concernant vos relations ou votre vie sociale ?
- C8. A affecté votre travail ou capacité à travailler ?
- C9. A affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?

Critères de TSPT :

- Le critère Revivre L'Expérience est atteint si P1 ou P2 ≥ 2
- Le critère Évitement est atteint si P3 ou P4 ≥ 2
- Le critère Sentiments de Menaces est atteint si P5 ou P6 ≥ 2
- Le critère de Déficience Fonctionnelle est atteint si P7, P8, ou P9 ≥ 2
- Les critères du TSPT sont atteints si les critères Revivre L'Expérience, Évitement, Sentiments de Menaces et Déficience Fonctionnelle sont tous atteints.

Critères de TSPT complexe/perturbation de l'auto-organisation :

- Le critère Régulation Émotionnelle est atteint si C1 ou C2 ≥ 2
- Le critère Perception de soi négative est atteint si C3 ou C4 ≥ 2
- Le critère Déficit dans les relations est atteint si C5 ou C6 ≥ 2
- Le critère Perturbations d'Auto-Organisation est atteint si C7, C8, ou C9 ≥ 2
- Les critères du TSPT complexe sont réunis si les critères Régulation Émotionnelle, Perception de soi négative, Déficit dans les relations et perturbations d'auto-organisation sont tous atteints

Le TSPT est diagnostiqué si les critères TSPT sont atteints et que les critères perturbation de l'auto-organisation **ne sont pas** atteints.

Le TSPT complexe est diagnostiqué si les critères TSPT sont atteints **et** que les critères perturbation de l'auto-organisation sont atteints.

3. Outils de mesure spécifiques

On dispose à ce jour de nombreux outils permettant une évaluation clinique du TSPT sous forme d'auto ou d'hétéro-questionnaires. Parmi ces échelles certaines permettent de proposer un dépistage rapide du TSPT, d'autres permettent de poser un diagnostic de TSPT et d'autres permettent d'effectuer un suivi des patients bénéficiant d'une thérapie afin d'évaluer l'impact sur la sévérité du TSPT. A noter que depuis plusieurs années nous disposons d'un outil de mesure spécifique du TSPT complexe : l'ITQ. Ci-dessous sont listées les échelles les plus utilisées en pratique clinique.

3.1 Outils de mesure spécifiques du TSPT simple

3.1.1 *MINI Test : Mini International Neuropsychiatric Interview*

La MINI développée entre 1992 et 1998 par Sheehan (33) est un outil de débrouillage diagnostique très utilisé en psychiatrie et en addictologie. Cette échelle permet un screening des troubles les plus courants en psychiatrie et comprend, entre autres, un volet s'intéressant au TSPT. Un outil d'évaluation diagnostique plus spécifique est nécessaire a posteriori.

3.1.2 *Short PTSD Rating Interview (SPRINT)*

La SPRINT a été mise au point par Connor et Davidson (34). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation courte (< 10 min) permettant un screening rapide des principaux symptômes de TSPT à visée de dépistage. Elle comporte 8 items et pour chacun d'eux le patient est invité à évaluer son niveau de retentissement de 0 (pas du tout) à 4 (beaucoup). Un score supérieur à 4 est prédictif d'un potentiel TSPT.

3.1.3 Impact of Event Scale-Revised (IES-R) : Echelle révisée d'impact des événements

L'IES-R est un auto-questionnaire mis au point par Horowitz et al en 1979 (35), puis révisé par Weiss et Marmar en 1997 (36). L'objectif de cet outil est d'obtenir une mesure subjective de l'intensité des symptômes. Il ne permet pas de dépistage ou de confirmation diagnostique. Il est notamment utilisé pour évaluer l'efficacité du traitement par EMDR.

Chacun des 22 items qui le compose se rattache à l'un des trois syndromes du TSPT : évitement, répétition, hyperactivité neuro-végétative. Le patient est invité pour chaque item à déterminer le degré d'intrusion sur les 7 derniers jours des symptômes de TSPT allant de 0 à 4. Les différents scores sont ensuite additionnés.

Au-delà de la mesure de l'intensité des symptômes actuels, un score total supérieur à 22 est considéré comme en faveur d'un état de stress aigu et un score supérieur à 35 est en faveur d'un TSPT.

A noter la Children's Revised Impact of Event Scales (CRIES) est la version revisitée le l'IES-R pour les enfants à partir de 8 ans.

3.1.4 PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

La PCL-5 est une échelle d'auto évaluation du TSPT comprenant 20 items (37).

Cet outil est à la fois employé pour le dépistage du TSPT afin de poser un diagnostic provisionnel et permet également un monitoring des symptômes pour évaluer l'efficacité d'une intervention de soins. Elle ne permet donc pas de poser de diagnostic, qui doit être confirmé par la CAPS-5 par exemple.

Chacun des 20 items doit être noté de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) en fonction de son degré de présence et un score cut-off entre 31 et 33 est communément admis comme reflétant la présence probable d'un TSPT.

3.1.5 *Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*

La CAPS-5 est une échelle d'hétéro-évaluation structurée de 30 items développée initialement par Blake et al en 1990 (38) pour le DSM-IV puis adaptée plus tard par Weathers (39) pour répondre aux critères diagnostiques DSM-5 du TSPT. Il s'agit actuellement de l'outil de référence pour l'évaluation et le diagnostic du TSPT. La CAPS-5 est à la fois un outil d'évaluation diagnostique, de mesure de l'intensité des symptômes et de leur retentissement dans la sphère socio-professionnelle ainsi qu'un outil de suivi thérapeutique. Cette échelle peut être utilisée pour établir un diagnostic actuel de TSPT, un diagnostic de TSPT sur la vie entière mais également pour évaluer les symptômes de TSPT sur la semaine passée. A noter que l'interview doit être menée par des spécialistes en santé mentale et plus particulièrement du TSPT.

Il est nécessaire que tous les critères DSM-5 de A à G soient rencontrés pour poser le diagnostic de TSPT. Pour chacun des 30 items il est nécessaire de préciser le niveau d'intensité de celui-ci allant d'une note de 0 (absent) à 4 (extrême/incapacitant).

3.1.6 *Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*

La LEC-5 est un outil d'auto évaluation destiné à identifier l'occurrence d'un ou plusieurs événements traumatiques sur la vie entière du patient (40). Historiquement cette échelle a été mise au point de manière concomitante à la CAPS-5 et était destinée à être réalisée avant la CAPS-5 par le patient afin d'identifier les événements de vie traumatiques et ainsi d'aider à déterminer si le Critère A de la grille DSM-5 est rempli. Cette échelle est donc très fréquemment utilisée en association avec d'autres échelles : CAPS-5, PCL-5.

La LEC-5 balaye 16 potentiels types de psychotraumatismes vécus par le patient : catastrophe naturelle, incendie/explosion, accident de la voie publique, viol, blessure grave... etc. Pour chacun des 16 items le patient est invité à définir s'il a vécu l'événement parmi 6 niveaux d'exposition : « cela m'est arrivé », « j'ai été témoin », « j'en ai eu connaissance », « cela fait partie de mon travail », « je ne suis pas sûr », « ne s'applique pas ». Cet outil permet également d'établir si un événement traumatique a été plus retentissant qu'un autre pour le patient lorsqu'il existe plusieurs événements traumatiques sur la vie entière.

3.2 Outils spécifiques de mesure du TSPT complexe

3.2.1 *International Trauma Questionnaire (ITQ)*

A ce jour il n'existe qu'un seul outil d'évaluation spécifique du TSPT complexe. Il a été mis au point par Cloitre et al (32) et a été proposé comme outil d'évaluation diagnostique du TSPT et du TSPT complexe pour la future CIM-11 de l'OMS. Le questionnaire a été traduit dans 27 langues actuellement. Pour mémoire les critères détaillés de cette échelle diagnostique sont cités plus haut.

Il s'agit d'un auto questionnaire de 18 items intégrant les symptômes classiques du TSPT : répétition, évitement, hyperactivité neuro-végétative. Ils sont complétés par les symptômes associés au TSPT complexe caractérisés par les perturbations d'auto organisation (DSO) : dysrégulation émotionnelle, perception négative de soi, troubles dans les relations interpersonnelles. Pour chaque item le patient est invité à noter de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) s'il se reconnaît dans ces symptômes au cours du dernier mois.

Ce questionnaire permet de caractériser à un TSPT simple si les critères TSPT sont atteints sans les critères DSO, et à identifier un TSPT complexe si les critères TSPT et DSO sont atteints. Il existe également une version pédopsychiatrique adaptée en 2020 : la International Trauma Questionnaire Child and Adolescent Version (ITQ-CA) validée pour les patients âgés de 7 à 17 ans (41). A noter également qu'une version courte en 12 items a récemment été validée (42).

Plusieurs études ont démontré la validité de l'ITQ en pratique ainsi que son intérêt spécifique dans la discrimination du type de TSPT simple ou complexe. Ainsi, L'ITQ semble s'imposer comme l'outil de mesure principal du TSPT complexe dans la littérature ainsi qu'en pratique. Karatzias et al en 2017 (43) démontrent la validité de l'ITQ et sa pertinence pour distinguer le type de TSPT dans une population de 193 Ecossais suivant une psychothérapie. La même année cette équipe montre également la pertinence de l'ITQ dans des échantillons de population au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Lituanie et en Allemagne (44). A leur tour Hyland et al montrent que l'ITQ est valide et permet de discriminer TSPT simple et complexe dans une population de patients 171 traumatisés en Angleterre (45), et Vang et al le feront pour un échantillon de population de 284 réfugiés danois recevant des soins en lien avec un psychotraumatisme (46). Enfin, l'étude menée sur un échantillon de 177 vétérans britanniques suivant une thérapie, approuve la validité du modèle TSPT simple et TSPT complexe ainsi que la validité de l'ITQ pour distinguer ces deux profils cliniques (47).

4. Caractéristiques spécifiques du TSPT complexe

4.1 Validité du modèle du TSPT complexe

4.1.1 Aspects symptomatologiques

L'identification du TSPT complexe en tant que trouble distinct du TSPT constitue un enjeu clinique et thérapeutique majeur. En effet identifier des symptômes spécifiques d'un trouble peut permettre de proposer des interventions de soin ciblées et plus adaptées.

D'une manière générale le modèle nosographique du TSPT complexe proposé pour la CIM-11 semble constituer une entité clinique propre et distincte du TSPT. Le TSPT complexe se distinguant du TSPT par un profil symptomatologique plus « complexe » avec un nombre et un type de symptômes plus importants que dans le TSPT. La plupart des études menées jusqu'à aujourd'hui s'étant spécifiquement intéressées à valider le modèle proposé du TSPT complexe tendent à valider les spécificités de ce cadre nosographique. De plus, comme nous l'avons vu précédemment ces études semblent confirmer la validité de l'ITQ dans le diagnostic du TPST et du TPST complexe.

En 2017, la revue de la littérature de Brewin et al (11) recense au total 10 études s'étant intéressées à la validité nosographique du TSPT complexe. Il s'agit d'études d'analyses de classes et de profils symptomatologiques latentes. Parmi les 10 études étant publiées à cette date, 9 identifient au moins deux groupes distincts en termes de profil de symptômes. On retrouve dans chacune des études un groupe de patients avec un haut niveau de symptômes dans les 6 dimensions du TSPT complexe : répétition, évitement, hypervigilance, troubles de l'image de soi, trouble de la régulation des affects, trouble dans les relations interpersonnelles. On identifie également à chaque fois un second groupe rapportant un haut niveau de symptômes de TSPT mais un bas niveau de symptômes de troubles de l'auto organisation.

Ces différences de profil symptomatologique ont été identifiées dans des échantillons de populations dites « cliniques » c'est-à-dire des groupes de patients bénéficiant d'interventions de soin en lien avec des psychotraumatismes (48–50). Dans ces études les auteurs mettent en évidence 2 ou 3 classes de profil symptomatologique avec dans chaque cas un groupe correspondant au profil TSPT et un autre groupe correspondant au profil TSPT complexe. Ils

identifient parfois un troisième groupe avec un bas niveau symptomatologique caractérisé comme un groupe « résilient ».

D'autres études menées en population générale (51) ou sur des échantillons « cliniques » plus conséquents (52) tendent à identifier 4 groupes de profils de symptômes ou plus avec un groupe TSPT, un groupe TSPT complexe, un groupe de bas niveaux de symptômes et un groupe avec un bas niveau de symptômes de TSPT et un niveau moyen de symptômes de troubles de l'auto organisation. Les auteurs justifient l'existence de ces groupes supplémentaires dans des populations plus amples par le recrutement de personnes pouvant présenter d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété, les addictions ou d'autres troubles d'axe 1.

Deux études ont mesuré la validité de cette distinction clinique dans des populations d'enfants, d'adolescents (50) et de jeunes adultes (51,53). Dans ces populations on repère également une différence de profil symptomatologique avec un groupe TSPT et un groupe TSPT complexe. Cette distinction symptomatologique dans ces populations jeunes suggère l'existence potentielle de facteurs de risques spécifiques au TSPT complexe intervenant dans cette tranche d'âge.

Dans le travail de Brewin seule l'étude de Wolf et al (54) ne retrouve pas de différence claire de profil symptomatologique entre le TSPT et le TSPT complexe. En effet, les auteurs identifient différentes classes de profil concernant l'intensité des symptômes sans les classer par type de symptômes. Ils identifient un groupe avec un haut niveau de symptômes de TSPT et de troubles de l'auto organisation et un autre groupe avec un bas niveau de symptômes dans les deux dimensions. Ces résultats seraient en faveur de l'hypothèse selon laquelle le TSPT complexe constituerait une forme sévère de TSPT et non pas un trouble à part entière. Cependant cette observation est à pondérer à la vue des critères de troubles de l'auto organisation utilisés dans cette étude qui étaient différents du modèle proposé pour la CIM-11 et des critères utilisés dans les études suscitées.

Plus récemment, d'autres études se sont prononcées en faveur de la distinction sur le plan symptomatologique entre le TSPT simple et TSPT complexe. C'est notamment le cas d'un travail mené en 2019 sur un échantillon de 341 adultes allemands exposés au psychotraumatisme (55). Les auteurs identifient 4 classes de profil symptomatologique avec un groupe de bas niveau de symptômes, un groupe TSPT, un groupe TSPT complexe et un groupe TSPT complexe sévère. Enfin, Folke et al en 2019 repèrent sur un échantillon de 1541 vétérans Danois un groupe TSPT, un groupe TSPT complexe, un groupe de bas niveaux de symptômes,

un groupe « hypervigilance », un groupe avec un niveau modéré et un groupe avec un haut niveau de troubles de l'auto organisation (56).

Ainsi, nous venons de voir une littérature en faveur d'une différence de profil symptomatologique entre le TSPT et le TSPT complexe apportant des arguments sur la validité du modèle proposé pour la CIM-11. Même si ces résultats se corroborent dans la plupart des études, nous précisons cependant plusieurs limites. Premièrement les faibles échantillons sur lesquels ces études tirent leur conclusion, deuxièmement les différences méthodologiques dans l'évaluation des symptômes de TSPT ou des troubles de l'auto-organisation.

4.1.2 Analyses en facteurs

Concernant la structure factorielle du modèle du TSPT complexe, on recense plusieurs analyses confirmatoires en facteurs s'étant intéressées à établir la meilleure structure pour les critères diagnostiques. De manière générale les données tendent à proposer une structure incluant 2 facteurs de deuxième ordre : TSPT et trouble de l'auto organisation. Chaque facteur de second-ordre est individuellement mesuré par 3 facteurs de premier ordre : répétition, évitement, hypervigilance pour le TSPT et dysrégulation émotionnelle, image négative de soi, difficultés interpersonnelles pour les troubles de l'auto organisation (11). Ces résultats sont soutenus par plusieurs études ayant analysé la meilleure structure pour le TSPT complexe en se basant sur l'échelle ITQ. Ainsi cette observation globale est rapportée dans une population de 453 adultes en thérapie exposés aux abus dans l'enfance (57), chez 195 (58) puis 193 adultes Ecossais dans un centre de psychotraumatisme (43), dans un échantillon de 171 Britanniques exposés au traumatisme (45), ainsi que chez 134 réfugiés vivant en Suisse ayant subi de la torture, bien que dans cette dernière étude l'ITQ n'était pas utilisé (59).

On trouve dans des études plus récentes des données concordant avec ce modèle à six facteurs de premier ordre et deux facteurs de deuxième ordre bien qu'elles apportent certaines nuances. En effet, 3 études menées en 2018 rappellent l'adéquation du modèle précédemment exposé mais montrent qu'un septième facteur de premier ordre est plus pertinent. Le critère « dysrégulation émotionnelle » est divisé en deux autres facteurs qui sont « hyper-régulation émotionnelle » et « hypo-régulation émotionnelle ». Les auteurs rappellent néanmoins que le modèle à six facteurs reste pertinent en substance mais que le modèle à sept facteurs l'est encore plus en se basant sur les critères de l'ITQ. Ces résultats ont été obtenus en se basant sur des données d'échantillons incluant 1003 Israéliens issus de la population générale (60), 314 jeunes

adultes exposés au trauma en Ouganda (61) et 112 réfugiés Syriens vivant au Liban et suivant une thérapie (62).

