



**HAL**  
open science

# **Critères d'orientation des patients avec trouble de stress post traumatique et trouble de stress post traumatique complexe : une revue non systématisée de la littérature et une étude rétrospective**

Vincent Carretier

## **► To cite this version:**

Vincent Carretier. Critères d'orientation des patients avec trouble de stress post traumatique et trouble de stress post traumatique complexe : une revue non systématisée de la littérature et une étude rétrospective. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. <dumas-04116741>

**HAL Id: dumas-04116741**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04116741v1>**

Submitted on 13 Jun 2023

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.



HAL Authorization

**UNIVERSITE DE LA REUNION  
UFR SANTE**

Année : 2023

N° : 2023LARE026M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Critères d'orientation des patients avec trouble de stress post  
traumatique et trouble de stress post traumatique complexe : une  
revue non systématisée de la littérature et une étude rétrospective.**

Présentée et soutenue publiquement le 05.05.2023 à 16h30  
à La Réunion

**Par Vincent CARRETIER**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Philippe FOSSATI**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Nathalie DZIERZYNSKI**

**Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ**

**Monsieur le Docteur Pierre GIRARDET**

**Directrice de Thèse :**

**Madame le Docteur Vanessa CAGNONE**

# Table des matières

<b>Glossaire</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Première partie : revue de la littérature</b> .....	<b>6</b>
<b>I. Traumatisme et trouble de stress post traumatique simple et complexe</b> .....	<b>6</b>
1. Origine de la distinction.....	6
2. TSPT et société.....	8
<b>II. Définitions</b> .....	<b>10</b>
1. Définition de l'évènement traumatique.....	10
2. Définitions du TSPT et du TSPT complexe .....	11
<b>III. Épidémiologie</b> .....	<b>16</b>
1. Prévalence du TSPT.....	16
2. Évolution du TSPT .....	17
3. Prévalence du TSPT Complexe.....	20
4. Comorbidités .....	22
<b>IV. Recommandations thérapeutiques</b> .....	<b>23</b>
1. Pour le TSPT.....	23
a) Recommandations de l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (52).....	23
b) Recommandations de l'American Psychology Association (APA) (14) .....	24
c) Recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (59).....	25
d) Recommandations du Department of Veteran Affairs / Department of Defense (VA/DoD) (60) .....	26
e) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (61) .....	27
f) Recommandations de la National Health and Medical Research Council (NHMRC).....	28
2. Pour le TSPT complexe .....	28
a) Recommandations de l'ISTSS (65) .....	28
b) Recommandations de la NHMRC (6) .....	29
<b>V. Sur l'orientation des patients en pratique</b> .....	<b>29</b>
1. Impact thérapeutique du diagnostic de TSPT vs TSPT-C.....	29
a) Sur le plan psychothérapeutique.....	29
b) Le modèle en trois phases .....	30
c) Sur le plan pharmacologique .....	32
2. Critères d'orientation des patients avec TSPT.....	32

3. Critère d'orientation des patients avec TSPT-C .....	35
<b>Deuxième partie : étude rétrospective .....</b>	<b>36</b>
<b>I. Objectifs et critères de jugement.....</b>	<b>36</b>
1. Objectif primaire.....	36
2. Objectif secondaire.....	36
<b>II. Matériel et méthode .....</b>	<b>36</b>
1. Type d'étude et modalité de recueil.....	36
2. Population étudiée et modalités de recueil .....	36
3. Tests statistiques .....	41
<b>III. Résultats .....</b>	<b>41</b>
1. Diagramme de flux .....	41
2. Statistiques descriptives générales.....	42
3. Statistiques descriptives en fonction de la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C .....	43
4. Objectif primaire.....	44
a) Analyse descriptive de la répartition des orientations proposées aux patients.....	44
b) Analyse statistique des associations entre les critères cliniques et l'orientation dans les soins. ....	45
5. Objectif secondaire.....	47
a) Évolution de la CGI au cours de la prise en charge .....	47
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>50</b>
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>56</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>58</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>66</b>

## Glossaire

APA : American Psychology Association

ATCD : Antécédant

CBT : Cognitive Behavioural Therapy / Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

CGI : Clinical Global Impression

CGI-I: Clinical Global Impression Improvement

CGI-S: Clinical Global Impression Severity

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPT : Cognitive Processing Therapy / Thérapies de traitement cognitif

DESNOS: Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSO : Disturbances of Self Organization / Perturbation dans l'organisation du soi (POS)

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmier Diplômé d'État/ Infirmière Diplômée d'État

ISTSS: International Society for Traumatic Stress Studies

ITQ: International Trauma Questionnaire

NHMRC: National Health and Medical Research Council

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OR : Odd Ratio

PCL-5

PE : Prolonged Exposure / thérapie d'exposition prolongée

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale/ Cognitive Behavioural Therapy (CBT)

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TSPT-C : Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe

VA/DoD: Department of Veteran Affairs / Department of Defense

## Introduction

Une attention plus particulière se porte actuellement sur les conséquences des traumatismes prolongés, possiblement dans les suites d'une prise en compte plus grande des violences répétées subies par de nombreuses personnes dans l'intimité de leur foyer. Le tableau clinique qui découle parfois de ces traumatismes récurrents semble se distinguer de celui rencontré dans les traumatismes uniques.

La question de la pertinence d'une telle distinction fait actuellement débat dans la communauté scientifique.

D'abord, ce travail s'intéressera aux origines de la distinction entre le trouble de stress post traumatique (TSPT) et le trouble de stress post traumatique complexe (TSPT-C) avec un éclairage sur l'impact des enjeux sociétaux dans la naissance de tels concepts.

Il développera les définitions les plus utilisées à ce sujet et fera un état des lieux des connaissances sur le plan épidémiologique et des recommandations internationales.

Ensuite, cette revue non systématisée de la littérature sera complétée par un focus sur les critères pratiques influençant l'orientation des patients psycho traumatisés dans les soins.

La deuxième partie de ce travail sera consacrée à une étude observationnelle rétrospective sur dossiers menée au sein d'un service de consultation spécialisé dans le traumatisme psychique à Paris. L'objectif sera de déterminer si des critères cliniques comme la sévérité ou les comorbidités sont prédictifs d'une orientation vers un type de traitement spécifique. A notre connaissance, les quelques études existantes à ce sujet ont toutes été réalisées en population militaire, et aucune n'a incluse de patients avec trouble de stress post traumatique complexe.

## **Première partie : revue de la littérature**

### **I. Traumatisme et trouble de stress post traumatique simple et complexe**

#### 1. Origine de la distinction

Judith Herman distingue en 1992 le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) simple du TSPT complexe (TSPT-C). Elle publie cette année-là une revue de la littérature insistant sur la présence d'une symptomatologie plus lourde et complexe chez les patients ayant subi des événements de vie traumatiques répétés ou prolongés. Ceci inclut des symptômes somatiques, dissociatifs et de problèmes dans la régulation des affects.

A cela elle ajoute la notion de modification des caractéristiques de la personnalité, que ce soit dans l'identité ou dans la relation aux autres. Enfin, elle évoque la tendance des patients à être plus à risque de se faire du mal ou à se retrouver de nouveau dans des situations à risque de sévices physiques ou psychologiques.

On note que dans la description du TSPT complexe de Judith Herman, les traumatismes répétés sont associés à l'impossibilité de fuite, que celle-ci soit physique, financière ou psychique etc. Dans cet article, elle souligne l'impact majeur des maltraitances répétées dans l'enfance dans l'apparition de ce tableau clinique spécifique et d'une symptomatologie plus sévère. (1)

Cette distinction diagnostique fait aussi écho à un article de Lenore Terr publié en 1991 qui distingue les traumatismes de type I et de type II. Cet article se concentre particulièrement sur les traumatismes subis dans l'enfance et évoque les différences de symptomatologie selon que le traumatisme soit soudain et unique (type I) ou prolongé (type II). (2)

Les deux articles rappellent l'importance cruciale en clinique de prendre en compte le mécanisme sous-jacent à l'origine de la symptomatologie traumatique. En effet, la symptomatologie est si variée que de nombreux diagnostics pourraient y être apposés en masquant l'existence des traumatismes sous-jacents. Lenore Terr écrit: "we may  
6

enlarge the diagnostic fine points of trauma into such prominence that we altogether lose the central point: that external forces created the internal changes in the first place.” (« *Nous pouvons grossir les détails diagnostics du trauma à un tel point que nous perdons complètement de vue le point central : que des forces extérieures ont créé les changements internes en premier lieu* ») (2). La prise en compte de cette relation de cause à effet évite notamment de considérer les symptômes développés par ces patients comme des éléments inhérents à leur tempérament. Cela donne aussi du sens à la symptomatologie et évite l’addition de diagnostics parcellaires.

Peu après apparaît le concept de Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS). Il reprend de nombreux éléments décrits par Judith Herman et également identifiés par la task force du DSM IV (3). Parmi les membres de cette task force on peut citer Bessel van der Kolk dont les travaux ont très fortement contribué à l’apparition de ce concept. (4)

Bien que le DESNOS n’apparaisse pas comme un diagnostic à part entière dans le DSM IV, ses symptômes sont repris dans la partie « caractéristiques associées » du TSPT (5). Cela a été une étape dans le développement du concept de TSPT-C tel que défini dans la CIM 11.

En effet, les études autour du DESNOS ont révélé la présence d’une altération marquée de l’image de soi, d’une dysrégulation émotionnelle importante et une altération sur le plan relationnel chez les personnes ayant vécu des traumatismes interpersonnels répétés dans l’enfance par rapport aux autres histoires traumatiques.

De plus, le constat que la plupart des personnes présentant les critères cliniques du DESNOS remplissaient également les critères du TSPT a favorisé la construction du concept de TSPT-C tel que défini aujourd’hui dans la CIM 11. Cette dernière définit ainsi le TSPT-C en reprenant les critères du TSPT et en y associant des critères de perturbation dans l’organisation du soi (*disturbances of self-organization* ou DSO) : dysrégulation émotionnelle, perception négative de soi, troubles dans les relations interpersonnelles. (6)

## 2. TSPT et société

En s'intéressant aux définitions plus anciennes se rattachant au concept de psychotraumatisme, on peut constater l'impact conséquent des phénomènes sociétaux sur ce dernier.

Ainsi la symptomatologie rattachée à certaines périodes a donné son nom à des syndromes (7). Le syndrome post Vietnam, le syndrome de la guerre du Golfe, le *shell shock* de la première guerre mondiale ou le vent du boulet des guerres Napoléoniennes.

Sur le plan civil, on retrouve en 1866 le *railway spine*, à l'époque de l'essor des chemins de fer et des accidents fréquemment associés.

Ce vocabulaire, nécessaire à la reconnaissance des troubles, se transforme selon les enjeux de l'époque, par exemple en favorisant un dédommagement financier. On peut ainsi noter que le *railway spine* fait ainsi son apparition seulement vingt ans après le *Fatal Accidents Act 1846* qui donne droit à un dédommagement des victimes et de leur famille en cas d'accident. (8)

Le vocabulaire évolue aussi avec les connaissances de l'époque. Durant la première guerre mondiale, le « vent de l'obus » se proposait d'expliquer la symptomatologie, qu'on qualifierait aujourd'hui de post traumatique, par une commotion cérébrale en lien avec le passage du projectile à proximité de la tête. (9)

Les mécanismes du psychotraumatisme sont aujourd'hui expliqués via des analyses en imagerie fonctionnelle notamment et par l'implication du réseau de la peur et de la mémoire via l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal. (10) p.130

On peut s'interroger sur la place qu'aurait eu une telle interprétation à l'époque.

Judith Herman évoque elle l'aller-retour régulier que fait le concept de psychotraumatisme entre la conscience collective et l'oubli.

Dans la suite des travaux de Charcot, elle parle de la découverte par Freud de la très grande fréquence des viols ou agressions sexuelles subis par ses patientes souffrant d'hystérie. Il va même jusqu'à postuler en 1896 que derrière chaque cas d'hystérie se trouve une ou plusieurs expériences sexuelles prématurées.

Le contexte historique de l'époque est alors marqué par l'opposition entre la monarchie associée à l'Église et la République. Les explications permettant de sortir de

l'interprétation religieuse des phénomènes, qualifiés aujourd'hui de psychiques, affaiblissent alors indirectement l'Église.

Ici un enjeu politique a contribué à la naissance d'un concept scientifique.

Cependant, peu de temps après Freud reviendra sur cette hypothèse qu'il jugera trop radicale cette fois-ci de par ses implications sociales. En effet, celle-ci implique que les abus sexuels d'enfants soient un phénomène très répandu, y compris dans les hautes sphères de la bourgeoisie Viennoise. (11)

Après une période de relatif oubli, le psychotraumatisme trouve un regain d'intérêt avec les guerres mondiales, puis apparaît le concept de trouble de stress post traumatique dans le contexte de la guerre du Vietnam.

Ces dernières années, une focalisation plus particulière semble se porter sur les traumatismes sexuels, surreprésentés chez les femmes, de l'inceste et des maltraitances dans l'enfance.

Cette focalisation pourrait être une conséquence de mouvements plus larges dans les revendications des droits des femmes, les mouvements féministes et d'une place de la famille différente. A ce propos, Frantz Fanon décrit la famille comme « une institution qui annonce une institution plus vaste : le groupe social ou national ». (12)

Le sujet du psychotraumatisme, des maltraitances faites aux femmes et aux enfants gagne de la place dans l'espace public, fait l'objet de reportages par les médias de masse. Le groupe social influence la cellule familiale, et inversement.

Le concept psychiatrique de trouble de stress post traumatique vient pour sa part apporter au psychotraumatisme un angle médical. Il peut par la même occasion influencer la reconnaissance sociale et juridique nécessaire aux victimes.

Au regard de cette histoire, il est légitime de se poser la question des représentations actuelles dans le concept de psychotraumatisme tel que défini aujourd'hui. Le rôle du paradigme de l'*evidence based medicine* est évident mais l'objectivité prônée n'est pas toujours facile à mettre en œuvre. Il suffit de voir la diversité des définitions qui coexistent et la variabilité des mesures épidémiologiques pour s'en convaincre.

## II. Définitions

Il coexiste actuellement de nombreuses définitions différentes autour du concept du psychotraumatisme et des troubles qui y sont rattachés et il faut souligner que cela conduit à des résultats hétérogènes en recherche. La définition de ce qu'est un événement traumatique influe aussi le contenu des échelles d'évaluation et les rend hétérogènes entre elles. (13)

Ci-dessous sont réunies quelques-unes des définitions retrouvées dans la littérature récente.

### 1. Définition de l'évènement traumatique

Tout d'abord concernant le mot traumatisme. Il vient du grec *traumatismos* « action de blesser » et *trauma* « blessure ».

Il fait référence à des expériences ou à des évènements choquants et accablants, impliquant généralement une menace importante pour la sécurité et le bien-être physiques, émotionnels ou psychologiques de la victime ou de ses proches (ou d'autres personnes). (14) p.6

Crocq définit le traumatisme psychique, ou trauma, comme « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur ». (15)

Le critère A du DSM V, qui sera détaillé plus loin, donne comme définition d'un événement traumatique : une « exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles ». (16)

## 2. Définitions du TSPT et du TSPT complexe

Les descriptions du TSPT partent des conséquences pathologiques observées d'évènements uniques. La constatation que les traumatismes prolongés ou répétés donnaient lieu à une symptomatologie différente, avec une moindre présence des symptômes de reviviscence, mais avec des troubles de la construction de la personnalité, pour les traumas infantiles ou des modifications de la personnalité pour les traumas prolongés de l'adulte, a conduit certains auteurs à distinguer des syndromes spécifiques pour ces situations : DESNOS (3), le trauma développemental de Bessel Van Der Kolk (17), le trauma complexe de Judith Herman (1), le trauma de type 2 de Lenore Terr (2), la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe de la CIM 10. (18)

Les classifications de références, DSM et CIM, ont fait des choix différents, de confondre ou de séparer ces deux types de troubles post traumatiques, chacune des options ayant donné lieu à de larges débats dans la communauté scientifique sur leur pertinence.

Toutes ces définitions renvoient à un concept similaire mais avec des particularités qui leur sont propres. Nous nous efforcerons de préciser les définitions utilisées dans les articles cités ici. La majorité d'entre eux utilisent les définitions du DSM IV et V et de la CIM 10 et 11.

Concernant le diagnostic de trouble de stress post traumatique la CIM 11 (19), introduite en 2018 et en vigueur depuis janvier 2022, donne cette définition :

« Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut se développer après une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants. Il se caractérise par tous les éléments suivants :

1) revivre l'événement ou les événements traumatiques dans le présent sous la forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs saisissants. Cela peut survenir via une ou plusieurs modalités sensorielles et s'accompagne généralement d'émotions bouleversantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de sensations physiques intenses ;

2) l'évitement de pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements ; et

3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, visible par exemple sous la forme d'une hypervigilance ou d'une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. »

Le trouble de stress post traumatique complexe est lui défini tel quel :

« Le trouble de stress posttraumatique complexe (TSPT complexe) est un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants).

Tous les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par

1) des problèmes de régulation de l'affect ;

2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et

3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants ». (19)

Ce sont ces définitions du TSPT et du TSPT-C de la CIM 11 qui seront utilisées dans cette thèse.

Le DSM 5 (16), lui, ne distingue pas le TSPT complexe comme un diagnostic à part entière mais en inclut certains des éléments dans sa définition du TSPT. Certains

critères cliniques du DESNOS sont repris et marquent une évolution par rapport au DSM IV (5). Notamment avec l'ajout de nouveaux critères d'altération de la perception de soi et de dysrégulation émotionnelle dans les critères D et E ainsi que l'apparition du sous type dissociatif :

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
  2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
  3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
  4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.  
N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
  2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'évènement/aux événements traumatiques.  
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
  3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours des- quelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
  4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

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 traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
  2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
  2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
  3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
  4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
  5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
  6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
  7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

### **III. Épidémiologie**

#### **1. Prévalence du TSPT**

Dans le monde, le taux de prévalence du TSPT vie entière est évalué à 3,9%. Ce chiffre s'appuie sur une étude menée auprès de 26 pays et 71 083 personnes avec le questionnaire Composite International Diagnostic Interview (CIDI) entre 2001 et 2012. Le CIDI utilise les critères du DSM 4 en excluant le critère A2 de réaction d'effroi au trauma. (20)

Dans cette étude, environ la moitié des cas de TSPT sont estimés persistants et parmi eux seule la moitié a reçu un traitement, de quelque nature qu'il soit.

Ce faible accès au traitement est encore plus marqué dans les pays à faible revenu où seul un quart reçoit un traitement.

Sur l'ensemble des pays, le risque de TSPT est plus élevé chez les femmes, les personnes sans emploi, non mariées, avec un faible niveau d'éducation ou de revenu. On note cependant que seul le niveau de revenu et le statut professionnel sont associés à la persistance du TSPT, mesurée en comparant la prévalence vie entière à la prévalence à 12 mois et 1 mois.

L'âge d'apparition du TSPT varie selon les niveaux de développement des pays. Ils apparaissent plus tôt dans les pays riches avec une médiane à 25-28 ans contre 43 dans les pays pauvres. (20)

Dans le monde, la médiane est de 30 ans avec un quart des cas apparaissant avant 17 ans et les trois quarts avant 48 ans. (21)

Selon une étude menée en Europe, la prévalence du TSPT vie entière en population générale est estimée à 1,9% sur un échantillon de 21 425 personnes entre 2001 et 2003 dans 6 pays. Ce résultat s'appuie lui aussi sur l'utilisation de la CIDI comme questionnaire et la définition du DSM 4. (22)

Une autre étude, en France, évalue la prévalence à 0,7% sur un mois écoulé. Ce taux utilise la définition du DSM 4 du TSPT sur un échantillon en population générale de 36 000 personnes entre 1999 et 2003.