On dénombre d'autres études ayant exposé des conclusions différentes. Cependant ces études n'ont pas analysé les données en fonction des critères de l'ITQ, cette échelle étant l'outil de référence à l'heure actuelle. Ainsi, sur un échantillon de 341 adultes exposés au psychotraumatisme il est retrouvé qu'une structure à six facteurs (répétition, évitement, hypervigilance, dysrégulation émotionnelle, image négative de soi, difficultés interpersonnelles) est le meilleur modèle (55). La même observation est faite chez 230 réfugiés de la Papouasie de l'Ouest, bien que le modèle classique n'ait pas été analysé (63). Sur 302 adultes pris en charge pour des psychotraumatismes divers, un modèle à 4 facteurs (TSPT, dysrégulation émotionnelle, image négative de soi, difficultés interpersonnelles) ressort comme le plus adéquat (48).

Ainsi, la tendance actuelle se pose en faveur d'une construction avec 2 facteurs de deuxième ordre et 6 facteurs de premier ordre. Il est par ailleurs avancé que la séparation du critère « dysrégulation émotionnelle » en deux autres critères « hyper-régulation émotionnelle » et « hypo-régulation émotionnelle » soit plus pertinent.

4.2 Données physiopathologiques

On compte une étude à ce jour ayant analysé sur le plan fonctionnel les différences de processus neuronaux entre le TSPT complexe et le TSPT. Cette étude de 2021 a analysé les données d'IRM fonctionnelle de 99 participants dont 32 ayant un TSPT, 28 un TSPT complexe et 39 contrôles exposés au psychotraumatisme (64). La réponse neuronale a été mesurée lors de présentation d'images neutres ou de menace aux niveaux supra et subliminal. Pendant les stimuli de menaces supraliminaire il existe de manière significative dans le groupe TSPT complexe en rapport au groupe TSPT, une plus grande activation bilatérale de l'insula et de l'amygdale droite. On observe aussi des dysfonctions communes entre les groupes TSPT complexe et TSPT en comparaison au groupe contrôle avec une réduction significative de l'activation supraliminaire dans le cortex-préfrontal dorsolatéral droit, ainsi qu'une augmentation significative de l'activation subliminale de l'amygdale et de l'insula. Cette observation d'une sur-activation de l'insula et de l'amygdale droite lors des stimuli de menace est en faveur de l'hypothèse d'une distinction du TSPT complexe par rapport au TSPT en lien avec les perturbations de la régulation émotionnelle et de l'image de soi.

4.3 Épidémiologie du TSPT complexe

Étant donnée la relative nouveauté du TSPT complexe, les chiffres de prévalence selon les critères de la CIM-11 sont à interpréter avec précautions et pourraient varier dans le futur. Cependant les estimations de prévalence du TSPT et du TSPT complexe selon les critères de la CIM-11 tendent à corroborer aux estimations précédentes de prévalence du TSPT. D'une manière générale on observe que les taux de prévalence du TSPT et du TSPT complexe varient en fonctions des échantillons de populations et notamment s'il s'agit d'études menées en population générale ou sur des sujets exposés au(x) psychotraumatisme(s).

4.3.1 *Prévalence du TSPT complexe en population générale*

Plusieurs études se sont intéressées à la prévalence du TSPT et du TSPT complexe en population générale. En 2017, sur 2980 adultes Danois on retrouve une prévalence de 1% pour le TSPT complexe et de 3% pour le TSPT (65). Sur un échantillon de 2695 personnes vivant aux États-Unis on retrouve une fréquence de TSPT complexe à 0.6% contre 2.3% pour le TSPT en 2015. (54) En Allemagne, une étude conduite sur 2524 sujets en population générale rapporte une prévalence sur un mois de 1.2% pour le TSPT complexe et de 1.5% pour le TSPT (66). Une autre étude menée aux États-Unis en 2017 sur 1893 adultes identifie une fréquence de TSPT complexe à 3.3% contre 4% pour le TSPT (44). Une étude plus récente aux États-Unis en 2019 concernant 1839 individus retrouve une prévalence de 3.83% pour le TSPT complexe et de 3.4% pour le TSPT sur la vie entière (67). En juillet 2021 sur 1020 sujets Irlandais on trouve une prévalence de 7.7% pour le TSPT complexe et de 5% pour le TSPT (68). Enfin sur 1003 sujets Israéliens en 2003 on rapporte une fréquence de 2.6% de TSPT complexe et de 9% pour le TSPT (60).

Ces résultats décrivent une prévalence du TSPT complexe comprise entre 0.6% et 7.7% contre une prévalence entre 1.5% et 9% pour le TSPT simple.

4.3.2 *Prévalence du TSPT complexe en populations exposées*

D'autres auteurs ont rapporté des résultats concernant la prévalence du TSPT complexe dans les populations exposées aux psychotraumatismes. Ainsi, on retrouve un taux de TSPT complexe de 12.6% et de TSPT de 8% chez 10 401 policiers anglais (69).. Dans une population Danoise de 453 victimes d'abus sexuels dans l'enfance on obtient une prévalence de 42.8% de

TSPT complexe (57). En 2015 chez 323 vétérans des États-Unis on rapporte une fréquence de 13% pour le TSPT complexe et de 34.4% pour le TSPT (54). Chez 221 prisonniers anglais masculins on obtient une prévalence de 16.7% pour le TSPT complexe et de 7.7% pour le TSPT (70). Sur une population de 193 Ecossais suivant une thérapie centrée sur le psychotraumatisme on retrouve une fréquence de TSPT complexe à 53.1% et de TSPT à 37% (49). Aux États-Unis en 2016 chez 134 réfugiés ayant subi des psychotraumatismes la prévalence de TSPT complexe est de 32.8% contre 19.7% pour le TSPT (59). Sur un échantillon de 124 enfants soldats en Ouganda le TSPT complexe est retrouvé à hauteur de 20.8% et de 13.1% pour le TSPT (61). Enfin chez 112 réfugiés Syriens vivant au Liban la prévalence du TSPT complexe est de 36.1% et de 25.2% pour le TSPT (62).

Ainsi nous venons de voir que la prévalence du TSPT complexe s'étend de 0.6 % à 7.7% en population générale et de 12.6% à 53.1% en population exposée. Concernant la prévalence du TSPT celle-ci varie de 1.5% à 9% en population générale et de 7.7% à 37% en population exposée. Bien que ces résultats soient extraits à partir d'échantillons hétérogènes avec parfois des résultats contradictoires, on identifie une tendance. En effet, selon les critères de la CIM-11, le TSPT semble être le diagnostic le plus fréquemment rencontré en population générale comparativement au TSPT complexe. En revanche en population exposée aux psychotraumatismes la tendance s'inverse avec une prévalence plus élevée de TSPT complexe que de TSPT. Ceci est un fait important considérant que 70 % de la population mondiale a été exposée à au moins un événement de vie traumatique sur la vie entière et 30,5% à au moins 4 événements traumatiques (71).

4.3 Facteurs de risque du TSPT complexe

Concernant les facteurs de risque spécifiques du TSPT complexe, il est communément admis à l'heure actuelle que les traumatismes répétés dans l'enfance constituent le facteur de risque principal. Cette spécificité serait l'un des éléments importants qui permettrait de distinguer le TSPT simple du TSPT complexe.

On retrouve plusieurs articles dans la littérature s'étant intéressés spécifiquement au TSPT complexe et dont l'identification des facteurs de risques propres constituent l'un des objectifs principaux. Les études suivantes ont démontré des spécificités concernant les risques de développer un TSPT complexe comparativement à un TSPT simple dans divers groupes de

population. Une étude menée par Karatzias et al en 2019 sur un échantillon de 1051 adultes britanniques exposés au psychotraumatisme retrouve que le TPST complexe par rapport au TSPT simple est indépendamment associé à un âge jeune (OR = 0.97, 95% CI = 0.95 - 0.98), aux traumatismes interpersonnels dans l'enfance (OR = 1.52, 95% CI = 1.27 - 1.83) et aux traumatismes interpersonnels à l'âge adulte (OR = 1.20, 95 CI = 1.01 - 1.43) (72). Ces résultats sont corroborés par une autre étude à l'échantillon conséquent. En effet, Folke et al en 2019 concluent que les traumatismes de l'enfance sont plus fortement associés au TSPT complexe qu'au TSPT simple dans un échantillon de 1541 soldats Danois (56). De la même manière, en 2018 Gilbar et al trouvent que les violences cumulées dans l'enfance sont spécifiquement associées au développement d'un TSPT complexe dans une population de 234 hommes Juifs Israéliens suivant un traitement dans des centres de prévention de violences domestiques (73). Les négligences physiques dans l'enfance et les traumatismes sur vie entière sont identifiés dans cette étude comme facteurs de risque de développer un TSPT simple ou un TSPT complexe de manière aspécifique. Sur un échantillon de 177 vétérans au Royaume-Uni suivant un traitement, il est supposé que les traumatismes de l'enfant sont plus fortement associés au TSPT complexe qu'au TSPT simple, bien que ce ne soit l'objectif principal de l'étude (47). Au-delà des événements de vie, l'exposition précoce à des faits de guerre serait un facteur de risque de développer une forme complexe de TSPT. Dans un échantillon de 314 jeunes adultes en Ouganda du Nord il est mis en évidence que les enfants soldats sont une population à risque de développer un TSPT complexe plutôt qu'un TSPT simple (53). Dans cette étude, les auteurs concluent également que le genre féminin n'est pas associé spécifiquement au TSPT complexe. Il ressort de ces observations épidémiologiques le rôle de l'exposition précoce à des événements traumatiques à la survenue d'un TSPT complexe.

L'exposition à des événements traumatiques dans l'enfance comportent un risque modulé par leur répétition et leur fréquence, répondant au phénomène d'effet-dose. L'étude menée par Karatzias et al en 2017 retrouve des données allant dans ce sens sur un échantillon de 193 personnes suivant une psychothérapie en Ecosse (43). Le TSPT complexe par rapport au TSPT simple est corrélé de manière plus importante à un grand nombre et à une fréquence plus soutenue de traumatismes dans l'enfance : abus émotionnel (OR = 2.83, 95 CI = 1.28-6.24), abus physique (OR = 2.41, 95 CI = 1.22 - 4.77), abus sexuel (OR = 3.40, 95 CI = 1.70 - 6.78), négligence émotionnelle (OR = 3.81, 95 CI = 1.70 - 8.51), négligences physiques (OR = 3.64, 95 CI = 1.84 - 7.24). Le TSPT complexe est également corrélé à un plus grand nombre d'évènements de vie traumatiques sur la vie entière que le TSPT simple (OR = 1.73, 95 CI =

1.38 – 2.17). Ces auteurs ne distinguent pas d'éléments discriminant sur les facteurs genre, âge et niveau d'éducation. L'étude de Murphy et al en 2021 fait la même observation dans une population de 177 vétérans souffrant d'un trouble psychiatrique, avec le TSPT complexe spécifiquement associé à des traumatismes dans l'enfance plus importants et à un plus haut niveau de harcèlement physique et émotionnel pendant la carrière militaire comparativement au TSPT simple (74).

La survenue de psychotraumatismes à l'âge adulte a également été mis en avant comme facteur de risque. Une récente étude menée sur un groupe de 1020 adultes Irlandais en population générale montre que ne pas avoir d'emploi à l'âge adulte était prédictif au développement d'un TSPT complexe comparativement à un TSPT simple (68). Il est également retrouvé un risque significatif associé à l'expérience d'un grand nombre d'événements traumatiques à l'adolescence, comme les études évoquées précédemment. De manière plus générale, concernant le TSPT simple et complexe, ils retrouvent un risque associé à un âge jeune, à l'expérience d'un grand nombre d'événements traumatiques pendant l'enfance et à l'âge adulte. Pour finir ils concluent que le genre féminin était associé au TSPT simple mais pas au TSPT complexe.

D'autres auteurs ont observé chez 820 participants Danois et Israéliens que le TSPT complexe pouvait avoir un lien spécifique non seulement avec les traumatismes prolongés chez l'enfant (traumatismes sexuels dans l'enfance), mais également avec les traumatismes interpersonnels prolongés à l'âge adulte d'intensité sévère (réfugiés et prisonniers de guerre) (52).

La même observation est partagée par un travail réalisé sur 418 adultes de la population générale au Canada qui avance que les événements de vie traumatiques sur la vie entière et pendant l'enfance sont des éléments prédictifs pour le développement d'un TSPT simple ou complexe sans facteur de risque spécifique (75).

Pour conclure Vang et al ne retrouvent pas de marqueurs discriminants entre TSPT simple et complexe dans un groupe de 284 réfugiés suivant un traitement au Danemark (46).

D'autres études ont permis de mettre en exergue des spécificités propres au TSPT complexe. Les études citées ci-dessous n'ont pas été construites spécifiquement pour distinguer des facteurs de risques propres au TSPT complexe, mais des données provenant d'analyses de classes de profils symptomatologiques ont dégagé certaines particularités.

L'étude de Cloitre et al concernant 1839 adultes de la population générale aux États-Unis avance que les traumatismes cumulatifs dans l'enfance, un événement unique d'abus physique ou sexuel et le fait que l'agresseur ait la garde de l'enfant élevaient le risque spécifique de développer un TSPT complexe (67). Ce résultat suggère un risque accru à une forme complexe de TSPT lorsqu'une figure d'attachement est l'auteur des violences. L'étude souligne que le genre féminin, les traumatismes cumulés à l'âge adulte et les expériences aversives pendant l'enfance seraient prédictifs du TSPT simple et complexe sans spécificité. Dans une étude menée en 2020 chez 135 enfants autrichiens vivant en foyer, les symptômes liés au TSPT complexe (trouble de l'auto organisation) et le profil symptomatologique TSPT simple étaient liés sans distinction au genre féminin et aux traumatismes vie entière (41).

D'autres auteurs identifient un potentiel surrisque de développer un TSPT complexe par rapport à un TSPT simple concernant le genre féminin dans un échantillon de 219 adultes ayant subi des violences institutionnelles dans l'enfance (76). Cette potentielle association entre le genre féminin n'est en revanche pas retrouvée dans l'étude de Barbieri et al menée sur 120 réfugiés africains vivant en Italie (28). La même observation est faite par les auteurs Cloitre et al en 2014 qui n'identifient pas de différence de risque entre TSPT simple et complexe sur les facteurs genre, âge, ethnie et situation professionnelle (77). (53)

Nous avons retrouvé un nombre important d'études ayant comme objectif principal l'identification des facteurs de risque au TSPT complexe, dont 12 postérieures à la revue de la littérature de Brewin et al parue en 2017 (11). Les résultats obtenus corroborent ceux colligés par cette revue, retrouvant un risque spécifique de développer un TSPT complexe identifié dans des populations d'enfants ayant subi des violences sexuelles et physiques (48,49,77), des violences institutionnelles (76) et chez les enfants soldats (53).

Dans cette revue les auteurs confirment l'observation selon laquelle l'exposition cumulative aux violences interpersonnelles dans l'enfance créaient un risque supérieur de développer un TSPT complexe comparativement à un TSPT simple et cela sur un mode dose-effet (65). Concernant le genre féminin ce facteur est actuellement présenté comme un facteur associé au fait de développer un TSPT simple et/ou complexe sans sur-risque spécifique.

Ainsi nous venons d'énumérer les données tirées d'articles concernant les facteurs de risque du TSPT complexe. Malgré des résultats parfois hétérogènes et des échantillons variés dans leur importance et nature, il se dégage une forte tendance en faveur d'une exposition à des événements traumatiques prolongés, survenant fréquemment, de nature interpersonnelle, dont

il est difficile d'échapper et survenant pour la plupart à un âge jeune. Il apparaît que ces éléments constituent plus des facteurs de risque qu'une condition sine qua non pour l'apparition d'un TSPT complexe (11).

Enfin, selon certains auteurs le développement d'un TSPT simple ou d'un TSPT complexe serait plus sous tendu par la sévérité globale du(des) traumatisme(s) que par l'âge développemental de survenue (52). En effet, dans cette étude le risque de développer un TSPT complexe est associé aux traumatismes prolongés de l'enfance ainsi qu'avec les traumatismes interpersonnels à l'âge adulte d'intensité sévère mais n'est pas associé aux traumatismes d'intensité légère survenant à l'âge adulte. Cette hypothèse corrobore avec les premières recherches menées par Herman en 1992 (5).

4.4 Comorbidités du TSPT complexe

D'une manière générale il est communément admis que le TSPT complexe se distingue également du TSPT de par ses comorbidités, sa sévérité et son impact fonctionnel. Le TSPT complexe comparativement au TSPT est souvent considéré comme étant associé à une psychopathologie plus riche (11,73), incluant un plus grand nombre de comorbidités (51,78), une plus grande sévérité des symptômes comorbides (53,79), , des symptômes de TSPT plus importants (80) et à un retentissement fonctionnel plus intense (11,80,81).

Dans une étude de *Cloitre et al 2019* s'intéressant à 1839 adultes américains les groupe TSPT et TSPT complexe sont associés de manière statistiquement significative à des hauts niveaux de troubles dépressifs et de troubles anxieux généralisés ainsi qu'à des faibles niveaux de bien être psychologique. De plus, le groupe TSPT complexe comparativement au groupe TSPT est associé à des niveaux significativement plus élevés de troubles dépressifs et anxieux ainsi qu'à des niveaux significativement plus bas de bien-être (67).

Ces mêmes conclusions sont observées dans une étude menée sur 1051 sujets exposées aux psychotraumatismes au Royaume-Uni (72). Le groupe TSPT complexe est très fortement associé aux troubles dépressifs majeurs (OR = 21.85, 95 CI = 12.51-38.04) et au trouble anxieux généralisé (OR=24.63, 95 CI=14.77-41.07). Les groupes TSPT et TSPT complexe sont tous deux associés à une force similaire au risque suicidaire (OR TSPT=3.13, 95 CI=1.81-5.41 ; OR TSPT complexe =3.43, 95 CI=2.37-4.70), aux troubles de l'usage et aux pathologies chroniques. A noter que le groupe TSPT est associé significativement mais faiblement aux

troubles dépressifs (OR=1.79 95 CI 1.04-3.07) et n'est pas significativement associé au trouble anxieux.

Sur un échantillon de 1020 adultes Irlandais représentatif de la population nationale on retrouve aussi une forte association entre TSPT complexe avec la dépression (OR = 16.77, 95% CI 10.05-27.99) et le trouble anxieux (OR = 12.52, 95% CI 7.55- 20.75). Cette association est moindre pour le groupe TSPT avec pour la dépression un OR à 1.99 et à 2,83 pour le trouble anxieux (68).

Une étude menée dans une population de 662 patients Allemands d'une clinique de réhabilitation psychosomatique trouve une association significative et majeure du TSPT complexe comparativement au TSPT avec les troubles de la personnalité, les troubles de l'usage et les troubles affectifs (82). Les troubles anxieux sont associés aux deux groupes cliniques mais ne sont pas associés préférentiellement au TSPT ou au TSPT complexe. Cette différence de résultats par rapport aux études précédentes est expliquée par les auteurs par la population d'étude qui n'est pas un échantillon clinique spécifique au psychotraumatisme.

Cette étude s'est également intéressée à évaluer le lien entre ces deux affections et leurs répercussions sur la capacité de travail. Sur le plan quantitatif les patients souffrant de TSPT complexe sont significativement plus impactés que les patients souffrant de TSPT avec un temps passé au travail moins important. Sur le plan qualitatif le groupe TSPT complexe comparativement au groupe TSPT est significativement plus impacté avec des répercussions majeures dans toutes les dimensions (planification, prise de décision, flexibilité...) sauf sur la mobilité.

Sur un échantillon de 177 vétérans souffrant de troubles mentaux on trouve que les patients ayant reçu un diagnostic de TSPT complexe sont significativement plus enclins à souffrir de troubles comorbides tels que les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles dissociatifs et l'irritabilité comparativement aux patients souffrant de TSPT. De plus les auteurs mettent en évidence que les individus souffrant de TSPT complexe ont une vulnérabilité accrue par rapport au groupe TSPT concernant les événements potentiellement préjudiciables moralement (74).

Dans une étude thérapeutique randomisée portant sur 149 patients aux Pays-Bas Hoerber et al (78) mettent en évidence une association significativement plus forte du TSPT complexe par rapport au TSPT concernant les comorbidités dépression, trouble psychotique et troubles de la personnalité.

Sur une population de 106 Ecossois pris en charge dans un centre spécialisé dans le psychotraumatisme les comorbidités dépression, trouble dissociatifs et troubles de la

personnalité borderline sont significativement plus associées au TSPT complexe qu'au TSPT. On remarque également dans cette étude que le risque suicidaire est 3 fois plus élevé pour le TSPT complexe par rapport au TSPT, bien que l'effet ne soit pas statistiquement significatif (83).

Dans une population de 106 patients Danois souffrant de TSPT on met en évidence de manière significative une plus forte association de la dépression et du risque suicidaire chez les patients ayant un diagnostic de TSPT complexe (84).

Sur un échantillon de 314 jeunes adultes d'Ouganda du Nord le TSPT complexe est significativement plus associé à des hauts niveaux d'anxiété, la dépression, les plaintes somatiques et aux troubles du comportement en comparaison au TSPT (53).

Des résultats plus contrastés que ceux retrouvés dans les études précédentes sont présentés dans une étude de Facer Irwin de 2020 menée sur 221 prisonniers dans une prison de Londres. Les sujets présentant un diagnostic de TSPT complexe souffraient de comorbidités à type de troubles anxieux (aOR=7.5, 95% CI=3.3–17.1), de dépression (aOR = 5.7, 95% CI = 2.5–13), de troubles de l'usage des substances (aOR=2.6, 95% CI=1.1– 6.1), de troubles psychotiques (aOR=4.1, 95% CI=1.6–10.6), TDAH (aOR = 4.3, 95% CI = 1.9–9.3) et de troubles de la personnalité du cluster B (OR=2.4, 95% CI=1.0–5.5). Les sujets avec un diagnostic de TSPT souffraient de troubles anxieux (OR = 6.9, 95% CI = 2.4–20), de trouble de la personnalité du cluster B (OR=4.9, 95% CI=1.1–22.3) et de troubles de l'usage de l'alcool (OR = 3.2, 95% CI = 1.2–9.0). En substance, dans cette étude les patients ayant un diagnostic de TSPT complexe souffrent de plus de comorbidités comparativement au TSPT. En revanche les comorbidités communes aux deux troubles ne sont pas plus significativement associées au TSPT complexe qu'au TSPT (70).

Concernant les populations pédopsychiatriques on dispose de peu de données se rapportant aux comorbidités du TSPT complexe On cite néanmoins l'étude de Haselgruber et al menée sur 122 enfants autrichiens placés dans un foyer qui montre une plus grande association entre le TSPT complexe et la dépression, les troubles dissociatifs et la dysrégulation émotionnelle qu'avec le TSPT (85).

Ainsi, nous venons de voir que les données de la littérature confirment la tendance selon laquelle le TSPT complexe par rapport au TSPT est associée à un plus grand nombre de comorbidités, souvent plus intenses et avec un plus fort retentissement fonctionnel. Plus

précisément nous soulignons la tendance de l'association du TSPT complexe aux troubles dépressifs, aux troubles anxieux et aux troubles de la personnalité que le TSPT. Ces données sont à considérer en fonction de la diversité des échantillons dont elles ont été tirées et des spécificités méthodologiques de chaque étude.

5. Gold standard de la prise en charge

Après s'être intéressés aux caractéristiques inhérentes au TSPT complexe et les avoir comparées à celle du TSPT, nous allons maintenant rappeler quelles sont les données et les recommandations actuelles en matière de prise en charge du TSPT et du TSPT complexe. D'une manière générale on recense un nombre important de recommandations concernant la prise en charge du TSPT mais peu concernant le TSPT complexe.

5.1 TSPT

Concernant la prise en charge du TSPT, on repère plusieurs recommandations de différents comités à l'échelle internationale. En revanche on ne retrouve pas de recommandations à l'échelle nationale française.

5.1.1 *Recommandations de l'APA*

L'American Psychiatric Association dans le *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults* paru en février 2017 (86) recommande fortement les interventions/psychothérapies suivantes : la TCC, la thérapie de traitement cognitif, la thérapie cognitive, la thérapie d'exposition prolongée.

L'APA, devant des preuves d'efficacité émergentes, suggère l'utilisation de la psychothérapie éclectique brève, l'EMDR et la thérapie d'exposition narrative. Le comité précise que le traitement par EMDR pourrait passer de thérapies « suggérées » à « fortement recommandées » dans un avenir proche. L'association souligne également l'absence de preuves suffisantes pour conseiller ou déconseiller les techniques de recherche de sécurité ou de relaxation.

Concernant les traitements médicamenteux l'APA suggère l'utilisation des antidépresseurs de type ISRS et IRSNa avec la Fluoxétine, la Paroxétine, la Sertraline, et la Venlafaxine. Le comité rappelle l'absence de preuves suffisantes pour recommander ou non la Rispéridone et le Topiramate.

5.1.2 *Recommandations de la CANMAT*

La CANMAT dans le Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders paru en juillet 2014 (87) recommande les psychothérapies suivantes en première intention : la TCC en incluant la TCC centrée sur le trauma, l'EMDR, la thérapie d'exposition prolongée et la thérapie de gestion du stress. La CANMAT précise également que des thérapies plus récentes comme la TCC basée sur Internet, l'expérience de réalité virtuelle ont également montré leur efficacité.

Sur le plan pharmacologique l'association recommande en première intention les traitements pharmacologiques par ISRS ou ISRN_a : Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline, Venlafaxine. Elle recommande en deuxième intention : Mirtazapine, Fluvoxamine, Phénelzine. Puis elle recommande en troisième intention : Imipramine, Amitriptyline, Reboxetine, Bupropion, Duloxetine, Escitalopram, Moclobemide, Tianeptine, Topiramate, Lamotrigine, Carbamazépine, Risperidone, Aripiprazole, Quétiapine, Trazodone, Buspirone, Memantine. A l'inverse l'association ne recommande pas les molécules suivantes : Alprazolam, Citalopram, Clonazépam, Desipramine, Divalproex, Olanzapine, Tiagabine.

5.1.3 *Recommandations de la NICE*

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dans ses guidelines parues en décembre 2018 (88) recommande en premier lieu pour les patients souffrant de TSPT depuis un mois les techniques de TCC centrées sur le trauma telles que : la thérapie de traitement cognitif, la thérapie cognitive pour le TSPT, la thérapie d'exposition narrative et la thérapie d'exposition prolongée.

L'institut préconise d'envisager l'EMDR pour les patients souffrant de TSPT pendant plus d'un mois à condition que le psychotraumatisme ne soit pas en lien avec des faits de guerre.

L'Institut recommande l'EMDR de façon générale si le patient souffre de TSPT depuis plus de 3 mois.

Il préconise « d'envisager » chez ce même groupe de patients la TCC centrée sur le trauma assistée par informatique.

Sur le plan médicamenteux la NICE recommande les traitements suivants en précisant que ceux-ci sont moins efficaces que les interventions psychologiques : ISRS tels que Sertraline, Fluoxetine, Paroxetine et ISRN_a avec la Venlafaxine. L'utilisation des antipsychotiques comme la Risperidone est conseillée en deuxième intention en cas d'échec

des autres traitements ou de symptomatologie très invalidante. Il est déconseillé en revanche l'emploi des benzodiazépines.

5.1.4 Recommandations de l'ISTSS

La International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) a également établi des guidelines en 2019 (89).

Sur le plan psychothérapeutique elle recommande fortement la thérapie de traitement cognitif, la thérapie cognitive, l'EMDR la TCC individuelle centrée sur le trauma et la thérapie d'exposition prolongée.

Elle préconise sur un niveau standard de recommandation la TCC de groupe centrée sur le trauma, la TCC guidée par internet centrée sur le trauma, la thérapie d'exposition narrative et la thérapie centrée sur le présent.

La société évoque des procédés thérapeutiques avec des preuves émergentes comme la TCC de couple centrée sur le trauma, les TCC de groupe et individuelle centrées sur le trauma, la reconsolidation de la mémoire traumatique, la TCC brève une session et la thérapie de réalité virtuelle.

Pour finir l'ISTSS rappelle l'absence de preuves suffisantes pour recommander la thérapie éclectique brève, la thérapie d'exposition dialogique, les techniques de liberté émotionnelle, les thérapies interpersonnelles de groupe, la psychothérapie interpersonnelle, la psychothérapie psychodynamique, les techniques de relaxation, les thérapies de soutien, la désensibilisation REM.

Sur le plan pharmacologique la société recommande la Fluoxetine, la Paroxetine et la Venlafaxine en précisant le faible effet attendu de ce type d'intervention thérapeutique.

5.1.5 Recommandations de la Va/DoD

La VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder parue en Juin 2017 (90) recommande en première intention les thérapies psychologiques suivantes : la thérapie d'exposition prolongée, la thérapie de traitement cognitif, l'EMDR, la TCC spécifique centrée sur le trauma, la thérapie éclectique brève, la thérapie d'exposition narrative, et la thérapie d'exposition narrative écrite.

L'association suggère l'emploi de psychothérapies non centrées sur le trauma comme la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie centrée sur le présent, le stress inoculation training (SIT)

L'institution recommande en cas d'échec/impossibilité des psychothérapies l'emploi des traitements pharmacologiques suivants : Sertraline, Paroxetine, Fluoxetine et Venlafaxine. En cas d'échec de ces molécules la Va/DoD suggère l'utilisation de Nefazodone, Imipramine, ou Phénelzine. Pour conclure l'association déconseille plutôt l'emploi des antipsychotiques et notamment de la Risperidone.

5.1.6 Recommandations de la NHMRC

De récentes recommandations Australiennes de Juillet 2020 (91) préconisent fortement la thérapie de traitement cognitif, la thérapie cognitive, l'EMDR, la thérapie d'exposition prolongée, la TCC centrée sur le trauma.

L'association recommande également en l'absence de possibilité de réaliser la TCC ou l'EMDR les thérapies suivantes : La TCC centrée sur le trauma guidée par Internet, la thérapie centrée sur le présent, la méthode d'inoculation du stress, la TCC de groupe.

Elle recommande spécifiquement en contexte de traumatisme lié au génocide, guerre civile, torture, détention politique, migration la thérapie d'exposition narrative

De manière générale l'institut Australien recommande les thérapies individuelles en premier lieu par rapport aux thérapies de groupe.

Concernant les traitements pharmacologiques l'association recommande les ISRS (Sertraline, Paroxetine et Fluoxetine) et ISRN (Venlafaxine) si les traitements psychologiques ne sont pas possibles ou si le patient nécessite de traiter une comorbidité (anxiété, dépression) concomitamment.

5.1.7 Recommandations de l'EPA

L'European Psychiatric Association (EPA) a publié en 2017 (92) une étude s'intéressant à l'impact des interventions de santé sur internet dans le TSPT. L'Association souligne l'intérêt à court terme des thérapies basées sur internet ou sur les applications de smartphone dans la réduction des symptômes du TSPT. Cependant les auteurs n'exposent pas de recommandations en pratique sur interventions à cause du peu d'études et de données sur leurs effets à long terme.

Ainsi, nous venons d'exposer les recommandations internationales concernant les thérapies spécifiques du TSPT. Il se dégage une tendance forte en faveur de l'emploi en première intention des psychothérapies centrées sur le psychotraumatisme comme la TCC et l'EMDR. Les traitements pharmacologiques sont également fortement recommandés avec les antidépresseurs de type ISRS et IRSNa. Les antipsychotiques sont parfois préconisés mais les recommandations peuvent varier en fonction des différentes associations.

5.2 TSPT complexe

Le TSPT complexe étant un trouble relativement nouveau on retrouve très peu de recommandations internationales concernant sa prise en charge et celles-ci restent très évasives

5.2.1 Recommandations de l'ISTSS

La International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) rappelle l'absence de recommandations précises concernant ce nouveau trouble proposé pour la CIM-11. Elle met en avant le concept de « médecine personnalisée » consistant à proposer des thérapies adaptées aux symptômes cliniquement significatifs d'un patient donné. De manière générale la société préconise une approche séquentielle et multimodale avec une phase de stabilisation des symptômes de troubles de l'auto-organisation appelée STAIR (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation). Dans un second temps L'ISTSS prône l'utilisation de thérapies spécifiques au psychotraumatisme et met en exergue des résultats prometteurs de certaines études promouvant l'utilisation de la TCC et de l'EMDR dans ce modèle (93).

5.2.2 Recommandations de la NHMRC

Des recommandations australiennes avancent avec prudence l'utilité présumée des interventions psychologiques centrées sur les traumatismes comme la TCC, la thérapie d'exposition et l'EMDR.

Sur le plan pharmacologique la société Australienne rappelle l'absence de preuve et de recul sur ce type de traitement dans le TSPT complexe mais cite les ISRS et la Venlafaxine comme traitements médicamenteux potentiels et déconseille l'utilisation des benzodiazépines (94).

6. État des connaissances sur la prise en charge spécifique du TSPT complexe

6.1 Généralités

Le fait de distinguer un trouble distinct du TSPT revêt un intérêt thérapeutique majeur avec l'éventualité d'interventions de soins spécifiques au TSPT complexe. Nous venons de voir que les thérapies centrées sur le psychotraumatisme pour le TSPT faisaient consensus dans la communauté scientifique internationale avec de nombreuses recommandations préconisant la TCC et l'EMDR par exemple. Nous avons également observé qu'il existe dans des proportions mesurées des guidelines internationales concernant la prise en charge du TSPT complexe mais que celles-ci restent assez prudentes. On dispose de données claires concernant l'efficacité des traitements psychologiques et pharmacologiques pour la prise en charge du TSPT, nonobstant, il n'est pas clairement défini si ces interventions de soin sont efficaces et sûres chez des patients souffrant de TSPT complexe. En effet, il est souvent mis en évidence dans la littérature que les traitements centrés sur le psychotraumatisme seraient moins efficaces chez les patients souffrant de TSPT complexe. De plus, il est avancé que de telles interventions pourraient être délétères avec un risque de mauvaise tolérance et de déstabilisation clinique à cause de la présence de troubles de l'auto organisation et notamment des troubles de la régulation des émotions et des relations interpersonnelles. De fait, il peut être proposé aux patients une prise en charge par étapes, multimodale, incluant une phase de stabilisation préalable aux interventions spécifiques au psychotraumatisme destinée à réduire les symptômes propres au TSPT complexe.