Les auteurs soulignent que les résultats pourraient sous-estimer la réalité de par le probable refus des personnes avec symptômes d'évitements de participer à l'étude. (23)

Aux États Unis, le taux de prévalence du TSPT vie entière, tel que défini par le DSM 5, est compris entre 4 et 8,2% en population générale. Ces chiffres sont tirés d'une étude de bonne qualité s'appuyant sur des interviews en face à face de 36 309 adultes entre 2012 et 2013 à partir du National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. (24)

Ces taux varient cependant d'une étude à l'autre de par l'utilisation de méthodologies différentes. Les études à ce sujet publiées entre 2015 et 2019 montrent des taux de prévalence du TSPT vie entière qui peuvent varier de 8 à 56,7% en population civile aux Etats-Unis (25). Cela témoigne de la difficulté d'un recueil fiable et précis des données, notamment de par l'hétérogénéité des populations étudiées. Ici le terme de population civile renvoyant à des groupes aussi divers que les survivants des attentats du 11 Septembre 2001 ou les femmes victimes de violences conjugales.

Les études s'accordent cependant concernant une prévalence du trouble plus forte dans certaines sous populations. Aux États-Unis on peut citer notamment les réfugiées, les natifs amérindiens et d'Alaska, les personnes avec une consommation sévère d'alcool et de cannabis et les hommes transsexuels. (25)

Ainsi, les résultats concernant la prévalence du TSPT sont hétérogènes mais avec une tendance autour de 4% en population générale et sur vie entière. Ces chiffres datent principalement des premières années 2000 avec une définition correspondant au DSM-4.

## 2. Évolution du TSPT

Une étude a été menée en 2017 avec 68 894 personnes issues de la population générale réparties entre 24 pays de différents niveaux de développement.

La durée des symptômes de TSPT retrouvée est en moyenne de 6 ans en soulignant que cela correspond à la persistance d'au moins un symptôme de TSPT et non pas à

un syndrome complet et sans que l'étude ne distingue si les personnes ont reçu un traitement ou non. (26)

Les durées varient fortement d'un type de trauma à l'autre, avec par exemple des durées plus longues pour les personnes ayant participé à des conflits armés, ayant subi des agressions sexuelles ou des abus physiques dans l'enfance.

Une méta analyse a repris 42 études observationnelles sur l'évolution naturelle du TSPT parues entre 1980 et 2013 avec des échantillons variés en population civile ou militaire sur 5 continents. Elle trouve un taux de rémission du TSPT au sens syndromique de 44% à environ 3 ans sans traitement avec un risque de chronicité majoré si le TSPT est toujours actif plus de 5 mois après le trauma (27). A titre de comparaison, une étude de 2012 menée sur un échantillon représentatif de la population générale, non institutionnalisée, aux Etats Unis retrouve un taux de rémission spontané à 3 ans de 65,6% pour les troubles anxieux et de 60,2% pour les troubles de l'humeur tous confondus. (28)

Toujours concernant l'évolution sans traitement, une méta analyse de 2022 mesure la prévalence sur 2 ans des personnes avec TSPT à la suite d'un événement traumatique unique survenu après 18 ans.

Il n'est retrouvé une baisse significative de la prévalence qu'au cours des 3 premiers mois. La prévalence du TSPT passe de 27% (IC 21.7–32.56) à 17,6% (IC 14.27–21.23) entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mois, bien que les intervalles de confiance se chevauchent presque. (29)

Cette différence statistique n'est pas retrouvée sur les mesures de prévalences suivantes, réalisées à intervalles de 3 mois jusqu'à 1 an, puis à 2 ans. A 2 ans la prévalence du TSPT chez ces personnes avec TSPT sur trauma unique est de 20,7% avec un intervalle de confiance large (IC 12.33–30.61). (29)

De plus, ici près d'un tiers des personnes développent un TSPT après un trauma, ce qui est un taux de TSPT très important. Cependant les auteurs soulignent que les prévalences du TSPT ont été mesurées avec des méthodes hétérogènes dans les articles retenus pour la méta analyse. De plus, parmi les études utilisant des auto questionnaires, des cut off variables ont été utilisés pour définir un TSPT probable.

Ainsi les auteurs accordent plus d'importance à la tendance évolutive du TSPT qu'aux chiffres absolus retrouvés dans leur étude.

En effet leur taux élevé de TSPT après un trauma contraste avec les taux de 4% de TSPT en population générale cité plus haut alors que 70% des personnes seraient exposées à au moins un événement potentiellement traumatique au cours de leur vie. Ici ce chiffre de 70% renvoie à une liste de 29 types de trauma potentiels, dont celui le plus fréquemment rapporté est la perte inattendue d'un proche. (26)

De plus, on sait que le risque de développer un TSPT varie selon le type d'événement traumatique, avec en population générale un risque plus élevé en cas de violences interpersonnelles, particulièrement en cas de violence sexuelle. (26,30,31)

On peut citer par exemple une étude menée sur un échantillon représentatif de la population adulte en Irlande du Nord qui retrouve un risque vie entière de TSPT de 9% en cas d'accident de voiture, contre 48% en cas de viol, 34% en cas d'exposition au combat en zone de guerre ou de 22% en cas d'exposition à de la violence physique. (32)

Le pourcentage de personnes développant un TSPT à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique varie ainsi selon les référentiels et les études.

Encore une fois, on peut souligner l'impact d'une définition large de l'événement traumatique et des différentes catégories de populations étudiées dans l'impact sur les résultats. D'autant plus que comme nous l'avons vu les facteurs individuels et ceux liés au type d'événement traumatique influencent le risque de développer un TSPT.

Cette mosaïque épidémiologique se nuance d'autant plus qu'au-delà des risques liés aux biais d'échantillonnage, il a été retrouvé une tendance à des chiffres de prévalence du TSPT plus élevée lorsque le recueil est effectué sous forme d'auto questionnaire plutôt que lors d'interviews diagnostiques. (29)

### 3. Prévalence du TSPT Complexe

Les données épidémiologiques sont encore peu nombreuses de par la relative nouveauté du diagnostic.

Dans les pays occidentaux, on retrouve des taux de prévalence à 1 mois en population générale de l'ordre de 1 à 8%.

Une étude de 2018 menée en Allemagne via auto questionnaire remis en main propre sur un échantillon représentatif de la population de 2524 personnes âgées entre 14 et 99 ans, retrouve une prévalence du TSPT C à 1 mois de 0,5%.

Ils notent aussi que 21% de la population a été exposée à au moins un événement potentiellement traumatique (33). Cela contraste avec le taux de 70% d'exposition à au moins un événement traumatique évoqué plus haut (26). Ceci pourrait potentiellement s'expliquer par une liste d'évènements qualifiés de traumatiques plus courte et stricte dans l'étude menée en Allemagne. Par ailleurs, les auteurs notent que le risque de développer un TSPT-C est le plus marqué après des abus sexuels dans l'enfance (7,4%) et après un viol (6,7%). Cependant, la portée de ces résultats sur le risque de développer un TSPT-C selon le type d'événement traumatique est à nuancer car seules 13 personnes avec un TSPT-C ont été identifiées dans l'étude. De même, la définition restreinte des événements traumatiques a pu impacter le résultat de prévalence du TSPT-C.

Une autre étude, menée via internet en Irlande sur un échantillon de 1020 personnes adultes représentatif de la population générale retrouve elle une prévalence à 1 mois de 7,7% pour le TSPT C (34). L'événement le plus associé à la présence d'un TSPT-C est l'agression sexuelle par un parent ou un tuteur (37,5%). Sur la population étudiée, 82% rapportaient avoir vécu un événement potentiellement traumatique, sur une liste de 16 items. Le plus fréquemment rapporté (51,9%) étant « un de vos proches a eu une maladie ou un accident mettant sa vie en danger ». On notera que cet événement n'était pas listé dans l'étude menée en Allemagne en 2018. Cela peut être une des raisons aux différences importantes dans les taux d'exposition retrouvés entre les études.

Ces taux de prévalence à 1 mois du TSPT-C sont de 13 à 20% en Afrique (Ghana, Kenya, Nigéria) (35) avec des différences par rapport aux taux occidentaux qui pourraient s'expliquer par des contextes culturels, de guerres et de violences différents mais aussi très probablement par des différences de recueil méthodologique comme pour les études citées précédemment. De plus, il faut souligner que toutes ces études sur la prévalence à 1 mois, en Afrique et en occident, sont basées sur des auto questionnaires qui ne permettent pas de diagnostics certains. (36)

Concernant la prévalence vie entière du TSPT-C une étude de 2017 a été menée en population adulte générale en Israël en incluant 1003 personnes ayant répondu à des auto questionnaires en ligne. Celle-ci retrouve un résultat de de 2,6%. (37) Une étude de 2019 aux Etats-Unis rapporte elle un taux de 3,8% (38) et une étude menée au Royaume Uni un taux de 12,9% (39). Ces études ont cependant une limite importante dans la généralisation de ces résultats à toute la population. En effet, elles ont pour point commun de n'inclure dans leurs échantillons que des personnes ayant vécu au moins un événement traumatique.

Comme précédemment, les différences de résultats sont potentiellement dues aux échelles utilisées pour mesurer l'exposition à des évènements traumatiques. Ici des échelles faisant référence à des évènements traumatiques plus « lourds » favorisent la sélection d'une population plus à risque d'avoir un TSPT-C. Par exemple, dans l'étude menée au Royaume-Uni seule une échelle modifiée de *Life Events Checklist* (40) est utilisée pour évaluer la présence d'un événement potentiellement traumatique, tandis que dans l'étude au Etats-Unis cette échelle est associée à l'échelle *Adverse Childhood Experiences* (41) qui inclut des items comme le fait d'avoir des parents divorcés.

De plus, selon les populations étudiées, les taux sont beaucoup plus élevés avec jusqu'à 50% de TSPT-C chez la population en service de santé mentale. (36)

Pour les populations de soldats les taux de prévalence sur le mois écoulé varient de 13% aux Etats-Unis (42) à 80% chez des vétérans Croate (43). Ici, la différence principale se situe dans l'inclusion par l'étude en Croatie de vétérans engagés dans une démarche de soins, ce qui n'est pas le cas de tous les participants de l'étude aux

Etats-Unis. Une étude menée en Australie sur une population de vétérans elle aussi engagée dans une démarche de soins retrouve un taux de TSPT-C de 78% (44) plus proche donc des résultats de l'étude en Croatie.

Par rapport au TSPT simple, il semble y avoir une tendance à une répartition plus égale du TSPT-C entre homme et femme et dans les différentes catégories d'âge. (45)

Enfin, un effet dose réponse est retrouvé, en particulier pour les expositions dans l'enfance, entre l'intensité des traumatismes et le risque de TSPT-C. (36)

#### 4. Comorbidités

En comparaison du TSPT, le TSPT-C est associé à un nombre plus élevé de comorbidités de l'axe 1. On retrouve notamment plus de dépressions, de troubles anxieux généralisés, de troubles de la personnalité et de troubles psychotiques. (46) (38)

L'étude citée plus haut menée en population générale aux Royaume Uni (39) confirme ces résultats concernant la dépression et le trouble anxieux généralisé. En effet, les patients avec TSPT ont dans 48% des cas une dépression associée et dans 30% des cas un trouble anxieux associé.

En comparaison le TSPT-C est associé dans 89% des cas à une dépression et dans 86% des cas à un trouble anxieux généralisé.

Les troubles de l'usage d'alcool sont associés dans environ 59% des cas ; un antécédent d'automutilation ou de menace/tentative de suicide dans 57% des cas et la présence d'une maladie chronique dans 45% des cas, sans différence nette entre le groupe TSPT et TSPT-C. A noter qu'ici la présence d'une maladie chronique était simplement évaluée en demandant aux patients s'ils souffraient d'une maladie chronique quelconque.

Les auteurs rapportent cependant que ces taux élevés de comorbidités sont à prendre avec précaution de par de potentiels biais d'échantillonnages et l'utilisation de questionnaires plutôt que d'entretiens cliniques.

On note par exemple que le TSPT n'est ici pas associé significativement au trouble anxieux généralisé (OR 0,61-1,97) malgré le taux élevé cité plus haut. (39)

Par ailleurs une étude de 2010 menée sur 34 653 personnes en population générale aux Etats Unis retrouve 24,2% de troubles de la personnalité borderline chez les patients diagnostiqués avec un TSPT selon la version du DSM IV. (47)

Il manque d'études en population générale sur le taux d'association entre le trouble de la personnalité borderline et le TSPT-C mais en population psychiatrique le TSPT-C serait plus souvent associé que le TSPT à des troubles de la personnalité, notamment borderline d'après deux études monocentriques. Une de ces études a été menée sur 106 patients adressés dans un centre spécialisé dans le trauma en Ecosse et retrouve significativement plus de troubles de la personnalité borderline associés au TSPT-C qu'au TSPT (48). L'autre étude a été menée sur 662 patients dans une clinique de réhabilitation psychosomatique en Allemagne et retrouve un trouble de la personnalité, tous confondus, associé dans 22.73% des TSPT-C et 6.35% des TSPT. (49)

Enfin, la tendance à la dissociation serait beaucoup plus importante chez les patients avec un TSPT-C qu'avec un TSPT. Cette tendance pourrait se confirmer selon plusieurs études, bien que les échantillons soient de petite taille et qu'il n'existe actuellement pas d'étude sur l'association entre le TSPT-C et les troubles dissociatifs à proprement parler. (36) (50) (51)

#### **IV. Recommandations thérapeutiques**

##### **1. Pour le TSPT**

a) Recommandations de l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (52)

Ces recommandations sont basées sur une revue de la littérature allant jusqu'à 2018 couvrant le TSPT tel que défini par le DSM à partir de la version III à V et de la CIM de la version 9 à 11. De plus, parmi les articles considérés, 327 études randomisées ont été incluses dans des méta analyses.

Chez les adultes sont fortement recommandées les thérapies de traitement cognitif (*Cognitive Processing Therapy, CPT*), la thérapie cognitive (*Cognitive Therapy*), l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (*Cognitive Behavioural Therapy, CBT*) individuelle centrée sur le trauma et la thérapie d'exposition prolongée (*Prolonged Exposure*). Sont recommandées avec un niveau standard les thérapies de TCC non centrées sur le trauma, la TCC de groupe centrée sur le trauma, la TCC guidée par internet centrée sur le trauma, la thérapie d'exposition narrative (*Narrative Exposure Therapy*) et la thérapie centrée sur le présent (*Present Centred Therapy*).

Sur le plan pharmacologique est recommandée l'utilisation de la Fluoxétine, Venlafaxine, Paroxétine et de la Sertraline. Cependant leur effet est jugé comme faible.

Par ailleurs, un focus est fait sur les interventions précoces définies comme ayant lieu jusqu'à 3 mois après l'événement traumatique. L'objectif étant de voir si une réduction ou prévention de la symptomatologie traumatique est constatée. Chez l'adulte seules les TCC centrées sur le trauma, la thérapie cognitive et l'EMDR bénéficient du grade de recommandation standard, c'est à dire avec une efficacité significative mais une taille d'effet modérée au mieux. Les interventions uniques ne dépassent pas le grade de recommandation avec preuves émergentes au même titre que l'Hydrocortisone. (52,53)

#### b) Recommandations de l'American Psychology Association (APA) (14)

Ces recommandations correspondent à une revue systématique de la littérature entre 1980 et 2012 et utilisant comme définition du TSPT celle du DSM IV-TR ou de ses versions antérieures (54) (55) (56) (57) (5) (58). 147 articles ont été retenus, parmi lesquels 77 ont été inclus dans une méta analyse. De plus, une mise à jour a été réalisée avec 26 articles parus jusqu'en 2016 mais sans méta-analyse ni analyse du risque de biais.

Sont fortement recommandées pour le traitement du TSPT chez les adultes : la TCC, la thérapie de traitement cognitif, la thérapie cognitive et la thérapie d'exposition prolongée. On notera que seule la thérapie d'exposition prolongée bénéficie d'un

niveau de preuve qualifié d'élevé dans la réduction des symptômes de TSPT là où les autres thérapies ont un niveau de preuve qualifié de modéré.

Sont suggérées l'utilisation de la psychothérapie éclectique brève, de l'EMDR et de la thérapie d'exposition narrative. Le comité précise que la mise à jour conduite entre 2012 et 2016 est en faveur d'un possible passage pour l'EMDR et la thérapie d'exposition narrative vers un niveau de recommandation fort. (14)

D'ailleurs on remarquera que la psychothérapie éclectique brève est notée comme étant avec un niveau de preuve insuffisant par l'ISTSS.

Sur le plan pharmacologique l'APA suggère l'utilisation de Sertraline, Paroxétine, Fluoxétine ou Venlafaxine.

L'ampleur de la réduction des symptômes de TSPT est jugée faible pour les traitements médicamenteux cités ci-dessus contre modérée à forte pour les traitements psychothérapeutiques. Cependant l'APA souligne que cette différence pourrait être biaisée par l'impossibilité méthodologique d'effectuer des études en aveugle dans le cas des psychothérapies. Or il est démontré que l'ampleur de l'effet d'un traitement apparaît comme plus faible dans les études en aveugle par rapport aux études qui ne le sont pas.

De par ce constat, l'APA fait le choix de ne pas prioriser les traitements psychothérapeutiques sur les traitements pharmacologiques en s'abstenant d'utiliser les termes de « première » ou « seconde ligne » de traitement. En effet, ils jugent qu'il manque d'études comparatives directes entre ces deux formes de traitement pour opérer ce classement.

c) Recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (59)

Publiée en Décembre 2018 le NICE recommande pour les adultes ayant un TSPT tel que défini par le DSM ou la CIM, ou des symptômes importants de TSPT, l'utilisation de TCC centrées sur le trauma comme la thérapie de traitement cognitif, la thérapie cognitive pour le TSPT, la thérapie d'exposition narrative ou la thérapie d'exposition prolongée.

Est également recommandée l'utilisation de l'EMDR seulement si le trauma n'est pas lié à une expérience de combat. En notant cependant qu'il existe peu de données sur l'efficacité de l'EMDR lorsque l'événement traumatique a eu lieu moins de 3 mois avant le traitement.

La TCC assistée par informatique centrée sur le trauma est à envisager seulement en l'absence d'une symptomatologie sévère, notamment dissociative ou d'un risque auto/hétéro agressif.

Par ailleurs le débriefing psychologique est lui déconseillé dans la prévention comme dans le traitement du TSPT.

Sur le plan pharmacologique, l'utilisation de traitements médicamenteux, dont les benzodiazépines, est déconseillée en prévention de l'apparition du trouble.

L'utilisation d'ISRS ou de Venlafaxine peut être envisagée chez les adultes ayant développé un TSPT. La taille d'effet serait plus grande avec la Venlafaxine.

Les antipsychotiques peuvent aussi être envisagés selon le profil symptomatologique et seulement en cas de résistance aux autres traitements. La Risperidone est notamment citée de par le plus grand nombre de sujets étudiés.