Malgré ces observations, les données disponibles à l'heure actuelle montrent une efficacité significative des thérapies centrées sur le traumatisme dans le TSPT complexe avec la TCC et l'EMDR, notamment dans les symptômes de TSPT. Leur efficacité dans les symptômes de troubles de l'auto organisation semble en revanche plus modérée. Les résultats en rapport à l'efficacité de la phase de stabilisation sont plus disparates avec moins de données et un manque d'harmonisation des protocoles. Cependant cette procédure semble montrer un certain intérêt dans la prise en charge des symptômes spécifiques au TSPT complexe.

6.2 Place de la phase de stabilisation

Un des paradigmes actuels concernant la prise en charge du TSPT complexe consiste à proposer au patient une prise en charge séquentielle, multimodale et adaptée dans laquelle les thérapies spécifiques centrées sur le traumatisme n'interviennent qu'après une phase de stabilisation clinique souvent appelée STAIR (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation). Cette phase de stabilisation est destinée à prendre en charge dans un premier temps les symptômes de troubles de la régulation émotionnelle et des relations interpersonnelles préalablement à une prise en charge spécifique du psychotraumatisme. Cependant la pertinence de cette phase de stabilisation fait débat au sein de la communauté scientifique et plusieurs auteurs arguent que les patients souffrant de TSPT complexe répondent bien aux traitements de première ligne du TSPT et sans effets secondaires majeurs. Un autre argument communément avancé est que retarder les traitements spécifiques au psychotraumatisme pourrait constituer une perte de chance pour les patients souffrant de TSPT complexe.

6.2.1 Prises de position en faveur d'une phase de stabilisation

En 2011 L'ISTSS publie un rapport d'avis d'experts composé de 50 spécialistes internationaux du TSPT et du TSPT complexe afin d'harmoniser les pratiques de prise en charge (95). En effet, avant cette date plusieurs études ont présagé l'intérêt d'une approche séquentielle dans la prise en charge du TSPT complexe avec des résultats encourageants montrant une réduction des symptômes de TSPT, de dissociation, des comportements auto agressifs, une amélioration de la régulation émotionnelle et du fonctionnement interpersonnel. Ces études incluaient des protocoles de type STAIR uniquement (96), ou de STAIR puis de thérapies centrées sur le trauma (97–99). Seule une étude a montré une supériorité de l'approche combinée et séquentielle par rapport aux thérapies centrées sur le trauma seules (98). Malgré ces résultats encourageants on souligne de nombreux biais concernant des divergences en rapport à la mesure des symptômes de TSPT et de TSPT complexe, les échantillons hétérogènes empêchant la généralisation des résultats. Ainsi, la majorité des experts préconise une approche thérapeutique séquentielle se reposant sur l'utilisation d'interventions multiples et adaptées aux symptômes les plus retentissant se basant sur la méthode STRAIR.

Dans les premières guidelines les experts réunis par l'ISTSS avancent le fait qu'une approche de type STAIR avec une phase de stabilisation apporte plus de bénéfices au patient et moins d'effets indésirables qu'une approche brève centrée sur le traumatisme. D'un point de

vue pratique les experts proposent que la thérapie commence par une phase de stabilisation (phase I) visant à assurer la sécurité du patient en l'aidant à améliorer ses compétences sociales, de gestion émotionnelle et psychologique. Puis vient la phase II centrée sur la prise en charge spécifique des traumatismes. Enfin la phase III dite de réintégration vise à consolider le traitement et à aider le patient à s'adapter à son environnement actuel. Cette phase par étapes est fondée sur l'hypothèse selon laquelle les patients atteints de TSPT complexe ne sont pas suffisamment stables pour supporter d'emblée les thérapies centrées sur le traumatisme et qu'il n'y a pas de preuve concernant l'efficacité des traitements classiques du TSPT dans le TSPT complexe. Concernant la durée du traitement les auteurs ne concluent pas à une durée précise mais suggèrent que la durée totale du traitement doit être supérieure à 12 semaines. Ils encouragent de manière plus spécifique à utiliser en première ligne de traitement des stratégies d'éducation sur le psychotraumatisme et de régulations des émotions. En 2019 les dernières guidelines de l'ISTSS (89) confirment la préconisation en pratique de cette stratégie multimodale, personnalisée, ciblée et séquentielle dans le traitement du TSPT complexe tout en appelant à de plus amples recherches.

Plus récemment une autre publication (déclarative) de Karatzias et Cloitre en 2019 statue également sur l'intérêt d'un traitement séquentiel et multimodal du TSPT complexe (81). Les auteurs évoquent des interventions dédiées à la prise en charge de la régulation des émotions : exercices de respiration, conscience émotionnelle, exercices d'auto-apaisement ; des perceptions négatives de soi : compassion de soi, restructuration cognitive ; des difficultés interpersonnelles : capacités de communication, flexibilité cognitive autour des attentes interpersonnelles, interventions ciblant la colère et l'intimité ; et enfin les interventions ciblant les troubles de l'attachement. Les auteurs rappellent également l'importance de traiter les symptômes de la dimension TSPT avec les thérapies classiques : thérapies d'exposition, TCC. Concernant l'aspect modulaire et séquentiel les auteurs ne préconisent pas d'ordre préétabli pour les interventions de soin. Selon eux, le choix des séquences de soin et de leur ordre dépendent de la présentation symptomatologique du patient d'intérêt à un instant T et varient selon la réponse aux différentes interventions. Cette stratégie suppose une évaluation régulière et une collaboration étroite entre le thérapeute et le patient.

6.2.2 *Prises de position n'incluant pas la réalisation d'une phase de stabilisation*

En 2016 De Jong et al publient un article critiquant les recommandations de l'ISTSS sur l'intérêt d'un traitement séquentiel du TSPT complexe (100). Les auteurs reprochent dans un premier temps l'hétérogénéité des échantillons, le faible nombre d'études sur lesquelles les auteurs s'appuient, le manque d'harmonisation des critères diagnostiques du TSPT complexe et les biais méthodologiques dans les études citées dans les recommandations. De fait, le point de vue des auteurs souligne un manque de preuves concernant l'intérêt d'une phase préalable de stabilisation dans la prise en charge du TSPT complexe. Ils commentent également qu'une telle stratégie pourrait conduire à une perte de chance pour les patients souffrant de ce trouble avec un retard de prise en charge spécifique. Les auteurs se prononcent en faveur d'une stratégie moins prudente avec une psychothérapie centrée sur le traumatisme sans phase préalable de stabilisation clinique, arguant que des études antérieures ont montré un bon niveau de réponse thérapeutique, sans effets secondaires, dans des populations ayant des troubles s'apparentant au TSPT complexe (101–103). Ils avancent également l'hypothèse selon laquelle la dimension dysrégulation émotionnelle attribuée au TSPT complexe, pourrait être améliorée par les psychothérapies telles que l'EMDR et la TCC, en citant Jerud et al (104) et en considérant que cet aspect symptomatologique est inhérent au TSPT. Cependant, les études citées par De Jong ne concernaient pas forcément des patients avec un diagnostic précis de TSPT complexe limitant l'interprétation des données.

La question de la phase de stabilisation fait débat au sein de la communauté scientifique avec malgré tout peu de données venant étayer les prises de positions de chacun. Cependant récemment plusieurs études dont des méta-analyses viennent ajouter des données concernant ce sujet. Ces études que nous allons analyser ci-après apportent également plus d'informations concernant diverses interventions de soin dans le TSPT complexe.

6.3 Données d'étude comparant un protocole STAIR et un protocole centré sur le psychotraumatisme dans le TSPT complexe et le TSPT

On identifie une seule étude à cette date comparant les effets des interventions de type STAIR + thérapies centrées sur le trauma avec les thérapies spécifiques au psychotraumatisme sans phase de stabilisation dans le TSPT complexe et le TSPT. Il s'agit d'une très récente étude randomisée réalisée sur 149 patients adultes souffrant de TSPT ou de TSPT complexe ayant été exposés à des abus dans l'enfance (78). Cette étude a comparé les effets de trois interventions thérapeutiques à savoir un groupe STAIR + thérapie d'exposition prolongée, un groupe thérapie d'exposition prolongée seule et un groupe thérapie d'exposition prolongée intensifiée. Au début de l'étude les auteurs soulignent que les patients souffrant de TSPT complexe rapportent une plus grande sévérité des symptômes de TSPT ainsi que plus de comorbidités de l'axe I. A la fin du protocole de l'étude les auteurs ne retrouvent pas de différence significative entre les 3 groupes d'intervention thérapeutique. En effet, la présence ou non d'un TSPT complexe n'influe pas de manière significative sur les effets des 3 protocoles thérapeutiques. De plus, il n'est pas retrouvé de différence significative en rapport aux effets secondaires. Les auteurs concluent donc que les patients souffrant de TSPT complexe en lien avec des abus de l'enfance devraient bénéficier au même titre que les patients souffrant de TSPT des thérapies centrées sur le traumatisme déjà existantes. Cette étude allant donc dans le sens d'une absence de nécessité de protocole de stabilisation.

Une étude a étudié l'impact d'un programme de soin multimodal sur 66 patients souffrant de troubles liés aux psychotraumatismes (105). Sur cet échantillon, 22 patients répondent aux critères de TSPT complexe et 44 aux critères de TSPT selon les auteurs. Le protocole de cette étude thérapeutique inclue une démarche séquentielle et multimodale se rapprochant de l'approche STAIR de Cloitre et al comprenant de la psychothérapie (TCC), de la psychoéducation sur le traumatisme, de la mindfulness, des « skills training », de l'art-thérapie, de la Concentrative Movement Therapy (CMT) et un traitement pharmacologique si besoin. A la fin du protocole les auteurs observent dans le groupe TSPT complexe une réduction des symptômes dépressifs associés ($p = 0.010$, $d = -0.63$), une amélioration du soutien social perçu ($p = 0.003$, $d = 0.61$) ainsi qu'une amélioration des symptômes liés au TSPT complexe sur la dimension des relations interpersonnelles ($p = 0.020$, $d = -0.796$). Dans le groupe TSPT on note une diminution significative des symptômes dépressifs ($p = 0.005$, $d = -0.554$) ainsi qu'une amélioration significative du fonctionnement global. En revanche, les auteurs

n'observent pas de réduction des symptômes du TSPT classique dans les deux groupes suite à leur protocole. Pour expliquer cette absence d'effet significatif sur les symptômes de TSPT les auteurs mettent en évidence que leur protocole n'inclue pas assez de méthodes spécifiques et centrées sur le traumatisme comme l'EMDR par exemple. Les auteurs insistent sur le fait que leur protocole est similaire à la phase de stabilisation préalable à un traitement intensif centré sur le traumatisme proposé par le protocole STAIR de Cloitre et al. Ils évoquent le fait que les symptômes de TSPT ne sont améliorés qu'après la phase intensive centrée sur le traumatisme et non après la phase de stabilisation. Cette observation va dans le sens d'une efficacité spécifique d'une approche séquentielle et multimodale dans la prise en charge du TSPT complexe.

6.4 Données d'étude comparant l'effet d'une thérapie centrée sur le psychotraumatisme dans le TSPT complexe et le TSPT

On rapporte une récente étude de Voorendonk et al en 2020 conduite sur 308 patients s'intéressant à évaluer l'impact thérapeutique d'un traitement intensif du psychotraumatisme sur huit jours (106). Cette intervention comprend de l'exposition prolongée, de l'EMDR, de la psycho-éducation et de l'activité physique. Sur cet échantillon deux groupes ont été constitués avec un groupe de 203 patients qui rencontraient les critères diagnostiques de TSPT complexe et l'autre groupe était constitué de patient souffrant de TSPT. A noter que le protocole de l'étude ne comprend pas de phase préalable de stabilisation à la thérapie de type STAIR. Au décours de la prise en charge, les auteurs observent une réduction forte et significative des symptômes de TSPT et de TSPT complexe dans les deux groupes, avec une perte de diagnostic de TSPT de 85% et de TSPT complexe de 87,7%. Ils observent un déclin significatif dans les symptômes clé du TSPT complexe : trouble de l'estime de soi, troubles de la régulation des affects et des relations interpersonnelles. Ils n'observent pas non plus de différence significative de réponse thérapeutique entre les groupes TSPT complexe et TSPT. Les auteurs se prononcent en faveur de ce protocole sans phase de stabilisation préalable en regard de l'efficacité constatée, de la bonne tolérance rapportant une stabilité clinique à long terme des patients et l'absence d'effets secondaires significatifs (tentative de suicide, suicide, hospitalisation). On note cependant que ce protocole, bien que sans phase de stabilisation, s'apparente à une prise en charge multimodale.

6.5 Données issues de revues de la littérature/méta-analyses concernant le TSPT complexe

On compte plusieurs revues systématiques/méta-analyses à l'heure actuelle. Celles-ci divergent de par le nombre d'études incluses, les échantillons, les méthodes et les objectifs mais exposent des résultats assez concordants dans l'ensemble.

La revue systématique/méta-analyse publiée en 2020 par Coventry et al compte le plus d'études incluses (107). Ce travail a inclus 116 études dont 94 essais contrôlés randomisés s'intéressant aux adultes souffrant de TSPT et ayant un passé traumatique complexe. Plusieurs sous-groupes sont identifiés à la phase initiale à savoir les vétérans, les victimes d'abus sexuels dans l'enfance, les traumatisés de guerre, les réfugiés et les victimes de violences domestiques. De manière similaire, cette étude montre une efficacité significative des interventions psychologiques centrées sur le trauma telles que la TCC et l'EMDR dans : la réduction des symptômes de TSPT ($k = 46$; $n = 3,389$; $[SMD] = -0.82$, 95% $[CI] -1.02$ to -0.63), y compris 6 mois après le traitement ($k = 10$; $n = 738$; $SMD = -0.45$, 95% $CI -0.82$ to -0.08), la réduction des symptômes dépressifs ($k = 31$; $n = 2,075$; $SMD = -0.87$, 95% $CI -1.11$ to -0.63 ; $I^2 = 82.7\%$, $p = 0.000$), l'anxiété ($k = 15$; $n = 1,395$; $SMD = -1.03$, 95% $CI -1.44$ to -0.61 ; $p = 0.000$), l'amélioration du sommeil ($k = 3$; $n = 111$; $SMD = -1.00$, 95% $CI -1.49$ to -0.51 ; $p = 0.245$). La qualité de vie en revanche n'est pas significativement améliorée par ces interventions psychothérapeutiques ($k = 6$; $n = 401$; $SMD = 0.33$, 95% $CI -0.01$ to 0.66 ; $p = 0.021$). Les interventions psychologiques non centrées sur le traumatisme ne sont pas identifiées par les auteurs comme efficaces dans la réduction des symptômes de TSPT mise à part la thérapie interpersonnelle.

Sur le plan pharmacologique les antipsychotiques sont significativement efficaces dans la réduction des symptômes de TSPT ($k = 5$; $n = 364$; $SMD = -0.45$; -0.85 to -0.05 ; $p = 0.085$) ainsi que la Prazosine ($k = 3$; $n = 110$; $SMD = -0.52$; -1.03 to -0.02 ; $p = 0.182$).

Concernant les symptômes de perturbations de l'auto-organisation les résultats de méta analyse montrent que la TCC centrée sur le traumatisme est efficace sur la dimension des troubles de l'image de soi. Pour les troubles dans les relations interpersonnelles les interventions préalables à la thérapie centrée sur le traumatisme sont les plus efficaces. En revanche les auteurs n'identifient pas d'intervention psychologique significativement efficace pour la dimension de la dysrégulation émotionnelle sauf chez les vétérans et les victimes d'abus sexuel.

Les résultats de la méta-analyse en réseau montrent que les approches multimodales incluant au moins deux interventions de soins sont les plus efficaces pour la réduction des symptômes de TSPT dans le TSPT complexe ($k = 17$; $n = 1,077$; $MD = -37.95$; $- 60.84$ to -15.16). Les composantes multimodales identifiées comme efficaces sont la restructuration cognitive et l'exposition par l'imagination. Ces composantes suscitées peuvent ou non s'inscrire dans des protocoles de stabilisation de type STAIR. Concernant cet aspect les auteurs soulignent qu'actuellement il existe une dichotomie très binaire entre les approches thérapeutiques avec phase de stabilisation et celles directement centrées sur le psychotraumatisme. Ils avancent le fait que cette dichotomie peut être une entrave à la recherche scientifique. Ils rappellent néanmoins qu'ils n'ont pas pu analyser et comparer précisément la différence d'efficacité entre protocoles STAIR et non STAIR du fait de manque de données.

Cependant ces résultats sont à interpréter avec précautions, les auteurs rappelant les critères sélectionnés assez larges pour l'identification du TSPT complexe ayant pu surestimer la sévérité des symptômes. De plus ces données ne nous permettent pas de comparer l'impact de ces interventions dans le TSPT classique.

Une autre revue systématique de la littérature/méta-analyse effectuée par Melton et al en 2019 a analysé les données de 95 essais contrôlés randomisés et 9 essais contrôlés non randomisés (108). Les auteurs se sont intéressés à l'impact des interventions psychologiques et pharmacologiques chez des sujets adultes avec une histoire traumatique complexe. La méthodologie est très similaire à la revue précédente et expose des résultats superposables. Une méta-analyse a été menée sur toutes les populations pour chaque intervention de soin et pour tous les sous-groupes. Les sous-groupes identifiés sont les vétérans, les victimes d'abus sexuels dans l'enfance, les traumatisés de guerre, les réfugiés et les victimes de violences domestiques. De manière générale l'étude montre que les interventions psychologiques centrées sur le trauma telles que la TCC et l'EMDR sont efficaces pour réduire les symptômes de TSPT dans des populations avec des histoires traumatiques complexes (différence moyenne $-0,90$, IC 95%, intervalle -1.14 à -0.66 ; pour 39 études). Ces psychothérapies sont plus efficaces comparativement à des groupes contrôles pour des interventions brèves ponctuelles et uni-modales (sans phase de stabilisation). Ces protocoles de soin sont également efficaces sur la réduction des symptômes de TSPT dans ces populations avec une histoire traumatique complexe si elles s'inscrivent dans une approche multimodale et séquentielle (STAIR) mais avec un moindre effet que pour des interventions uni-modales et ponctuelles. En revanche une approche multimodale sur le mode STAIR semble plus efficace dans le sous-groupe « abus

sexuels dans l'enfance ». Concernant les perturbations de l'auto organisation propres au TSPT complexe, les auteurs ne retrouvent pas de preuves d'efficacité des interventions psychologiques centrées ou non sur le traumatisme par rapport aux symptômes de dysrégulation émotionnelle et de difficultés interpersonnelles. En revanche les interventions centrées sur le trauma prodiguées dans des protocoles uni-modaux ou multimodaux peuvent être efficaces sur la composante des troubles de l'image de soi. Enfin, les auteurs avancent que les interventions séquentielles incluant une phase de stabilisation préalable à la thérapie centrée sur le traumatisme ont des effets bénéfiques sur les 3 dimensions des perturbations de l'auto organisation du TSPT complexe, même si certains résultats sont parfois non significatifs.

Concernant les symptômes dépressifs les interventions psychologiques sont plus efficaces que sur des groupes contrôle (SMD = -0.94, 95% IC = -1.20 to -0.68 ; nb d'essais = 22) avec un plus grand effet pour les interventions spécifiques au trauma et adressées de manière uni-modale.

Les psychothérapies en général sont également significativement efficaces sur la dimension anxiété (SMD = -0.81, 95% IC = -1.18 to -0.46 ; nb d'essais = 13) avec un plus grand effet pour les thérapies centrées sur le trauma sans distinction sur la modalité uni ou plurimodale.

Pour terminer, l'étude souligne que sur le plan pharmacologique seuls les antipsychotiques ont eu un effet dans la réduction des symptômes de TSPT (différence moyenne - 0.45, IC 95%, - 0.85 à 0.05, sur 5 études) et uniquement dans le sous-groupe des vétérans. Il n'y a pas de données concernant l'efficacité des traitements pharmacologiques dans les symptômes propres au TSPT complexe.

Dans la méta-analyse en réseau les auteurs ont analysé les performances des approches multimodales. Il apparaît qu'en association la TCC centrée sur le trauma, la restructuration cognitive, la relaxation et l'exposition par l'imagination sont significativement efficaces dans la réduction des symptômes de TSPT. Les auteurs soulignent des difficultés concernant l'évaluation des protocoles comportant une phase de stabilisation de type STAIR, la frontière entre approche multimodale et protocole STAIR étant floue. Ils soulignent cependant l'efficacité de cette méthode de prise en charge mais ne concluent pas précisément du fait de l'absence de données suffisantes dans les études.

Malgré ces résultats les auteurs mettent en garde quant à la généralisation des résultats du fait notamment du faible niveau de preuve des essais inclus dans la méta-analyse, des critères utilisés pour le TSPT complexe, et des échantillons disparates.

Nous citons une troisième revue de la littérature/méta-analyse effectuée par Karatzias et al en 2019 (109). Ce travail a recensé les données de 51 essais randomisés sur les interventions psychologiques pour le TPST dans lesquels les patients avaient des critères cliniquement significatifs d'un ou plusieurs symptômes de TSPT complexe : troubles de l'image de soi, trouble dans la régulation des affects, difficultés dans les relations interpersonnelles. D'une manière générale cette étude conclue que la thérapie d'exposition, la TCC et l'EMDR ont des performances équivalentes concernant le traitement des symptômes liés au TSPT ainsi qu'aux symptômes de troubles de l'image de soi et aux difficultés dans les relations interpersonnelles. Le niveau de preuve est modéré concernant la TCC et faible à modéré pour la thérapie d'exposition et l'EMDR. L'efficacité de ces thérapies semble plus modérée concernant les troubles dans la régulation des affects. De plus, les auteurs suggèrent que l'EMDR a un avantage faible à modéré par rapport à la TCC concernant les symptômes de TSPT mais qu'il n'y a pas de différence en regard des symptômes spécifiques du TSPT complexe. Les auteurs soulignent également le fait que l'efficacité du traitement psychologique est à pondérer en fonction de l'âge développemental de survenue des traumatismes. En effet, les traumatismes de l'enfance seraient associés à un plus faible effet des psychothérapies sur les symptômes du TSPT complexe. Ainsi selon les auteurs il existe des données suffisantes pour conclure que les différentes psychothérapies centrées sur le traumatisme sont efficaces dans des proportions relativement identiques concernant le traitement du TSPT complexe. En revanche, ils s'interrogent si ces interventions sont aussi efficaces que dans le traitement du TSPT pour un patient qui recevrait un diagnostic de TSPT complexe. Les auteurs soulignent enfin que certaines psychothérapies non centrées sur les traumatismes telles que la mindfulness et la thérapie interpersonnelle pourraient être efficaces pour la réduction des symptômes de TSPT et dans les difficultés dans les relations interpersonnelles. Malheureusement aucune donnée concernant les protocoles multimodaux ou STAIR n'est relatée.

Une autre revue systématique/méta-analyse de Mahoney et al 2019 incluant 36 essais contrôlés randomisés s'est intéressée à l'impact des thérapies de groupe sur des patients souffrant de TSPT complexe en lien avec des psychotraumatismes interpersonnels (110). Les auteurs retrouvent un effet significatif des thérapies de groupe centrées sur le psychotraumatisme (TCC) sur la dimension des symptômes de TSPT ($k = 6, g = -0.98, 95\% \text{ CI } -1.53, -0.43$), de la dépression ($k = 7, g = -1.12, 95\% \text{ CI } -2.01, -0.23$) et la détresse psychologique ($k = 6, g = -0.98, 95\% \text{ CI } 1.66, -0.40$). De plus, les thérapies de groupe centrées sur le trauma semblent plus efficaces que la psychoéducation/STAIR mais sur un effet non

significatif. Malgré tout, ces résultats doivent être interprétés avec précautions du fait de la grande hétérogénéité des échantillons et des critères retenus pour le diagnostic de TSPT complexe.

Une revue de la littérature quantitative/méta-analyse menée en 2014 par Dorrepaal a inclus 7 études évaluant l'impact de la TCC et de la thérapie centrée sur le présent chez des femmes adultes souffrant de TSPT ou de TSPT complexe en lien à des abus de l'enfance (111). D'une manière générale les auteurs observent que les patients souffrant de TSPT complexe peuvent répondre favorablement aux thérapies de type TCC mais sur un effet moindre que les patients souffrant de TSPT. Cependant ces résultats sont à considérer avec de grandes précautions compte tenu du faible nombre d'études incluses et de l'absence d'harmonisation de la définition du TSPT complexe.

6.6 Données physiopathologiques

A noter que sur le plan physiopathologique on compte une étude s'étant intéressée à évaluer l'impact d'une thérapie de type STAIR. En 2019 Schlumpf et al mènent un travail sur 28 patients souffrant de TSPT complexe et de troubles dissociatifs complexes suivant une thérapie séquentielle et multimodale orientée sur le traumatisme (112). A la phase initiale, comparativement au groupe contrôle, les patients montraient une hypoconnectivité des réseaux neuronaux impliqués dans la régulation émotionnelle à l'EEG lors du visionnage d'images neutres ou engageantes émotionnellement. Cette étude montre qu'au bout de 8 semaines de thérapie séquentielle centrée sur le traumatisme on observe une normalisation de la connectivité neuronale dans ces réseaux impliqués dans la régulation émotionnelle, la mémoire et le contrôle cognitif. Ainsi, cette étude bien que menée sur un petit échantillon, apporte des éléments physiologiques de l'impact thérapeutique des thérapies centrées sur le traumatisme adoptant une approche séquentielle et multimodale. Cependant nous n'avons pas retrouvé d'évaluation de ces modifications au cours d'une approche exclusivement centrée sur le trauma.

6.7 Données chez les adolescents

Concernant les adolescents, on recense un essai contrôlé randomisé évaluant l'impact d'une TCC centrée sur le traumatisme sur 155 sujets allemands souffrant de TSPT ou de TSPT complexe (113). La stratégie employée s'étale sur 12 semaines et répond à la stratégie multimodale et en 3 phases incluant une phase de stabilisation clinique. A la fin de la thérapie on observe une diminution statistiquement significative du score de la CAPS pour les deux groupes TSPT et TSPT complexe sans différence de réponse au traitement entre les groupes, bien que les scores soient plus élevés en pré et post traitement pour le groupe TSPT complexe. De plus, les auteurs mettent en évidence que la TCC centrée sur le traumatisme a un effet important sur la dimension du trouble de l'image de soi et des difficultés interpersonnelles et un effet modéré sur la dimension de la régulation des émotions. Pour finir ils ne constatent pas d'effet secondaire notable en lien avec cette intervention de soin et préconisent cette stratégie de TCC centrée sur le trauma sur les populations d'adolescents souffrant de TSPT complexe.

6.8 Pistes thérapeutiques dans le TSPT complexe

Au-delà des thérapies gold standard comme la TCC et l'EMDR et les prises en charge de type STAIR, il apparaît dans la littérature d'autres dimensions d'intérêt présentes dans le TSPT complexe.

6.8.1 Rôle de l'auto-compassion

En 2018 l'étude de *Karatzias et al* a tenté d'identifier quels étaient les symptômes les plus spécifiques du TSPT complexe dans le but de mieux les cibler dans la stratégie thérapeutique (114). Sur un échantillon de 171 britanniques exposés au psychotraumatisme il apparaît que les symptômes les plus impactant dans le TSPT complexe sont dans l'ordre de sévérité : la perception négative de soi, l'anxiété en lien avec les attachements (peur du rejet interpersonnel, de l'abandon) et l'inhibition de l'expression de soi (efforts pour masquer, inhiber ou réduire l'expression émotionnelle). Les auteurs rappellent que les techniques de TCC classiques pourraient être efficaces en permettant de moduler les émotions, en modifiant les cognitions et les comportements. Ils modèrent cette déclaration en rappelant que dans le TSPT complexe les perceptions négatives de soi sont très retentissantes et seraient source de résistance

à la TCC et répondrait mieux à des techniques telles que l'auto-compassion (115). Pour finir les techniques de TCC sont selon les auteurs plutôt adaptées lors de la phase de stabilisation préalable. Pour conclure les auteurs préconisent pour la prise en charge du TSPT complexe de cibler particulièrement les problématiques liées à l'attachement.

En effet l'instabilité des relations interpersonnelle faisant partie des critères diagnostiques du TSPT complexe il apparaît opportun de proposer une thérapie adaptée à cette problématique. On peut citer d'autres études s'étant intéressées à cette prise en charge.

6.8.2 Les troubles de l'attachement

Une étude s'est intéressée à l'impact sur les troubles de l'attachement d'une psychothérapie interpersonnelle de 5 semaines (116). Cette intervention a concerné 17 adultes en consultant dans une clinique en France ayant un passé traumatique dans l'enfance et des symptômes de TSPT complexe. Cette thérapie a entraîné une amélioration significative des symptômes spécifiques au TSPT complexe dans cet échantillon. Elle a permis d'améliorer les symptômes de troubles de l'auto organisation ainsi que la qualité de vie en général.

L'intérêt de proposer une prise en charge ciblée sur les troubles de l'attachement est souligné par une récente étude de Karatzias et al de 2021 (117). Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 331 adultes exposées aux psychotraumatismes. Sur cette population les auteurs trouvent que les attachements sécures et craintifs/évitant sont significativement associés aux symptômes de trouble de l'auto organisation mais pas aux symptômes de TSPT. Le type d'attachement distant/évitant était associé aux symptômes liés au TSPT simple et complexe. L'attachement anxieux/soucieux n'était pas associé au TSPT complexe. En identifiant ces catégories d'attachements les auteurs appellent à porter un intérêt pratique spécifique aux troubles de l'attachement dans la prise en charge du TSPT complexe.

Une étude de Matheson en 2020 montre que l'aspect relationnel est également un facteur du point de vue du patient (118). Sur un échantillon de 24 patients ayant un diagnostic de TSPT avec des symptômes supplémentaires observés dans le TSPT complexe il apparaît que la reconstruction d'une relation avec autrui basée sur la confiance en commençant par le thérapeute était le facteur clé de guérison pour les patients pris en charge pour un TSPT complexe. Les patients rapportent un attrait particulier pour les thérapies de groupe et les groupes d'entraide entre pairs permettant de réduire le sentiment de honte. Les patients perçoivent également la nécessité d'un suivi échelonné sur un an avec des séances hebdomadaires.

6.8.3 *Le soutien social perçu*

Un travail de 2019 met en exergue l'intérêt du soutien social perçu dans le TSPT complexe (119). Ce travail mené sur 246 Galois âgés de plus de 16 ans ayant un diagnostic de TSPT ou de TSPT complexe retrouve que les patients souffrant de TSPT complexe ont un niveau de soutien social perçu significativement plus bas que les patients ayant un diagnostic de TSPT ($OR = 0.78, p < .05$). L'étude repère que ce niveau de soutien social perçu est significativement plus bas dans le cluster « troubles des relations interpersonnelles » retrouvé dans le TSPT complexe. En se basant sur ces résultats, les auteurs suggèrent que les interventions de soin destinées à améliorer le soutien social perçu seraient particulièrement adaptées au patient souffrant de TSPT complexe et plus particulièrement sur l'aspect troubles dans les relations interpersonnelles. Les auteurs proposent d'évaluer si les thérapies telles que le STAIR/MPE actuellement proposées dans la phase de stabilisation dans l'approche multimodale et séquentielles dans les recommandations actuelles ont un impact sur le soutien social perçu. Pour terminer, les auteurs citent les techniques d'auto-compassion et de thérapie interpersonnelle comme outils thérapeutiques potentiellement intéressants pouvant impacter le soutien social perçu. Ainsi d'après les auteurs le soutien social perçu pourrait être un outil clinique et de suivi thérapeutique dans la prise en charge du TSPT complexe.

Une autre piste thérapeutique est exposée après des analyses extraites d'un échantillon de 106 patients pris en charge dans un centre de psychotraumatisme en Ecosse (120). Cette étude s'est intéressée au lien entre la compassion envers soi-même et le TSPT complexe. Dans cet échantillon les auteurs retrouvent une association unique entre l'auto compassion et les symptômes spécifiques du TSPT complexe à savoir les troubles de régulation des affects, les troubles de l'image de soi et les troubles dans les relations interpersonnelles. Plus précisément l'auto jugement, l'humanité commune ont montré qu'ils étaient des facteurs prédictifs des troubles de la régulation des affects, et que l'auto jugement et l'isolement étaient des facteurs prédictifs des troubles de l'image de soi. De fait les auteurs préconisent d'attacher une attention particulière à l'auto compassion dans la prise en charge du TSPT complexe. Ils supposent que cette variable d'auto compassion pourrait être une cible d'intérêt thérapeutique comme elle l'est dans le MBSR par exemple sans toutefois recommander cette stratégie thérapeutique.

De fait, nous venons de voir diverses études s'intéressant aux interventions et aux modalités de prise en charge du TSPT complexe. En tendance on s'aperçoit de l'efficacité significative des thérapies classiques du TSPT comme la TCC et l'EMDR dans le TSPT complexe. Cette efficacité semble faire consensus dans les symptômes de TPST mais reste plus réservée concernant l'impact dans les symptômes propres au TSPT complexe. Les données à propos de la différence d'efficacité de ces interventions entre ces deux groupes diagnostiques restent pauvres et contradictoires à l'heure actuelle. Concernant la phase de stabilisation, nous déplorons un manque de données fiables du fait d'une grande variabilité des interventions pouvant être proposées, avec un flou concernant la frontière entre intervention uni-modale, multimodale, et de stabilisation. Toutefois il apparaît que les patients souffrant de TSPT complexe semblent tirer un bénéfice plus important des prises en charges multimodales concernant les symptômes propres au TSPT complexe.