De façon générale, les traitements médicamenteux ne sont pas recommandés en première ligne par le NICE. En effet, les psychothérapies retenues montrent des efficacités supérieures ainsi que des coûts inférieurs. (59)

#### d) Recommandations du Department of Veteran Affairs / Department of Defense (VA/DoD) (60)

Ces recommandations se basent sur la littérature publiée jusqu'en Mars 2016 et s'appuie sur les critères du DSM IV ou de ses versions antérieures.

Sont recommandées en première intention les psychothérapies centrées sur le trauma telles que : la thérapie d'exposition prolongée, la thérapie de traitement cognitif, l'EMDR, les TCC spécifiques du TSPT, la thérapie éclectique brève, la thérapie d'exposition narrative, et la thérapie d'exposition narrative écrite.

Si de telles psychothérapies ne sont pas disponibles, alors sont recommandées l'utilisation de psychothérapies non centrées sur le trauma ou un traitement

médicamenteux. Seuls la Sertraline, la Paroxétine, la Fluoxétine et la Venlafaxine sont fortement recommandés en monothérapie dans le traitement du TSPT chez les adultes.

Est suggérée la possibilité d'utilisation de Néfazodone, d'Imipramine ou de Phénelzine en monothérapie également mais ils soulignent la nécessité d'un contrôle régulier de la fonction rénale, de l'ECG et d'un régime pauvre en tyramine respectivement.

Est déconseillée l'utilisation d'antipsychotique, dont la Risperidone, ou de benzodiazépine en monothérapie comme en association avec d'autres traitements.

(60)

La position du VA/DoD sur les antipsychotiques diffère donc de celle du NICE.

#### e) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (61)

Les dernières recommandations de la HAS sur le TSPT sont parues en 2007. Elles ont été réalisées par un groupe de travail pluridisciplinaire s'appuyant sur une revue systématisée de la littérature et les conférences de consensus complétées par des avis d'experts le cas échéant.

La TCC et l'EMDR sont qualifiés de traitement de choix, avec par ailleurs la possibilité d'utiliser l'hypnose pour soulager certains symptômes comme l'anxiété, la douleur ou les cauchemars. Autrement les traitements médicamenteux sont indiqués pour les TSPT évoluant depuis plus de 1 an. Il est souligné que seule la Paroxétine bénéficie de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le traitement du TSPT mais qu'il est possible d'avoir recours à la Fluoxétine, la Fluvoxamine, la Sertraline ou à l'Amitriptyline ou l'Imipramine après un avis d'expert. Il est recommandé une durée initiale de 12 semaines avant d'effectuer un éventuel changement de traitement et une poursuite du traitement sur au moins 1 an avant d'envisager une diminution progressive.

Il est proposé de revoir les patients 15 jours après le début du traitement puis une à deux fois par mois les trois premiers mois par exemple, avant un espacement des consultations.

Enfin il est rappelé l'importance du soutien psychosocial dans le TSPT. (61)

A noter que de nouvelles recommandations pour l'évaluation et la prise en charge du TSPT sont en cours de réalisation actuellement en France. (62)

f) **Recommandations de la National Health and Medical Research Council (NHMRC)**

Ces recommandations utilisent les définitions du TSPT du DSM et de la CIM. Elles reprennent la revue de la littérature effectuée pour l'ISTSS avec une mise à jour des données incluant celles de Novembre 2018 à Juin 2019. (63)

Elles préconisent fortement la thérapie de traitement cognitif, la thérapie cognitive centrée sur le trauma, l'EMDR, la thérapie d'exposition prolongée, la TCC centrée sur le trauma. Au niveau médicamenteux, l'utilisation de Sertraline, Paroxétine, Fluoxétine ou Venlafaxine est recommandée si le patient ne veut pas ou ne peut pas suivre de psychothérapie recommandée ou en traitement des comorbidités.

Par ailleurs, dans les 3 premiers mois suivant le trauma, les débriefings individuels ou de groupes sont plutôt déconseillés. (64)

## 2. Pour le TSPT complexe

a) **Recommandations de l'ISTSS (65)**

Ces recommandations sont basées sur une revue de la littérature, devant le manque d'études disponibles au sujet du TSPT-C dont le diagnostic a été formalisé dans la CIM 11 peu de temps avant la parution des recommandations de l'ISTSS. Les quelques études disponibles alors sont en faveur du traitement par TCC et EMDR. Leur efficacité apparaissant comme plus faible en cas de traumatisme dans l'enfance. Ils insistent sur l'intérêt de la recherche de thérapies communes au TSPT ou propres au TSPT-C ainsi que de l'impact sur l'efficacité de l'ordre dans lequel les différentes thérapies disponibles sont appliquées. (65)

## b) Recommandations de la NHMRC (6)

Il est surtout souligné le manque d'études existantes concernant spécifiquement le TSPT-C. Une méta analyse de 2019 est cependant citée comme étant en faveur de la TCC, de la thérapie d'exposition et de l'EMDR dans le traitement du TSPT-C.

Aussi un débat existe sur l'intérêt ou non d'une phase de stabilisation visant l'acquisition de compétences contre les symptômes de perturbation dans l'organisation du soi (dysrégulation émotionnelle, difficultés interpersonnelles, altération négative de l'image de soi).

Sur le plan pharmacologique la Fluoxétine, la Paroxétine, la Sertraline et la Venlafaxine sont les traitements cités comme pouvant être utilisés. Les benzodiazépines sont déconseillées et il est rappelé qu'il n'y a pas de preuve d'une efficacité des antipsychotiques sur le TSPT-C. (6)

## **V. Sur l'orientation des patients en pratique**

### 1. Impact thérapeutique du diagnostic de TSPT vs TSPT-C

Au-delà de l'élaboration théorique du concept il est important d'évaluer l'intérêt pratique d'une distinction entre ces deux entités. Notamment d'un point de vue thérapeutique.

#### a) Sur le plan psychothérapeutique

Globalement, les psychothérapies recommandées pour le TSPT-C s'appuient sur celles recommandées pour le TSPT. Deux méta analyses menées sur des populations de patients ayant des critères en faveur d'un TSPT-C retrouvent une efficacité des thérapies centrées sur le trauma avec cependant une réduction moindre de la symptomatologie du TSPT-C sur les populations traumatisées dans l'enfance. (66)  
(67)

Ces deux méta analyses sont cependant à nuancer devant l'impossibilité d'avoir accès à des populations larges de personnes avec un diagnostic certain de TSPT-C de par l'apparition récente de ce diagnostic, en 2018. Dans un cas les patients inclus étaient ceux ayant vécu un « traumatisme complexe » (66) et dans l'autre ceux ayant un TSPT avec au moins un symptôme de perturbation dans l'organisation du soi (DSO). (67)

On peut aussi citer une étude récente de 2022 menée auprès de 15 cliniques en Norvège qui retrouve une efficacité comparable sur la symptomatologie du TSPT et du TSPT-C « probable » des traitements par thérapie cognitive centrée sur le trauma et de l'EMDR. Cependant la symptomatologie des patients, mesurée par la PCL-5 (68) dans l'étude, est plus sévère chez les patients avec TSPT-C « probable » avant comme après le traitement par rapport aux patients TSPT. (69)

La PCL-5 est une échelle basée sur les symptômes du TSPT du DSM 5. Ainsi, elle n'est pas directement superposable à la symptomatologie du TSPT-C selon la CIM 11, mais certains éléments y sont repris de par les points communs entre la définition du DSM 5 du TSPT et celle du TSPT C par la CIM 11.

Pour être inclus les patients devaient avoir un diagnostic de TSPT selon la CIM 10. Parmi eux la présence d'un TSPT-C « probable » était définie par la présence à la fois d'un TSPT selon la PCL-5 et des 6 items évaluant la perturbation dans l'organisation du soi de l'ITQ (70), qui est une échelle de référence pour le diagnostic de TSPT-C selon les critères de la CIM-11. On peut regretter l'absence d'une nouvelle mesure de la symptomatologie des patients TSPT-C avec l'échelle ITQ après le traitement.

Cependant l'efficacité comparable retrouvée entre les traitements étudiés sur le TSPT et le TSPT-C semble en accord avec les quelques études préexistantes à ce sujet. (69) (71) (72)

## b) Le modèle en trois phases

Un modèle largement utilisé en pratique dans le traitement des TSPT-C repose sur un traitement en trois phases conçu par Judith Herman. (11) (73)

Celui-ci inclut une phase de sécurisation et de stabilisation représentée par l'acquisition de compétences en régulation émotionnelle et dans les relations interpersonnelles. Une phase de traitement et d'intégration des souvenirs traumatiques utilisant par exemple des thérapies d'exposition prolongée ou d'EMDR. Enfin, une troisième phase de réintégration et de reconnexion, visant notamment à la consolidation des acquis et à la constitution de relations plus saines aux autres et dans la vie au quotidien. La littérature concernant l'utilité de cette dernière phase est relativement pauvre. (74)

Concernant l'intérêt d'une phase de stabilisation dans le traitement des patients avec TSPT-C, un débat existe dans la communauté scientifique (6). Certains auteurs avancent qu'une phase de stabilisation pourrait retarder l'accès à un traitement efficace (75). Une étude randomisée de 2021 retrouve une efficacité similaire entre un traitement uniquement par EMDR et un traitement par EMDR précédé d'une phase de stabilisation chez des patients avec TSPT en lien avec des abus dans l'enfance. Cet article retrouve également une tendance en faveur d'une amélioration plus rapide des symptômes dans le groupe avec EMDR uniquement (76). Ceci semble aller à l'encontre d'une précédente étude randomisée menée par Cloitre et al. sur une population similaire retrouvant une plus grande efficacité et tolérabilité d'un traitement intégrant une phase de stabilisation avant un traitement d'exposition. (77)

Cependant, les auteurs de l'étude de 2021 soulignent que l'étude de Cloitre et al. ne permet pas de démontrer une supériorité du traitement avec phase de stabilisation suivi d'un traitement par exposition par rapport au traitement par exposition seul. En effet, l'étude de Cloitre et al. est composée d'un bras avec traitement de stabilisation (*skills training in affect and interpersonal regulation* (STAIR)) suivi d'un traitement par exposition ; d'un bras avec thérapie de soutien suivi d'un traitement par exposition et d'un bras avec traitement de stabilisation suivi d'une thérapie de soutien. Le premier bras a démontré sa supériorité sur les deux autres mais il n'y avait pas de bras avec traitement par exposition seul pour le comparer. A l'inverse, l'étude de 2021 compare directement un traitement d'exposition seul au même traitement précédé d'une phase de stabilisation et ne retrouve pas de différence significative.

On notera aussi que dans ces deux articles les populations étudiées ne sont pas des personnes avec un TSPT-C strictement défini.

c) Sur le plan pharmacologique

Comme cité plus haut, l'utilisation de la Fluoxétine, Paroxétine, Sertraline ou de la Venlafaxine est possible, mais recommandée surtout en association avec une psychothérapie. (6)

L'utilisation de la Prazosine comme traitement des cauchemars en lien avec un événement traumatique fait toujours débat bien qu'une méta analyse de 2019 incluant des populations civiles et militaires soit en faveur de son utilisation (78). Il faut préciser cependant que cette étude se concentre sur les cauchemars en lien avec un événement traumatique, que ceux-ci fassent partie d'un TSPT ou non.

Il n'existe pas à ce jour d'étude sur l'utilisation de ce traitement spécifiquement chez les patients avec TSPT-C.

## 2. Critères d'orientation des patients avec TSPT

Si les recommandations internationales citées plus haut donnent les grandes lignes de la conduite à tenir, il apparaît également pertinent de s'interroger sur les critères influençant en condition réelle la prise de décision des médecins dans les traitements proposés aux patients.

Il existe une revue de la littérature de 2022 spécifiquement sur le sujet du processus d'adressage des patients avec TSPT (79). Il est souligné qu'il n'y a que peu de littérature sur ce sujet précis dans le cas des patients vétérans et qu'il n'y aucune étude à ce sujet chez les non vétérans.

Les critères influençant le processus d'orientation sont divisés en trois catégories. Ceux en lien avec le patient, ceux en lien avec le fournisseur de soin et ceux dits structureaux.

Par exemple, chez les patients vétérans avec un TSPT, ceux détectés avec des symptômes plus sévères ou des comorbidités plus nombreuses sont plus souvent orientés vers des soins psychiatriques spécialisés. (80,81)

Dans une étude aux États Unis de 2014 sur 388 vétérans, le fait d'être une femme ou d'avoir un niveau de fonctionnement global jugé bas prédisait une orientation vers une psychothérapie individuelle là où le fait d'être plus âgé, sans emploi, d'une minorité ethnique ou avec une comorbidité anxieuse prédisait une orientation vers une thérapie de groupe.

Cependant, on peut noter des limites à cette étude : son design monocentrique, l'accessibilité moindre des thérapies de groupes aux patients qui travaillent (horaire en journée), ou l'intérêt plus spécifique des thérapies de groupe pour les patients présentant aussi une anxiété sociale comorbide. Les femmes pouvaient aussi être moins enclines à partager leurs traumatismes spécifiques, notamment de viols, au sein de groupes de vétérans majoritairement masculins. (82)

Concernant les critères en lien avec le fournisseur de soin : il a été retrouvé que les patients vétérans qui sont adressés en clinique spécialisés du TSPT par un professionnel de la santé mentale plutôt que par quelqu'un d'une autre spécialité ont une chance plus importante de venir en consultation et d'avoir un diagnostic confirmé de TSPT (83). Cependant ce résultat a lui aussi pu être influencé par le caractère monocentrique de l'étude car les professionnels de santé mentale en question travaillent dans un service bien doté en moyen.

Une autre étude en clinique spécialisée du TSPT trouve que les patients ont plus de chance d'initier un traitement s'ils sont adressés par une clinique de santé mentale (75,9%) plutôt que par un praticien du système de soin primaire (*primary care*) (62,6%) (84). Cependant il est possible que cela soit dû à une symptomatologie plus sévère chez les patients venant de cliniques plutôt que des soins primaires, bien que les analyses post hoc menées dans cette étude ne le mettent pas à jour.

Par ailleurs, une étude bicentrique, qualitative, sur les professionnels de la santé mentale du département des Veterans Affairs (85) montre que le fait que le patient avec un TSPT soit jugé « prêt » (*patient's readiness*) et les comorbidités sont deux facteurs importants dans le choix d'orienter ou non les patients vers une

psychothérapie comme la thérapie de traitement cognitif (CPT) ou la thérapie d'exposition prolongée (PE). Les patients sont jugés prêts selon plusieurs critères, comme leur volonté de s'engager dans un traitement, leur capacité d'adaptation et la stabilité de leur environnement par exemple.

La présence d'une addiction ou d'un trouble de la personnalité comme le trouble de la personnalité type paranoïaque, sont aussi cités comme décourageant l'utilisation de CPT/PE bien que ne figurant pas comme des contre-indications à ces traitements dans les recommandations. Ces deux comorbidités seraient ainsi des facteurs de risque d'exclure des patients qui pourraient bénéficier de ces psychothérapies. De plus, les comportements d'évitements rencontrés dans le TSPT pourraient aussi être un frein d'accès à la psychothérapie, entravant la possibilité de se sentir « prêt ». (85)

Il est également noté une tendance à vouloir « stabiliser » les patients vétérans avec des traitements pharmacologiques de la part des prescripteurs avant de les adresser pour des soins psychothérapeutiques. Il est souligné qu'il n'y a pas de preuve de l'intérêt de cette démarche et qu'elle pourrait potentiellement retarder une prise en soin optimale. (86)

Concernant les facteurs structurels, il existe un impact important de la façon dont les patients sont diagnostiqués avec un TSPT. L'utilisation systématique de questionnaires d'évaluation du TSPT comme le Primary Care PTSD Screen pourrait favoriser le repérage du trouble. (79)

La disponibilité de psychothérapies recommandées pour le traitement du TSPT est également importante, avec de meilleurs résultats si celles-ci sont initiées dans l'année qui suit l'entrée dans les soins du patient. (87)

Enfin, il est important de considérer le potentiel impact des représentations liées à certaines minorités ou à un racisme systémique dans les soins proposés aux patients. (79)

Tous ces éléments se basent principalement sur des études menées aux États Unis et en particulier sur des populations de vétérans. Comme dit plus haut, il n'existe à ce jour aucune étude s'intéressant spécifiquement aux critères d'adressage dans les soins psychiatriques des patients avec TSPT en population civile.

### 3. Critère d'orientation des patients avec TSPT-C

A notre connaissance, il n'existe à ce jour aucune étude spécifique du processus d'adressage des patients avec TSPT-C.

## **Deuxième partie : étude rétrospective**

### **I. Objectifs et critères de jugement**

#### **1. Objectif primaire**

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'association entre certains critères cliniques et l'orientation vers un type de traitement ou de thérapeutique chez les patients avec trouble de stress post traumatique ou trouble de stress post traumatique complexe.

#### **2. Objectif secondaire**

L'objectif secondaire est d'analyser l'évolution de la sévérité clinique des patients au cours du suivi pour chaque type de traitement/thérapeutique et selon la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C.

### **II. Matériel et méthode**

#### **1. Type d'étude et modalité de recueil**

Il s'agit d'une étude transversale, monocentrique et rétrospective.

#### **2. Population étudiée et modalités de recueil**

Les patients inclus dans l'étude correspondent à ceux adressés dans le service de consultation de psycho-traumatologie de l'hôpital Tenon à Paris entre Juin 2019 et Juin 2022.

Il s'agit d'un service hospitalier de psychiatrie au sein d'un hôpital universitaire général, non sectorisé, organisé autour de suivis psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires en individuel ou en groupe. Ces suivis sont assurés par une équipe

pluridisciplinaire de professionnels tous spécialisés dans les problématiques de psychotraumatismes simples et complexes. L'équipe est composée de trois psychologues à temps plein proposant des thérapies d'inspiration analytique centrées sur le trauma, d'une psychologue à temps partiel (20%) utilisant la méthode d'EMDR, d'une infirmière diplômée d'état à temps plein réalisant plusieurs types de psychothérapie centrées sur le trauma (TCC, thérapie des schémas, EMDR, relaxation, mindfulness), d'une psychiatre à temps partiel (60%) assurant le suivi médical et la prescription de traitements médicamenteux et de deux psychiatres avec une activité très restreinte (une demi-journée par semaine) de consultation trauma assurant aussi le suivi médical avec prescription de traitements médicamenteux et de l'EMDR.

Les patients de cette consultation sont orientés via d'autres psychiatres du service, le réseau psychotrauma local parisien partenaire du service, la psychiatrie de secteur, le SAU de Tenon, les différentes structures d'addictologie locales, la psychiatrie de liaison et des associations.

Pour être inclus dans cette étude, les patients devaient présenter un diagnostic positif de TSPT ou TSPT-C selon les critères cliniques de la CIM-11 et s'être présentés à au moins un rendez-vous.

Une liste a pu être constituée sur la base d'un registre du secrétariat incluant tous les patients adressés dans le service, que ceux-ci soient finalement venus ou non et qu'ils présentent ou non un diagnostic de TSPT ou TSPT-C.

Cette liste a été complétée par une feuille d'activités de l'année 2022 qui recense tous les patients dans la file active du service qui sont cotés F43.1, c'est à dire avec un état de stress post traumatique selon le codage CIM 10.

Sur la base de ces listes, un recueil a ensuite été effectué à partir des dossiers médicaux informatisés des patients (logiciel informatique *Orbis*). Ces dossiers contiennent les comptes rendus de consultation rédigés par le personnel soignant du service tout au long du suivi.

Dans la majorité des cas, un premier rendez-vous d'évaluation par une psychiatre ou une IDE est réalisé puis le patient est ensuite présenté lors d'une réunion d'équipe

hebdomadaire. Une décision est alors prise quant à l'indication ou non des prises en charge dans le service ainsi que des modalités de soins quand ceux-ci sont indiqués. Une minorité de patients ont également été admis en consultation de suivi après un séjour dans le service de psychiatrie de l'hôpital Tenon.

Le recueil de données sur les dossiers médicaux informatisés a été effectué de Juillet 2022 au 03 Mars 2023.

Les patients de moins de 16 ans ont été exclus de l'étude.

L'ensemble des données recueillies est repris dans le Tableau 1.

**Données sociodémographiques**

Numéro d'identification du patient (NIPP)

Age

Sexe

Mode d'adressage vers Tenon

**Caractéristiques de l'histoire traumatique**

Trauma unique ou répété

Trauma intentionnel ou non intentionnel

Age de survenue du ou des traumas (< 18ans/ >18 ans/ les deux)

**Caractéristiques cliniques retrouvées au cours du suivi**

Altération négative des cognitions et de l'humeur : critère D du DSM-5 (16)

Symptômes de dissociation

Symptômes somatoformes

Critères du TSPT-C selon la CIM-11 (19) : problème de régulation des affects, autodévalorisation, difficultés interpersonnelles

Idées suicidaires

Automutilations

Antécédents de tentative de suicide

**Critère diagnostique de CIM-11 (19)**

Présence/absence de TSPT

Présence/absence de TSPT-C

**Comorbidités**

Troubles liés à l'usage de substance

Troubles du comportement alimentaire

Troubles thymiques (épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire, dysthymie)

Troubles de la personnalité

Troubles psychotiques

Troubles anxieux

**Antécédents psychiatriques**

D'épisode dépressif caractérisé

De trouble du comportement alimentaire

De suivis psychiatriques, de prise de traitements médicamenteux, d'hospitalisation, de psychothérapie (et de quel type : EMDR, TCC, psychodynamique)

**Recueil de l'orientation thérapeutique après évaluation**

Psychiatre dans le service/hors du service

Psychologue ou IDE dans le service : psychanalytique, EMDR, sans précision

Psychologue ou IDE hors du service

Hospitalisation dans le service/ hors du service

Poursuite des soins déjà en place sans modification : Oui/Non

**Recueil des soins en cours**

Traitement médicamenteux en cours : thymorégulateur, antipsychotique, antidépresseur, addictolytique, anxiolytique hors benzodiazépine ou antipsychotique, benzodiazépines, somnifère, Prazosine

Suivi psychiatrique en cours : dans le service, en libéral, sur le secteur, autre

Suivi psychothérapeutique en cours : EMDR, TCC, analytique, autres, dans le service/hors du service

*Tableau 1: Ensemble des données recueillies dans le cadre de l'étude.*

On précisera qu'ici les traitements médicamenteux notés correspondent aux traitements du patient à la 1<sup>ère</sup> consultation dans le service avec ajout des traitements médicamenteux reçus au cours du suivi même si ceux-ci ont été suspendus ensuite.

Les différentes thérapies vers lesquels les patients ont été orientés sont divisées ici en plusieurs groupes selon leur orientation de prise en charge vers : une consultation

psychiatrique dans le service, de l'EMDR, de la psychothérapie sans précision au sein ou hors du service, une thérapie d'inspiration psychanalytique dans le service. Nous avons aussi choisi d'étudier un groupe spécifique de patients ayant reçu une double prise en charge avec une consultation psychiatrique dans le service associée à une psychothérapie (psychothérapie sans précision ou EMDR ou thérapie d'inspiration psychanalytique).

Ces cinq catégories correspondent aux cinq types d'orientations retenues pour l'évaluation de l'objectif primaire. L'orientation correspond au choix effectué à l'issue d'au moins une première consultation d'évaluation.

De plus, ces catégories ne sont pas exclusives les unes des autres, certains patients recevant simultanément plusieurs thérapies, ils ont été inscrits le cas échéant dans plusieurs catégories à la fois.

La sévérité clinique des patients était évaluée à partir d'une échelle d'impression clinique globale (Clinical Global Impression, CGI) (88) p.218. Cette échelle a été simplifiée dans le cadre de cette étude. Un score de sévérité clinique (Clinical Global Impression Severity, CGI-S) était coté à posteriori à partir du compte rendu de la première consultation du patient dans le service. Le score est une évaluation globale de la sévérité du trouble et prend en compte la sévérité symptomatologique et son impact sur le fonctionnement global du patient. Le score va de 1 à 4 avec 1 pour « normal », 2 pour « léger », 3 « modéré » et 4 « sévère ».

Cette mesure a été répétée à 1 an de suivi et à la fin de la prise en charge. De plus, un score d'amélioration clinique globale (Clinical Global Impression Improvement, CGI-I) a été coté à 6 mois. Il va de 1 à 4 avec 1 pour « fortement amélioré », 2 « amélioré », 3 « inchangé » et 4 « aggravation ».

Enfin la durée de suivi a été comptabilisée de la date de la première consultation dans le service au dernier rendez-vous honoré. Avec une mise à jour des durées le 03 Mars 2023 pour tous les patients ayant un suivi encore en cours.

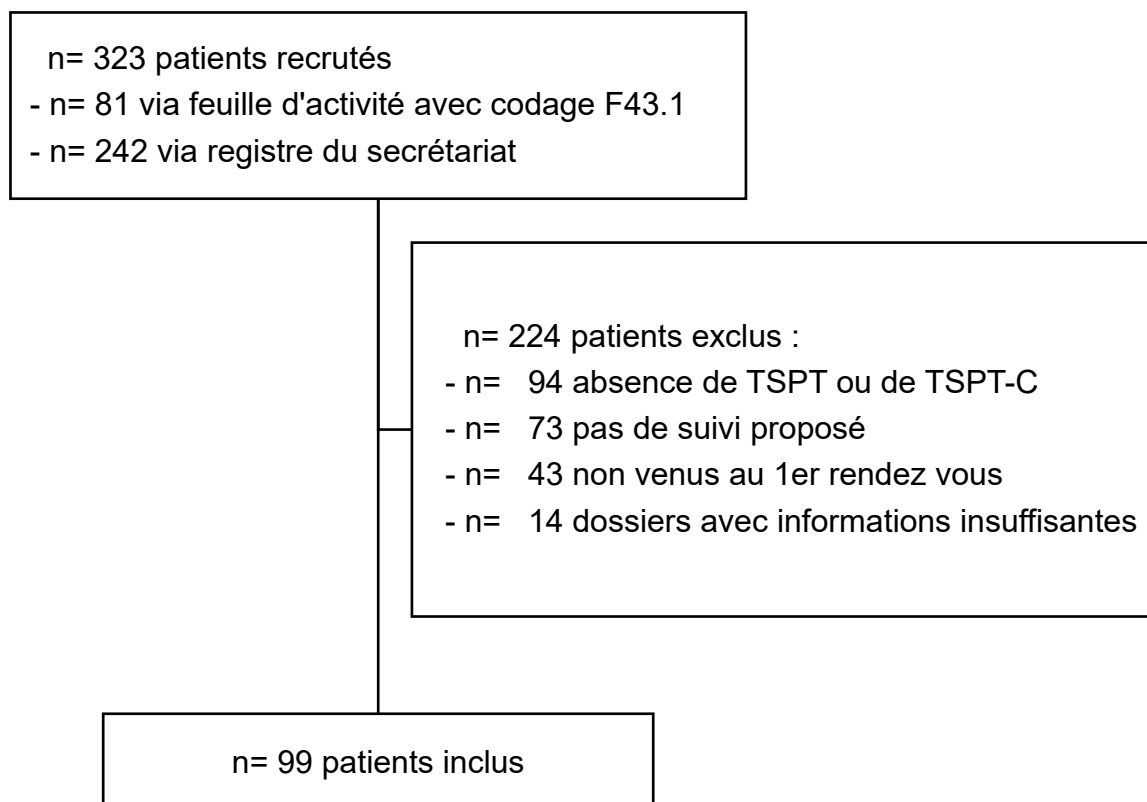
Certains dossiers patients ont été réévalués directement avec les personnes responsables du suivi afin de préciser leurs caractéristiques lorsque celles-ci n'apparaissaient pas dans le dossier informatisé *Orbis*.

### 3. Tests statistiques

Les analyses ont été menées avec l'aide du Dr Harizi Rafik, spécialisé en santé publique (épidémiologie/recherche clinique). Pour chacun des cinq groupes d'orientations des analyses d'associations avec les variables d'intérêt ont été menées en utilisant le test exact de Fisher ; ou un test de Student pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité a été fixé à  $p < 0,05$ . Les tests ont été réalisés avec le logiciel RStudio version 4.1.0.

## III. Résultats

### 1. Diagramme de flux



## 2. Statistiques descriptives générales

Parmi les 99 patients retenus, 85,9% étaient des femmes et 14,1% des hommes. Ils avaient entre 16 et 68 ans avec une moyenne de 34 ans. Il y avait 67,7% de TSPT (n=67) et 32,3% de TSPT-C (n=32).

91,9% des patients ont vécu un événement traumatique de type intentionnel avec 65,66% avant 18 ans. Les traumatismes étaient répétés dans 72,73% des cas.

Les patients étaient principalement adressés dans le service par des psychiatres (33,3%) et par la plateforme téléphonique d'Hôtel Dieu (réseau local d'évaluation et d'orientation psychotrauma) (26,26%) chargée de centraliser les demandes de prise en charge de patients habitant à Paris et dans les départements du sud de l'Île-de-France.

37,4% rapportaient une consommation de toxique avec 27,3% une dépendance. Sur le plan des autres comorbidités 8,1% avaient un trouble du comportement alimentaire, 31,3% un trouble de la personnalité, 25,2% un trouble anxieux, 44,4% un trouble thymique et 1,1% un trouble psychotique.

85,9% ont reçu un traitement médicamenteux avec comme principale prescription les antidépresseurs (72,7%), suivi par les anxiolytiques hors benzodiazépines et antipsychotique (33,3%) comme l'Hydroxyzine, et les antipsychotiques (31,3%) souvent utilisés à visée anxiolytique comme la Cyamémazine. L'utilisation de benzodiazépine était retrouvée chez 26,3% des patients.

Concernant le suivi, 27,3% avaient déjà consulté un psychiatre en dehors de l'hôpital Tenon et 23,2% avaient eu au moins un rendez-vous de psychothérapie sans précision par le passé.

Pour la plupart des patients (77,8%) la CGI-S initiale était cotée à 3, c'est à dire avec un score de gravité clinique jugé modéré. 10,1% étaient cotés légers, 12,1% sévère et aucun n'était coté à 1 (« normal »).

Un descriptif général de la population incluant toutes les variables relevées est disponible en annexe. (Annexe 1)

### 3. Statistiques descriptives en fonction de la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C

La Figure 1 est une représentation graphique des principales différences apparentes relevées dans la répartition des critères cliniques entre le TSPT et le TSPT-C. Il s'agit d'une comparaison purement descriptive, sans analyse statistique sur la significativité de ces différences apparentes.

Un tableau descriptif de la répartition de tous les critères évalués selon la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C est disponible en annexe. (Annexe 2)

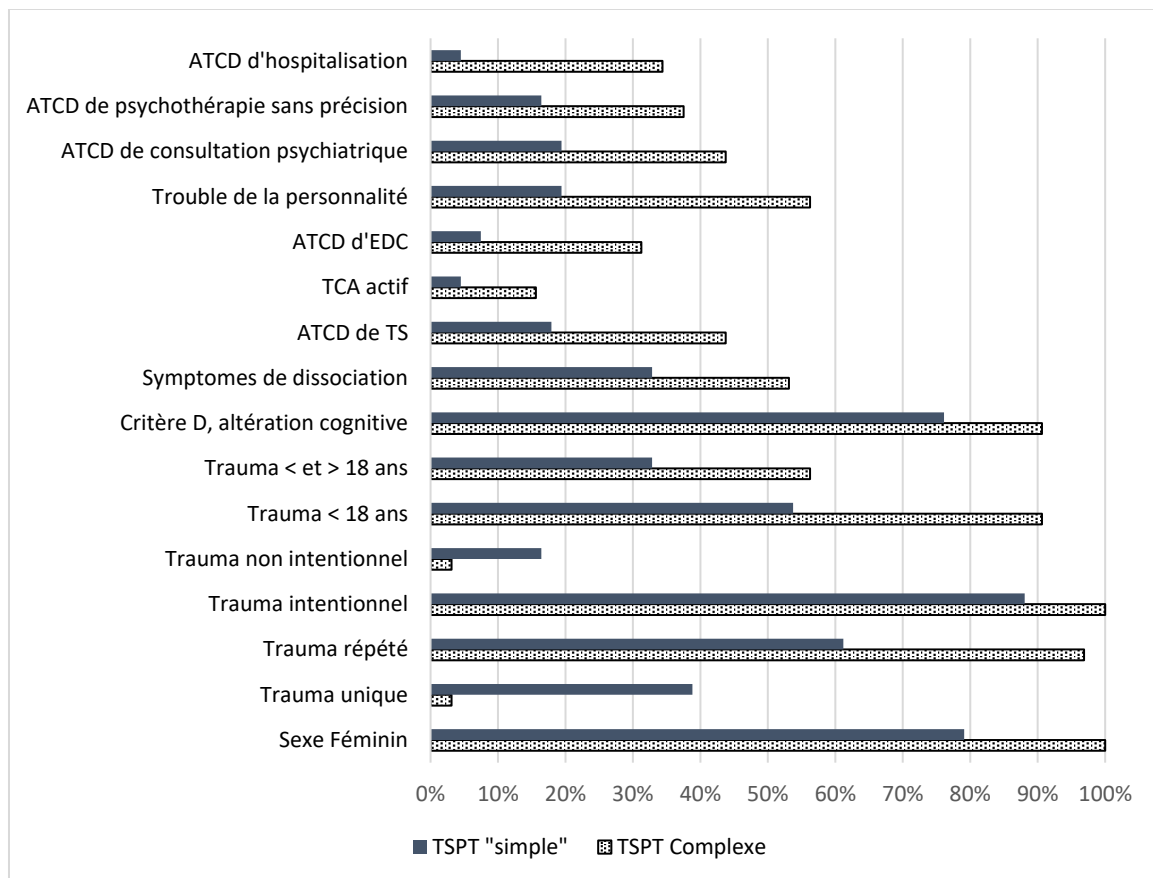


Figure 1: Comparaison de la répartition de certains critères selon le type de trouble de stress post traumatique (TSPT vs TSPT-C). Comparaison descriptive, sans analyse statistique sur la significativité de ces différences.

#### 4. Objectif primaire

##### a) Analyse descriptive de la répartition des orientations proposées aux patients

Le Tableau 2 reprend les taux d'orientation des patients vers les différentes catégories de traitements proposés ainsi que la répartition des patients au sein de ces catégories.

Orienté vers :	N	%
<b>Consultation psychiatrique dans le service</b>	<b>72</b>	<b>72,73 %</b>
- Consultation psychiatrique uniquement	38	38,38 %
- Associé à traitement d'inspiration psychanalytique	11	11,11 %
- Associé à psychothérapie sans précision	12	12,12 %
- Associé à EMDR	17	17,17 %
<b>EMDR dans le service</b>	<b>28</b>	<b>28,28 %</b>
- EMDR uniquement	9	9,09 %
- Associé à consultation psychiatrique	17	17,17 %
- Associé à psychothérapie sans précision	6	6,06 %
- Associé à traitement d'inspiration psychanalytique	2	2,02 %
<b>Traitement d'inspiration psychanalytique dans le service</b>	<b>19</b>	<b>19,19 %</b>
- Traitement d'inspiration psychanalytique uniquement	8	8,08 %
- Associé à consultation psychiatrique	11	11,11 %
- Associé à psychothérapie sans précision	0	
- Associé à EMDR	2	2,02 %
<b>Psychothérapie sans précision dans ou hors du service (n'inclut pas les traitements psychanalytiques)</b>	<b>16</b>	<b>16,16 %</b>
- Psychothérapie sans précision uniquement	2	2,02 %
- Associé à consultation psychiatrique	12	12,12 %
- Associé à traitement d'inspiration psychanalytique	0	
- Associé à EMDR	6	6,06 %

*Tableau 2: Taux d'adressage vers les différentes catégories de traitements/thérapies et détail de la composition des catégories.*

b) Analyse statistique des associations entre les critères cliniques et l'orientation dans les soins.

La Figure 2 représente les critères cliniques significativement associés à une orientation vers une consultation avec un psychiatre du service. Il existe une association positive entre la présence d'une dépendance et l'orientation vers un psychiatre (OR 14,70 ; IC 2,85-269,83). A l'inverse, la présence d'un trouble anxieux (OR 0,35 ; IC 0,13-0,93) ou d'un trouble de la personnalité (OR 0,36 ; IC 0,14-0,91) est associée avec le fait de ne pas être orienté vers un psychiatre.

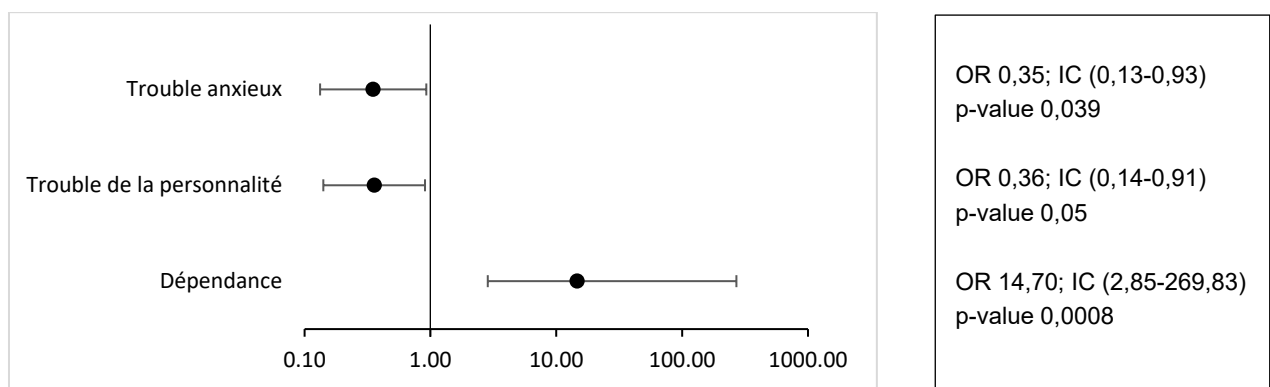


Figure 2 : Orientation vers une consultation avec un psychiatre du service selon la présence de différents critères cliniques.

La Figure 3 reprend les critères cliniques associés à une orientation vers une consultation avec des psychothérapeutes du service utilisant des thérapies d'inspiration psychanalytique. On note que la présence d'un TSPT « simple » est associée avec le fait de ne pas être orienté vers un traitement d'inspiration psychanalytique (OR 0,19 ; IC 0,06-0,55).

La population de l'étude ne comprenant que des patients ayant soit un TSPT soit un TSPT-C, on peut aussi interpréter ce résultat comme : le diagnostic de TSPT-C est positivement associé à l'orientation vers un traitement d'inspiration psychanalytique.

La présence d'un trouble anxieux (OR 3,60 ; IC 1,24-10,47), d'un trouble du comportement alimentaire actif (OR 9,17 ; IC 2,03-49,00), d'un événement traumatique survenu avant l'âge de 18 ans (OR 12,64 ; IC 2,42-232,00) ou

d'événements traumatiques répétés (OR 8,67 ; IC 1,65-160,12) sont associées à une orientation vers un traitement d'inspiration psychanalytique dans le service.

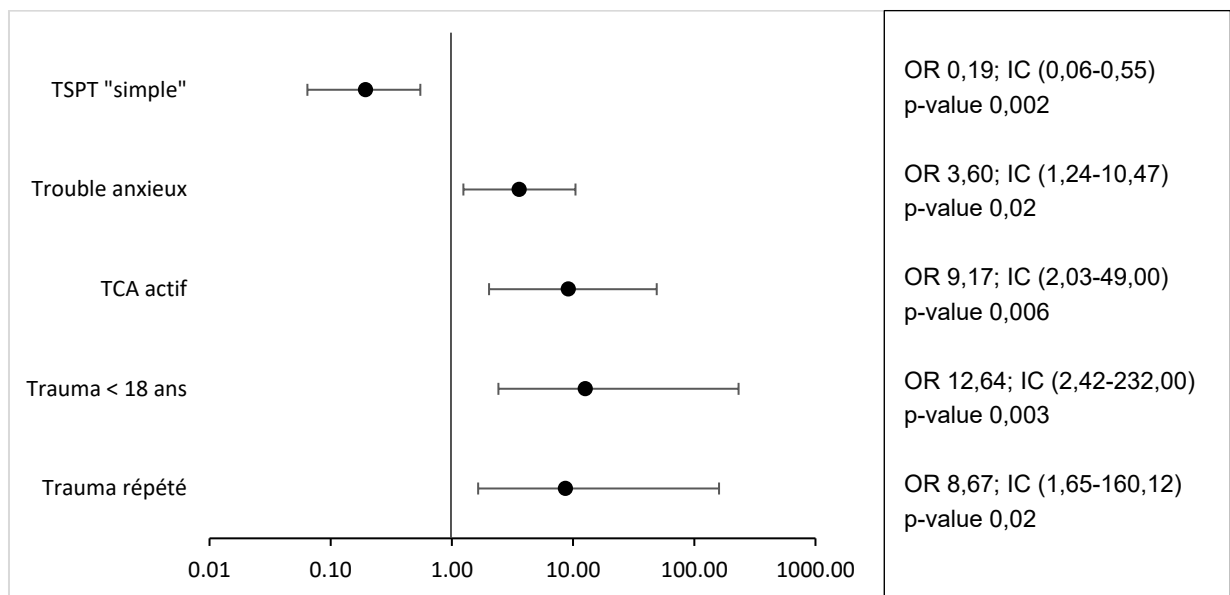


Figure 3 : Orientation vers un traitement d'inspiration psychanalytique dans le service selon la présence de différents critères.

Parmi tous les critères étudiés aucune autre association statistiquement significative n'a été retrouvée avec un type d'orientation spécifique. Ainsi, il n'existe aucune association significative ( $p\text{-value} < 0,05$ ) entre les critères cliniques étudiés et l'orientation vers de l'EMDR ou une autre psychothérapie sans précision. Il en est de même concernant l'orientation vers une association de suivi psychiatrique avec une psychothérapie.

Le détail des critères cliniques étudiés et des résultats obtenus pour tous les sous-groupes d'orientation est disponible en annexe. (Annexe 3 à Annexe 7)

## 5. Objectif secondaire

### a) Évolution de la CGI au cours de la prise en charge

La Figure 4 montre l'évolution de la CGI-S au cours du suivi et la valeur de la CGI-I à 6 mois. A noter que 67 patients n'ont pas de score de CGI-S attribué à la fin de la prise en charge. Parmi ces patients, 27 ont un suivi qui est encore en cours et les autres sont principalement des patients ayant eu une rupture de suivi.

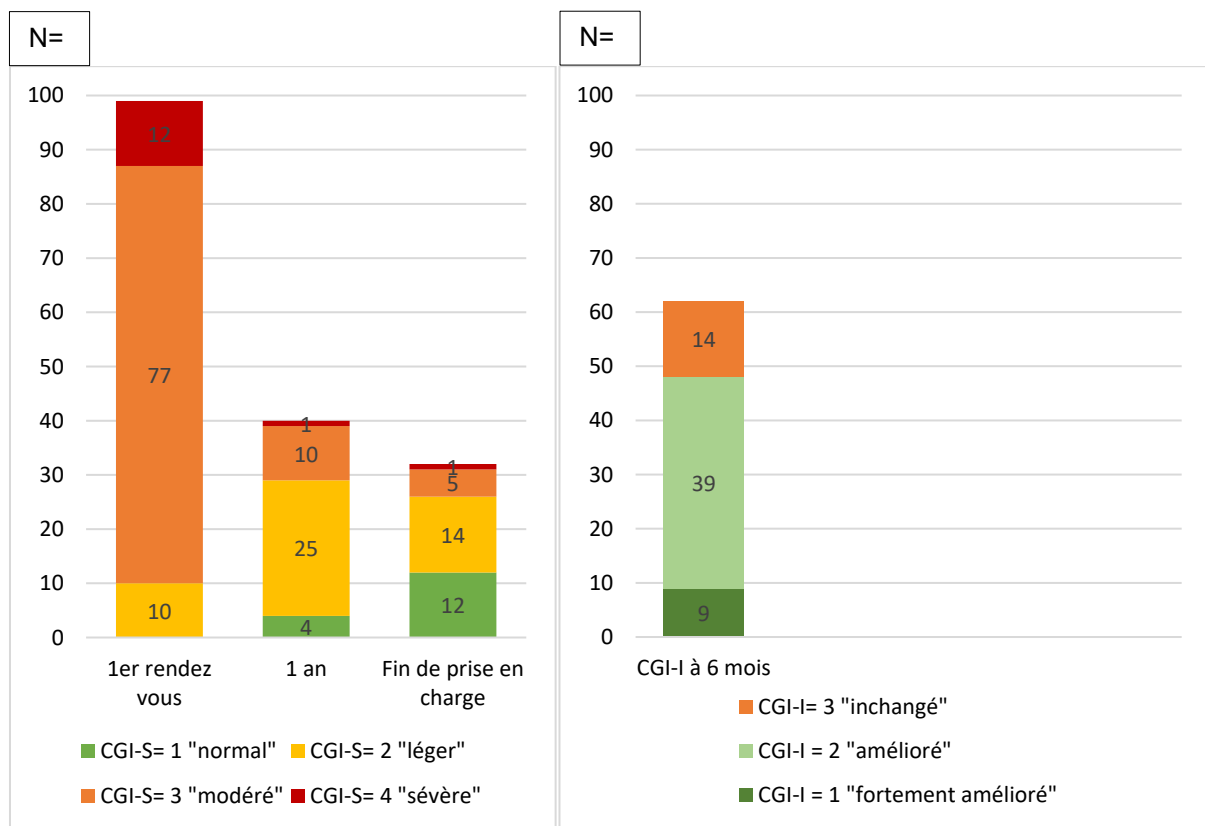


Figure 4 : Évolution de la Clinical Global Impression Severity (CGI-S) au cours du suivi à gauche et valeurs de la Clinical Global Impression Improvement (CGI-I) à 6 mois à droite. Les valeurs au sein du graphique correspondent aux nombres de patients dans chaque catégorie.

La Figure 5 reprend l'évolution de la CGI-S au cours du suivi selon le type suivi dont ont bénéficié les patients. Une partie des patients n'a pas de score attribué pour les mêmes raisons.

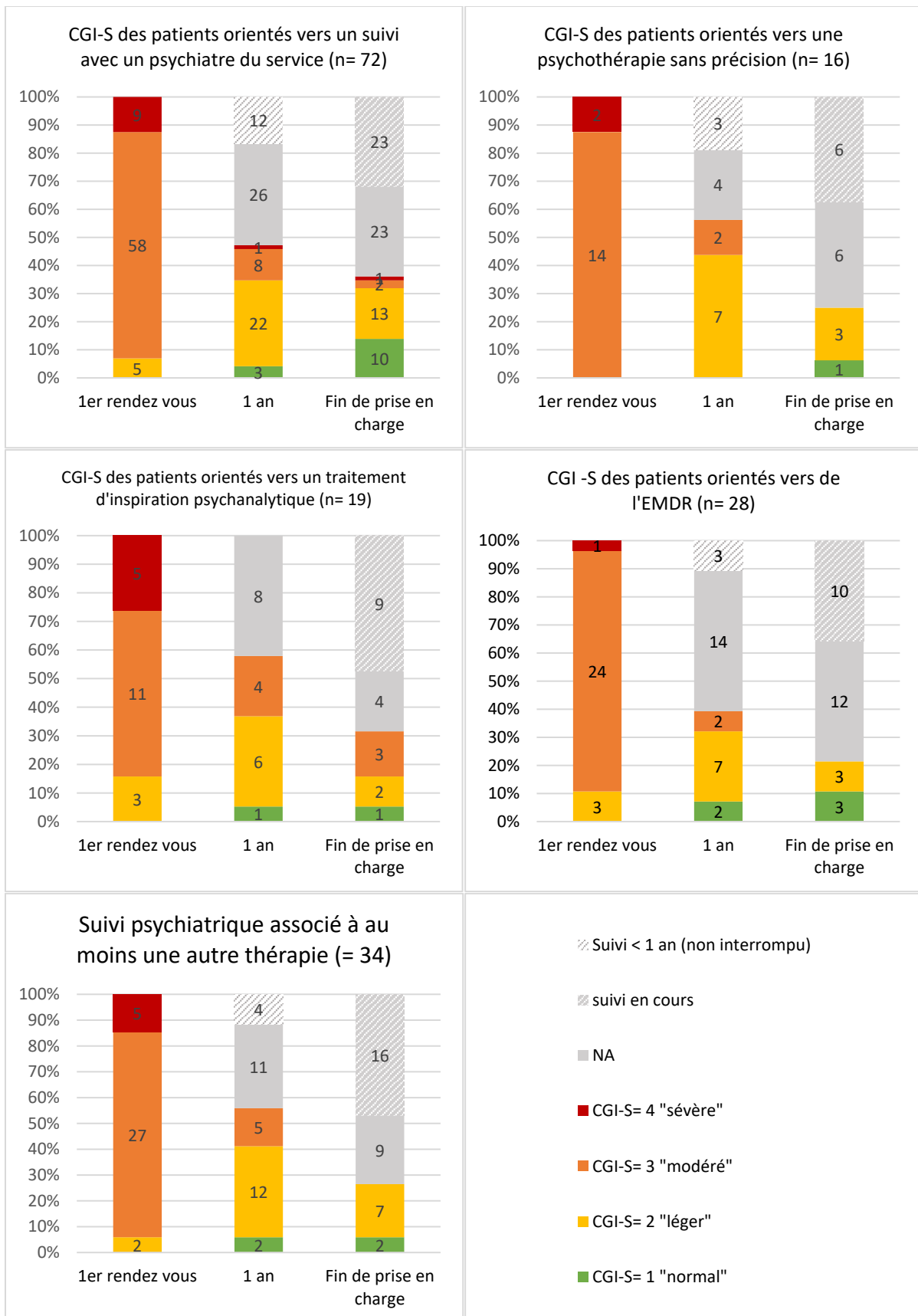


Figure 5 : Évolution de la Clinical Global Impression Severity (CGI-S) au cours du suivi selon les différentes orientations thérapeutiques. Les valeurs au sein du graphique correspondent aux nombres de patients dans chaque catégorie.

La Figure 6 représente l'évolution de la CGI-S selon la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C.

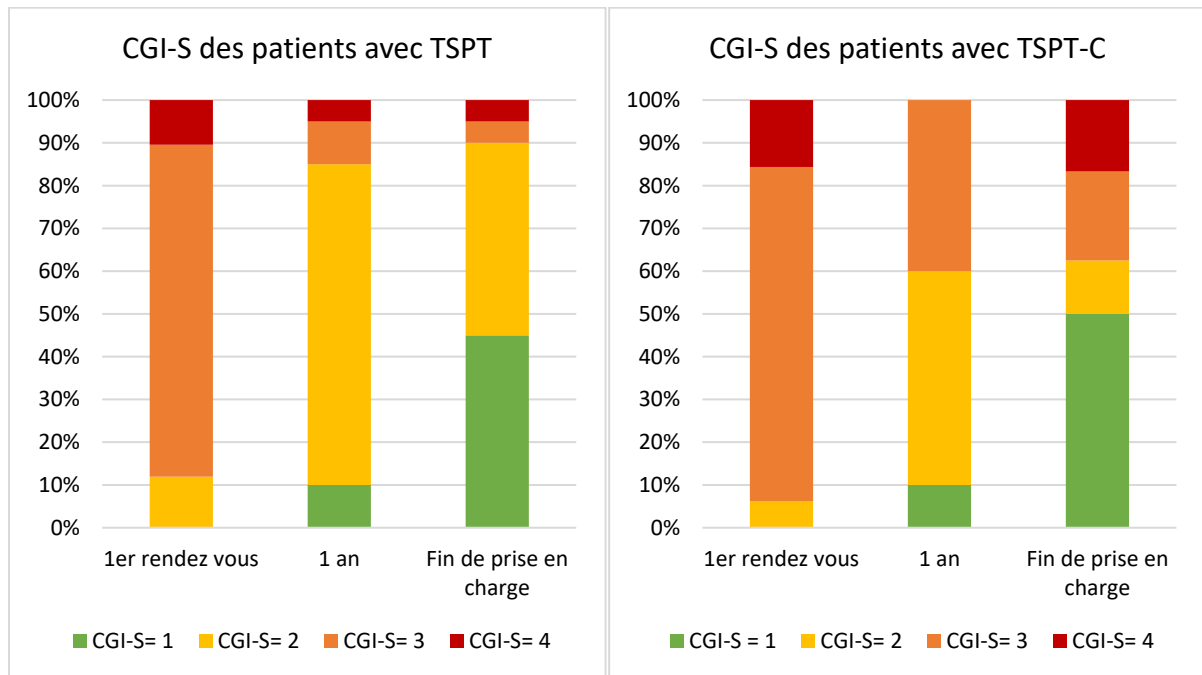


Figure 6 : Évolution de la Clinical Global Impression – Severity (CGI-S) en fonction de la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C.

Un graphique reprenant l'évolution de la CGI-S pour les patients n'ayant reçu qu'un seul type de thérapie au cours de leur suivi est disponible en annexe, ainsi qu'un graphique reprenant les valeurs des CGI-I à 6 mois. (Annexe 8 et Annexe 9)

## **IV. Discussion**

Dans notre étude, certaines comorbidités du TSPT ou du TSPT-C (dépendance, trouble anxieux, trouble de la personnalité) sont significativement associées au choix d'une orientation ou non vers un psychiatre. Par contre, les autres comorbidités étudiées ne sont pas significativement associées à cette orientation thérapeutique (TCA, troubles thymiques et psychotiques).

La présence d'une dépendance est en faveur de l'orientation vers un psychiatre du service, tandis que de façon surprenante la présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble de la personnalité a été retrouvée comme étant en défaveur de l'orientation vers un psychiatre du service. Ce résultat peut probablement s'expliquer par la présence de biais au sein de l'étude.

De plus, le diagnostic positif de TSPT complexe, la présence d'un trouble anxieux ou d'un TCA comorbide ainsi que certaines caractéristiques de l'histoire traumatique du patient comme l'existence de psychotraumatismes répétés ou dans l'enfance sont significativement associés au choix d'une orientation vers un traitement d'inspiration psychanalytique dans le service.

Aucun des critères cliniques étudiés n'a été retrouvé comme significativement associé au fait d'être orienté vers de l'EMDR dans le service ou vers une psychothérapie sans précision au sein ou hors du service, ou vers un suivi par un psychiatre dans le service associé à au moins une autre thérapie.

On constate par ailleurs une nette tendance globale pour tous les groupes à passer d'un score de sévérité clinique CGI-S de « modéré » en début de prise en charge à « léger » au cours du suivi. (Figure 5)

Dans notre étude une proportion différente de comorbidités a été retrouvée en association avec le TSPT et le TSPT-C en comparaison des données de la littérature. Par exemple, il n'a pas été retrouvé de différences notables dans la prévalence des troubles anxieux (44%) et dépressifs (25%) chez les patients avec un TSPT comparé à ceux ayant un TSPT-C. Ceci va à l'encontre des résultats d'une revue de la littérature à ce sujet qui retrouve plus de troubles anxieux et de troubles dépressifs chez les patients avec TSPT-C par rapport aux patients avec TSPT (36). Ici, il est possible que

notre résultat s'explique par un biais d'échantillonnage et par un effectif limité à 32 patients avec TSPT-C et 67 avec TSPT.

Le caractère monocentrique de l'étude et les biais de recrutement ont pu également contribuer à ces résultats, à titre d'exemple une autre étude monocentrique menée dans un centre spécialisé dans le trauma retrouve une répartition des symptômes et des comorbidités plus proches de celles constatées dans notre étude (48). Ils retrouvent une absence de différence significative pour les troubles anxieux entre le groupe TSPT et TSPT-C et des différences similaires aux tendances observées ici (Figure 1). Avec plus d'antécédents de tentative de suicide, de dissociation et de trouble de la personnalité borderline chez les patients avec TSPT-C par rapport aux patients avec TSPT.

Aussi, le taux de dépendances toutes confondues est ici à 27%, ce qui apparaît inférieur au taux indiqué dans la littérature qui s'élève à 59% pour le trouble de l'usage de l'alcool selon une étude précédente. (38)

Ceci tient probablement aux modalités du recueil qui a été effectué sur la base de comptes rendus d'entretiens non systématisés avec de possibles oublis lors de la restitution. La terminologie utilisée a pu également contribuer à des biais d'interprétation. Par exemple certains patients rapportaient des consommations excessives d'alcool sans qu'il soit explicitement mentionné de trouble associé. En cas de doute ces patients n'étaient donc pas cotés comme ayant une dépendance dans le recueil, ce qui a pu contribuer à une prévalence artificiellement basse.

De plus, on soulignera un possible biais de classement ayant conduit à une sous-estimation du taux de TSPT-C lors du recueil rétrospectif. En effet, des patients ont pu être classés à tort comme ayant un diagnostic de TSPT « simple » car le TSPT-C en reprend tous les critères avec des dimensions en plus qui peuvent ne pas avoir été notées dans les dossiers. Cela d'autant plus que les critères stricts de la CIM-11 (19) ont été utilisés et que les termes correspondants sont potentiellement mal connus et donc moins utilisés par certains soignants du service lors de la rédaction des dossiers. A cela on ajoutera que le service n'utilise pas d'échelles validées et de référence pour le diagnostic ou la sévérité. Ces raisons expliqueraient d'ailleurs la discordance entre

les 72% d'évènements traumatiques répétés retrouvés chez les patients et la répartition en faveur du TSPT « simple » à 67% par rapport au TSPT-C à 32%.

Concernant les associations entre la présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble de la personnalité et le fait de ne pas être orienté vers un psychiatre : il est possible que ces résultats soient liés à un biais de confusion. En effet 24,2% de l'ensemble des patients étudiés bénéficient d'un suivi avec un psychiatre en dehors du service. En comparaison, 36% des patients ayant un trouble anxieux et 35,5% des patients ayant un trouble de la personnalité bénéficient d'un tel suivi à l'extérieur du service.

Or, l'existence d'un suivi par un psychiatre hors du service diminue logiquement l'adressage vers un psychiatre au sein du service afin d'éviter un cumul des suivis. Ainsi il est possible que le taux légèrement plus important de patients déjà suivis par un psychiatre à l'extérieur chez les patients avec un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité soit la cause d'une moindre orientation vers les psychiatres du service.

Toujours concernant l'orientation vers un psychiatre du service, l'association la plus forte en sa faveur est la présence d'une dépendance associée au TSPT ou TSPT-C avec un p-value à 0,0008. Ici cela apparaît comme un résultat plus cohérent mais qui doit être nuancé pour les toutes les raisons déjà évoquées plus haut. Avec la particularité que dans ce groupe seuls 11,1% des patients étaient déjà suivis par un psychiatre en dehors du service. Ceci étant encore une fois à l'origine d'un potentiel biais de confusion avec un taux moindre de suivi psychiatrique à l'extérieur dans ce groupe lié à des fluctuations d'échantillonnage. Par ailleurs on peut aussi s'interroger sur la propension des psychiatres du service à interroger plus systématiquement la présence d'une dépendance, ne serait-ce que pour des questions d'interactions médicamenteuses, ce qui pourrait également provoquer une différence artificielle dans la répartition.

Aussi certains critères qualitatifs comme le « readiness », la demande du patient, la disponibilité des thérapies et l'insight n'ont pas été étudiés. Or, un temps d'attente important ou un refus du patient de prendre des médicaments par exemple a pu avoir une influence importante dans le choix d'orientation.

Par ailleurs, cinq associations ont été constatées en faveur de l'orientation vers un traitement psychanalytique.

Globalement, ce sont les patients avec TSPT-C et des traumatismes répétés survenus avant 18 ans et associés à des troubles anxieux et du comportement alimentaire qui étaient orientés de façon privilégiée vers les psychologues du service utilisant des thérapies d'inspiration psychanalytique.

Ces résultats sont intéressants car potentiellement reflets d'une réalité clinique : pour ces patients fortement comorbides avec une histoire traumatique sévère, la thérapie doit être longue, travailler sur la reconstruction de l'histoire biographique et apporter une confrontation à l'histoire traumatique qui est graduelle et non protocolisée en exposition directe (comme l'EMDR ou la TCC).

La thérapie d'inspiration analytique telle que pratiquée à Tenon fait aussi très souvent fonction de thérapie de stabilisation ou est un recours incontournable en cas de refus de traitement médicamenteux. De plus, devant la nécessité d'une thérapie longue, l'accès à une thérapie d'inspiration psychanalytique peut être facilitée par la présence de créneaux de consultations plus nombreux au sein de l'unité. Ces résultats sont en ce sens un reflet des habitudes du service. Aussi, on notera que dans une étude monocentrique sur l'orientation dans les soins des patients avec TSPT en population militaire la question des horaires d'accès aux différentes thérapies a aussi été citée comme facteur pouvant influencer les résultats. (82)

Comme autre source potentielle de biais on signalera que la plupart des patients suivis exclusivement par les psychologues du service n'ont pas de compte rendu informatisés *Orbis*. Ainsi, proportionnellement plus de ces dossiers ont été revus directement avec les psychologues du service. Il se peut que la symptomatologie et les comorbidités rapportées aient été plus fidèles à la réalité que la moyenne des dossiers *Orbis*, notamment via l'utilisation d'une liste reprenant tous les critères d'intérêt pour l'étude. Cela a pu conduire à une majoration de la prévalence de comorbidités par rapport au reste du recueil. On notera aussi le risque de biais de remémoration, le recueil ayant été mené à postériori, parfois plus d'un an après la fin du suivi. On soulignera que d'autres dossiers ont bénéficié d'une relecture avec les psychiatres du service mais dans une proportion moindre, de par la présence de comptes rendus informatisés quasi systématiques.

Une autre remarque peut être faite concernant les registres utilisés afin d'obtenir la liste qui a servi à l'inclusion des patients. Une partie des inclusions a été réalisée à partir d'une feuille d'activité de l'année 2022 reprenant tous les patients cotés F.43.1 (TSPT à la CIM 10). Cette modalité de recueil présente l'inconvénient de n'inclure que les patients toujours suivis en 2022, et exclut automatiquement tous les patients perdus de vue.

Cependant cette limite a pu être compensée par l'utilisation en plus d'un registre du secrétariat répertoriant les patients adressés en consultation dans le service, que ceux-ci soient venus ou non.

Aussi on rappellera l'effectif relativement faible de 99 patients avec de nombreux patients perdus de vue (37,37%).

Le nombre finalement important de patients perdus de vue peut en parti s'expliquer par les modalités du recueil, où un patient était considéré comme perdu de vue si les derniers entretiens notés dans *Orbis* n'indiquaient pas clairement une fin de suivi convenue avec le patient. Certains d'entre eux ont pu être recontactés par téléphone ultérieurement sans que cela n'ait été noté. Cependant on peut s'interroger sur les raisons de ces arrêts de suivi, notamment sur la proportion de ces patients à avoir cessé le suivi en raison d'une amélioration ou d'une aggravation de leur symptomatologie.

Ceci a limité entre autres le suivi de l'évolution de la sévérité clinique globale mesurée par la CGI. De plus l'utilisation d'une échelle CGI-S simplifiée ne comprenant qu'une note de 1 à 4 (normal ; léger ; modéré ; sévère) a contribué au classement d'une vaste majorité des patients (77,78%) dans la catégorie « modéré » au début du suivi. Ceci a pu lisser la répartition des patients, ne rendant plus possible de distinguer une association entre une sévérité clinique plus importante et l'orientation vers un psychiatre. En effet on aurait pu s'attendre à ce qu'une sévérité clinique plus importante favorise l'orientation vers un psychiatre de par la tendance du service à ce qu'une phase de stabilisation (phase 1 de Judith Hermann) soit assurée par les psychiatres avant une thérapie centrée sur le trauma. Ici cette association n'a pas été retrouvée potentiellement pour la raison évoquée ci-dessus.

Aussi l'utilisation de catégories d'orientations dans les soins autorisant l'inclusion de patients dans plusieurs catégories simultanément a pu contribuer à limiter les différences entre les catégories. Ce choix a été fait pour des raisons d'effectifs, de par le taux relativement faible de patient ne recevant qu'un seul type de thérapie/traitement mais aussi avec l'objectif de pouvoir étudier l'ensemble des patients en se rapprochant de leur répartition habituelle dans les soins et en évitant ainsi de sélectionner une population particulière de patients ne recevant qu'une thérapie à la fois.

Enfin sur le plan statistique il existe une inflation du risque alpha de par la répétition des analyses pour chacun des cinq sous-groupes d'orientation retenus, avec donc une majoration du risque de trouver des différences faussement significatives. Aussi les associations retrouvées ne présagent en rien de la taille d'effet de ces associations, car les différences, bien que significatives, ont des intervalles de confiance larges.

Malgré ces limitations notre étude présente comme avantage de n'avoir presque aucun critère d'exclusion, avec une population recrutée au sein d'un service de consultation spécialisé dans le psychotraumatisme en condition « réelle ». L'utilisation des CGI simplifiées donne une possibilité d'évaluer les effets des traitements sur l'évolution des patients ce qui complète l'analyse en conditions pratiques.

De plus il s'agit à notre connaissance de la première étude s'intéressant spécifiquement aux critères cliniques d'orientation dans les soins menée en population civile et incluant à la fois des personnes avec TSPT et TSPT-C.

## **V. Conclusion**

Comme nous avons pu le constater, il existe à ce jour peu d'études sur les critères cliniques influençant en pratique le choix des praticiens dans l'orientation des patients avec un TSPT ou un TSPT-C. Ce constat est surprenant lorsqu'on sait que cette orientation dans les soins est faite quotidiennement par tous les intervenants de santé. En pratique ces choix peuvent s'appuyer sur des connaissances cliniques, des raisons matérielles de faisabilité ou de préférences du patient. Pour autant il serait judicieux de pouvoir mettre à jour de façon rigoureuse des critères identifiables qui influencent plus que d'autres le choix des praticiens.

A cet effet l'étude que nous avons menée a pu en retrouver certains.

Ici des associations apparaissent entre la présence d'un TSPT-C, d'évènements traumatiques répétés ou avant 18 ans, d'un trouble anxieux ou du comportement alimentaire et l'orientation in fine vers un traitement d'inspiration psychanalytique dans le service. Cela tend à objectiver une tendance pour les patients plus lourds à être orientés vers des thérapies moins protocolisées.

Il a aussi été retrouvé une association entre la présence d'une dépendance comorbide et l'orientation vers un psychiatre du service, tandis que la présence d'un trouble comorbide anxieux ou de la personnalité était en défaveur d'une telle orientation.

Il s'agit de résultats originaux car à notre connaissance aucune étude s'intéressant spécifiquement au processus d'orientation des patients avec TSPT ou le TSPT-C n'a été menée en population civile.

Cependant, il est important de souligner que nos résultats ne peuvent pas être généralisés. En effet notre étude a un caractère monocentrique associé à de nombreux biais notamment dus au recueil rétrospectif des données et à un échantillon de petite taille.

L'association retrouvée entre la présence d'un trouble anxieux ou de la personnalité et l'absence d'orientation vers un psychiatre du service est surprenante. Elle s'explique probablement par un biais de confusion, avec un taux plus important de suivi déjà en cours par un psychiatre à l'extérieur du service chez ces patients avec un trouble anxieux ou de la personnalité.

Les autres associations sont également à nuancer car elles peuvent traduire des habitudes ou des caractéristiques propres au service. Par exemple, une meilleure accessibilité des thérapies d'inspiration psychanalytique en comparaison des autres thérapies.

Par ailleurs la séparation des patients en cinq catégories d'orientation dans les soins (psychiatre ; EMDR ; psychothérapie sans précision ; thérapie d'inspiration psychanalytique ; psychiatre dans le service associé à au moins une autre psychothérapie) sans que celles-ci ne soient exclusives l'unes de l'autres a pu contribuer à un lissage des différences entre les catégories.

L'orientation dans les soins ne s'appuie pas seulement sur les caractéristiques propres aux patients, mais également sur les critères liés à la structure de soin et au fournisseur de soins (79). Il faudrait des études plus approfondies à ce sujet pour mieux en comprendre les influences réciproques. Dans le cas du psychotraumatisme il serait intéressant de savoir si la présence d'un TSPT-C amène spontanément les soignants à les orienter vers des thérapies différentes que le TSPT, ici un TSPT-C favorise l'orientation vers une thérapie psychanalytique bien que ce résultat ne soit pas généralisable à ce jour.

Pour autant la mise à jour future d'orientations différentes dans les soins selon la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C pourrait soutenir la distinction nosographique entre le TSPT et le TSPT-C.

Cela pourrait apporter d'autres éléments de réponse au débat actuel sur la pertinence d'une distinction entre le TSPT et le TSPT-C.

## Bibliographie

1. Herman J. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):15.
2. Terr C. Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am J Psychiatry*. 1991;11.
3. 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.
4. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress*. janv 1997;10(1):3-16.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC; 1994.
6. Australian Government. National Health and Medical Research Council. Chapter-7.- CPTSD. In: Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD [Internet]. 2021 [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2022/08/Chapter-7.-CPTSD.pdf>
7. Auxéméry Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *Eur J Trauma Dissociation*. nov 2019;3(4):245-56.
8. Pignol P. Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884). *Inf Psychiatr*. 2014;90(6):415.
9. Josse E. Le vent du boulet des soldats des guerres d'Empire. *Eur J Trauma Dissociation*. mai 2019;3(2):143-5.
10. Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. *Savoir pour soigner: le trouble de stress post-traumatique*. Villers-lès-Nancy: Mona édition SAS; 2017. 488 p.
11. Herman JL. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence: From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books; 1997. 308 p.
12. Fanon F. *Peau noire, masques blancs*. 1952.
13. Karstoft K, Armour C. What we talk about when we talk about trauma: Content overlap and heterogeneity in the assessment of trauma exposure. *J Trauma Stress* [Internet]. 25 sept 2022 [cité 7 déc 2022]; Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22880>
14. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults: (501872017-001) [Internet]. 2017 [cité 23 nov 58

- 2022]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e501872017-001>
15. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2010;168(4):311-9.
  16. American psychiatric association, Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
  17. van der Kolk B, Robert S, Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford JD, et al. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V.
  18. OMS. CIM-10 FR 10 e révision, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.
  19. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2070699808>
  20. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* oct 2017;47(13):2260-74.
  21. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry.* janv 2022;27(1):281-95.
  22. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators\*, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* juin 2004;109(s420):21-7.
  23. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale.* déc 2008;34(6):577-83.
  24. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, Saha TD, Jung J, Zhang H, et al. The Epidemiology of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* août 2016;51(8):1137-48.
  25. Schein J, Houle C, Urganus A, Cloutier M, Patterson-Lomba O, Wang Y, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Curr Med Res Opin.* 2 déc 2021;37(12):2151-61.
  26. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatology.* 27

oct 2017;8(sup5):1353383.

27. Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, Priebe S. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clin Psychol Rev.* avr 2014;34(3):249-55.
28. Sareen J, Henriksen CA, Stein MB, Afifi TO, Lix LM, Enns MW. Common mental disorder diagnosis and need for treatment are not the same: findings from a population-based longitudinal survey. *Psychol Med.* sept 2013;43(9):1941-51.
29. Diamond PR, Airdrie JN, Hiller R, Fraser A, Hiscox LV, Hamilton-Giachritsis C, et al. Change in prevalence of post-traumatic stress disorder in the two years following trauma: a meta-analytic study. *Eur J Psychotraumatology.* 29 juill 2022;13(1):2066456.
30. Hapke U, Schumann A, Rumpf HJ, John U, Meyer C. Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* août 2006;256(5):299-306.
31. Conrad D, Wilker S, Pfeiffer A, Lingenfelder B, Ebalu T, Lanzinger H, et al. Does trauma event type matter in the assessment of traumatic load? *Eur J Psychotraumatology.* 1 janv 2017;8(1):1344079.
32. Ferry F, Bunting B, Murphy S, O'Neill S, Stein D, Koenen K. Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: a consideration of the impact of the 'Troubles'. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* mars 2014;49(3):435-46.
33. 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.* avr 2018;206(4):270-6.
34. 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.* avr 2021;56(4):649-58.
35. Ben-Ezra M, Hyland P, Karatzias T, Maercker A, Hamama-Raz Y, Lavenda O, et al. A cross-country psychiatric screening of ICD-11 disorders specifically associated with stress in Kenya, Nigeria and Ghana. *Eur J Psychotraumatology.* 31 déc 2020;11(1):1720972.
36. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet.* juill 2022;400(10345):60-72.
37. 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. *Depress Anxiety.* mars 2018;35(3):264-74.

38. 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.
39. 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. *Depress Anxiety*. sept 2019;36(9):887-94.
40. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD. Retrieved Sept. 2013;6:2021.
41. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med*. mai 1998;14(4):245-58.
42. Wolf EJ, Miller MW, Kilpatrick D, Resnick HS, Badour CL, Marx BP, et al. *ICD-11* Complex PTSD in U.S. National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations With PTSD. *Clin Psychol Sci*. mars 2015;3(2):215-29.
43. Letica-Crepulja M, Stevanović A, Protuđer M, Grahovac Juretić T, Rebić J, Frančičković T. Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *Eur J Psychotraumatology*. 31 déc 2020;11(1):1716593.
44. Howard A, Agathos JA, Phelps A, Cowlshaw S, Terhaag S, Arjmand HA, et al. Prevalence and treatment implications of ICD-11 complex PTSD in Australian treatment-seeking current and ex-serving military members. *Eur J Psychotraumatology*. 1 janv 2021;12(1):1844441.
45. McGinty G, Fox R, Ben-Ezra M, Cloitre M, Karatzias T, Shevlin M, et al. Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *Eur Psychiatry*. 2021;64(1):e66.
46. Hoeboer CM. Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy? *J Anxiety Disord*. 2021;
47. Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res*. déc 2010;44(16):1190-8.
48. 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:

Correlates of PTSD and CPTSD. *J Trauma Stress*. avr 2018;31(2):174-80.

49. Brenner L, Köllner V, Bachem R. Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *Eur J Psychotraumatology*. 31 déc 2019;10(1):1694766.
50. Longo L, Cecora V, Rossi R, Niolu C, Siracusano A, Di Lorenzo G. Dissociative symptoms in complex post-traumatic stress disorder and in post-traumatic stress disorder. *J Psychopathol*. 2019;25:212-9.
51. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Cloitre M, Karatzias T. The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *J Trauma Dissociation*. 1 janv 2020;21(1):62-72.
52. International Society for Traumatic Stress Studies. *ISTSS Prevention Treatment Guidelines*. 2019.
53. Chaillou–Cheisson PH. Le trouble du stress post-traumatique complexe: quelles caractéristiques et quelle prise en charge? Une revue de la littérature.
54. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC; 1952.
55. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed)*. Washington, DC; 1968.
56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC; 1980.
57. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd rev ed)*. Washington, DC; 1987.
58. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed-text rev)*. Washington, DC; 2000.
59. National Institute for Health and Care Excellence. *Post Traumatic Stress Disorder Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults [Internet]*. NICE; 2018 [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG116>
60. VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2017;200.
61. Haute Autorité de Santé. *Affections psychiatriques de longue durée. Guide médecin troubles anxieux*. [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)

62. Estelle L. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques. 2020;17.
63. Australian Government. National Health and Medical Research Council. Chapter-1.- Introduction. In: Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD [Internet]. 2021 [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2022/07/Chapter-1.-Introduction.pdf>
64. Australian Government. National Health and Medical Research Council. PTSD-Guidelines-Chapter-6-Treatment-recommendations. In: Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2022/11/PTSD-Guidelines-Chapter-6-Treatment-recommendations.pdf>
65. International Society for Traumatic Stress Studies. ISTSS\_CPTSD-Position-Paper-(Adults) [Internet]. [cité 2 déc 2022]. 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)
66. 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):e1003262.
67. 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.* août 2019;49(11):1761-75.
68. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). 2013;
69. Bækkelund H, Endsjø M, Peters N, Babaii A, Egeland K. Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *Eur J Psychotraumatology.* 19 déc 2022;13(2):2116827.
70. 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.* déc 2018;138(6):536-46.
71. 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? *J Anxiety Disord.* mai 2021;80:102388.

72. 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 Psychotraumatology.* 31 déc 2020;11(1):1783955.

73. Courtois CA, Ford JD, éditeurs. *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide.* New York: Guilford Press; 2009. 488 p.

74. Purnell LR, Graham ACJ, Bloomfield MAP, Billings J. Reintegration interventions for CPTSD: a systematic review. *Eur J Psychotraumatology.* 1 janv 2021;12(1):1934789.

75. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, van Minnen A, Lee CW, Monson CM, et al. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults: Review: Treatment Guidelines Complex PTSD. *Depress Anxiety.* mai 2016;33(5):359-69.

76. van Vliet NI, Huntjens RJC, van Dijk MK, Bachrach N, Meewisse ML, de Jongh A. Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BJPsych Open.* nov 2021;7(6):e211.

77. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* août 2010;167(8):915-24.

78. Yücel DE, van Emmerik AAP, Souama C, Lancee J. Comparative efficacy of imagery rehearsal therapy and prazosin in the treatment of trauma-related nightmares in adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev.* avr 2020;50:101248.

79. Ranney RM, Cordova MJ, Maguen S. A review of the referral process for evidence-based psychotherapies for PTSD among veterans. *Prof Psychol Res Pract.* juin 2022;53(3):276-85.

80. Possemato K, Ouimette P, Lantinga LJ, Wade M, Coolhart D, Schohn M, et al. Treatment of Department of Veterans Affairs primary care patients with posttraumatic stress disorder. *Psychol Serv.* mai 2011;8(2):82-93.

81. Shiner B, Tang C, Trapp AC, Konrad R, Bar-On I, Watts BV. The provision of mental health treatment after screening: exploring the relationship between treatment setting and treatment intensity. *Gen Hosp Psychiatry.* déc 2014;36(6):581-8.

82. Mott JM, Barrera TL, Hernandez C, Graham DP, Teng EJ. Rates and predictors of referral for individual psychotherapy, group psychotherapy, and medications among Iraq and Afghanistan veterans with PTSD. *J Behav Health Serv Res.* avr 2014;41(2):99-109.

83. Brawer PA, Brugh AMT, Martielli RP, O'Connor SP, Mastnak J, Scherrer JF, et al.

Enhancing entrance into PTSD treatment for post-deployment veterans through collaborative/integrative care. *Transl Behav Med.* déc 2011;1(4):609-14.

84. Keller SM, Tuerk PW. Evidence-based psychotherapy (EBP) non-initiation among veterans offered an EBP for posttraumatic stress disorder. *Psychol Serv.* 2016;13(1):42-8.

85. Osei-Bonsu PE, Bolton RE, Wiltsey Stirman S, Eisen SV, Herz L, Pellowe ME. Mental Health Providers' Decision-Making Around the Implementation of Evidence-Based Treatment for PTSD. *J Behav Health Serv Res.* avr 2017;44(2):213-23.

86. Barnett E, Bernardy N, Jenkyn A, Parker L, Lund B, Alexander B, et al. Prescribing Clinicians' Perspectives on Evidence-Based Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Behav Sci.* 21 oct 2014;4(4):410-22.

87. Maguen S, Holder N, Li Y, Madden E, Neylan TC, Seal KH, et al. Factors associated with PTSD symptom improvement among Iraq and Afghanistan veterans receiving evidenced-based psychotherapy. *J Affect Disord.* août 2020;273:1-7.

88. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; 1976. 612 p.

## **Annexes**

## **Annexe 1: Descriptif général de la population étudiée.**

Variable	N	%*
Age en année lors du soin	99	33.96 (16 ;68)
<b>Total</b>	99	100%
<b>Sexe</b>		
Masculin	14	14.14 %
Féminin	85	85.86 %
<b>Origine de la demande d'évaluation dans le service</b>		
Associations	5	5,05 %
Internet/les patients eux même	4	4,04 %
Urgences	10	10,1 %
Psychiatres tous confondus	33	33,3 %
Psychiatre hors CMP	16	16,16 %
CMP	8	8,08 %
CSAPA	1	1,01 %
Hôpital psychiatrique	8	8,08 %
Plateforme Hôtel Dieu	26	26,26 %
Médecin traitant	9	9,09 %
Médecine non psychiatrique	2	2,02 %
UMJ	2	2,02 %
Psychologues	3	3,03 %
Autres	1	1,01 %
NA	4	4,04 %
<b>Type d'évènement traumatique</b>		
Unique	27	27.27 %
Répété	72	72.73 %
Non intentionnel	12	12.12 %
Intentionnel	91	91.92 %
Avant 18 ans	65	65.66 %
Après ou à 18 ans	74	74.75 %
Avant et après 18 ans	40	40.4 %

**Symptomatologie**

Critère D, altération cognitive	80	80.81 %
Dissociation	39	39.39 %
Symptômes somatoformes	19	19.19 %
Idées suicidaires	19	19.19 %
Automutilation	3	3.03 %
ATCD de tentative de suicide	26	26.26 %
<b>Toxiques</b>	<b>37</b>	<b>37.37 %</b>
Alcool	20	20.2 %
Tabac	18	18.18 %
Cannabis	10	10.1 %
Cocaïne	9	9.09 %
MDMA	1	1.01 %
Autres	4	4.04 %
Dépendance	27	27.27 %
ATCD de TCA	9	9.09 %
TCA actif	8	8.08 %
ATCD EDC	15	15.15 %
<b>Trouble thymique</b>	<b>44</b>	<b>44.44 %</b>
EDC	44	44.44 %
Trouble Bipolaire	2	2.02 %
Dysthymie	1	1.01 %
<b>Trouble de la personnalité</b>	<b>31</b>	<b>31.31 %</b>
Borderline	20	20.2 %
<b>Trouble psychotique</b>	<b>1</b>	<b>1.01 %</b>
Schizophrénie	1	1.01 %
<b>Trouble anxieux</b>	<b>25</b>	<b>25.25 %</b>
Trouble panique	2	2.02 %
TAG	8	8.08 %
Phobie sociale	7	7.07 %
TOC	3	3.03 %
Trouble dissociatif	1	1.01 %
Trouble somatoforme	5	5.05 %
Autre trouble anxieux	8	8.08 %

<b>Traitement médicament</b>	87	87.88 %
Thymoregulateur	7	7.07 %
Antipsychotique	31	31.31 %
Antidépresseur	72	72.73 %
Adictolytique	3	3.03 %
Anxiolytique hors benzodiazépine et antipsychotique	33	33.33 %
Benzodiazépine	26	26.26 %
Hypnotiques	23	23.23 %
Prazosine	6	6.06 %

### **Antécédent de suivi**

ATCD de consultation Psychiatrique Hors Tenon	27	27.27 %
ATCD d'EMDR	7	7.07 %
ATCD d'Hospitalisation	14	14.14 %
ATCD de suivi psychanalytique	3	3.03 %
ATCD de psychothérapie sans précision	23	23.23 %
Consultation psychiatrique en cours hors Tenon	24	24.24 %
EMDR en cours hors service	1	1.01 %
Psychothérapie sans précision en cours hors Tenon	15	15.15 %

### **Orientation du patient au cours du suivi, après le 1<sup>er</sup> rendez vous**

Orienté vers un psychiatre du service	72	72.73 %
EMDR	28	28.28 %
Orienté vers psychothérapie sans précision dans ou hors du service, inclut les TCC (exclu les traitements psychanalytiques lorsque précisé)	16	16%
TCC	7	7.07 %
Hospitalisation	15	15.15 %
Traitement d'inspiration psychanalytique	19	19.19 %
Psychothérapie sans précision	7	7.07 %
Orienté vers psychothérapie hors Tenon	5	5.05 %
Groupe	3	3.03 %
Pas de nouveau suivi	4	4.04 %
Indéterminé	1	1,01 %

### **Évolution clinique**

#### **CGI Severity initiale**

1, normal	0	0%
2, léger	10	10.1 %

3, modéré	77	77.78 %
4, sévère	12	12.12 %
<b>CGI Improvement à 6 mois</b>		
1, fortement amélioré	9	9.09 %
2, amélioré	39	39.39 %
3, inchangé	14	14.14 %
4, pire	0	0%
NA	37	37.37 %
<b>CGI Severity à 1 an</b>		
1, normal	4	4.04 %
2, léger	25	25.25 %
3, modéré	10	10.1 %
4, sévère	1	1.01 %
NA	59	59.6 %
<b>CGI Severity en fin de prise en charge</b>		
1, normal	12	12.12 %
2, léger	14	14.14 %
3, modéré	5	5.05 %
4, sévère	1	1.01 %
NA	67	67.68 %
Suivi interrompu	37	37,37%
Soins en cours	27	27,27%
TSPT complexe	32	32.32 %
TSPT « simple »	67	67.68 %
Durée du suivi en mois	99	11.53 (0 ;38)

\*ou moyenne (min ; max) si variable quantitative

## **Annexe 2: Descriptif général selon la présence d'un TSPT ou d'un TSPT-C.**

Variable	TSPT Complexe (n=32)		TSPT « Simple » (n=67)	
	N	%*	N	%*
Age en année lors du soin	32	32.94 (17 ; 68)	67	34.45 (16 ; 65)
<b>Sexe</b>				
Masculin	0	0%	14	20.9 %
Féminin	32	100%	53	79.1 %
<b>Origine de la demande d'évaluation dans le service</b>				
Associations	1	3,12 %	4	5,97 %
Internet/les patients eux même	1	3,12 %	3	4,48 %
Urgences	5	15,62 %	5	7,46 %
Psychiatres tous confondus	13	40,62 %	20	29,85 %
Psychiatre hors CMP	7	21,87 %	9	13,43 %
CMP	0	0 %	8	11,94 %
CSAPA	1	3.12 %	0	0%
Hôpital psychiatrique	5	15,62 %	3	4,48 %
Plateforme Hôtel Dieu	9	28.12 %	17	25.37 %
Médecin traitant	1	3.12 %	8	11.94 %
Médecine non psychiatrique	0	0%	2	2,98 %
UMJ	0	0%	2	2,98 %
Psychologues	1	3,12 %	2	2,98 %
Autres	0	0 %	1	1,49 %
NA	1	3,12 %	3	4,48 %
<b>Type d'évènement traumatique</b>				
Unique	1	3.12 %	26	38.81 %
Répété	31	96.88 %	41	61.19 %
Non intentionnel	1	3.12 %	11	16.42 %
Intentionnel	32	100%	59	88.06 %
Avant 18 ans	29	90.62 %	36	53.73 %
Après ou à 18 ans	21	65.62 %	53	79.1 %
Avant et après 18 ans	18	56.25 %	22	32.84 %

## Symptomatologie

Critère D, altération cognitive	29	90.62 %	51	76.12 %
Dissociation	17	53.12 %	22	32.84 %
Problème de régulation des affects			7	10.45 %
Auto dévalorisation			26	38.81 %
Difficultés interpersonnelles			21	31.34 %
Symptômes somatoformes	8	25%	11	16.42 %
Idées suicidaires	8	25%	11	16.42 %
Automutilation	2	6.25 %	1	1.49 %
ATCD de tentative de suicide	14	43.75 %	12	17.91 %
<b>Toxiques</b>	16	50%	21	31.34 %
Alcool	11	34.38 %	9	13.43 %
Tabac	7	21.88 %	11	16.42 %
Cannabis	5	15.62 %	5	7.46 %
Cocaïne	4	12.5 %	5	7.46 %
MDMA	0	0%	1	1.49 %
Autres	0	0%	4	5.97 %
Dépendance	8	25%	19	28.36 %
ATCD TCA	5	15.62 %	4	5.97 %
TCA actif	5	15.62 %	3	4.48 %
ATCD EDC	10	31.25 %	5	7.46 %
<b>Trouble thymique</b>	14	43.75 %	30	44.78 %
EDC	13	40.62 %	31	46.27 %
Trouble Bipolaire	1	3.12 %	1	1.49 %
Dysthymie	1	3.12 %	0	0%
<b>Trouble de la personnalité</b>	18	56.25 %	13	19.4 %
Borderline	15	46.88 %	5	7.46 %
<b>Trouble psychotique</b>	0	0%	1	1.49 %
Schizophrénie	0	0%	1	1.49 %
<b>Trouble anxieux</b>	8	25%	17	25.37 %
Trouble panique	0	0%	2	2.99 %
TAG	3	9.38 %	5	7.46 %
Phobie sociale	2	6.25 %	5	7.46 %

TOC	1	3.12 %	2	2.99 %
Trouble dissociatif	0	0%	1	1.49 %
Trouble Somatoforme	2	6.25 %	3	4.48 %
Autre trouble anxieux	4	12.5 %	4	5.97 %

<b>Traitement médicament</b>	29	90.62 %	58	86.57 %
Thymoregulateur	6	18.75 %	1	1.49 %
Antipsychotique	11	34.38 %	20	29.85 %
Antidépresseur	27	84.38 %	45	67.16 %
Adictolytique	2	6.25 %	1	1.49 %
Anxiolytique hors benzodiazépine et antipsychotique	11	34.38 %	22	32.84 %
Benzodiazépine	10	31.25 %	16	23.88 %
Hypnotiques	7	21.88 %	16	23.88 %
Prazosine	3	9.38 %	3	4.48 %

#### **Antécédent de suivi**

ATCD de consultation Psychiatrique Hors Tenon	14	43.75 %	13	19.4 %
ATCD EMDR	5	15.62 %	2	2.99 %
ATCD Hospitalisation	11	34.38 %	3	4.48 %
ATCD suivi psychanalytique	0	0%	3	4.48 %
ATCD psychothérapie sans précision	12	37.5 %	11	16.42 %
Cs psychiatrique en cours hors Tenon	10	31.25 %	14	20.9 %
EMDR en cours hors service	0	0%	1	1.49 %
Psychothérapie sans précision en cours hors Tenon	7	21.88 %	8	11.94 %

#### **Orientation du patient après le 1<sup>er</sup> rendez vous**

Orienté vers Cs psychiatre du service	21	65.62 %	51	76.12 %
EMDR	8	25%	20	29.85 %
Orienté vers psychothérapie sans précision dans ou hors du service, inclut les TCC (exclu les traitements psychanalytiques lorsque précisé)	4	13%	12	18%
TCC	0	0%	7	10.45 %
Hospitalisation	7	21.88 %	8	11.94 %
Traitement d'inspiration psychanalytique	12	37.5 %	7	10.45 %
Psychothérapie sans précision	3	9.38 %	4	5.97 %
Orienté vers psychothérapie hors Tenon	1	3.12 %	4	5.97 %
Groupe	1	3.12 %	2	2.99 %
Pas de nouveau suivi	2	6.25 %	2	2.99 %
N/A	0	0%	1	1,49 %

## Évolution clinique

---

### CGI Severity initiale

1, normal	0	0%	0	0%
2, léger	2	6.25 %	8	11.94 %
3, modéré	25	78.12 %	52	77.61 %
4, sévère	5	15.62 %	7	10.45 %

### CGI Improvement à 6 mois

1, fortement amélioré	1	3.12 %	8	11.94 %
2, amélioré	17	53.12 %	22	32.84 %
3, inchangé	5	15.62 %	9	13.43 %
4, pire	0		0	
N/A	9	28.12 %	28	41.79 %

### CGI Severity à 1 an

1, normal	2	6.25 %	2	2.99 %
2, léger	10	31.25 %	15	22.39 %
3, modéré	8	25%	2	2.99 %
4, sévère	0	0%	1	1.49 %
N/A	12	37.5 %	47	70.15 %

### CGI Severity en fin de prise en charge

1, normal	3	9.38 %	9	13.43 %
2, léger	5	15.62 %	9	13.43 %
3, modéré	4	12.5 %	1	1.49 %
4, sévère	0	0%	1	1.49 %
N/A	20	62.5 %	47	70.15 %

Suivi interrompu	9	28.12 %	28	41.8 %
Soins en cours	11	34.38 %	16	23.88 %

Durée du suivi en mois	32	15.06	67	9.843
		(0 ;38)		(0 ;37)

\*ou moyenne (min ; max) si variable quantitative

**Annexe 3: Association des critères cliniques avec l'orientation ou non vers un psychiatre dans le service.**

Variable	Non orienté vers un psychiatre (n=27)		Orienté vers un psychiatre (n=72)		p-value**	OR (ICinf;ICsup)
	N	%*	N	%*		
Age lors du soin	27	34.19 (17;68)	72	33.88 (16;65)	0.92	
<b>Sexe</b>						
Masculin	3	11.11 %	11	15.28 %	0.75	
Féminin	24	88.89 %	61	84.72 %		
<b>Type d'événement traumatique</b>						
Unique	6	22.22 %	21	29.17 %	0.62	
Répété	21	77.78 %	51	70.83 %		
Non intentionnel	4	14.81 %	8	11.11 %	0.73	
Intentionnel	24	88.89 %	67	93.06 %	0.68	
Avant 18 ans	20	74.07 %	45	62.50 %	0.35	
Après ou à 18 ans	19	70.37 %	55	76.39 %	0,61	
Avant et après 18 ans	12	44.44 %	28	38.89 %	0.65	
<b>Symptomatologie</b>						
Dissociation	15	55.56 %	24	33.33 %	0.064	
Symptômes somatoformes	3	11.11 %	16	22.22 %	0.26	
Idées suicidaires	3	11.11 %	16	22.22 %	0.26	
<b>Comorbidités</b>						
TCA actif	4	14.81 %	4	5.56 %	0.21	
Dépendance	1	3.7 %	26	36.11 %	0.0008	14,70 (2,85;269,83)
Trouble thymique	11	40.74 %	33	45.83 %	0.82	
Trouble de la personnalité	13	48.15 %	18	25%	0.050	0,36 (0,14;0,91)
Trouble psychotique	0	0%	1	1.39 %	1.00	

Trouble anxieux	11	40.74 %	14	19.44 %	0.039	0,35 (0,13;0,93)
<b>CGI Severity initiale</b>						
1, normal	0		0			
2, léger	5	18.52 %	5	6.94 %	0.25	
3, modéré	19	70.37 %	58	80.56 %		
4, sévère	3	11.11 %	9	12.5 %		
TSPT Complexe	11	40.74 %	21	29.17 %	0.34	
TSPT « simple »	16	59.26 %	51	70.83 %		

\*ou moyenne (min;max) si variable quantitative

\*\*Test de exact de fisher (test de student si variable quantitative)

**Annexe 4 : Association des critères cliniques avec l'orientation ou non vers un traitement par EMDR.**

Variable	Non orienté vers de l'EMDR (n=71)		Orienté vers de l'EMDR (n=28)		p-value
	N	%*	N	%*	
Age lors du soin	71	34.41 (17;68)	28	32.82 (16;60)	0.58
<b>Sexe</b>					
Masculin	11	15.49 %	3	10.71 %	0.75
Féminin	60	84.51 %	25	89.29 %	
<b>Type d'événement traumatique</b>					
Unique	19	26.76 %	8	28.57 %	1.00
Répété	52	73.24 %	20	71.43 %	
Non intentionnel	7	9.86 %	5	17.86 %	0.31
Intentionnel	67	94.37 %	24	85.71 %	0.22
Avant 18 ans	47	66.2 %	17	60.71 %	0.65
Après ou à 18 ans	52	73.24 %	19	67.86 %	0.63
Avant et après 18 ans	29	40.85 %	10	35.71 %	0.82
<b>Symptomatologie</b>					
Dissociation	28	39.44 %	11	39.29 %	1.00
Symptômes somatoformes	16	22.54 %	3	10.71 %	0.26
Idées suicidaires	13	18.31 %	6	21.43 %	0.78
<b>Comorbidités</b>					
TCA actif	7	9.86 %	1	3.57 %	0.43
Dépendance	20	28.17 %	7	25%	0.81
Trouble thymique	29	40.85 %	15	53.57 %	0.27
Trouble de la personnalité	21	29.58 %	10	35.71 %	0.63
Trouble psychotique	1	1.41 %	0	0%	1.00
Trouble anxieux	21	29.58 %	4	14.29 %	0.13

<b>CGI Severity initiale</b>					
1, normal	0		0		
2, léger	7	9.86 %	3	10.71 %	0.28
3, modéré	53	74.65 %	24	85.71 %	0.28
4, sévère	11	15.49 %	1	3.57 %	
TSPT Complexe	24	33.8 %	8	28.57 %	0.81
TSPT "simple"	47	66.2 %	20	71.43 %	

\*ou moyenne (min;max) si variable quantitative

\*\*Test de exact de fisher (test de student si variable quantitative)

**Annexe 5 : Association des critères cliniques avec l'orientation ou non vers une psychothérapie sans précision dans ou hors du service (inclut les TCC et exclut les traitements d'inspiration psychanalytiques lorsqu'ils sont précisés).**

Variable	Non orienté vers psychothérapie sans précision (n=83)		Orienté vers psychothérapie sans précision (n=16)		p-value
	N	%*	N	%*	
Age lors du soin	83	34.12 (16;68)	16	33.12 (18;60)	0.73
<b>Sexe</b>					
Masculin	12	14.46 %	2	12.5 %	1.00
Féminin	71	85.54 %	14	87.5 %	
<b>Type d'événement traumatique</b>					
Unique	20	24.1 %	7	43.75 %	0.13
Répété	63	75.9 %	9	56.25 %	
Non intentionnel	10	12.05 %	2	12.5 %	1.00
Trauma intentionnel	76	91.57 %	15	93.75 %	1.00
Avant 18 ans	56	67.47 %	8	50%	0.25
Après ou à 18 ans	58	69.88 %	13	81.25 %	0.55
Avant et après 18 ans	33	39.76 %	6	37.5 %	1.00
<b>Symptomatologie</b>					
Dissociation	33	39.76 %	6	37.5 %	1.00
Symptômes somatoforme	18	21.69 %	1	6.25 %	0.30
Idées suicidaires	17	20.48 %	2	12.5 %	0.73
<b>Comorbidités</b>					
TCA actif	6	7.23 %	2	12.5 %	0.61
Dépendance	22	26.51 %	5	31.25 %	0.76
Trouble thymique	37	44.58 %	7	43.75 %	1.00
Trouble de la personnalité	24	28.92 %	7	43.75 %	0.25

Trouble psychotique	1	1.2 %	0	0%	1.00
Trouble anxieux	21	25.3 %	4	25%	1.00
<b>CGI Severity initiale</b>					
1, normal	0		0		
2, léger	10	12.05 %	0	0%	0.49
3, modéré	63	75.9 %	14	87.5 %	
4, sévère	10	12.05 %	2	12.5 %	
TSPT Complexe	28	33.73 %	4	25%	0.57
TSPT "simple"	55	66.27 %	12	75%	

\*ou moyenne (min;max) si variable quantitative

\*\*Test de exact de fisher (test de student si variable quantitative)

**Annexe 6 : Association des critères cliniques avec l'orientation ou non vers un traitement d'inspiration psychanalytique.**

Variable	Non orienté vers un traitement d'inspiration psychanalytique (n=80)		Orienté vers un traitement d'inspiration psychanalytique (n=19)		p-value**	OR (ICinf;ICsup)
	N	%*	N	%*		
Age lors du soin	80	34.38 (16;65)	19	32.21 (18;68)	0.51	
<b>Sexe</b>						
Masculin	14	17.5 %	0	0%	0.065	
Féminin	66	82.5 %	19	100%		
<b>Type d'événement traumatique</b>						
Unique	26	32.5 %	1	5.26 %	0.020	8,67 (1,65 ;160,12)
Répété	54	67.5 %	18	94.74 %		
Non intentionnel	11	13.75 %	1	5.26 %	0.45	
Intentionnel	73	91.25 %	18	94.74 %	1.00	
Avant 18 ans	46	57.5 %	18	94.74 %	0.002	13,30(2,55 ; 245,16)
Après ou à 18 ans	60	75%	11	57.89 %	0.16	
Avant et après 18 ans	29	36.25 %	10	52.63 %	0.20	
<b>Symptomatologie</b>						
Dissociation	28	35%	11	57.89 %	0.075	2,55 (0,93 ;7,31)
Symptômes somatoformes	16	20%	3	15.79 %	1.00	
Idées suicidaires	16	20%	3	15.79 %	1.00	
<b>Comorbidités</b>						
TCA actif	3	3.75 %	5	26.32 %	0.006	9,17 (2,03 ;49,00)
Dépendance	24	30%	3	15.79 %	0.26	
Trouble thymique	35	43.75 %	9	47.37 %	0.80	

Trouble de la personnalité	22	27.5 %	9	47.37 %	0.11	
Trouble psychotique	1	1.25 %	0	0%	1.00	
Trouble anxieux	16	20%	9	47.37 %	0.020	3,60 (1,24 ;10,47)
<b>CGI Severity initiale</b>						
1, normal	0		0			
2, léger	7	8.75 %	3	15.79 %	0.11	
3, modéré	66	82.5 %	11	57.89 %		
4, sévère	7	8.75 %	5	26.32 %		
TSPT Complexe	20	25%	12	63.16 %	0.002	0,19 (0,06 ;0,55)
TSPT "simple"	60	75%	7	36.84 %		

\*ou moyenne (min;max) si variable quantitative

\*\*Test de exact de fisher (test de student si variable quantitative)

**Annexe 7 : Association des critères cliniques avec l'orientation ou non vers un psychiatre dans le service associé à au moins une autre psychothérapie (psychothérapie sans précision ou EMDR ou thérapie d'inspiration psychanalytique).**

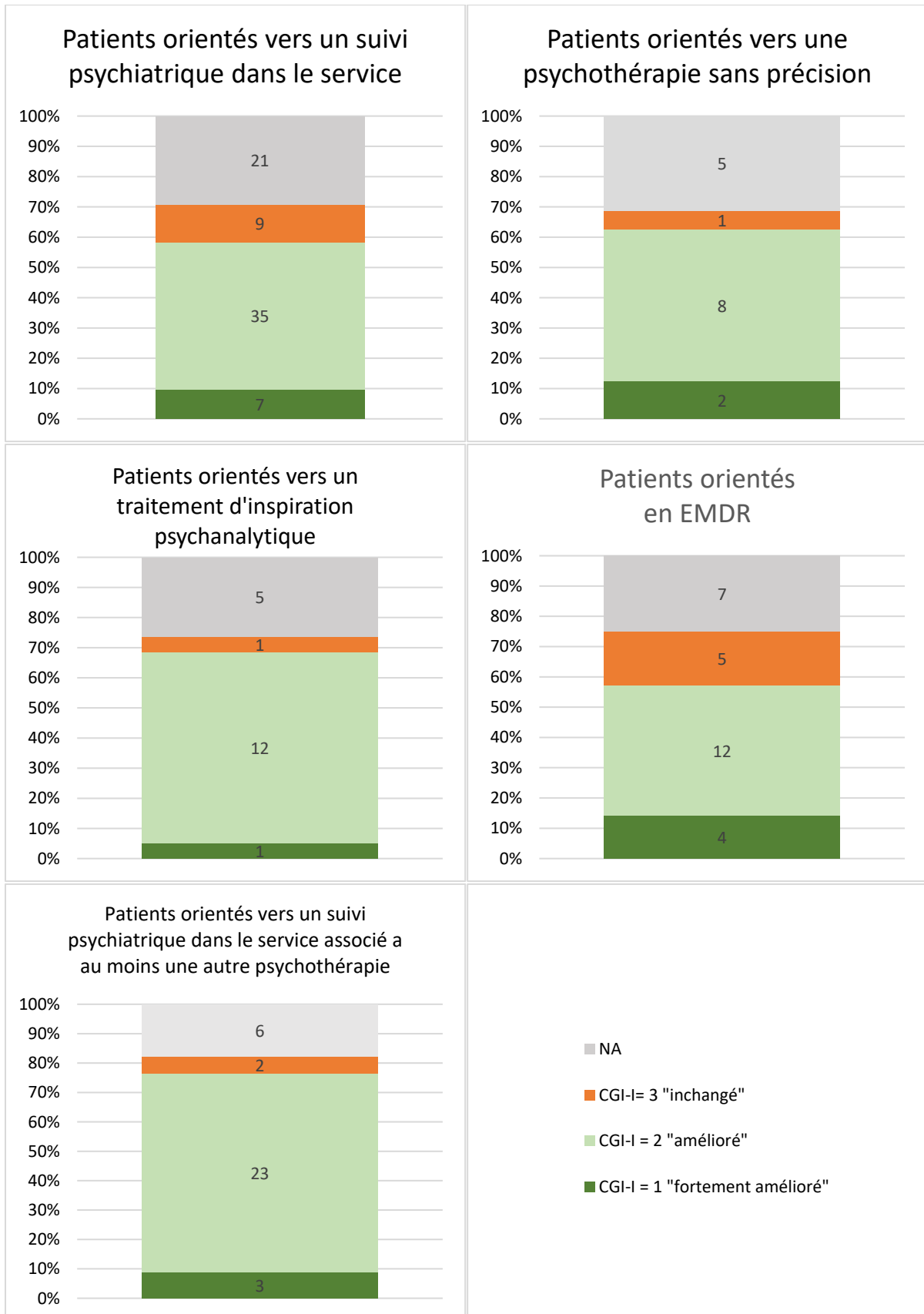
Variable	Non orienté vers un suivi psychiatrique dans le service associé a au moins une autre thérapie (n=65)		Orienté vers un suivi psychiatrique dans le service associé a au moins une autre thérapie (n=34)		p-value**	OR (ICinf;ICsup)
	N	%*	N	%*		
Age lors du soin	99	31.23 (16 ;60)		35.38 (16 ;60)	0.09	0.97 (0.93 ;1.00)
<b>Sexe</b>						
Masculin	12	18.46 %	2	5.88 %	0.13	
Féminin	53	81.54 %	32	94.12 %		
<b>Type d'événement traumatique</b>						
Unique	18	27.69 %	9	26.47 %	1.00	
Répété	47	72.31 %	25	73.53 %		
Non intentionnel	7	10.77 %	5	14.71 %	0.75	
Intentionnel	60	92.31 %	31	91.18 %	1.00	
Avant 18 ans	42	64.62 %	23	67.65 %	0.83	
Après ou à 18 ans	51	78.46 %	23	67.65 %	0.33	
Avant et après 18 ans	28	43.08 %	12	35.29 %	0.52	
<b>Symptomatologie</b>						
Dissociation	25	38.46 %	14	41.18 %	0.83	
Symptômes somatoformes	15	23.08 %	4	11.76 %	0.28	
Idées suicidaires	12	18.46 %	7	20.59 %	0.79	
TCA actif	4	6.15 %	4	11.76 %	0.44	
<b>Comorbidités</b>						
Dépendance	15	23.08 %	12	35.29 %	0.24	

Trouble thymique	27	41.54 %	17	50%	0.52	
Trouble de la personnalité	18	27.69 %	13	38.24 %	0.36	
Trouble psychotique	1	1.54 %	0	0%	1.00	
Trouble anxieux	20	30.77 %	5	14.71 %	0.093	0.38 (0.11 ;1.08)
<b>CGI Severity initiale</b>						
1, normal						
2, léger	8	12.31 %	2	5.88 %	0.61	
3, moédéré	50	76.92 %	27	79.41 %		
4, sévère	7	10.77 %	5	14.71 %		
TSPT simple	46	70.77 %	21	61.76 %	0.38	
TSPT Complexe	19	29.23 %	13	38.24 %		

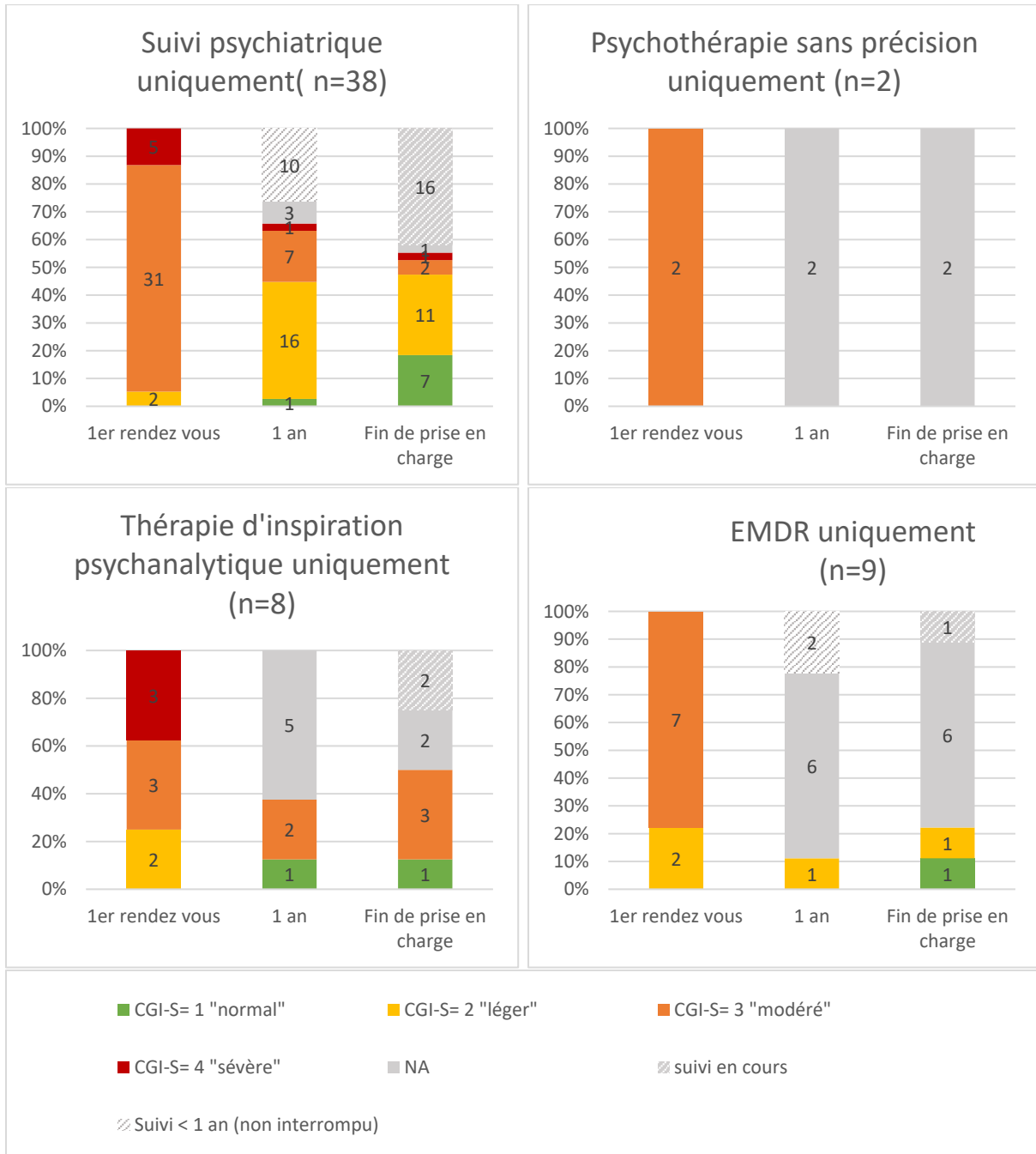
\*ou moyenne (min;max) si variable quantitative

\*\*Test de exact de fisher (test de student si variable quantitative)

**Annexe 8 : Clinical Global Impression Improvement (CGI-I) à 6 mois selon les différentes orientations thérapeutiques. Les valeurs au sein du graphique correspondent aux nombres de patients dans chaque catégorie.**



**Annexe 9 : Évolution de la Clinical Global Impression Severity (CGI-S) au cours du suivi selon différentes orientations thérapeutiques. Les valeurs au sein du graphique correspondent aux nombres de patients dans chaque catégorie.**



## **Critères d'orientation des patients avec trouble de stress post traumatique et trouble de stress post traumatique complexe : une revue non systématisée de la littérature et une étude rétrospective**

### **Résumé**

**Introduction** : Il existe peu de données dans la littérature sur les critères cliniques influençant en pratique le choix des praticiens dans l'orientation des patients avec un Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) ou un TSPT Complexe (TSPT-C). Pourtant cette orientation dans les soins est faite quotidiennement par les professionnels de santé.

**Méthode** : Nous avons mené une revue non systématisée de la littérature et une étude monocentrique rétrospective sur dossier de patients (n=99) avec TSPT ou TSPT-C au sein d'un service spécialisé dans le psychotraumatisme. Notre objectif était d'analyser l'association entre des variables cliniques et l'orientation vers différents types de traitements/thérapies. De plus, une mesure de l'évolution de la Clinical Global Impression (CGI) simplifiée a été réalisée au cours du suivi.

**Résultats** : On retrouve une association entre la présence d'un TSPT-C ; d'évènements traumatiques répétés ou avant 18 ans ; d'un trouble anxieux ou du comportement alimentaire et l'orientation vers un traitement d'inspiration psychanalytique dans le service. On retrouve aussi une association entre la présence d'une dépendance comorbide et l'orientation vers un psychiatre du service. A l'inverse, la présence d'un trouble anxieux ou de la personnalité comorbide est en défaveur d'une telle orientation. Par ailleurs, il existe une tendance globale à l'amélioration de la CGI au cours du suivi.

**Discussion** : Nos résultats ne sont pas généralisables de par le caractère monocentrique de l'étude, l'effectif limité, et la présence de nombreux biais. Il y avait davantage de suivi en cours par un psychiatre extérieur au service pour les patients avec un trouble anxieux ou de la personnalité et moins pour ceux avec une dépendance, ce qui a pu créer un biais de confusion. La présence de créneaux de consultation plus nombreux dans le service pour les thérapies d'inspiration psychanalytique a pu aussi influencer les résultats. Cela pourrait aussi refléter une tendance à orienter les patients le plus lourds vers des thérapies moins protocolisées.

**Conclusion** : A notre connaissance il s'agit de la première étude menée sur ce sujet en en population civile et incluant des patients avec un TSPT ou un TSPT-C.

**Discipline** : Psychiatrie

**Mots-Clés** : adressage ; état de stress post-traumatique ; ESPT ; orientation ; orientation vers un spécialiste ; post traumatique ; stress post traumatique ; syndrome de stress post-traumatique ; SSPT ; thérapeutique ; traitement ; troubles de stress post traumatique ; troubles de stress post traumatique complexe ; TSPT ; TSPT-C

**Referral criteria for patients with post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder: a non-systematic literature review and retrospective study.**

**Abstract**

Introduction: There is limited data in the literature on the clinical criteria influencing practitioners' choice in orienting patients with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) or Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD). However, this orientation in care is made daily by healthcare providers.

Method: We conducted a non-systematic literature review and a retrospective monocentric study of patient records (n=99) with PTSD or C-PTSD in a specialized psychotraumatology service. Our objective was to analyze the association between clinical variables and referral towards different types of treatments/therapies. Additionally we measured the evolution of the Clinical Global Impression (CGI) (simplified) during follow-up.

Results: We found an association between the presence of C-PTSD; traumatic events before the age of 18 or repeated traumatic events; anxiety disorder or eating behavior disorder and referral to a psychanalytic-inspired treatment in the service. We also found an association between the presence of a comorbid addiction and referral to a psychiatrist in the service. Conversely, the presence of comorbid anxiety disorder or personality disorder was not in favor of such a referral. There is a global trend towards improvement of the CGI during follow-up.

Discussion: Our results are not generalizable due to the monocentric nature of the study, limited sample size, and the presence of multiple biases. There were more ongoing follow-ups with an external psychiatrist for patients with anxiety or personality disorder and less for those with addiction, which may have created a bias of confusion. The presence of more consultation slots in the service for psychanalytic-inspired therapies may have also influenced the results. This could also reflect a tendency to refer the heaviest patients to less protocolized therapies.

Conclusion: To our knowledge, this is the first study conducted on this subject in the civilian population and including patients with PTSD or C-PTSD.

**Discipline :** Psychiatry

**Keywords:** complex post traumatic disorder; complex PTSD ; C-PTSD; post traumatic; post traumatic stress disorder; PTSD; referral; referral and consultation; referral process; stress disorders; therapeutics; treatment