Pour finir d'autres interventions non centrées sur le traumatisme peuvent avoir un intérêt comme, l'auto-compassion, le soutien social perçu, l'hypnose (121) et le mindfulness.

7. Aux frontières du TSPT complexe : Le trouble de la personnalité borderline

7.1 Aspects généraux

Avant de conclure, il est important de mettre en avant certaines similitudes rapportées dans la littérature entre le TSPT complexe et le trouble de la personnalité borderline. En effet certaines caractéristiques cliniques, nosographiques et épidémiologiques peuvent se chevaucher entre ces deux troubles. Il est d'ailleurs légitime de se demander si le TSPT complexe ne constituerait pas finalement un TSPT avec un trouble de la personnalité borderline comorbide. Ce débat est sous tendu par des similitudes au regard des symptômes de TSPT complexe sur l'aspect des troubles de la régulation émotionnelle, des perturbations affectives, des distorsions cognitives et des perturbations dans les relations interpersonnelles par rapport au trouble de la personnalité borderline.

Malgré ces similitudes, il est communément admis que le TSPT complexe et le trouble de la personnalité borderline constituent deux entités nosographiques distinctes. En effet, les auteurs repèrent des différences majeures sur le plan symptomatologique. Le trouble de la personnalité borderline est caractérisé dans son ensemble par une instabilité émotionnelle, une instabilité dans les relations interpersonnelles avec tantôt une idéalisation tantôt un dénigrement d'autrui, et une instabilité dans la perception de soi avec une alternance entre perception très positive et négative de soi. A l'inverse le TSPT complexe se démarque par une certaine stabilité, avec un évitement des relations interpersonnelles, souvent perçues comme douloureuses et à risque, ainsi que par une persistance d'une image négative de soi. De plus la présence d'un psychotraumatisme bien que souvent retrouvé dans l'histoire clinique de la personnalité borderline n'est pas requis, alors qu'il s'agit d'une condition sine qua none pour le diagnostic de TSPT complexe (11).

7.2 Données de la littérature

Après avoir exposé le paradigme général actuel sur cette distinction nosographique nous allons analyser les données en lien avec cette question dans la littérature. On recense plusieurs études s'étant intéressées à la distinction entre ces deux entités.

7.2.1 *Éléments en faveur de la distinction des deux troubles*

Dans leur revue de la littérature en 2017 Brewin et al reprennent les données de deux études mettant en évidence des résultats en faveur d'une existence distincte de ces deux troubles (11). La première étude de Cloitre et al en 2014 menée sur 310 américains victimes d'abus physiques et/ou sexuels dans l'enfance suivant une thérapie identifie une différence de profil symptomatique entre un groupe présentant un profil de TSPT complexe et un groupe présentant un profil de trouble de la personnalité borderline (77). Les auteurs se rendent compte que beaucoup de symptômes notamment de TSPT et de troubles dans la régulation des émotions sont partagés entre les deux troubles. Cependant l'étude montre de manière significative une nette distinctibilité du trouble de la personnalité borderline concernant ses symptômes classiques. Ainsi, le groupe trouble de la personnalité borderline est caractérisé spécifiquement et significativement par un affolement lié à l'abandon (RR = 2,95, 95% IC = 2.10 - 4.15), une perception instable de soi (RR = 3,07 ; 95% IC = 2.14 - 4.42), à des relations interpersonnelles instables (RR = 3,70 ; 95% IC = 2.18 - 6.26), à une impulsivité (RR = 3,04 ; 95% IC = 2.04 - 4.55), à une propension plus forte aux conduites suicidaires et auto agressives (RR = 2,10, 95% IC = 1.56 - 2.83), aux explosions de colère (RR = 2,49 ; 95% IC = 1.80 - 3.45), aux fluctuations thymiques (RR = 2,04 ; 95% IC = 1.37, 3.04), à la dissociation (RR = 2,46 ; 95% IC = 1.65, 3.68). Seul le sentiment chronique de vide n'est pas identifié comme spécifique du trouble de la personnalité borderline. A l'inverse, le groupe TSPT complexe est plus spécifiquement caractérisé par une perception de soi extrêmement négative et par des relations interpersonnelles perçues comme douloureuses et à éviter. Les auteurs soulignent que la dysrégulation émotionnelle n'est pas assez discriminante pour spécifier le type de trouble mais l'expression de celle-ci via les conduites auto agressives et suicidaires peut suggérer un trouble de la personnalité borderline. Cette forte spécificité des symptômes propres de trouble de la personnalité comparativement au TSPT complexe pèse en la faveur de deux troubles distincts.

Cette revue de la littérature, pour conforter cette hypothèse cite également l'étude de Knefel et al menée sur un échantillon de 219 adultes autrichiens exposés à des abus dans l'enfance (76). Cette étude en réseau sur les symptômes du trouble de la personnalité borderline, du TSPT et du TSPT complexe suggère fortement une différence nosographique entre ces troubles. En effet, les auteurs remarquent dans l'ensemble une forte association concernant les symptômes propres au TSPT et au TSPT complexe entre eux. A l'inverse, les symptômes liés aux troubles de la personnalité borderline étaient faiblement connectés aux symptômes de TSPT

et de TSPT complexe. Les auteurs restent cependant prudents quant à l'éventuelle extrapolation de ces résultats à un autre échantillon de la population.

Plus tard, Hyland et al engagent une conclusion similaire en se basant sur un échantillon de 546 adultes exposés au psychotraumatisme au Royaume-Uni (122). De fait le TSPT complexe est associé de manière unique à l'évitement émotionnel, au retrait interpersonnel, à la sensation d'être coupé des autres et aux difficultés à rester proche d'autrui. De son côté, le trouble de la personnalité borderline est uniquement associé aux conduites auto-agressives et suicidaires et aux explosions de colère. Les auteurs repèrent que les facteurs de pauvreté émotionnelle et d'hyper-réactivité émotionnelle peuvent se retrouver dans les deux troubles avec une plus forte association entre le TSPT complexe et la pauvreté émotionnelle et entre l'hyper-réactivité et le trouble de la personnalité borderline. Ainsi il est conclu que les deux troubles peuvent revêtir des aspects symptomatologiques similaires mais que plusieurs aspects sont suffisamment discriminants pour les discerner.

La même observation est faite par une étude conduite sur 617 adultes Israéliens (123). Effectivement, une vision négative de soi, une pauvreté émotionnelle et un évitement des relations avec autrui sont des éléments significativement distinctifs du TSPT complexe. Inversement, l'instabilité dans la perception de soi est significativement plus spécifique du trouble de la personnalité borderline.

D'autres études ont conclu à une différence nosographique entre le TSPT complexe et le trouble de la personnalité borderline mais d'une manière plus réservée. Un travail mené sur 472 patients Néerlandais souffrant de troubles psychiatriques et de troubles de la personnalité se pose également en faveur d'une séparation des deux troubles (124). Il est identifié par les auteurs une association significative entre les traumatismes de l'enfance et le TSPT complexe de l'adulte sur les aspects de dysrégulation affective sur un versant négatif, l'amnésie dissociative, la crainte de proximité dans les relations interpersonnelles et la peur de l'abandon comparativement au trouble de la personnalité borderline. Les auteurs concluent à l'association entre traumas de l'enfance et TSPT complexe de l'adulte sur les symptômes de troubles de l'auto organisation et cela de manière indépendante aux symptômes spécifiques du trouble de la personnalité borderline. Malgré cette conclusion, les auteurs soulignent tout de même une certaine similarité symptomatologique et appellent à plus de travail de recherche.

Sur un échantillon de 195 écossais exposés aux traumatismes sur la vie entière y compris dans l'enfance, il est identifié une différence de présentation symptomatologique entre le trouble de la personnalité borderline et le TSPT complexe (125). Il est aussi mis en évidence

que le TSPT complexe par rapport au trouble de la personnalité borderline est plus fortement associé à des psychotraumatismes interpersonnels survenant tôt dans la vie et multiples. Cependant les auteurs restent prudents et soulignent un certain « chevauchement » symptomatologique et appellent à plus de prudence.

Sur un aspect plus conceptuel, certains auteurs parlent d'une singularité des deux troubles (126). Ils évoquent la notion de trouble post-traumatique de « trahison » pour caractériser le TSPT complexe lié à des dommages de l'image de soi, un sentiment de honte, un évitement des relations interpersonnelles et une dysrégulation émotionnelle. En regard, ils parlent de trouble post-traumatique de « rejet » pour caractériser le trouble de la personnalité borderline avec une irritabilité, une impulsivité, une agressivité envers soi-même ou autrui et un trouble de l'image de soi.

7.2.2 Éléments en défaveur de la distinction entre les deux troubles

A l'inverse on trouve quelques d'étude plutôt en défaveur de la séparation du TSPT complexe et du trouble de la personnalité borderline. On cite l'étude de Saraiya et al en 2021 menée sur 197 patients exposés au psychotraumatisme issus de la population générale américaine (127). Il est observé une absence de critères significativement différents permettant de circonscrire le TSPT complexe et le trouble de la personnalité borderline en tant que troubles distincts. Cette conclusion est en grande partie due à la présence d'un chevauchement symptomatologique trop important. Malgré cela, les auteurs soulignent la conclusion paradoxale de leur étude par rapport à la tendance observée dans la littérature actuelle. De plus, il est évoqué un intérêt pratique à se focaliser sur l'évaluation de la sévérité des troubles plutôt que de chercher à circonscrire des diagnostics distincts. En appliquant cet aspect au TSPT complexe et au trouble de la personnalité borderline, ceci pourrait constituer un indicateur de sévérité pour un modèle psychopathologique similaire dans un contexte de psychotraumatismes.

Dans un article de revue paru en 2014 Ford et Courtois exposent la même conclusion (128). D'après les auteurs les symptômes présentent trop de similitudes entre les deux troubles, même s'ils n'excluent pas pour autant une hypothétique différence. De plus, il est souligné le fait qu'un nombre conséquent de patients souffrant de trouble de la personnalité borderline présentent un passé polytraumatique et des éléments de TSPT complexe. Ils préconisent ainsi une vigilance accrue chez ces patients concernant l'histoire traumatique ce qui permettrait une meilleure compréhension de leur souffrance et une meilleure prise en charge.

Cette observation est partagée par Kulkarni et al en 2017 avec une absence de preuves suffisantes permettant de distinguer ces deux entités (129). Les auteurs préconisent en pratique d'utiliser plus largement le terme de TSPT complexe afin de lutter contre les stigmatisations subies par les patients souffrant de trouble de la personnalité borderline étant donné l'importante composante traumatique chez ces patients.

Ainsi, nous venons de voir que la littérature se positionne en faveur d'une distinction du trouble de la personnalité borderline par rapport au TSPT complexe malgré des éléments nosographiques similaires. Le TSPT complexe se différencie principalement par la nature plus péjorative et chronique de la perception de soi, et par des relations interpersonnelles plus en retrait. On s'aperçoit également que la prise en compte de la dimension traumatique dans le trouble de la personnalité borderline pourrait constituer un outil thérapeutique intéressant notamment pour la lutte contre la stigmatisation.

7.3 Recommandations de prise en charge du trouble de la personnalité borderline

Après avoir analysé les données de la littérature en rapport à la distinction entre le TSPT complexe et le trouble de la personnalité borderline, nous allons nous intéresser aux interventions de soin préconisées dans ce trouble. L'existence d'une prise en charge distincte peut en effet constituer un élément supplémentaire pour distinguer le TSPT complexe du trouble de la personnalité borderline. Ainsi, on retrouve plusieurs recommandations de soin sur le plan international. On ne trouve pas en revanche de recommandations précises à l'échelle française à l'instar du TSPT.

7.3.1 Recommandations de l'APA

En 2010 l'American Psychiatric Association (APA) rappelle les principes généraux de la prise en charge de ce trouble en se basant sur le concept de « management psychiatrique » et rappelle la nécessité d'une évaluation initiale poussée afin de cerner les besoins et objectifs spécifiques du patient (130).

L'APA préconise en premier lieu la psychothérapie et recommande plus précisément la thérapie psycho-analytique/psychodynamique ou la TCC de type thérapie comportementale dialectique. L'association recommande les traitements pharmacologiques en second lieu pour traiter les épisodes de décompensations et ou les comorbidités associées.

Pour traiter les symptômes de type « affectifs » elle recommande en première ligne l'utilisation d'ISRS ou de Venlafaxine ; l'utilisation de benzodiazépines peut se révéler utile mais est à manier avec précaution. Elle recommande en seconde ligne les traitements régulateurs de l'humeur : Lithium, Acide valproïque, Carbamazépine et les IMAO. Enfin les ECT peuvent avoir leur place dans le traitement des troubles affectifs.

Pour les symptômes d'« impulsivité » l'association recommande en premier lieu l'utilisation des ISRS. En deuxième intention l'APA suggère soit l'adjonction d'un antipsychotique de seconde génération à faible dose soit l'adjonction de Lithium soit le changement pour un IMAO. L'utilisation de l'acide valproïque ou de carbamazépine ou des antipsychotiques de seconde génération seuls pourraient être utiles dans cette indication précise.

Pour les symptômes de « distorsions cognitives » les neuroleptiques à faibles doses sont les traitements de choix selon l'association.

7.3.2 Recommandations de la NICE

Des recommandations générales de la NICE parues en 2009 et révisées en 2018 préconisent la psychothérapie au sens large pour traiter ce trouble en déconseillant les thérapies brèves (131).

Elle recommande également de ne pas utiliser de traitement pharmacologique pour le trouble en lui-même mais plutôt pour cibler des comorbidités.

L'Institut rappelle l'absence de preuves solides évaluant l'impact de thérapies dans ce trouble.

7.3.3 Recommandations de la NHMRC

Des recommandations Australiennes publiées en 2013 conseillent en premier lieu les psychothérapies telles que : la TCC, la thérapie comportementale dialectique, la psychothérapie de déconstruction dynamique, la thérapie cognitive manuellement assistée, la thérapie basée sur la mentalisation, la Motive-Oriented Therapeutic Relationship (MOTR), x, la thérapie des schémas, la thérapie de résolution de problèmes Predictability and Problem Solving (STEPPS) et la psychothérapie centrée sur le transfert.

Elle conseille l'utilisation de traitements pharmacologiques en seconde ligne uniquement afin de cibler des symptômes spécifiques (antidépresseurs, thymorégulateurs et antipsychotiques). L'association rappelle l'absence d'effet spécifique de ces thérapies pharmacologiques sur le trouble (132).

7.3.4 *Recommandations de la SSPP*

On trouve également des recommandations de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP) de 2018 préconisant en première intention la psychothérapie sur une durée de un à trois ans.

Le traitement médicamenteux doit être réservé pour les cas « critiques » : la Lamotrigine et le Topiramate sont conseillés pour les symptômes de « colère, agressivité et d'impulsivité », la Quétiapine et l'Aripiprazole pour les « distorsions cognitives et l'irritabilité » (133).

7.3.5 *Recommandations de la DHA*

Des recommandations Danoises de la Danish Health Authority (DHA) datant de 2016 recommandent la psychothérapie courte (moins de 12 mois) ou longue (plus de 12 mois) en premier lieu. L'utilisation d'antidépresseurs, de thymorégulateurs et d'antipsychotiques n'intervient qu'en second lieu (134).

7.3.6 *Recommandations de la FMSD*

Des recommandations Finlandaises de la Finnish Medical Society Duodecim (FMSD) de 2015 conseillent la psychothérapie en général comme traitement de première ligne. Dans un second temps s'il y a nécessité d'utiliser un traitement médicamenteux il faut préférer les thymorégulateurs (pour les symptômes d'impulsivité et d'agressivité), les antipsychotiques de deuxième génération et les ISRS pour traiter les comorbidités (134).

Nous venons de rapporter les différentes recommandations de prise en charge du trouble de la personnalité borderline. On repère certaines similitudes avec le TSPT complexe, surtout concernant l'aspect multimodal et personnalisé des soins, et les traitements médicamenteux par ISRS. En revanche la nature des psychothérapies semble diverger avec notamment une absence de recommandations précises au sujet d'une prise en charge spécifique du psychotraumatisme et de potentiels symptômes en lien.

8. Discussion

Ce travail de thèse nous a permis de réaliser un état des lieux des connaissances disponibles à l'heure actuelle concernant le TSPT complexe. Nous avons recueilli des données en lien avec les aspects diagnostiques, épidémiologiques et thérapeutiques de cette nouvelle entité clinique. D'une manière globale, l'interprétation et la généralisation des résultats de ces études est réduite par la présence d'échantillons souvent hétérogènes les uns par rapport aux autres, avec des populations d'études souvent de petit nombre, des populations tantôt générales, tantôt cliniques. Étant donnée la relative nouveauté du TSPT complexe comme entité nosographique, les critères diagnostiques ont rapidement évolué au cours de ces 20 dernières années. De fait, cette évolution certes nécessaire à la pratique clinique, peut constituer une source de biais non négligeable et impacter la généralisation des résultats.

D'un point de vue diagnostique, les critères retenus pour la CIM-11 et l'auto-questionnaire ITQ apparaissent pertinents pour diagnostiquer et distinguer TSPT et TSPT complexe. Cependant il est souvent souligné que les critères CIM-11 entraînent un plus faible taux de diagnostic de TSPT que les critères DSM-5. Cette différence s'explique notamment par des critères du syndrome de répétition plus stricts pour la CIM-11 (54). Malgré cette observation on peut avancer le fait que la définition d'un nouveau trouble comme le TSPT complexe peut participer à diminuer statistiquement la proportion de TSPT, étant donné que la présence d'un diagnostic d'un TSPT ou d'un TSPT complexe chez un patient exclue la présence de l'autre (45). Cependant, il est difficile d'établir si cette observation est la principale explication, une justification multifactorielle étant la plus plausible. La validité diagnostique du TSPT complexe semble faire consensus à l'heure actuelle, avec plusieurs études d'analyses de profil et de structure factorielle. Il est malgré tout apporté des nuances par certains auteurs, particulièrement en rapport aux symptômes de dysrégulation émotionnelle. En effet il est parfois préconisé d'affiner cette notion en parlant « d'hypo » ou « d'hyper » régulation émotionnelle afin d'améliorer la pertinence clinique et la spécificité diagnostique (60-62). Enfin, nous soulignons, la place des symptômes de dissociation dans les critères de TSPT complexe qui reste floue à l'heure actuelle (11). Ces changements de paradigme sont tout à fait compréhensibles étant donnée la très récente intégration du concept de « troubles de l'organisation » dans la nosographie. De fait, il est très probable qu'à l'avenir des modifications soient apportées aux critères diagnostiques et à leur structure factorielle. En outre, la question d'une intégration du diagnostic de TSPT complexe dans le prochain DSM se pose.

Il est également souvent avancé que le TSPT complexe ne serait qu'un sous type de TSPT avec une dimension comorbide plus intense, avec notamment l'interrogation autour du diagnostic différentiel avec le trouble de la personnalité borderline. Nous avons rapporté les résultats de plusieurs études en faveur d'une différence significative entre le TSPT complexe et le trouble de la personnalité borderline malgré des similitudes symptomatologies, notamment sur le plan des troubles de l'auto-organisation. Premièrement il a été mis en évidence que le TSPT complexe se distingue par la nature des cognitions et des relations interpersonnelles. Le TSPT complexe est caractérisé par une image négative de soi, chronique et stable alors que l'image de soi tend à alterner entre une idéalisation et un dénigrement dans le trouble de la personnalité borderline. De plus les relations interpersonnelles semblent plus stables dans le TSPT complexe avec un évitement de celle-ci et une crainte de l'autre, contrairement au trouble de la personnalité borderline plutôt émaillée par une instabilité interpersonnelle alternant entre hyperinvestissement et abandon (77). Deuxièmement, d'un point de vue diagnostique, le premier critère indispensable pour le TSPT et le TSPT complexe est « l'exposition à un événement traumatique ». Ce critère ne fait pas partie des prérequis pour le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, bien qu'une histoire traumatique soit souvent retrouvée chez ces patients. De plus, il a été observé dans une étude que des troubles de la personnalité du cluster B font partie des comorbidités associées de manière distinctes au TSPT complexe, apportant des arguments en faveur de la nuance diagnostique entre ces deux entités (70). Enfin, nous notons que les recommandations internationales actuelles de prises en charge sont différentes entre ces deux cadres cliniques, bien qu'elles soient peu nombreuses pour le TSPT complexe. Pour terminer, la reconnaissance du TSPT complexe a mis en exergue l'intérêt pratique d'une meilleure prise en compte de l'histoire traumatique chez les patients souffrant de trouble de la personnalité borderline dans la lutte contre la stigmatisation (127-129).

Sur le plan épidémiologique nous repérons une très forte prévalence en population exposée, significativement plus élevée que le TSPT, s'élevant jusqu'à 53,1% (49). De fait, il apparaît tout à fait opportun d'appliquer une plus grande vigilance en pratique clinique afin d'assurer un meilleur screening symptomatologique et un recueil plus exhaustif de l'histoire traumatique. Il est par ailleurs important d'avancer que le diagnostic de TSPT complexe est établi au regard de la présentation clinique, c'est-à-dire des symptômes à un instant « t » et non par rapport à l'histoire de vie polytraumatique (11, 48). En outre, la présence d'un ou plusieurs psychotraumatisme(s) est requise pour le diagnostic de TSPT complexe mais la nature de ce(s) psychotraumatisme(s) n'est pas un élément diagnostique propre, il faut plutôt le concevoir en tant que facteur de risque. Dans ce sens, nous avons souligné les données concernant les facteurs

de risque spécifiques de développer un TSPT complexe en comparaison à un TSPT. Il est apparu qu'un nombre plus important de psychotraumatismes sur la vie entière, notamment pendant l'enfance, de nature interpersonnelle étaient significativement plus associés au TSPT complexe qu'au TSPT. De plus, cette tendance semble s'exprimer sur un mode cumulatif répondant à un schéma effet-dose (65). Cependant, cette histoire traumatique ne semble pas remplir une condition immuable au développement du TSPT complexe. En effet, il a été observé des cas de TSPT complexe chez des populations où seulement un seul événement traumatique est survenu à l'âge adulte (79).

L'exposition à des psychotraumatismes « complexes » entrainera plus fréquemment un TSPT complexe, mais peut être aussi un déterminant de TSPT simple ou bien ne pas avoir de retentissement. A l'inverse, l'exposition à un traumatisme simple causera plus fréquemment un TSPT qu'un TSPT complexe et peut aussi ne pas avoir de répercussion clinique. On peut donc supposer au-delà d'une potentielle charge traumatique très intense (viol en réunion, torture...), la coexistence de facteurs de vulnérabilité individuelle et/ou environnementaux. Parallèlement il est observé que des patients exposés à des traumatismes plus complexes développent un TSPT classique plutôt qu'un TSPT complexe suggérant l'existence de facteurs protecteurs intrinsèques de résilience, et/ou extrinsèques comme un entourage soutenant par exemple (11). Ces observations sont en faveur d'un modèle de type biopsychosocial avec une interaction de facteurs de vulnérabilité, de facteurs protecteurs à l'échelle génétique et environnementale.

Sur la dimension thérapeutique nous disposons d'informations récentes mais en faible quantité, la recherche dans ce domaine étant tout aussi récente. Il existe des recommandations internationales de prise en charge du TSPT complexe très prudentes et assez floues sur le plan pratique. Une des questions clé est de savoir si l'existence de ce nouveau trouble impacte la prise en charge thérapeutique et dans quelle mesure les traitements disponibles à l'heure actuelle dans le TSPT peuvent trouver leur place dans le TSPT complexe.

A ce jour on compte 5 revues de la littérature/méta-analyses ayant évalué l'impact des prises en charge de type TCC et EMDR dans le TSPT complexe (107-111). Malheureusement ces travaux disposent d'un faible niveau de preuve du fait de critères diagnostiques divergents, de protocoles différents et d'échantillons hétérogènes. Cependant il est retenu que les psychothérapies centrées sur le psychotraumatisme sont significativement efficaces dans le TSPT complexe. Cette efficacité est principalement observée sur la dimension TSPT et ces thérapies semblent moins probantes sur les symptômes propres aux TSPT complexe. De plus nous soulignons l'absence de données suffisamment fiables concernant la comparaison quantitative de l'impact de ces thérapies entre le TSPT et le TSPT complexe. En effet, compte

tenu de l'intensité plus élevée des symptômes de TSPT et du nombre plus important de comorbidités dans le TSPT complexe (67,80), on peut légitimement supputer un niveau de symptômes résiduels post thérapeutique plus élevé dans le TSPT complexe comparativement au TSPT (106, 108). Même s'il est important de souligner que les patients atteints de TSPT ou de TSPT complexe bénéficient de manière équivalente de ces thérapies. Par ailleurs, la question concernant la prise en charge des symptômes de troubles de l'autorégulation reste ouverte. Un élément de réponse avancé par plusieurs auteurs serait de proposer une phase de stabilisation préalable aux thérapies centrées sur le trauma, adoptant un type de prise en charge séquentiel et multimodal appelé STAIR (95). Il apparaît que cette approche serait mieux tolérée, plus efficace sur la dimension spécifique au TSPT complexe et permettrait une meilleure efficacité des psychothérapies centrées sur le trauma. Cependant, nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données suffisantes concernant l'efficacité d'une telle approche. De plus, les protocoles de « stabilisation » restent une entité floue, peu définie, avec des méthodes non harmonisées, des objectifs thérapeutiques divergents et sont soumises à la subjectivité du thérapeute (105). L'idéal serait l'établissement d'une définition consensuelle des protocoles de stabilisation. Nonobstant, peut-on vraiment proposer un protocole statique avec des frontières bien délimitées devant une si grande hétérogénéité de symptômes et d'histoires traumatiques ? Certains auteurs avancent que les méthodes de type STAIR gagneraient à ne pas répondre à un aspect binaire sur le plan du protocole et proposent de les envisager comme un continuum flexible et adaptatif (107). Actuellement nous disposons de données rassurantes sur la bonne tolérance des thérapies centrées sur le trauma chez les patients souffrant de TSPT complexe (100). Ainsi, il apparaît judicieux de proposer des thérapies de type TCC ou EMDR compte tenu de l'efficacité rapportée et de leur bonne tolérance. Nouvellement, d'autres dimensions thérapeutiques sont mises en avant pour la prise en charge des aspects spécifiques du TSPT complexe comme l'autocompassion (120), le soutien social perçu (119) et les troubles de l'attachement (67). Cette dernière approche apparaît très pertinente compte tenu de la fréquence élevée des traumatismes interpersonnels engageant une figure d'attachement primaire dans le TSPT complexe. De plus, ces thérapies peuvent très bien s'intégrer dans des protocoles de type STAIR.

Il apparaît nécessaire de réaliser des études de plus grande envergure, sur des échantillons plus diversifiés afin de comparer l'efficacité des protocoles de stabilisation et les protocoles directement centrés sur les traumatismes sur les symptômes de TSPT et de TSPT complexe dans le but de proposer une meilleure prise en charge aux patients.

9. Conclusion

Le TSPT complexe est un trouble faisant son apparition dans la nouvelle classification internationale des maladies de l’OMS, la CIM-11, qui entrera en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022. Ce travail de revue de la littérature a permis une synthèse des données actuelles en rapport avec le TSPT complexe. Bien que ces résultats soient tirés d’études utilisant une multiplicité d’outils de mesure, de critères diagnostiques, de populations hétérogènes et de protocoles thérapeutiques différents nous pouvons mettre en exergue plusieurs conclusions.

Le TSPT complexe est un diagnostic fréquent et d’autant plus en population exposée. L’ITQ est une échelle valide concernant le diagnostic de TSPT et de TSPT complexe bien qu’elle puisse sous-estimer la prévalence par rapport au DSM-5. Le TSPT complexe se distingue du TSPT par un plus grand nombre de traumatismes sur la vie entière, sur leur nature interpersonnelle et sur l’âge développemental précoce de survenue. Sur le plan clinique on met en évidence une plus forte intensité de symptômes de TSPT ainsi qu’un plus grand nombre et intensité de comorbidités par rapport au TSPT. Malgré certaines similitudes syndromiques avec le trouble de la personnalité borderline, le TSPT complexe se différencie par l’aspect chronique et figé d’une image négative de soi et par des relations interpersonnelles caractérisées par une inhibition et un retrait.

Sur le plan thérapeutique, il apparaît que les psychothérapies du TSPT centrées sur le traumatisme telles que la TCC et l’EMDR sont significativement efficaces, plus particulièrement sur la dimension symptomatologique du TSPT et sont bien tolérées. Des protocoles de stabilisation clinique séquentiels et multimodaux de type STAIR, ciblant les troubles émotionnels et interpersonnels inhérents au TSPT complexe, préalables aux interventions ciblées sur le traumatisme, semblent revêtir un intérêt particulier. De manière plus globale il apparaît qu’une prise en charge au long cours, personnalisée et adaptative soit la règle générale.

Compte tenu de sa prévalence d’autant plus élevée en population exposée, il semble pertinent que les caractéristiques propres au TSPT complexe soient prises en compte en pratique clinique quotidienne afin de proposer un meilleur screening et assurer une meilleure prise en charge. L’apparition de cette nouvelle entité nosographique a souligné l’intérêt d’une plus grande considération de l’histoire traumatique chez les patients souffrant d’un trouble de la personnalité borderline.

A l'avenir, des études supplémentaires à la méthodologie robuste, prospectives, multicentriques, internationales, avec des échantillons plus importants, et plus particulièrement faisant appel à des critères diagnostiques et des interventions thérapeutiques plus homogènes permettraient d'établir avec plus de certitude la meilleure prise en charge possible pour les patients souffrant de TSPT complexe.

Références bibliographiques

1. Crocq L 2007 : Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes, Paris, Masson. Crocq L 2007 : Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes, Paris, Masson. Unithèque. Disponible sur : <https://www.unitheque.com/traumatismes-psychiques/psychologie/elsevier-masson/Livre/71635>
2. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2020.
3. Terr L.C 1991: Childhood traumas: an outline and overview », American Journal of Psychiatry. 1991 Jan;148(1):10-20. doi: 10.1176/ajp.148.1.10
4. Solomon EP, Heide KM. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. Int J Offender Ther Comp Criminol. 1 juin 1999;43(2):202-10.
5. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress. 1992;5(3):377-91.
6. Taylor S, Asmundson GJG, Carleton RN. Simple versus complex PTSD: a cluster analytic investigation. J Anxiety Disord. 2006;20(4):459-72.
7. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, Kolk B van der, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. Journal of Traumatic Stress. oct 2009;22(5):399-408.
8. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk B. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment. Dir Psychiatr. 30 nov 2000;21.
9. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Disponible sur : <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
10. ICD-11 - PTSD ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
11. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clin Psychol Rev. déc 2017;58:1-15.
12. Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC, Atwoli L, Friedman MJ, Hill ED, et al. Dsm-5 and Icd-11 Definitions of Posttraumatic Stress Disorder: Investigating « Narrow » and « Broad » Approaches. Depression & Anxiety (1091-4269). juin 2014;31(6):494-505.
13. Hyland P, Shevlin M, McNally S, Murphy J, Hansen M, Elklit A. Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used? Journal of Anxiety Disorders. 1 janv 2016;37:48-53.

14. Morina N, Emmerik AAP, Andrews B, Brewin CR. Comparison of DSM-IV and Proposed ICD-11 Formulations of PTSD Among Civilian Survivors of War and War Veterans. *Journal of Traumatic Stress*. déc 2014;27(6):647-54.
15. Stammel N, Abbing EM, Heeke C, Knaevelsrud C. Applicability of the ICD-11 proposal for PTSD: a comparison of prevalence and comorbidity rates with the DSM-IV PTSD classification in two post-conflict samples. *European Journal of Psychotraumatology*. 1 déc 2015;6(1):27070.
16. Van Emmerik AAP, Kamphuis JH. Testing a DSM-5 reformulation of posttraumatic stress disorder: Impact on prevalence and comorbidity among treatment-seeking civilian trauma survivors. *Journal of Traumatic Stress*. avr 2011;24(2):213-7.
17. Hafstad GS, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Maercker A, Dyb G. PTSD or not PTSD? Comparing the proposed ICD-11 and the DSM-5 PTSD criteria among young survivors of the 2011 Norway attacks and their parents. *Psychological Medicine*. mai 2017;47(7):1283-91.
18. O'Donnell ML, Alkemade N, Nickerson A, Creamer M, McFarlane AC, Silove D, et al. Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *The British Journal of Psychiatry*. sept 2014;205(3):230-5.
19. Sachser C, Goldbeck L. Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*. avr 2016;29(2):120-3.
20. Hafstad GS, Dyb G, Jensen TK, Steinberg AM, Pynoos RS. PTSD prevalence and symptom structure of DSM-5 criteria in adolescents and young adults surviving the 2011 shooting in Norway. *Journal of Affective Disorders*. 1 déc 2014;169:40-6.
21. Hoge CW, Riviere LA, Wilk JE, Herrell RK, Weathers FW. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry*. sept 2014;1(4):269-77.
22. Danzi BA, La Greca AM. DSM-IV, DSM-5, and ICD-11: Identifying children with posttraumatic stress disorder after disasters. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. déc 2016;57(12):1444-52.
23. Haravuori H, Kiviruusu O, Suomalainen L, Marttunen M. An evaluation of ICD-11 posttraumatic stress disorder criteria in two samples of adolescents and young adults exposed to mass shootings: factor analysis and comparisons to ICD-10 and DSM-IV. *BMC Psychiatry*. 12 mai 2016;16(1):140.
24. Oe M, Ito M, Takebayashi Y, Katayanagi A, Horikoshi M. Prevalence and comorbidity of the ICD-11 and DSM-5 for PTSD caseness with previous diagnostic manuals among the Japanese population. *European Journal of Psychotraumatology*. 31 déc 2020;11(1):1753938.
25. Shevlin M, Hyland P, Vallières F, Bisson J, Makhshvili N, Javakhishvili J, et al. A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: an

- analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. févr 2018;137(2):138-47.
26. Schellong J, Hanschmidt F, Ehring T, Knaevelsrud C, Schäfer I, Rau H, et al. [Diagnostics of posttraumatic stress disorder according to DSM-5 and ICD-11]. *Nervenarzt*. juill 2019;90(7):733-9.
 27. Heeke C, O'Donald A, Stammel N, Böttche M. Same same but different? DSM-5 versus ICD-11 PTSD among traumatized refugees in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 juill 2020;134:110129.
 28. Barbieri A, Visco-Comandini F, Alunni Fegatelli D, Schepisi C, Russo V, Calò F, et al. Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1700621.
 29. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Karatzias T. Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *Journal of Traumatic Stress*. avr 2018;31(2):174-80.
 30. Cao C, Wang L, Wu J, Bi Y, Yang H, Fang R, et al. A comparison of ICD-11 and DSM-5 criteria for PTSD among a representative sample of Chinese earthquake survivors. *European Journal of Psychotraumatology*. 31 déc 2020;11(1):1760481.
 31. ICD-11 - CPTSD ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>
 32. ITQ. Trauma Measures Glob. Disponible sur : <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>
 33. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
 34. Connor KM, Davidson JR. SPRINT: a brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. sept 2001;16(5):279-84.
 35. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. mai 1979;41(3):209-18.
 36. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale—Revised. In: *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, NY, US: The Guilford Press; 1997. p. 399-411.
 37. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015;28(6):489-98.
 38. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. janv 1995;8(1):75-90.

39. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and Initial Psychometric Evaluation in Military Veterans. *Psychol Assess.* mars 2018;30(3):383-95.
40. Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. Disponible sur : https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
41. Haselgruber A, Sölva K, Lueger-Schuster B. Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*; 2020 Nov 5;11(1):1818974.
42. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;138(6):536-46.
43. Karatzias T, Shevlin M, Fyvie C, Hyland P, Efthymiadou E, Wilson D, et al. Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *J Affect Disord.* 1 janv 2017;207:181-7.
44. Karatzias T, Cloitre M, Maercker A, Kazlauskas E, Shevlin M, Hyland P, et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(sup7):1418103.
45. Hyland P, Shevlin M, Brewin CR, Cloitre M, Downes AJ, Jumbe S, et al. Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;136(3):313-22.
46. Vang ML, Nielsen SB, Auning-Hansen M, Elklit A. Testing the validity of ICD-11 PTSD and CPTSD among refugees in treatment using latent class analysis. *Torture.* 2019;29(3):27-45.
47. Murphy D, Shevlin M, Pearson E, Greenberg N, Wessely S, Busuttil W, et al. A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British Journal of Psychiatry.* mars 2020;216(3):132-7.
48. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 15 mai 2013;4.
49. Karatzias T, Shevlin M, Fyvie C, Hyland P, Efthymiadou E, Wilson D, et al. An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders.* 1 déc 2016;44:73-9.
50. Sachser C, Keller F, Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology & Psychiatry.* févr 2017;58(2):160-8.

51. Perkonig A, Höfler M, Cloitre M, Wittchen H-U, Trautmann S, Maercker A. Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. juin 2016;266(4):317-28.
52. Palic S, Zerach G, Shevlin M, Zeligman Z, Elklit A, Solomon Z. Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Res*. 30 déc 2016;246:692-9.
53. Murphy S, Elklit A, Dokkedahl S, Shevlin M. Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7:32678.
54. Wolf EJ, Miller MW, Kilpatrick D, Resnick HS, Badour CL, Marx BP, et al. ICD-11 Complex PTSD in US National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations with PTSD. *Clin Psychol Sci*. mars 2015;3(2):215-29.
55. Böttche M, Ehring T, Krüger-Gottschalk A, Rau H, Schäfer I, Schellong J, et al. Testing the ICD-11 proposal for complex PTSD in trauma-exposed adults: factor structure and symptom profiles. *Eur J Psychotraumatol*. 2018;9(1):1512264.
56. Folke S, Nielsen ABS, Andersen SB, Karatzias T, Karstoft K-I. ICD-11 PTSD and complex PTSD in treatment-seeking Danish veterans: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1686806.
57. Hyland P, Shevlin M, Elklit A, Murphy J, Vallières F, Garvert DW, et al. An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma*. 2017;9(1):1-9.
58. Shevlin M, Hyland P, Karatzias T, Fyvie C, Roberts N, Bisson JI, et al. Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017;135(5):419-28.
59. Nickerson A, Cloitre M, Bryant RA, Schnyder U, Morina N, Schick M. The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *Eur J Psychotraumatol*. 16 déc 2016;7:10.3402/ejpt.v7.33253.
60. Ben-Ezra M, Karatzias T, Hyland P, Brewin CR, Cloitre M, Bisson JI, et al. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression & Anxiety* (1091-4269). mars 2018;35(3):264-74.
61. Murphy S, Elklit A, Dokkedahl S, Shevlin M. Testing competing factor models of the latent structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder according to ICD-11. *Eur J Psychotraumatol*. 10 avr 2018;9(1).
62. Vallières F, Ceannt R, Daccache F, Abou Daher R, Sleiman J, Gilmore B, et al. ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. déc 2018;138(6):547-57.

63. Tay AK, Rees S, Chen J, Kareth M, Silove D. The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC Psychiatry*. 7 mai 2015;15(1):111.
64. Bryant RA, Kim L Felmingham, Gin Malhi, Elpiniki Andrew, Mayuresh, S Korgaonkar. The Distinctive Neural Circuitry of Complex Posttraumatic Stress Disorder During Threat Processing. *Psychological medicine*. *Psychol Med*; 2020
65. P Hyland, J Murphy, M Shelvin, F Vallières, E McElroy, A Elklit, et al. Variation in Post-Traumatic Response: The Role of Trauma Type in Predicting ICD-11 PTSD and CPTSD Symptoms. Vol. 52, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2017
66. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S. ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(4):270-6.
67. Cloitre M, Hyland P, Bisson JI, Brewin CR, Roberts NP, Karatzias T, et al. ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *J Trauma Stress*. déc 2019;32(6):833-42.
68. Hyland P, Vallières F, Cloitre M, Ben-Ezra M, Karatzias T, Olf M, et al. Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 avr 2021;56(4):649-58.
69. Brewin CR, Miller JK, Soffia M, Peart A, Burchell B. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in UK police officers. *Psychol Med*. 7 sept 2020;1-9.
70. Facer-Irwin E, Karatzias T, Bird A, Blackwood N, MacManus D. PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychol Med*. 12 janv 2021;1-11.
71. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. janv 2016;46(2):327-43.
72. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population-based sample of adults in the United Kingdom. *Depression & Anxiety (1091-4269)*. sept 2019;36(9):887-94.
73. Gilbar O, Hyland P, Cloitre M, Dekel R. ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *Journal of Anxiety Disorders*. 1 mars 2018;54:49-56.
74. Murphy D, Karatzias T, Busuttill W, Greenberg N, Shevlin M. ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: risk factors and comorbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 19 janv 2021;
75. Frewen P, Zhu J, Lanius R. Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype

- of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: results from an online survey study. *Eur J Psychotraumatol.* 8 mai 2019;10(1).
76. Knefel M, Tran US, Lueger-Schuster B. The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders.* 1 oct 2016;43:70-8.
 77. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 15 sept 2014;5.
 78. Hoeboer CM, de Kleine RA, Oprel DAC, Schoorl M, van der Does W, van Minnen A. Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy? *Journal of Anxiety Disorders.* 1 mai 2021;80:102388.
 79. Elklit A, Hyland P, Shevlin M. Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *Eur J Psychotraumatol.* 19 mai 2014;5
 80. Bondjers K, Hyland P, Roberts NP, Bisson JI, Willebrand M, Arnberg FK. Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *Eur J Psychotraumatol.* 10(1):1665617.
 81. Karatzias T, Cloitre M. Treating Adults With Complex Posttraumatic Stress Disorder Using a Modular Approach to Treatment: Rationale, Evidence, and Directions for Future Research. *Journal of Traumatic Stress.* déc 2019;32(6):870-6.
 82. Brenner L, Köllner V, Bachem R. Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology.* 31 déc 2019;10(1):1694766.
 83. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Karatzias T. Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *J Trauma Stress.* 2018;31(2):174-80.
 84. Møller L, Søgaard U, Elklit A, Simonsen E. Differences between ICD-11 PTSD and complex PTSD on DSM-5 section III personality traits. *Eur J Psychotraumatol.* 12(1):1894805.
 85. Haselgruber A, Knefel M, Sölva K, Lueger-Schuster B. Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: The interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders.* 1 mars 2021;282:372-80.
 86. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults: (501872017-001). American Psychological Association ; Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e501872017-001>
 87. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2 juill 2014;14(Suppl 1):S1.

88. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder.NG116. 2018. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
89. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*. août 2019;32(4):475-83.
90. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder : Clinician Summary. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. Fall 2018; 16(4): 430-448 Disponible sur: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGCLinicianSummaryFinal.pdf>
91. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. Disponible sur : <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2020/07/Chapter-6.-Treatment-recommendations.pdf>
92. Gaebel W, Großimlinghaus I, Mucic D, Maercker A, Zielasek J, Kerst A. Epa Guidance on Emental Health Interventions in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (Ptsd). *Eur psychiatr*. 2017;41(1):140-52.
93. ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults. Disponible sur : [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Adults\)_FNL.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Adults)_FNL.pdf.aspx)
94. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. Disponible sur : <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2020/07/Chapter-7.-CPTSD.pdf>
95. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*. déc 2011;24(6):615-27.
96. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJLM, van Dyck R, Veltman DJ, et al. Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*. 1 avr 2010;34(4):284-8.
97. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. oct 2002;70(5):1067-74.
98. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. *AJP*. 1 août 2010;167(8):915-24.
99. Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*. févr 2011;24(1):102-6.

100. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, van Minnen A, Lee CW, Monson CM, et al. Critical of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depress Anxiety*. 2016;33(5):359-69.
101. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. oct 2005;73(5):953-64.
102. McDonagh A, Friedman M, McHugo G, Ford J, Sengupta A, Mueser K, et al. Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. juin 2005;73(3):515-24.
103. Resick PA, Suvak MK, Wells SY. The Impact of Childhood Abuse Among Women With Assault-Related PTSD Receiving Short-Term Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Traumatic Stress*. oct 2014;27(5):558-67.
104. Jerud AB, Zoellner LA, Pruitt LD, Feeny NC. Changes in emotion regulation in adults with and without a history of childhood abuse following posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. août 2014;82(4):721-30.
105. Philipps A, Silbermann A, Morawa E, Stemmler M, Erim Y. Effectiveness of a Multimodal, Day Clinic Group-Based Treatment Program for Trauma-Related Disorders: Differential Therapy Outcome for Complex PTSD vs. Non-Complex Trauma-Related Disorders. *Front Psychiatry*. 2019;10:800.
106. Voorendonk EM, De Jongh A, Rozendaal L, Van Minnen A. Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment programme. *Eur J Psychotraumatol*;11(1).
107. Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, et al. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med*. 19 août 2020;17(8).
108. H Melton, N Meader, H Dale, K Wright, J Jones-Diette, M Temple, et al. Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCiTE mixed-methods systematic review. *Health Technology Assessment*. 14 sept 2020;24(43).
109. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(11):1761-75.
110. Mahoney A, Karatzias T, Hutton P. A systematic review and meta-analysis of group treatments for adults with symptoms associated with complex post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*. 15 janv 2019;243:305-21.
111. Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom. Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review. *Eur J Psychotraumatol*. 14 oct 2014;5:10.3402/ejpt.v5.23613.

112. Schlumpf YR, Nijenhuis ERS, Klein C, Jäncke L, Bachmann S. Functional reorganization of neural networks involved in emotion regulation following trauma therapy for complex trauma disorders. *Neuroimage Clin.* 2 avr 2019;23.
113. Sachser C, Keller F, Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(2):160-8.
114. Karatzias T, Shevlin M, Hyland P, Brewin CR, Cloitre M, Bradley A, et al. The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology.* juin 2018;57(2):177-85.
115. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* mars 2014;53(1):6-41.
116. Parra F, George C, Kalalou K, Januel D. Ideal Parent Figure method in the treatment of complex posttraumatic stress disorder related to childhood trauma: a pilot study. *Eur J Psychotraumatol [Internet].* 16 nov 2017;8(1).
117. Karatzias T, Shevlin M, Ford JD, Fyvie C, Grandison G, Hyland P, et al. Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment. *Dev Psychopathol.* 15 janv 2021;1-6.
118. Matheson C, Weightman E. A participatory study of patient views on psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder, CPTSD. *J Ment Health.* 10 août 2020;1-8.
119. Simon N, Roberts NP, Lewis CE, van Gelderen MJ, Bisson JI. Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *Eur J Psychotraumatol.* 13 févr 2019;10(1).
120. T Karatzias, P Hyland, A Bradley, C Fyvie, K Logan, P Easton, et al. Is Self-Compassion a Worthwhile Therapeutic Target for ICD-11 Complex PTSD (CPTSD)? [Internet]. Vol. 47, Behavioural and cognitive psychotherapy. *Behav Cogn Psychother;* 2019
121. Gold SN, Quiñones M. Applicability of hypnosis to the treatment of Complex PTSD and dissociation. *Am J Clin Hypn.* oct 2020;63(2):78-94.
122. Hyland P, Karatzias T, Shevlin M, Cloitre M. Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *J Trauma Stress.* déc 2019;32(6):855-63.
123. Frost R, Murphy J, Hyland P, Shevlin M, Ben-Ezra M, Hansen M, et al. Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *Eur J Psychotraumatol;*11(1).
124. Van Dijke A, Hopman JAB, Ford JD. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2018;9(1):1400878.

125. Jowett S, Karatzias T, Shevlin M, Albert I. Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personal Disord.* janv 2020;11(1):36-45.
126. Ford JD. Commentary on the Special Section on Complex PTSD: Still Going Strong After All These Years. *Journal of Traumatic Stress.* déc 2019;32(6):877-80.
127. Saraiya TC, Fitzpatrick S, Zumberg-Smith K, López-Castro T, Back SE, Hien DA. Social–Emotional Profiles of PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder Among Racially and Ethnically Diverse Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Traumatic Stress.* 2021;34(1):56-68.
128. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014;1:9.
129. Kulkarni J. Complex PTSD - a better description for borderline personality disorder? *Australas Psychiatry.* août 2017;25(4):333-5.
130. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, et al. Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. 2010;82.
131. National Institute for Health and Care Excellence. Borderline Personality Disorder: Recognition and Management. Clinical Guideline [CG78] Published: 28 January 2009. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
132. Chair M, Chanen A, Ford F, Grenyer B, Gunn J, Hazelton M, et al. Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. 2013. Disponible sur <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guideline-borderline-personality-disorder>
133. Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Reisch T, Schmeck K, et al. Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline. :67.
134. Simonsen S, Bateman A, Bohus M, Dalewijk HJ, Doering S, Kaera A, et al. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 21 mai 2019;6:9.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque. »

*Version du serment d'Hippocrate réactualisée par le Professeur Bernard Hoerni
et publiée dans le bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)*

RÉSUMÉ

TITRE : Le trouble du stress post-traumatique complexe : quelles caractéristiques et quelle prise en charge ? Une revue de la littérature.

Le trouble du stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) est une entité nosographique faisant son apparition dans la nouvelle classification internationale des maladies (CIM-11). Ce cadre diagnostique a vu le jour afin d'apporter aux patients une réponse plus ciblée, face à une histoire traumatique plus complexe, une symptomatologie plus riche et une prise en charge plus compliquée que dans le TSPT simple. Depuis plusieurs années les critères diagnostiques du TSPT s'affinent, permettant un meilleur diagnostic différentiel avec des entités cliniquement proches comme le TSPT simple et le trouble de la personnalité borderline. Il apparaît donc légitime de s'interroger sur la place dans le TSPT complexe, des outils thérapeutiques déjà disponibles dans le TSPT, tels que la TCC et l'EMDR.

Ce travail de revue de la littérature a pour objectif de rassembler les connaissances actuelles concernant le cadre nosographique, les outils d'évaluation clinique, les données épidémiologiques et les stratégies thérapeutiques spécifiques à proposer dans la prise en charge du TSPT complexe.

Comparativement au TSPT simple, les résultats des différentes études rapportent pour le TSPT complexe une prévalence plus élevée en population exposée ainsi qu'une association plus fréquente avec les troubles anxio-dépressifs et les troubles de la personnalité.

L'International Trauma Questionnaire (ITQ) est l'outil qui intègre les critères diagnostiques spécifiques au TSPT complexe le plus utilisé à l'heure actuelle et a démontré sa validité.

Les résultats des études thérapeutiques rapportent une efficacité des psychothérapies de type TCC et EMDR dans le TSPT complexe. Une phase clinique de stabilisation préalable aux interventions ciblées sur le psychotraumatisme semble avoir un intérêt particulier dans les symptômes spécifiques du TSPT complexe.

MOTS-CLÉS : Trouble du stress post-traumatique complexe ; Psychotraumatisme complexe ; Échelles ; International Trauma Questionnaire ; Facteur de risque ; Comorbidités ; Prise en charge ; Traitement ; EMDR ; TCC ; STAIR ; trouble de la personnalité borderline.

DISCIPLINE : PSYCHIATRIE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

146, Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux