



HAL
open science

Le vécu de la transition d'état de personnalité dans le trouble dissociatif de l'identité via une approche phénoménologique qualitative

Audrey De Napoli Cocci

► **To cite this version:**

Audrey De Napoli Cocci. Le vécu de la transition d'état de personnalité dans le trouble dissociatif de l'identité via une approche phénoménologique qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04448451

HAL Id: dumas-04448451

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04448451v1>

Submitted on 9 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Audrey DE NAPOLI COCCI

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2023

**LE VÉCU DE LA TRANSITION D'ÉTAT DE PERSONNALITÉ DANS LE TROUBLE
DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ VIA UNE APPROCHE PHÉNOMENOLOGIQUE
QUALITATIVE**

Présidente : Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Andrew LAURIN

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Madame la Professeure Anne SAUVAGET,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je souhaitais vous remercier pour toute votre bienveillance, votre écoute et votre disponibilité dont j'ai pu bénéficier pendant mes années d'internat. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame la Professeure Marie GRALL-BRONNEC,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité ainsi que la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier pendant ses quatre années d'internat. Je souhaite ici vous témoigner toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité. Vous m'avez permis d'accéder, lors de mon parcours, à l'option de pédopsychiatrie. Je souhaite vous témoigner ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Andrew Laurin,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir soutenue et encouragée dans ce projet, de la confiance que tu as pu m'accorder, et de tout l'investissement et l'aide que tu m'as apporté. Je souhaite ici te témoigner mon profond respect et toute ma reconnaissance.

Aux médecins psychiatres et aux équipes soignantes qui m'ont beaucoup appris avec bienveillance et envie.

Au Dr Virginie Lagree, sans toi je n'aurais jamais osé me lancer dans ce sujet de thèse, merci pour ton accompagnement, ton soutien et toute la bienveillance dont j'ai pu bénéficier.

A toute l'équipe des urgences psychiatriques : vous m'avez tout de suite accueilli et intégré dans votre équipe, ce fut un réel plaisir de travailler avec vous pendant un an. Grâce à vous les gardes aux UMP me paraissent beaucoup moins pénibles et je vous retrouve toujours avec envie.

A toute l'équipe soignante du HOME : Je suis reconnaissante à l'attention que vous avez porté à mon intégration au sein de l'équipe. Merci pour toute votre gentillesse, votre bienveillance et votre bonne humeur, je n'oublierais pas nos petits-déjeuners du vendredi matin.

A l'équipe du CMP de l'île à Hélice et l'HDJ des Chalonnères qui me supporte et me soutient dans l'écriture de cette thèse, un grand merci.

A ma famille,

A ma mère, mon soutien de toujours, tu n'as jamais cessé d'être fière de moi.

A mon père, qui a toujours cru en moi quand moi-même j'ai pu douter.

Merci pour toutes ces heures passées à me relire et essayer de comprendre la psychiatrie.

Merci pour tout votre soutien et votre amour.

A ma sœur, mon double à ce qu'il paraît, celle que j'admire par son parcours et qui me soutient depuis toutes ces années.

A mon frère, qui me soutient et croit en moi même à distance.

Je vous aime.

A tout le reste de ma famille qui m'a toujours soutenue et encouragée.

A Nicolas, celui qui partage ma vie depuis maintenant sept ans, avec qui je réalise nos plus beaux projets. Merci de ton soutien sans faille, tu m'as consolé dans les moments les plus difficiles et continué à me faire rire pour me changer les idées, tu n'as jamais cessé de croire en moi. Tous les mots du monde ne suffiront pas à t'exprimer toute l'importance que tu as pour moi. Je t'aime.

Je remercie également ses parents qui m'ont toujours soutenu.

A Hidan et Kakuzu, mes petits chats, soutien moral indéniable, par leur présence et leur tendresse.

A mes amis,

A Astrid, ma meilleure amie, celle avec qui j'ai refait le monde maint et maint fois depuis le lycée. On en a connu des galères ensemble, mais c'est aussi avec toi que j'ai vécu mes plus belles années étudiantes. L'internat nous a éloigné physiquement mais à chaque fois qu'on se voit, notre amitié ne change pas, c'est comme si on ne s'était jamais quittée, Chat et Souris. Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté.

A Anne, malgré l'éloignement, tu restes l'un de mes plus grands soutiens, celle qui m'a poussé à aller au bout de mes projets. J'aime nos longues discussions passionnées, parfois tard le soir, pour rattraper tout ce qu'on ne s'est pas dit pendant plusieurs mois. Entre nous rien ne change, et je ne te remercierais jamais assez pour tout ce que tu m'apporte.

A mes amies de l'externat : Claire Aline et la petite Audrey, j'ai passé de belles années à vos côtés.

A mes co-internes et amies : A Léa et Maëlle dès notre première rencontre notre amitié fut une évidence, à Robinson dont je suis la marraine, à Coline et Lauriane. Merci pour votre soutien, j'ai apprécié toutes ces heures à discuter sur les marches de l'internat.

A mes amies que la musique et la danse ont rapproché, **Adeline, Leïla et Manon**, on ne se connaît que depuis un an, et pourtant j'ai l'impression qu'on se connaît depuis toujours. Merci d'avoir été là, quelle année on aura vécu ensemble, au rythme de la musique et des concerts ! Vous avez été d'un soutien immense pendant cette année de thèse, alors pour ça un grand merci.

Aux participants qui ont répondu présent pour ce projet de thèse, merci pour votre disponibilité et cette rencontre riche en enseignement.

Table des matières

1. INTRODUCTION	8
1.1. APPROCHE HISTORIQUE DU CONCEPT DE DISSOCIATION	8
1.1.1. <i>Émergence de la dissociation à travers l'histoire</i>	8
1.1.2. <i>Le concept de dissociation selon Pierre Janet</i>	9
1.1.3. <i>Dérive du concept de dissociation</i>	12
1.1.4. <i>La dissociation contemporaine</i>	13
1.2. TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITE	16
1.2.1. <i>Éléments de compréhension du trouble</i>	16
1.2.2. <i>Définition du TDI</i>	23
1.2.3. <i>Caractéristiques cliniques</i>	25
1.2.4. <i>Épidémiologie</i>	27
1.2.5. <i>Difficulté de diagnostic</i>	28
1.2.6. <i>Recommandation de prise en charge</i>	30
1.2.7. <i>Controverses</i>	32
1.3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	34
2. MATERIEL ET METHODE.....	35
2.1. UNE ÉTUDE QUALITATIVE	35
2.2. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE	36
2.2.1. <i>Participants</i>	36
2.2.2. <i>Procédure de recrutement</i>	36
2.2.3. <i>Entretien</i>	37
2.3. ANALYSE DE DONNÉES	38
2.4. CRITÈRES DE QUALITÉ	38
2.5. ÉTHIQUE	39
3. RESULTATS	40
3.1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES	40
3.2. ÉTUDES DES RESENTIS LORS DES TRANSITIONS D'ÉTATS DE PERSONNALITÉ	43
3.2.1. <i>Ressentis avant une transition d'identité</i>	43
3.2.2. <i>Ressentis pendant une transition d'identité</i>	46
3.2.3. <i>Ressentis après une transition d'identité</i>	48

4.	DISCUSSION.....	54
4.1.	REFLEXION	54
4.2.	L'ETUDE DES RESENTIS DU VECU DE TRANSITION	55
5.	CONCLUSION.....	62
6.	BIBLIOGRAPHIE	63
7.	ANNEXES.....	70

LEXIQUE

Alters : Terme qui vient de l'anglais « *alternative personality* », c'est comme ça que sont nommées les « identités » ou états de personnalité de la personne souffrant d'un TDI.

Blend : Lorsque plusieurs alters sont présents simultanément, les émotions et les ressentis sont mélangés, la personne ne peut pas définir quelles identités sont présentes ou non.

Co-conscience : Plusieurs alters sont présents dans le champ de la conscience (voix, émotions) mais une seule identité est au contrôle du corps.

Co-front : Plusieurs alters sont au contrôle du corps simultanément.

Fragments : Identité peu développée avec un rôle restreint dans le système.

Front : Signifie « être devant », il s'agit donc de l'action d'un des alters à prendre le contrôle.

Hôte : C'est l'alter le plus souvent au contrôle du corps.

Inner World : C'est la mentalisation du lieu où se trouvent tous les alters qui ne sont pas au front.

Switch : Correspond au changement d'alter qui prend le contrôle, on parle aussi de transition.

Système : Désigne l'ensemble des alters qui coexiste au sein d'une même personne et la manière dont ils interagissent entre eux, chacun une fonction qui lui est propre.

Trigger : Élément déclencheur pouvant provoquer une émotion plus ou moins intense et déclencher un changement d'état de personnalité. Il peut s'agir de trigger positif ou négatif.

1. Introduction

Depuis des décennies, le trouble dissociatif de l'identité (TDI) est le trouble mental qui suscite peut-être le plus de débats et de divergences parmi les professionnels de la santé mentale quant à sa définition voire son existence. Avant même d'aborder la nature du trouble dissociatif de l'identité, il est essentiel de commencer par explorer l'histoire et la genèse du concept de dissociation. Cette exploration constitue la base qui nous permettra de mieux appréhender et comprendre le trouble dissociatif de l'identité.

1.1. Approche historique du concept de dissociation

1.1.1. Émergence de la dissociation à travers l'histoire

Depuis l'Antiquité, on retrouve des descriptions de symptômes dissociatifs dans de nombreuses œuvres littéraires éminemment connues telles que *l'Épopée de Gilgamesh* (Mésopotamie, III^{ème} millénaire avant J-C) ou bien encore *l'Illiade d'Homère* (800 avant J-C). Dans ces récits, les personnages principaux réagissent à la perte d'un ami proche en entrant dans des états de crise, adoptant ainsi une forme d'état second (Binet et al., 2022)

Au cours du siècle des Lumières, au milieu du XVIII^{ème} siècle, les magnétiseurs étaient déjà familiers avec le phénomène de dissociation (Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Ils observaient des manifestations dissociatives chez leurs patients bien avant que le concept même de dissociation ne soit défini. Ce sont eux qui ont réalisé les premières descriptions précises de phénomènes dissociatifs. Un exemple notable est celui du marquis de Puységur (1751-1825) qui s'est appuyé sur ses travaux pour définir le concept de « somnambulisme magnétique », un état de transe curatif induit par la magnétisation.

L'hypnotisme a ensuite fait son entrée dans le domaine de la psychiatrie grâce aux recherches du naturaliste J. Deleuze (1753-1835). Il a ainsi décrit chez les patients deux états distincts : un état normal et un état somnambulique, établissant un lien avec l'hystérie. Vers le milieu du XIX^e siècle, les études

sur l'hypnotisme et le magnétisme commencèrent à mentionner des patients qui semblaient faire l'expérience d'une « *division de la conscience* » (Saillot, 2017).

En 1840, le médecin C. Despine (1777-1852) publie le cas clinique d'Estelle L'Hardy, considérée par plusieurs auteurs - notamment Ellenberger (1970) et Kluft (1987) - comme le premier cas rapporté de trouble dissociatif de l'identité, tel que défini actuellement dans le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM). Despine établit un lien entre les symptômes dissociatifs de l'identité que présentaient Estelle L'Hardy et les traumatismes d'enfance qu'elle aurait vécus.

En 1876, le chirurgien E. Azam (1822-1899) a publié le cas clinique de Félicité X, une figure marquante dans l'histoire de la dissociation car c'est lui qui donnera la première définition de « *dédoublément de la personnalité* » issue du concept de « *double conscience* ».

Dix ans plus tard, en 1886, A. Myers publie le cas clinique de Louis Vivet, suivi par les médecins H. Bourru et P. Burot, et introduit ainsi pour la première fois le terme de « *personnalités multiples* ». Ce diagnostic sera ensuite validé en 1888 par H. Bourru et P. Burot qui seront à l'origine de la définition du trouble de personnalités multiples en élargissant le principe de « *double conscience* » (Saillot, 2017).

Un des moments clés dans l'histoire de la dissociation s'est probablement déroulée à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris sous la direction du professeur J.M Charcot (1825-1893), chef du service de neurologie. Charcot a intégré le magnétisme dans ses recherches sur l'hystérie, ce qui l'a conduit à la conclusion que les patients souffrant d'hystérie ont des idées subconscientes qui sont séparées de leur conscience principale (Saillot, 2017). Les études de Charcot et ses conclusions ont posé les bases qui ont ensuite inspiré les travaux princeps de Pierre Janet sur la dissociation.

1.1.2. Le concept de dissociation selon Pierre Janet

Pierre Janet (1859-1947) a fait des études en philosophie avec une spécialisation en psychologie. En 1882, il a obtenu son agrégation et il a ensuite été nommé professeur au Havre. Parallèlement à son travail, il a consacré son temps libre au bénévolat dans un hôpital psychiatrique et il a entamé des recherches sur les altérations de l'état de conscience chez les patientes atteintes d'hystérie. En 1889,

il a soutenu sa thèse de doctorat intitulée « *L'automatisme psychologique* » qui découle de ses travaux à l'hôpital psychiatrique du Havre (Binet et al., 2022 ; Saillot, 2017).

Fort de sa notoriété, Janet a ensuite été invité par Charcot pour diriger le laboratoire de psychologie à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris où il s'est plongé dans l'étude de la médecine et a mené des recherches plus approfondies sur l'hystérie. En 1893, il a obtenu son doctorat en médecine grâce à sa thèse intitulée « *L'état mental des hystériques* » qui a été publiée en 1894. Dans son ouvrage « *Les Névroses* » publié en 1909, Pierre Janet présente deux pathologies qu'il a identifiées : la psychasthénie, qui décrit des formes d'obsession similaires aux troubles obsessionnels-compulsifs. Dans ce cas, le patient est conscient de ses obsessions et s'efforce activement de les combattre. Janet oppose la psychasthénie à la dissociation de l'hystérie, où les troubles ne sont pas conscientisés.

La dissociation, que Janet appelle également « *désagrégation mentale* », est rapidement associée à une origine traumatique du trouble engendrée par des émotions intenses. En effet, selon Janet, « *l'émotion a une action dissolvante sur l'esprit, diminue sa synthèse et le rend pour un moment misérable* » (Janet, 1889). Janet fait ainsi le constat que dans les moments de forte émotion, la conscience perd le contrôle de diverses fonctions avec une réduction de son activité de « *synthèse* ». Dans « *l'automatisme psychologique* » jannetienne, la synthèse a pour fonction de lier les idées entre-elles, les idées qui englobent selon les théories de Janet les souvenirs mais également les émotions liées à ce souvenir : les idées sont ainsi normalement associées entre-elles ainsi qu'à la conscience de l'individu (Heim & Bühler, 2003). Cette faiblesse de l'activité de synthèse psychologique dans les situations de crise aboutie à l'émergence « *d'idées fixes* », des idées non liées entre-elles, dissociées des idées antérieures et de la conscience de l'individu. Cela entraîne des changements de comportements et il note également une amnésie des souvenirs liées à ces crises.

En prenant le cas d'Irène tel qu'il est décrit dans « *L'état mental des hystériques* », nous nous penchons sur le récit d'une jeune femme de 20 ans dont la mémoire semble avoir occulté une période de sa vie où elle a accompagné sa mère jusqu'à son décès. Cependant, lors de moments crises, elle revit des scènes avec un niveau de détail extrêmement précis. Pierre Janet qualifie ce phénomène d'hypermnésie de la dissociation. Dans la lignée de Janet, des auteurs contemporains comme Louis Crocq ont décrit ces phénomènes comme « *la souvenance d'images, d'éprouvés qui n'ont pas pu être associés aux représentations dans le mouvement de synthèse de la conscience* » (Landa & Gimenez, 2009).

À partir de cette observation, Janet conclut que la dissociation est liée à une « *maladie de la mémoire* » et il établit un principe fondamental selon lequel plus un traumatisme est profond moins il s'intègre dans la mémoire de la personne ne faisant pas partie de sa biographie de manière continue. Janet écrit ainsi : « *La maladie consiste dans l'émancipation de certains souvenirs que la conscience générale ne gouverne plus et qui se développent indépendamment d'une manière exagérée* » (Janet, 1894).

Pierre Janet a établi une définition de la maladie en deux axes principaux (Janet, 1894) :

- « *L'incapacité où est le sujet d'évoquer consciemment et volontairement les souvenirs* »
- « *La reproduction automatique irrésistible et inopportune de ces mêmes souvenirs* »

Selon Janet, les souvenirs traumatiques résident dans le subconscient et ressurgissent de manière automatique, ce qui pourrait correspondre à ce qui est aujourd'hui appelé les flashbacks et les reviviscences. Il assimile les événements traumatiques à des « *idées fixes* », figées dans l'émotion au moment du traumatisme. Janet préfère le terme « *subconscient* » à « *inconscient* » pour décrire ces idées fixes, car il postule qu'elles possèdent leur propre moi et leurs propres souvenirs, formant ainsi une conscience secondaire à laquelle la conscience principale n'a pas accès. Charcot et Janet comparent pareil développement d'idées fixes à celles d'un parasite au sein du subconscient qui se comporte comme un corps étranger non assimilé par le langage (Bühler & Heim, 2001 ; Heim & Bühler, 2003).

Janet observe que durant les crises, la conscience du sujet s'efface, et lorsqu'il reprend ses esprits, il ne se souvient de rien. Selon Janet, l'amnésie devient ainsi le symptôme principal de l'état dissociatif. Il met en évidence que cette mémoire cachée et inaccessible a un impact néfaste sur le patient et perturbe sa qualité de vie (Saillet, 2017).

« La mémoire traumatique est dangereuse parce qu'elle échappe à la personnalité, parce qu'elle appartient à un groupe de phénomènes sur lequel la volonté consciente du sujet n'a plus de prise »

Janet, 1923

Janet explique le phénomène d'amnésie et de division de la conscience par le concept de « *rétrécissement du champ de conscience* ». Lorsqu'une personne est confrontée à un choc émotionnel particulièrement intense, notamment en réaction à des événements inimaginables, le cerveau ne parvient pas à traiter l'ensemble des informations liées à cet événement traumatique. Par conséquent, certains éléments s'échappent, sont encodés et stockés dans une partie distincte de la mémoire, qui devient indépendante et dissociée de la mémoire principale. Cette dernière perd alors tout contrôle sur ces souvenirs personnels.

Le travail initial de Janet a d'abord identifié l'hystérie comme le modèle du trouble dissociatif, puis cette perspective a été élargie à d'autres pathologies telles que le choc traumatique, le magnétisme et l'hypnotisme, l'écriture et la parole automatique, le spiritisme, la possession et le dédoublement de conscience (Binet et al., 2022). Il s'agit de la première proposition intégrée d'une théorie de la dissociation traumatique, qui offre une explication unifiée à ces différents troubles. D'un point de vue thérapeutique, Janet a développé la méthode cathartique par l'hypnose en tant que traitement principal des troubles liés aux traumatismes.

Les travaux de Janet ont connu une large diffusion en Europe et aux États-Unis grâce à ses livres, cours et conférences. En France, plusieurs chercheurs tels que Binet, Seglas, Régis et Hesnard ont poursuivi les recherches de Janet. En Grande-Bretagne, Myers a confirmé les théories de Janet et établi le lien entre la dissociation et le traumatisme lors de l'étude des troubles des soldats de la Première Guerre mondiale. Aux États-Unis, James a introduit le concept de dissociation outre-Atlantique avec son livre « *Exceptional Mental State* », publié en 1896. Sidis a également contribué en 1904 avec son ouvrage « *Multiple Personality* » qui se rapproche des concepts de Janet (Binet et al., 2022).

1.1.3. Dérive du concept de dissociation

Jung (1875-1961), médecin assistant de Bleuler (1857-1939) à Zurich, a publié en 1907 « *Über die Psychologie der Dementia Praecox* », ouvrage dans lequel il relie la dissociation au processus de « *démence précoce* » de E. Kraepelin (1856-1926). Comme le souligne plusieurs études (Brome, 1978; Ellenberger, 1970; Haule, 1984), Jung associe à cette nouvelle définition un lexique proche de celui utilisé par Janet comme « *abaissement mental* », « *les complexes* » qui se font échos aux « *idées fixes* ». En 1908, Bleuler développe le concept de schizophrénie, puis en 1911, la publication de son livre

contribue à une diffusion et un retentissement international de l'étude de la schizophrénie, qui connaîtra un succès mondial.

La traduction en français par Henri Ey du travail de Bleuler apportera beaucoup de confusion, car il a attribué au mot « *Spaltung* » (scission, clivage en français) le sens de dissociation (Piedfort-Marin et al., 2021). Cette traduction a eu un impact significatif, notamment en France, où la dissociation est devenue un élément essentiel du diagnostic de la schizophrénie. On parle du « *syndrome dissociatif à la française* » (Mahieu, 2021). Cette évolution a contribué à éloigner la compréhension de la dissociation telle qu'elle avait été formulée par Janet, assimilant la dissociation à la psychose. Dans ce contexte, la recherche sur la dissociation, telle que définie par Janet, a été négligée pendant plusieurs décennies au profit de l'étude de la schizophrénie avant de retrouver son intérêt dans une distinction claire entre la désorganisation de la schizophrénie et la dissociation du domaine traumatique tel que définie par Janet.

Malgré l'apport indéniable de Janet dans la compréhension de la dissociation, un des moments les plus décisifs dans l'évolution du concept de dissociation a eu lieu en Suisse, redéfinissant progressivement le sens du concept jannetien de la dissociation.

1.1.4. La dissociation contemporaine

C'est dans les années 1960 que l'intérêt pour la dissociation renaît notamment aux Etats Unis. En 1963, H. Spielberg (1914-2009) et Arnold Ludwig voient la dissociation comme un moyen de défense qui s'inscrit dans un continuum « *d'état de conscience modifié* » qui va de l'association à la dissociation (Binet et al., 2022; Saillet, 2017).

Le psychologue E. Hilgard (1904-2001) dont le domaine de spécialisation était l'hypnose, s'inspirera de cette théorie de « *l'état de conscience modifié* » et sera à l'origine du concept de « *néo-dissociation* ». Ce concept, selon lui, englobe une forme de dissociation adaptative, soit un mécanisme de défense, et graduelle, qui s'inscrit dans un continuum (Binet et al., 2022). Malgré les références à Janet dans ses recherches, il n'intègre pas le principe fondamental de ce dernier dans sa propre définition, qui est la division de la mémoire par le traumatisme.

Il faudra attendre les années 1975-1980 pour que le concept de dissociation connaisse un vrai regain d'intérêt, en raison de l'augmentation du nombre de cas cliniques en lien avec l'actualité, tels que les vétérans de la guerre du Vietnam et les femmes victimes de maltraitance. Cette période marque un renouveau dans l'intérêt du lien entre les phénomènes dissociatifs et les événements traumatiques. En 1980, l'hystérie, pathologie emblématique du 19^{ème} et 20^{ème} siècle, est remplacée par la section des troubles dissociatifs, dans le manuel diagnostique de l'Association Américain de Psychiatrie, DSM-III.

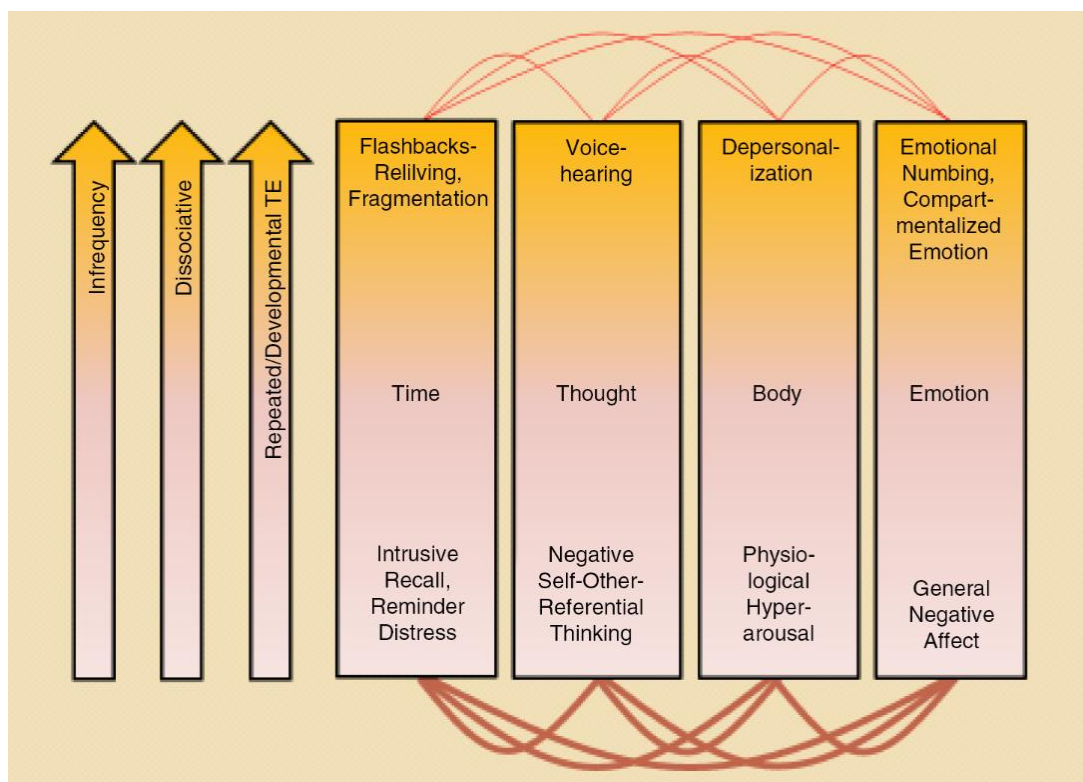


Figure 1 : Modèle 4-D décrit par Frewen & Lanius (2014)

Actuellement le DSM-5 définit la dissociation comme « *une perturbation de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception et de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement* » (American Psychiatric Association, 2013). Dans la Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} Edition (CIM-11), les troubles dissociatifs se caractérisent par « *une perturbation ou une interruption involontaire de l'intégration normale d'un ou plusieurs des éléments suivants : identité, sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, contrôle sur les mouvements corporels ou le comportement. Cette perturbation ou interruption peut être totale,*

mais elle est plus souvent partielle, et peut varier d'un jour à l'autre ou même d'une heure à l'autre » (World Health Organization, 2019). La compréhension de cette approche plus dimensionnelle de la dissociation peut-être illustrée par la figure 1, issue de l'étude de Frewen & Lanius (2014). Ils proposent un modèle 4-D permettant de classer les symptômes consécutifs à un traumatisme en prenant en compte les différentes dimensions de la conscience et distinguent les symptômes survenant dans la conscience de veille normale de ceux associés à des états de consciences altérée. Ce modèle offre un cadre théorique pour comprendre comment les symptômes dissociatifs se répartissent dans les différentes dimensions de la conscience (le temps, la pensée, le corps et l'émotion) et comment peuvent être reliés aux expériences traumatiques.

Plusieurs études reconnaîtront ce continuum dissociatif où d'un côté se situerait la dissociation « non pathologique », que chacun peut expérimenter par exemple en conduisant, et à l'extrême inverse le trouble dissociatif de l'identité en passant par les troubles de stress post traumatique simples et complexes (Marich & Dansiger, 2021). Plus on avance sur ce continuum, plus la structure de la personnalité sera fragmentée. On peut repérer des éléments de dissociation dans diverses pathologies psychiatriques, lesquels peuvent varier dans leur intensité comme illustré dans la figure 2. Dans l'étude de Lyssenko et al. (2018), on retrouve bien des scores de dissociation de l'échelle DES II (*Dissociative Eperience Scale*) plus élevé chez les patients souffrant de troubles dissociatifs avec en tête le trouble dissociatif de l'identité.

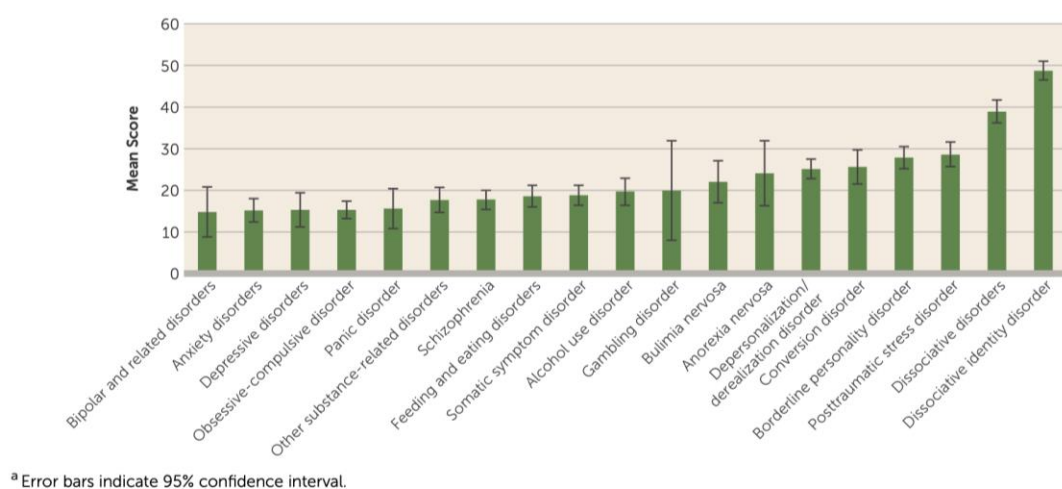


Figure 2 : Résultats d'échelle de dissociation DES-II (Dissociative Eperience Scale) pour différentes pathologies psychiatriques. Extraitn de Lyssenko et al., 2018

1.2. Trouble dissociatif de l'identité

1.2.1. Éléments de compréhension du trouble

La capacité d'intégration est un mécanisme d'adaptation qui permet à un individu d'incorporer les expériences vécues dans sa personnalité. Cette intégration de données contribue à former un récit autobiographique cohérent, permettant ainsi la distinction entre les événements passés et ceux du présent. Une personnalité qui se développe avec des capacités d'intégration solides demeure stable, tout en conservant sa flexibilité de réponse aux événements vécus tout au long de la vie. L'intégration découle de l'association de deux fonctions psychiques : la synthèse et la réalisation (Boon et al., 2014; Wisler, 2021).

La synthèse constitue le processus par lequel toutes les données sensorielles, comportementales et émotionnelles sont combinées en relation à un événement. Cela permet à un individu de prendre conscience de lui-même et de son environnement, et d'agir en conséquence. L'ensemble de ces synthèses contribue à former l'unité de la personnalité (Boon et al., 2014).

La réalisation, quant à elle, est le mécanisme par lequel une expérience vécue est assimilée comme étant personnelle et inscrite dans le présent. La conjonction de ces deux processus permet la création du récit autobiographique, intégrant chaque nouvelle expérience dans la mémoire narrative (Boon et al., 2014).

Chaque individu a une capacité d'intégration qui lui est propre, et qui peut varier en fonction de l'énergie mentale disponible à chaque moment de sa vie. Lorsque ses capacités d'intégration sont débordées, face à un événement traumatique ou choc émotionnel, le cerveau va vouloir préserver son bien-être et son intégrité psychique provoquant un court-circuit de l'intégration. Les souvenirs traumatiques vont ainsi être dissociés du reste de la mémoire principale et donc non-intégrés à la personnalité. Ces ainsi, que des approches plus contemporaines proposent une théorie de dissociation structurelle de la personnalité.

1.2.1.1. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Soutenue par les psychologues Onno Van der Hart, Ellert Nijenhuis et Kathy Steele en 2006, cette théorie découle de l'idée que les troubles dissociatifs résultent d'une défaillance dans le processus d'intégration. Ils partent du postulat que lorsqu'un souvenir devient excessivement douloureux et intolérable pour un individu dont la capacité d'intégration est insuffisante, cela conduit à la division de la personnalité en deux sous-systèmes dissociatifs distincts : une « *partie apparemment normale de la personnalité* » (PAN) et une « *partie émotionnelle de la personnalité* » (PE) (Van Der Hart et al., 2006).

La PAN est définie comme la partie de la personnalité qui ne possède pas le souvenir traumatique, qui de ce fait peut vivre une vie « normale » en apparence et assurer le quotidien. Elle adopte un comportement dit « évitant » que ça soit sur le plan psychique, cognitif et comportemental, pour fuir le vécu traumatique qui est donc perçu comme égo dystonique. L'amnésie est la forme la plus extrême d'évitement. La PE est, quant à elle, la partie figée dans l'histoire du traumatisme, elle sera gardienne de tous les souvenirs, sensations, émotions, liés au traumatisme. C'est une partie qui est isolée, et généralement refoulée dans le subconscient, et qui se manifeste par des symptômes intrusifs.

La dissociation structurelle de la personnalité se divise en trois catégories de troubles, en fonction de l'intensité des traumatismes subis et de leurs conséquences sur la personnalité :

- Les schémas d'évitement et d'intrusions traumatiques sont des critères de diagnostic du trouble de stress post-traumatique, comme défini dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Selon la théorie décrite dans l'ouvrage « *Le soi hanté* », (Van Der Hart et al., 2006), il est associé à la forme la plus simple de dissociation structurelle de la personnalité, appelée dissociation structurelle primaire (Binet et al., 2022). A la suite d'un traumatisme, l'individu développe une PAN et une PE ;
- Ensuite, il y a la dissociation structurelle secondaire, où l'individu traumatisé développe une PAN et plusieurs PE. Cette forme est associée au trouble de stress post-traumatique complexe ainsi qu'au trouble dissociatif de l'identité partiel (TDI partiel) (Binet et al., 2022) ;
- Enfin, la dissociation structurelle tertiaire concerne les individus qui ont développé plusieurs PAN et plusieurs PE. Cette catégorie correspond au trouble dissociatif de l'identité (Smith & Fieldsend, 2016; Van Der Hart et al., 2006).

Il est ainsi démontré une continuité dans les troubles post-traumatiques, évoluant depuis des traumatismes simples jusqu'aux traumatismes complexes, et finalement jusqu'au trouble dissociatif de l'identité, qui représente la forme la plus sévère et la plus complexe de séquelles post-traumatisme. Plus les traumatismes seront nombreux, répétitifs et précoces, plus la structure de personnalité sera complexe.

1.2.1.2. Trouble dissociatif de l'identité et trouble de l'attachement ?

Lorsque l'on explore les différentes pistes d'explication pour comprendre le développement d'un trouble dissociatif de l'identité, il est également intéressant de se pencher sur la théorie de l'attachement portée par John Bowlby (1907-1990). Dans cette théorie, Bowlby postule que le lien affectif est une nécessité universelle et vitale pour les êtres humains. Elle s'intéresse aux répercussions des premières expériences vécues par l'enfant sur son développement psychique. En effet, c'est au travers de ses premières interactions que le nourrisson construit sa perception de lui-même, de ses relations avec les autres et de son environnement. Ces expériences précoces lui permettent également de comprendre quel soutien il peut attendre et recevoir, en cas de difficultés, de ses figures d'attachement. Bowlby identifie plusieurs types d'attachement : sécure, insécure évitant et insécure ambivalent.

Au départ, le bébé ne possède pas les capacités d'adaptation nécessaires pour faire face à un environnement hostile. En conséquence, il a tendance à réagir en se retirant sur le plan relationnel en réponse défensive à un manque de soins de la figure d'attachement. Le retrait relationnel est une réponse adaptative qui lui permet de se replier sur lui-même, d'éviter la relation et fuir le moment présent. Le retrait relationnel est parfois associé, en raison de leur similarité, à une forme précoce de dissociation ([Deprez, 2022](#)).

Mary Main, chercheuse en psychologie, a par la suite introduit un quatrième type d'attachement, connu sous le nom d'attachement désorganisé. Il s'agit d'un type d'attachement observé chez des enfants qui, fréquemment, au cours de leurs deux premières années de vie, présentent un retrait relationnel chronique. Ces enfants ont du mal à élaborer une stratégie d'attachement cohérente. Il existe un risque à long terme que ce type d'attachement serve de facteur prédisposant à l'utilisation de la dissociation en tant que mécanisme de défense principal ([Liotti, 1992](#); [Main, 2000](#)).

Selon Brand et al. (2014), en cas de maltraitances répétées et précoces durant l'enfance, l'utilisation extrême de la dissociation s'avère nécessaire pour assurer la survie. Toutefois, cette stratégie extrême a pour effet d'entraver le développement de la métacognition, c'est-à-dire la capacité à réfléchir sur sa propre pensée, et la construction d'un sens de soi unifié. Cela devient encore plus prégnant lorsque la menace provient de la figure d'attachement, qui devient à la fois une source de réconfort et de terreur pour l'enfant. En conséquence, cette dissociation conduit à la création d'états distincts et indépendants, chacun avec son propre vécu émotionnel et comportemental. Cette fragmentation permet de contenir l'expérience douloureuse et offre un soulagement temporaire à l'individu.

Que ce soit le modèle de dissociation structurelle de la personnalité ou le modèle d'attachement, différents auteurs (Deprez, 2022; Van Der Hart et al., 2006; Zimmermann, 2022) considèrent le trouble dissociatif de l'identité comme le trouble dissociatif le plus sévère. Il est perçu comme une stratégie de survie psychique face à des maltraitances et des traumatismes inimaginables, nécessitant la mise en place de mécanismes de défense extrêmes : la dissociation chronique. Il s'agit d'une stratégie de défense efficace à court et moyen terme, visant à aider l'individu à surmonter l'impensable dans le but de garantir sa survie. Cependant, lorsque la dissociation devient chronique, elle est néfaste, car elle entrave la construction d'un modèle de soi et de son environnement, empêchant le bon développement psychique de l'enfant et conduisant à un morcellement de la conscience.

Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer pourquoi certains enfants exposés à des traumatismes extrêmes sont plus enclins à développer un trouble dissociatif de l'identité que d'autres. Parmi ces hypothèses, certaines avancent l'idée qu'une prédisposition génétique pourrait influencer la sensibilité à utiliser le retrait relationnel comme mécanisme de défense (Costa & Figueiredo, 2012). De plus, la qualité des relations interpersonnelles dans l'environnement de l'enfant, notamment la présence ou l'absence de soutien affectif, peut jouer un rôle crucial dans la manifestation de ce trouble (Deprez, 2022).

1.2.1.3. Les neurosciences dans l'aide à la compréhension du trouble

Le cerveau joue un rôle central dans l'intégration des expériences vécues, permettant ainsi la construction d'une perception cohérente de soi. En partant de l'idée que la dissociation représente un

trouble de l'intégration, une hypothèse a été formulée selon laquelle la dissociation pourrait être un processus neurobiologique visant à assurer la survie de l'individu, même si cela se fait au détriment de la cohérence autobiographique.

Les mécanismes régissant nos émotions et le traitement des expériences impliquent principalement plusieurs structures cérébrales. Le cortex préfrontal, qui est connecté aux régions traitant les informations sensorielles et émotionnelles, joue un rôle central. L'amygdale, qui est le siège des émotions, et l'hippocampe, qui est responsable de la mémoire, sont également essentiels dans ce processus. De plus, la substance grise périaqueducule, située dans le tronc cérébral, est associée aux comportements de défense tels que la fuite, la lutte et le figement. Enfin, selon la théorie polyvagale de Porges, le système nerveux autonome permet de réguler nos interactions avec le monde extérieur en distinguant les stimuli menaçants de ceux qui sont sécurisants. (Carlier, 2016; Porges, 2011).

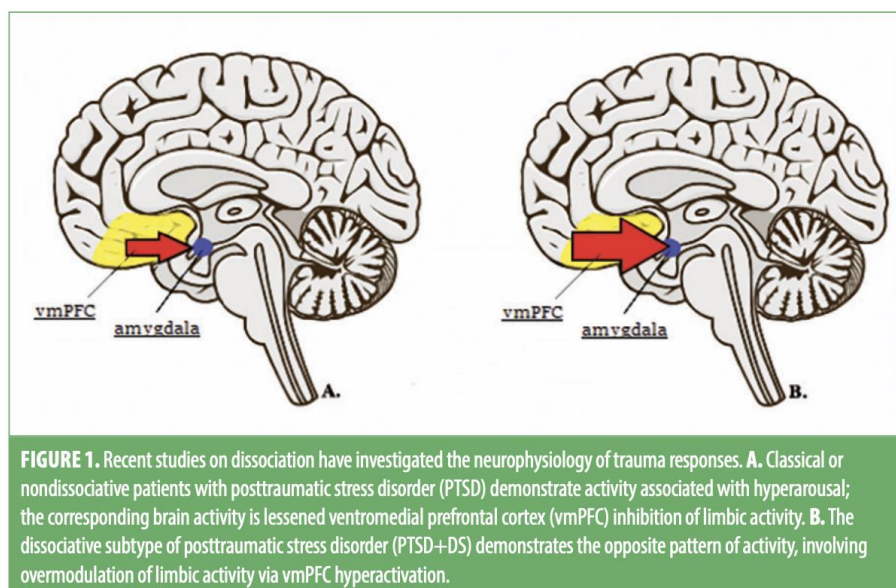


Figure 3 : Profils d'activation du TSPT non dissociatif vs TSPT avec symptômes dissociatifs.

Extrait de Murphy, 2023

La recherche en neuro-imagerie s'est penchée sur la dissociation en étudiant initialement le trouble de stress post-traumatique. L'étude de Lanius et al. (2010) a identifié deux profils neurobiologiques distincts correspondant à deux sous-types de ce trouble. Un profil hyperactif qui est associé aux symptômes de flashbacks et de reviviscences, et un profil dissocié qui est lié aux symptômes de

dissociation et aux expériences de déréalisation et de dépersonnalisation. Lanius et al. ont observé que le profil hyperactif était caractérisé par une défaillance du cortex préfrontal dans son rôle d'inhibition des régions limbiques telles que l'amygdale et l'insula. En revanche, le profil dissocié semble résulter d'une hyperactivation du cortex préfrontal, provoquant une inhibition excessive de l'amygdale et de l'insula, entraînant leur sous-activation (figure 3). La dissociation, sur le plan fonctionnel, correspond donc à une déconnexion entre le cortex préfrontal les autres structures cérébrales.

Des recherches plus récentes, menées par Blihar et al. (2021), ont identifié d'autres structures impliquées dans la dissociation, telles que la région corticale postérieure, le thalamus, qui agit comme un interrupteur coupant les voies d'information vers le cortex préfrontal, et le cortex pariétal inférieur gauche impliqué dans l'intégration des informations sensorielles.

L'une des premières études en neuro-imagerie liée au trouble dissociatif de l'identité a été menée par Reinders et al. (2006), en se basant sur la théorie de la dissociation structurelle de l'identité. Cette étude a utilisé la tomographie par émission de positons (TEP) pour examiner le métabolisme cérébral chez des patients déjà diagnostiqués avec le TDI, qui avaient une bonne compréhension de leur trouble et la capacité de passer d'une partie de leur personnalité à une autre (PAN à PE). Lorsque ces patients ont été exposés à la lecture d'un script traumatisant, il a été observé que le profil métabolique de la réponse cérébrale différait en fonction des différents états de personnalité présents.

Ces recherches ont été approfondies dans des études ultérieures (Reinders et al., 2012; Schlumpf et al., 2014), qui ont comparé les réponses cérébrales de patients diagnostiqués avec un TDI à celles de comédiens simulant un TDI, divisés en deux groupes en fonction de leur capacité à accéder à l'imaginaire. Ces études ont révélé que les groupes témoins simulant un TDI ne présentaient pas le même profil d'activation, et que ceux ayant un accès limité à l'imaginaire avaient un profil plus similaire à celui des patients atteints de TDI que ceux ayant un accès fort à l'imaginaire. Les résultats de ces études ont permis de montrer que le trouble dissociatif de l'identité n'était pas directement lié à une propension à l'imaginaire ou aux fantasmes.

Reinders et al. (2014) ont quant à eux entrepris une étude visant à examiner la relation entre les sous-types de stress post-traumatique décrits par Lanius et la dissociation structurelle de l'identité. Il a observé que la partie apparemment normale de la personnalité (PAN) présentait un fonctionnement

similaire au profil dissocié, tandis que la partie émotionnelle de la personnalité (PE) se rapprochait du profil hyperactif (figure 4). D'autres études, comme celle menée par Chalavi et al. (2015), ont comparé le volume de différentes régions cérébrales, révélant des similitudes entre ces deux troubles, telles qu'une diminution du volume de la substance grise dans le cortex préfrontal, temporal et insulaire.

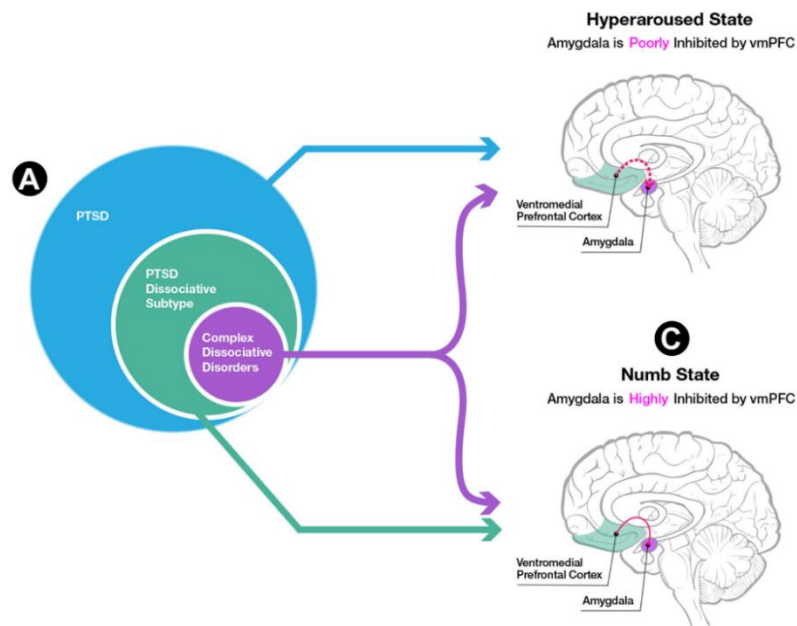


Figure 4 : Profil d'activation des troubles d'origine traumatique.

Extrait de Lebois et al., 2022

En superposant les données provenant de patients souffrant de stress post-traumatique et de patients atteints de trouble dissociatif de l'identité, il est devenu évident que ces deux troubles étaient liés par leur origine traumatique. Piedfort-Marin dans son article paru en 2021, a conclu que le TDI pourrait être considéré comme étant à l'extrémité la plus grave du continuum des troubles d'origine traumatique. Il est important de noter que le cortex frontal est la partie la plus immature du cerveau à la naissance et se développe au fil du temps en réponse aux expériences et interactions vécues par l'enfant avec sa figure d'attachement. Par conséquent, il est possible d'envisager les conséquences des mauvais traitements subis par les jeunes enfants sur leur développement neurocognitif et psychique (Binet et al., 2022; Deprez, 2022).

Plusieurs auteurs ([Blihar et al., 2021](#); [Chalavi et al., 2015](#); [Dimitrova et al., 2021](#)) ont précisé que le TDI était étroitement lié à des traumatismes survenus pendant l'enfance, en particulier en raison de la diminution du volume de l'hippocampe, similaire à celle observée chez les patients souffrant de stress post-traumatique lié à des mauvais traitements dans l'enfance.

1.2.2. Définition du TDI

Le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) est défini par plusieurs auteurs comme un trouble complexe lié au stress post-traumatique, associé à des expériences de violences chroniques durant l'enfance ([Brand et al., 2014](#); [Dorahy et al., 2014](#); [Sar et al., 2017](#)). L'appellation « *trouble dissociatif de l'identité* » est apparue pour la première fois dans le DSM-IV en 1994, bien qu'il ait été répertorié sous le nom de « *trouble de la personnalité multiple* » dès 1980 dans la classification du DSM-III. Ce trouble est classé parmi les troubles dissociatifs, qui incluent également l'amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative, la dépersonnalisation et la déréalisation, ainsi que les troubles dissociatifs spécifiques et non spécifiques.

Dans la version actuelle du DSM-5, le TDI est défini comme « *une perturbation de l'identité caractérisée par au moins deux états de personnalités distincts, impliquant une discontinuité du sens de soi et de l'agentivité, associée à des altérations de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et du fonctionnement sensorimoteur* » ([American Psychiatric Association, 2013](#)). Ces symptômes peuvent être observés par le sujet lui-même ou par son entourage. Le trouble s'accompagne généralement de pertes de mémoire concernant des événements quotidiens et/ou traumatiques (figure 5).

Il est important avant de rechercher un TDI d'éliminer une cause somatique comme dans toutes démarches diagnostiques en psychiatries. Cela inclut généralement la réalisation d'analyses sanguines, éventuellement associées à un bilan immunologique, ainsi que des examens d'imagerie cérébrale par IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) et d'un EEG (électroencéphalogrammes).

Critères diagnostiques	300.14 (F44.81)
<p>A. Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur. Ces signes et ces symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même.</p> <p>B. Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.</p> <p>C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>D. La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise.</p> <p>N.B. : Chez l'enfant, les symptômes ne s'expliquent pas par la représentation de camarades de jeu imaginaires ou d'autres jeux d'imagination.</p> <p>E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. les trous de mémoire ou les comportements chaotiques au cours d'une intoxication par l'alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. des crises comitiales partielles complexes).</p>	

Figure 5 : Critères diagnostiques du trouble dissociatif de l'identité DSM-5 (APA, 2013)

La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec la CIM-11 publiée en 2019, a apporté des changements significatifs en séparant les troubles dissociatifs des troubles liés au stress, dont fait partie le trouble de stress post-traumatique. La CIM-11 acte un changement important concernant les troubles dissociatifs, y compris le trouble dissociatif de l'identité, en les reliant à une origine traumatique. Cette classification reconnaît l'importance du lien entre les expériences traumatiques, en particulier celles survenues pendant l'enfance, et le développement de ces troubles dissociatifs. Elle fait également une distinction entre le TDI et le TDI partiel ([World Health Organization, 2019](#)).

La définition du trouble dissociatif de l'identité dans la CIM-11 est globalement similaire à celle du DSM, mais elle apporte des précisions importantes. Elle souligne notamment que chaque état de personnalité est indépendant et possède sa propre conscience de soi, ses propres perceptions, sa propre relation avec les autres et son environnement, ainsi que sa propre capacité d'agir. « *Au moins deux de ces états de personnalité prennent régulièrement le contrôle exécutif de la conscience, du corps et du fonctionnement de l'individu* ». Il est également précisé que les personnes souffrant d'un TDI ont des épisodes d'amnésie qui peuvent être sévères ([World Health Organization, 2019](#)).

Le trouble dissociatif de l'identité partiel se différencie principalement par la présence d'un état de personnalité dominant qui fonctionne au quotidien et qui peut être envahi par les personnalités non dominantes, sans qu'elles ne prennent le contrôle exécutif, ce qui se manifeste par des intrusions dissociatives, c'est-à-dire qu'une personnalité secondaire peut envahir partiellement le champs de

conscience de l'individu qui peut alors se sentir contrôlé, spectateur de son corps, mais sans amnésie totale. Il y a peu, voire pas d'amnésie concernant les événements quotidiens.

Dans ces deux classifications, le trouble doit avoir un impact sur le fonctionnement personnel, familial, professionnel et social de l'individu et entraîner une détresse significative.

1.2.3. Caractéristiques cliniques

Les symptômes les plus fréquemment rapportés par les patients souffrant de TDI incluent :

- Le sentiment d'étrangeté envers soi-même et de son environnement, ce qui peut être comparé à une sensation de déréalisation et de dépersonnalisation. Certains patients ne se reconnaissent pas lorsqu'ils se regardent dans un miroir, en raison de cette sensation ([Raison & Andrea, 2023](#)) ;
- Parfois, un vécu égodystonique de certains événements ou souvenirs ;
- Une description floue et décousue de leur passé, avec des amnésies plus ou moins graves de la vie quotidienne ;
- Des altérations de la conscience ;
- La présence de voix généralement considérées comme « pseudo-hallucinatoires », qui semblent refléter les pensées de la personne, et qui sont parfois présentes dès l'enfance. Elles sont présentes dans 80-90% des cas selon Piedfort-Marin et al. ([2021](#)). Ces voix peuvent être multiples, parler seules ou converser, être bienveillantes ou dénigrantes. Il y a également des pensées intrusives « *qui viennent de nulle part* ».

Les identités dissociatives, également appelées états de personnalité ou « *alters* », ne doivent pas être comprises comme différentes personnes, mais plutôt comme une désorganisation de la personnalité qui survient à la suite de traumatismes insurmontables. Chaque alter évolue de manière indépendante, ce qui peut entraîner des problèmes de compréhension quand ils ne fonctionnent pas ensemble. Chaque alter peut avoir sa propre apparence, âge, genre, goûts, manière de penser, etc. Il a été observé que la personne peut présenter des modifications de comportement en fonction de l'alter actuel, y compris des changements de voix, d'écriture et de posture ([Merckelbach et al., 2002](#)), ainsi que des variations de constantes comme la tension artérielle ou le pouls ([Reinders et al., 2006](#); [Sar et al., 2017](#)).

Chaque identité dissociative assume une fonction spécifique au sein du système, en voici quelques exemples (Boon et al., 2014) :

- *L'hôte* : Cette identité est présente la plupart du temps et n'est pas en possession des souvenirs traumatiques. Elle peut être considérée comme la "personnalité principale" qui interagit avec le monde extérieur ;
- Les « *trauma holders* » : Ces parties de la personnalité sont responsables de la conservation des souvenirs traumatiques. Elles portent le poids des expériences traumatisantes et peuvent les revivre émotionnellement ;
- Les « *alters enfants* » ou « *little* » : Souvent, ces identités sont associées aux aspects vulnérables de la personne et portent les traumatismes infantiles. Elles peuvent présenter des caractéristiques et des comportements typiques de l'enfance ;
- Les « *caregivers* » : Ces identités ont pour rôle de prendre soin du corps et de maintenir le bien-être physique. Elles veillent à la santé et à la sécurité de la personne ;
- Les « *persécuteurs* » : Ces identités peuvent adopter des comportements nuisibles envers le corps, tels que la scarification, les troubles du comportement alimentaire ou la mise en danger. Elles reflètent souvent la souffrance intérieure et le conflit interne.

Il est important de noter que la diversité des identités dissociatives peut être bien plus complexe, avec des fonctions variées et parfois en constante évolution en réponse aux besoins et aux défis de la personne.

Le nombre d'identités dissociatives varie d'un individu à l'autre, allant de deux à plusieurs dizaines. Selon diverses études, la moyenne se situe entre 7 et 15 alters (Atilan Fedai & Asoğlu, 2022; Coons et al., 1988; Putnam et al., 1986; Ross et al., 1989). Ces parties dissociatives de la personnalité sont souvent organisées dans un monde intérieur communément appelé « *Inner World* », qui représente un univers où vivent les alters. Ce monde interne peut être très détaillé, parfois illustré par les patients eux-mêmes.

Le trouble dissociatif de l'identité est généralement lié à des traumatismes graves survenus dans l'enfance, bien que les experts ne s'accordent pas tous sur l'âge exact auquel ces traumatismes surviennent. Certaines études (Anderson et al., 1993; Raison & Andrea, 2023) indiquent que les violences physiques surviennent en moyenne vers l'âge de 4,6 ans et les abus sexuels vers l'âge de 4,9

ans. D'autres suggèrent que l'exposition au traumatisme se produit entre 6 et 10 ans, quel que soit le type de traumatisme (Raison & Andrea, 2023; Stuppy, 1996).

Des études récentes se sont penchées sur l'impact des ACE, ou Adverse Childhood Experience (figure 6), qu'on pourrait traduire par « expérience traumatique de l'enfance », sur le développement de l'enfant, y compris le développement de pathologies dissociatives. Il a notamment été mis en évidence que les ACE lorsqu'elles se répètent sous forme de négligences, peuvent entraîner des répercussions sur la capacité de mentalisation de l'enfant. Ce défaut de mentalisation pourrait être un facteur de vulnérabilité à la dissociation (Wagner-Skacel et al., 2022).



Figure 6 : illustration des ACE (Adverse Childhood Experience).

Disponible sur <https://clarkstonepic.org/>

1.2.4. Épidémiologie

Il est difficile de définir la prévalence exacte du trouble dissociatif de l'identité, car il reste en dehors des études épidémiologiques, en particulier en France. Les données disponibles proviennent principalement de pays anglo-saxons, et la prévalence est estimée entre 1 et 3 % de la population générale (International Society for the Study, 2011; Reinders et al., 2019). Dans la population psychiatrique, la prévalence serait plus élevée, atteignant 12 à 13,8 % selon certaines études (Atilan Fedai & Asoğlu, 2022; Pietkiewicz et al., 2021; Şar et al., 2000), mais ce chiffre est variable d'une étude

à l'autre et en fonction des pays, dans l'étude de Foote et al. (2006) il est retrouvé 6% des patients qui auraient un diagnostic de TDI dans un échantillon de patients psychiatriques, vivant aux Etats-Unis.

1.2.5. Difficulté de diagnostic

Poser un diagnostic de trouble dissociatif de l'identité est une tâche qui n'est pas si simple, en raison de plusieurs facteurs.

Tout d'abord, il y a un manque de formation globale sur le sujet du trouble dissociatif dans les cursus universitaires de psychiatrie, psychologie et psychothérapie, où il n'existe pas de cours spécifiques dédiés à la reconnaissance des troubles dissociatifs. Au mieux, ils sont abordés dans le contexte du stress post-traumatique, qui en réalité ne fait pas partie des troubles dissociatifs tels que définis dans la CIM-11. Pour la plupart des étudiants, c'est un trouble mal défini, dont l'existence même est parfois remise en question (Leonard et al., 2005; Piedfort-Marin et al., 2021; Reinders et al., 2019; Reinders & Veltman, 2021). De plus, la recherche sur le TDI a été longtemps négligée (Atilan Fedai & Asoğlu, 2022).

Une autre difficulté réside dans les attentes erronées que l'on pourrait avoir concernant cette pathologie : on pourrait s'imaginer une pathologie bruyante où les patients changent fréquemment d'identité au cours d'une consultation (impact des médias et films sur ce point ...), mais en réalité, la plupart des patients souffrant d'un TDI ont de fortes réticences à parler de leur trouble ou de leur vécu (Boon & Draijer, 1993; Dorahy et al., 2014; International Society for the Study, 2011; Pietkiewicz et al., 2021). Ils sont souvent accablés par un sentiment de honte et de culpabilité, craignant de paraître fou et redoutant les conséquences de la révélation de leurs expériences, notamment les voix qu'ils entendent. De plus, cela leur permet l'évitement des souvenirs douloureux du passé. Parfois, ces patients remettent même en question leurs propres expériences traumatiques, ce qui les amène à nier les symptômes du trouble dissociatif de l'identité (Lebois et al., 2022). En outre, les patients souffrant de TDI ont souvent peu conscience de leur trouble, en raison de l'amnésie fréquente qui les affecte au quotidien. Les différents états de personnalité en eux ne sont pas nécessairement conscients les uns des autres (Binet et al., 2022).

Le diagnostic du trouble dissociatif de l'identité peut être compliqué par la similitude de certains symptômes avec ceux d'autres pathologies, ce qui peut créer de la confusion pour les professionnels

de la santé. Un exemple notable est la confusion avec la schizophrénie, car il a été rapporté que 26,5 à 40,8 % des patients atteints de TDI ont déjà été diagnostiqués avec cette maladie (Pietkiewicz et al., 2021; Putnam et al., 1986; Ross et al., 1989). En France, cette confusion a été exacerbée par la traduction du terme « *Spaltung* » par « *dissociation* », ce qui a conduit à l'émergence du concept du « *syndrome dissociatif* », considéré comme caractéristique de la schizophrénie (Mahieu, 2021). Actuellement, le terme « syndrome dissociatif » a été remplacé par « *désorganisation* », réservant ainsi le concept de dissociation aux troubles traumatiques. De plus, les symptômes de premier rang de la schizophrénie de Schneider (Annexe A) qui étaient autrefois considéré comme pathognomonique à la schizophrénie, ont également participé à cette confusion. En effet, plusieurs études ont révélé que les patients atteints de TDI peuvent présenter des symptômes schneidériens, ces symptômes ne sont en réalité pas spécifiques de la schizophrénie et ils peuvent être retrouvés dans de nombreux troubles psychiatriques (Soares-Weiser et al., 2015). Il a également été démontré que les hallucinations auditives ne sont pas spécifiques à la schizophrénie, surtout en considérant que les hallucinations de commentaire et de discussion sont des symptômes de Schneider présent également dans les troubles dissociatifs, et qu'elles sont même plus courantes chez les patients atteints de TDI (Dorahy et al., 2009; Piedfort-Marin et al., 2021).

Le TDI se distingue de la schizophrénie par l'absence d'éléments délirants et surtout l'absence de symptômes de désorganisation et de discordance. Les hallucinations auditives observées dans le TDI consistent en des voix que l'on associe à celle de la pensée, parfois présentes depuis l'enfance, il y a souvent des voix d'enfants, ce qui est rare dans le cas de la schizophrénie ; 97% pour les personnes souffrant d'un TDI versus 6 % pour les patients atteints de schizophrénie selon Dorahy et al. (2014).

Pour Atilan Fedai & Asoğlu (2022), les comorbidités associées au TDI sont une des raisons principale qui explique les difficultés de diagnostic du TDI. Par exemple, dans cette étude, il retrouve 67.14% des patients TDI qui présentent un trouble dépressif associé, 30% un trouble conversif et 20% des troubles anxieux. De par leur vécu traumatique, les patients avec un trouble dissociatif de l'identité présentent le plus souvent des symptômes du trouble de stress post traumatique. Ils sont également associés aux troubles de la personnalité, aux troubles du comportement alimentaire, au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le TDI est donc associé à beaucoup de comorbidités parfois plus bruyantes sur le plan symptomatologiques que le trouble en lui-même, ce qui peut venir masquer et mettre au second plan les symptômes du TDI (Kluft, 1987).

Il n'existe pas actuellement d'outils spécifiquement conçus pour faciliter le diagnostic du trouble dissociatif de l'identité. Cependant, il existe des questionnaires qui mesurent la dissociation et qui intègrent des éléments liés au TDI. Les trois principaux questionnaires qui peuvent être utilisés à cette fin sont les suivants : la *Dissociative Experience Scale* (DES), la *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q), et le *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20). De plus, la *Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders* (SCID-D) de Steinberg (1994) est un instrument diagnostique qui repose sur des entretiens semi-structurés. Il s'agit de l'outil diagnostique le plus couramment utilisé en recherche pour les troubles dissociatifs, y compris le TDI (Binet et al., 2022). Ces questionnaires et la SCID-D peuvent être utiles pour aider les cliniciens et les chercheurs à évaluer la présence de symptômes de dissociation, y compris ceux associés au TDI. Ils ne fournissent cependant pas un diagnostic en soi et doivent être utilisés en conjonction avec une évaluation clinique approfondie pour parvenir à un diagnostic précis du TDI ou d'autres troubles dissociatifs.

Pour toutes ces raisons, le trouble dissociatif de l'identité est fréquemment sous-diagnostiqué ou confondu avec d'autres troubles. Des études ont révélé une période moyenne de six années d'errance diagnostique pour les patients atteints de TDI. Selon plusieurs auteurs (Piedfort-Marin et al., 2021; Putnam et al., 1986; Reinders & Veltman, 2021; Ross et al., 1989), ces patients ont généralement reçu entre trois et quatre diagnostics différents avant celui du TDI, avec une moyenne de 2,8 diagnostics selon l'étude Atilan Fedai & Asoğlu (2022). Le diagnostic du TDI est généralement posé tardivement, avec une moyenne d'âge de 29 à 35 ans, ce qui est notablement tardif pour un trouble développé dès l'enfance, mettant en évidence la difficulté de détection précoce d'un trouble qui passe inaperçu (Binet et al., 2022; Maldonado, 2007).

1.2.6. Recommandation de prise en charge

Il n'existe actuellement aucune ligne directrice officielle définissant un protocole de traitement standard pour le trouble dissociatif de l'identité (Atilan Fedai & Asoğlu, 2022; Huntjens et al., 2019). La psychothérapie psychodynamique individuelle est l'approche la plus couramment utilisée dans le traitement du TDI (Brand et al., 2009; Huntjens et al., 2019; Putnam & Loewenstein, 1993), cependant il n'existe pas de recommandation spécifique en matière de psychothérapie pour le traitement des traumatismes lié à ce trouble.

En 2011, l'*International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (ISSTD) a publié des recommandations d'approche thérapeutique basées sur la pratique clinique des professionnels qui travaillent avec des patients atteints de TDI ([International Society for the Study, 2011](#)). Ces recommandations proposent un traitement en trois étapes distinctes (figure 7) :

- Une première phase axée sur la « *sécurité et la stabilisation* » visant à réduire les épisodes de crise et à établir un fonctionnement du quotidien stable ;
- Ensuite, une deuxième phase se concentre sur le travail des traumatismes avec des thérapies reconnues et validées dans ce domaine pour permettre leur résolution ;
- Enfin, une troisième phase se concentre sur la réintégration de l'identité et la réhabilitation.

L'objectif principal de ce traitement est de faciliter la prise de conscience des différentes parties dissociatives de la personnalité, d'établir la communication entre elles, et de promouvoir un fonctionnement harmonieux entre ces parties ([International Society for the Study, 2011](#)).

Il est important de noter qu'en plus du traitement spécifique du TDI, il est essentiel de prendre en charge les symptômes associés à d'autres troubles, tels que les troubles du sommeil, la dépression, les idées suicidaires, les troubles du comportement alimentaire, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, entre autres. En effet, l'anxiété, la fatigue, le stress sont des facteurs favorisant les phénomènes dissociatifs.

Les médicaments ne sont généralement pas le traitement principal du TDI, mais ils peuvent être introduits en tant que support pour traiter les comorbidités ou atténuer certains symptômes plus bruyants qui empêchent le fonctionnement du quotidien (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, antipsychotiques...).

De plus, la psychoéducation peut s'avérer utile pour aider les individus à mieux comprendre leurs troubles, à gérer leurs émotions et leur anxiété, et à acquérir des compétences d'adaptation ([Hart et al., 2017](#); [Pietkiewicz et al., 2021](#); [Steele et al., 2016](#)).

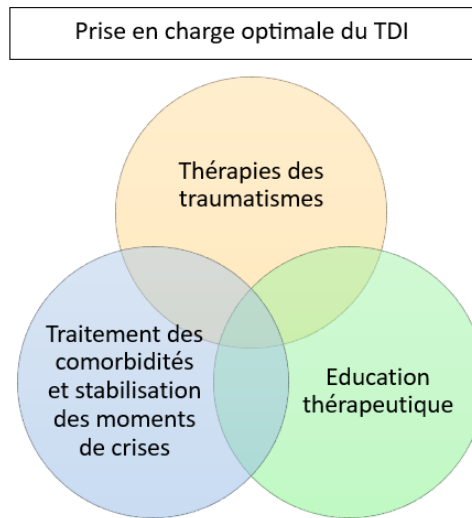


Figure 7 : Recommandation d'une prise en charge optimale de TDI

1.2.7. Controverses

Malgré l'introduction du diagnostic du trouble dissociatif de l'identité dans le DSM-IV en 1994, ce trouble reste peu connu au sein des professionnels de la santé mentale et suscite de nombreuses controverses, remettant en question même son existence. Il existe des divergences d'opinion persistantes quant à l'origine du TDI, remettant en cause l'hypothèse d'un traumatisme comme cause du trouble et privilégiant plutôt l'idée d'une origine iatrogène.

Une référence est souvent faite au « *syndrome des faux souvenirs* » (Binet et al., 2022; Piedfort-Marin et al., 2021), qui a émergé aux États-Unis à la suite de la publication du Trouble de la Personnalité Multiple (TPM) dans le DSM-III. En effet dans les années 1990, on a observé une augmentation exponentielle des cas de TPM, avec plus de 50 000 cas recensés aux États-Unis en 1985. En 1992, E. Loftus a créé la « *False Memory Syndrome Foundation* » en réaction à l'observation de cas induits par des psychothérapeutes cherchant à associer les souffrances de leurs patients à des agressions sexuelles (Binet et al., 2022; Loftus, 1993). Cette situation s'est déroulée dans un contexte hautement médiatisé, notamment en lien avec des élections aux États-Unis, où certaines personnes y ont vu une stratégie politique dans la chasse à la pédocriminalité, conduisant à une augmentation des poursuites contre des agresseurs présumés. Cette méfiance envers le TDI a conduit au changement de dénomination dans le DSM-IV en 1994, entraînant une réduction des cas et ramené la prévalence du TDI à ses niveaux actuels.

Certaines personnes estiment également que le TDI pourrait être une pure création de l'esprit, liée à l'imagination des individus, notamment ceux ayant un fort potentiel d'imagination. De plus, il est difficile pour certains d'accepter l'idée qu'un seul corps puisse être « *habité* » par plusieurs personnalités, remettant en question le modèle occidental de l'unité de l'individu et du monde, ce qui suscite de la confusion (Binet, 2021). Une autre source de doute concernant la validité du TDI réside dans la sévérité des traumatismes subis pendant l'enfance. Certaines personnes se demandent comment il est possible d'oublier des traumatismes aussi graves, tandis que d'autres estiment que ces traumatismes sont si horribles et inimaginables qu'ils ne peuvent tout simplement pas exister. Il existe un déni collectif dans la société autour des abus envers les enfants, permettant peut-être de se protéger de la violence et de l'horreur de tels actes. Il est important de rappeler que les sujets de l'inceste et des abus sur les enfants restent encore des sujets tabous. Les victimes choisissent souvent de ne pas en parler en raison de la honte ressentie. INTERPOL a même signalé l'existence de plus de 12 000 victimes de sites pédopornographiques non identifiées (Piedfort-Marin et al., 2021). La réflexion sur les conséquences neurodéveloppementales des traumatismes infantiles est un sujet relativement récent dans notre société.

En raison de ces controverses, on a constaté une diminution des publications sur le TDI depuis plus de 20 ans, alors que le trouble dissociatif de l'identité, lui, revient sur le devant de la scène médiatique, que ce soit à travers le cinéma avec le film « *Split* » par exemple ou via des influenceurs qui évoquent leur TDI sur différents réseaux sociaux (YouTube, Instagram, TikTok...) accessibles à tous (Binet et al., 2022). Cette surmédiatisation comporte le risque d'autodiagnostic, où certains patients pourraient s'approprier le trouble, ce que l'on appelle le « *TDI imité* » (Draijer & Boon, 1999). En revanche, ne pas reconnaître l'existence du TDI peut entraîner un retard diagnostique et de facto thérapeutique pour les patients nécessitant des soins spécifiques du TDI. Cela pourrait également induire des conséquences financières en engendrant des coûts de soins inutiles, consultations aux urgences ou hospitalisations (Reinders & Veltman, 2021).

Il est donc important de bien maîtriser la clinique du TDI afin de distinguer les vrais cas de TDI des cas imités et d'orienter au mieux les patients vers les soins appropriés. Par exemple, on peut noter que les patients imitant un TDI ont tendance à mettre en avant leurs symptômes, à les exagérer, à utiliser le pronom « je » et à avoir une histoire autobiographique cohérente, sans ressentir de honte liée aux abus (Pietkiewicz et al., 2021). Il est donc essentiel que les thérapeutes reçoivent une formation

adéquate afin de bien comprendre ce trouble et d'être en mesure de poser un diagnostic précis ou de l'exclure de manière appropriée.

1.3. Objectifs de l'étude

Cette première partie, qui explore l'histoire, les théories, les définitions et les débats autour du trouble dissociatif, nous permet d'en dresser une image actuelle, et de déterminer les enjeux qui y sont associés. L'inspiration pour cette thèse est née du constat d'un manque de connaissances globales sur ce sujet, en raison de l'absence de formation dédiée dans mon parcours. Cette lacune est devenue particulièrement apparente lorsque j'ai été confrontée à un possible cas de trouble dissociatif de l'identité lors de mes consultations, suscitant ainsi de nombreuses questions et incertitudes.

L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les ressentis à la fois émotionnels, physiques et psychiques, ainsi que l'état de conscience, avant, pendant et après une transition d'état de personnalité, chez des patients souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité. En regroupant ces expériences, l'étude vise à améliorer la compréhension de ce que peuvent vivre les personnes atteintes de trouble dissociatif de l'identité. Dans un deuxième temps, comme objectif secondaire, nous proposerons un outil pour aider les différents professionnels de la santé mentale à mieux comprendre ce trouble et permettre un repérage plus précoce des personnes souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité.

Au vu de la complexité du sujet étudié, nous avons préféré utiliser une méthodologie qualitative, car elle s'est avérée être la plus pertinente et adaptée pour étudier les transitions entre les états de personnalité dans le trouble dissociatif de l'identité. Cela nous permettra de mieux appréhender les émotions et les ressentis qui accompagnent ce trouble.

2. Matériel et méthode

2.1. Une étude qualitative

Les recherches qualitatives se concentrent sur l'étude de la subjectivité individuelle. Cette méthodologie est centrée sur la description et la compréhension approfondie des expériences humaines et sociales, en cherchant à capturer la richesse des vécus individuels sans simplification. Elle repose sur une interaction unique entre le chercheur et les participants, mettant en lumière l'intersubjectivité inhérente à cette rencontre.

Contrairement aux études quantitatives, les recherches qualitatives ne partent pas d'une hypothèse préalable. Il s'agit d'une approche inductive, basée sur l'exploration des phénomènes étudiés. Les résultats ne sont pas exprimés en termes numériques ou de quantification, mais découlent des expériences rapportées lors des entretiens. La force des résultats ne dépend pas de la taille ou de la représentativité de l'échantillon.

Dans cette étude, nous avons choisi une méthode qualitative spécifique, l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA), développée au Royaume-Uni par Jonathan A. Smith. Cette approche qualitative permet d'explorer en profondeur les expériences et les ressentis subjectifs des individus, dans le but de comprendre le sens que chaque personne donne à ses expériences personnelles. Elle offre une compréhension approfondie des phénomènes étudiés et des facteurs environnementaux susceptibles d'influencer ces perceptions. L'IPA peut mettre en évidence des processus cognitifs et émotionnels qui influencent la compréhension et le vécu des expériences. Cette méthode permet également de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les expériences des participants.

Elle se base sur 3 piliers principaux ([Smith & Fieldsend, 2016](#); [Zoé Gelin, 2020](#)) :

- La phénoménologie qui explore les ressentis du point de vue de chaque individu, tels qu'ils sont perçus. C'est une approche centrée sur l'expérience ;
- L'herméneutique qui est la science de l'interprétation. Dans le cadre de l'IPA, le chercheur s'engage dans une « double herméneutique » puisque qu'il donne du sens aux vécus des participants qui eux même donne du sens à leur expérience ;

- L'approche idiographique qui correspond à l'étude d'un cas particulier en détail pour comprendre l'expérience subjective d'un individu.

L'étude IPA est construite sur des échantillons relativement petits afin de préserver la subjectivité, l'objectif étant de démontrer l'existence plutôt que l'incidence. La collecte de données est généralement par le biais d'entretiens semi-structurés, en utilisant des guides de questions ouvertes, flexibles, qui permettent aux participants de développer leurs réponses comme ils le souhaitent. Les entretiens sont enregistrés pour être retranscrits mot à mot. La relecture et l'expression des impressions initiales et la réflexion du chercheur lors de l'analyse permettent un processus de codage qui identifie les thèmes émergents.

2.2. Déroulement de l'étude

2.2.1. Participants

Dans cette étude qualitative inductive, nous avons inclus des hommes et des femmes âgées d'au moins 18 ans, souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité bénéficiant d'un suivi psychiatrique ou psychologique.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : être sous sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle ; présenter des troubles cognitifs majeurs ou des troubles sensoriels sévères ; avoir un diagnostic de schizophrénie ou d'un trouble délirant ; être en soins sous contrainte ou privé de liberté ; les personnes ne parlant ou ne comprenant pas le français, toute situation rendant le recueil de consentement impossible.

2.2.2. Procédure de recrutement

Les participants inclus ont été recrutés par appel téléphonique ou par mail. Ce recrutement s'est déroulé à la suite des échanges avec différents psychiatres du Centre Hospitalier de Nantes et le Centre

Ressource Régional du Psychotraumatisme des Pays de la Loire, entre mars et août 2023. Une tentative de mise en relation avec des psychiatres libéraux par courrier électronique a également été entreprise, mais n'a pas donné lieu à un retour ultérieur.

2.2.3. Entretien

Les patients ont été reçus individuellement en présentiel dans les bureaux du Centre Ambulatoire Pluridisciplinaire de Psychiatrie et d'Addictologie (CAPPA) du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. La durée des entretiens variait d'une heure à une heure et demie. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des patients afin de permettre une retranscription mot à mot. Les enregistrements ont été réalisés sur magnétophone (non connecté à internet) et ensuite ont été détruits après retranscription écrite mot à mot.

Après avoir donné et signé le consentement écrit (annexe B), l'entretien s'est déroulé en deux temps : la première partie a porté sur la collecte des données socio-démographiques (l'âge, le sexe, le genre, la situation maritale et familiale, le statut professionnel), l'âge du début des troubles, le parcours de soins (comprenant les suivis, les diagnostics évoqués, les antécédents médicaux et les traitements en cours), ainsi que les caractéristiques de chaque identité composant le système du patient (nombre d'états de personnalité et caractéristiques de ces « alters » (annexe C).

Puis la deuxième partie fut un temps d'échange autour des ressentis émotionnels, physiques et psychiques, ainsi que l'état de conscience, avant, pendant et après une transition d'état de personnalité.

Dans le cadre de cette étude qualitative, nous avons fait le choix d'un entretien semi-dirigé, avec des questions ouvertes basées sur un guide d'entretien (annexe D) permettant ainsi aux participants de s'exprimer librement et de façon détaillée.

2.3. Analyse de données

Les données socio-démographiques de chaque patient, ainsi que le nombre d'états de personnalité identifiés, ont été regroupés dans un tableau de synthèse. Un travail de recherche bibliographique a été mené tout au long de l'étude afin de suivre la méthodologie de l'IPA. L'analyse des ressentis perçus par chaque patient et décrits lors des entretiens semi-dirigés s'est déroulée en plusieurs étapes : un premier temps de relecture répétée des entretiens qui a permis de réaliser un premier codage descriptif, sous forme de verbatims (qui représente la transcription écrite fidèle et intégrale des discours de chaque individu tels qu'ils sont issus des entretiens oraux). Dans un deuxième temps, ces verbatims ont été regroupés en sous-thèmes plus généraux, qui à leur tour ont été réunis en thèmes principaux (codage axial). Enfin, une dernière phase de codage sélectif a été entreprise pour permettre une analyse transversale des résultats de chaque patient.

L'analyse de ces verbatims a été réalisée par trois investigateurs différents, ce qui a permis une triangulation des données, contribuant ainsi à une validation croisée des résultats et à une optimisation de la fiabilité de l'étude.

2.4. Critères de qualité

- La reproductibilité de l'étude est assurée par une méthodologie détaillée et transparente, incluant la collecte des données, les techniques d'analyse et la sélection des participants. Cela renforce la crédibilité des résultats ;
- La présentation des données sous forme de verbatims garantit l'exactitude et l'authenticité des données et permet au lecteur d'évaluer les résultats par lui-même ;
- Une description claire de l'analyse des données et des processus de triangulation ;
- La réflexivité : concept important qui implique que le chercheur soit conscient de sa propre subjectivité (ses préjugés, influences, croyances, interprétations, attentes...). Il reconnaît comment cela peut influencer la collecte, l'analyse et la transcription des données.

Tous ces éléments contribuent à la validité apparente, un aspect essentiel dans les études qualitatives puisqu'elle renforce la crédibilité de l'étude en permettant aux lecteurs de juger de la rigueur et de la fiabilité de l'étude. Nous avons également présenté les résultats de notre étude aux participants afin d'avoir leurs retours et leurs validations sur l'analyse phénoménologique que nous avons réalisée. Cette validation par les participants constitue un deuxième verrou de qualité évitant ainsi les écueils d'une sur ou sous analyses des données recueillies.

2.5. Éthique

Chaque participant a reçu une lettre d'information accompagnée d'un formulaire de consentement écrit qu'il a signé (annexe B). Il lui est assuré l'anonymisation des données conservées et traitées par l'attribution d'un numéro aléatoire sans table de correspondance entre l'identité de chaque personne et le numéro aléatoire renvoyant à une série de données individuelles.

En ce qui concerne les enregistrements audios, ils ont été détruits après retranscription écrite anonymisée (la voix est considérée comme une donnée nominative). La retranscription ne fait pas partie des annexes pour garantir la confidentialité des informations et l'anonymat des participants. Nous avons également informé chaque participant qu'il avait la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Cette recherche a reçu un avis favorable d'un comité d'éthique local (Comité d'Éthique pour la Recherche Non-Interventionnelle, CERNI, n°IRB : IORG0011023).

3. Résultats

3.1. Caractéristiques démographiques et cliniques

Quatre patients au total ont été inclus dans l'étude. L'échantillon se composait d'un homme (25 %) et de trois femmes (75 %), âgés de 20 à 37 ans (moyenne : $25 \pm 8,04$ (écart-type) ; médiane : 21,5). L'une des participantes (25 %) était mariée, tandis que les trois autres (75 %) étaient célibataires. Une seule des participantes avait des enfants. Parmi eux, trois des participants étaient des étudiants (75 %) et un était actif professionnellement (25 %).

Le nombre d'alters, présent chez chaque participant, variait de 4 à 20 (moyenne 11.25 ± 7.2 ; médiane : 10,5). Pour les patients présentant un nombre élevé d'alters (patient 3 et 4), il s'agissait d'une estimation de ce nombre, avec la possibilité qu'il varie. Dans la plupart des cas, seuls 4 à 5 alters étaient décrits comme principaux, car présents la majorité du temps. L'une des patientes décrivait les autres alters comme des « *fragments* »¹ d'identité moins définis sur le plan de la personnalité. Chacun des principaux états de personnalité possédait ses propres caractéristiques physiques et psychiques, ainsi que des préférences personnelles (figure 8). Les âges de chaque alter pouvaient différer et être plus jeunes ou plus âgés que le corps physique de l'hôte. Chaque participant avait au moins un alter enfant, et tous les alters remplissaient une fonction spécifique dans le système².

¹ « Il y a des alters beaucoup plus concis en identité alors que d'autres dont plus la représentation d'une émotion précise « des fragments » » (patient 4)

² « Notre rôle c'est d'être l'hôte » - « Son principal rôle dans le système c'est de prendre soin du corps » - C'est un alter persécuteur » (patient 1), « Elle garde les souvenirs traumatiques » (patient 2), « C'est une protectrice » - « il est typiquement un persécuteur/protecteur » (patient 3), « Il était dans un rôle de sociabilité » - « Je prends soin du corps...je suis là pour la sécurité du corps » - « elle a vraiment toute la mémoire de nos traumatisme » (patient 4)

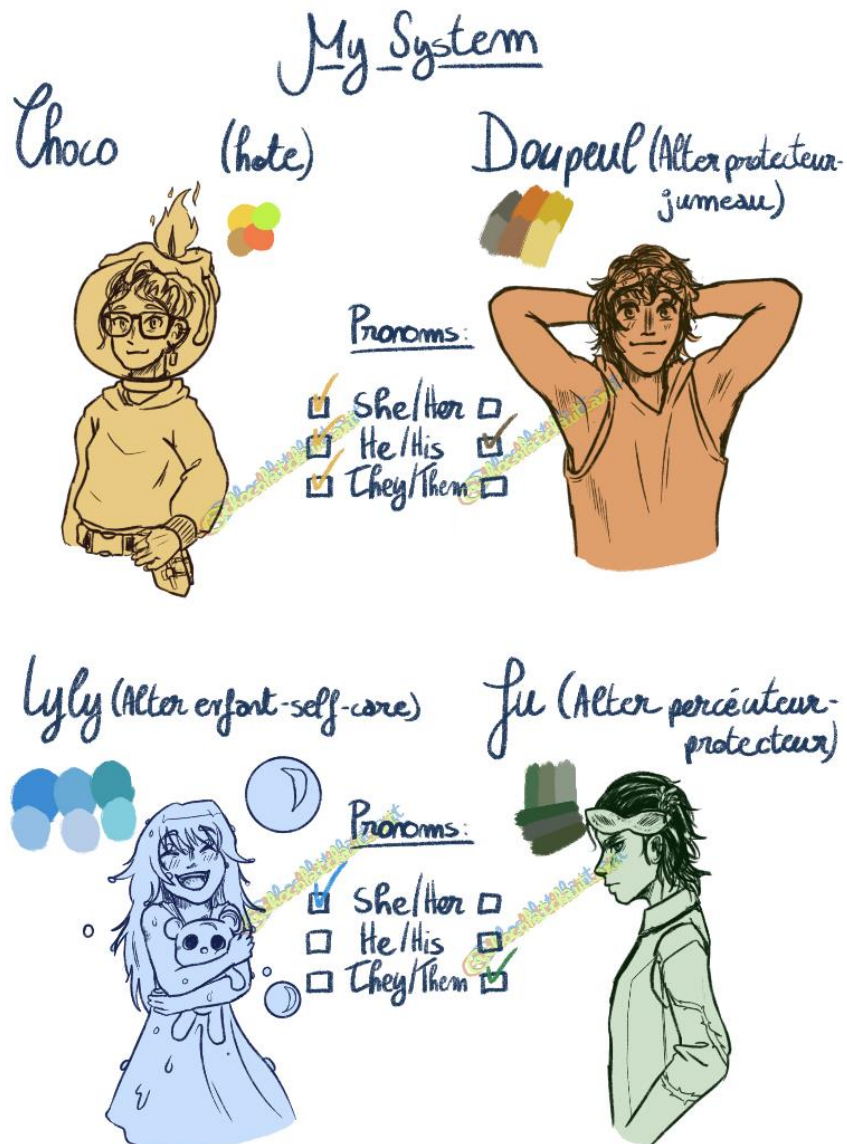


Figure 8 : Dessin d'un des participants de son système d'alters avec leurs caractéristiques. Publié avec accord du patient.

En ce qui concerne les diagnostics cliniques comorbides, tous les participants (100%) présentaient un diagnostic de dépression, tandis que trois d'entre eux (75 %) étaient également atteints de Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA-H), et trois (75 %) présentaient des troubles anxieux.

Les détails et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont résumés dans le tableau 1.

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme
Genre	Féminin	Féminin	Non binaire	Féminin variable selon l'hôte
Âge	20 ans	37 ans	22 ans	21 ans
Statut marital	Célibataire	Marié	Célibataire	Célibataire
Nombre d'enfant	0	3	0	0
Statut professionnel	Etudiante	Actif	Etudiant	Etudiante
Nombre d'alter	4	7	20 dont 4-5 principaux	14 dont 4-5 principaux
Comorbidités	Dépression	Dépression	Dépression	Dépression
	Anxiété sociale	HPI	Anxiété	Anxiété TDAH
	TDA sans hyper activité	Burn out	TDAH TSA	ESPT complexe TOC - TIC

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants

3.2. Études des ressentis lors des transitions d'états de personnalité

3.2.1. Ressentis avant une transition d'identité

3.2.1.1. Signes physiques

- Douleurs et sensations désagréables

Certains patients peuvent rapporter une sensation de pesanteur au niveau de la tête, qu'ils peuvent assimiler à des migraines³. La manifestation physique de l'arrivée d'autres alters se traduit par des sensations inconfortables et désagréables⁴, telles que des douleurs, des spasmes⁵ ou des frissons⁶.

- Asthénie

La sensation de fatigue⁷ est omniprésente dans le discours des participants. Ils décrivent une fatigue soudaine⁸, qui leur « tombe dessus » sans signe avant-coureur. Une des participants fera le rapprochement avec la sensation d'endormissement⁹, qui pourrait se rapprocher du lâcher prise où l'on essaierait de lutter pour rester éveiller. Ils observent parfois une série de bâillements et de clignements des yeux¹⁰, ce qui semble être des mécanismes d'ancrage visant à prévenir de cet état de somnolence.

³ « Migraine ophtalmique » (patient 2), « Mal de tête » (patient 3)

⁴ « Partir de façon désagréable » (patient 3), « Si c'est la petite qui va venir...elle va se retrouver à essayer de nous pousser psychiquement, on le sent intérieurement, c'est désagréable...et même physiquement » - « Sensations désagréables » (patient 4)

⁵ « Spasmes » (patient 4)

⁶ « Des frissons dans les cervicales »

⁷ « Quand je suis très fatiguée » (patient 1) « Grosse fatigue » (patient 2), « Je ressens une fatigue qui peut être très importante » (patient 3)

⁸ « Tout d'un coup je me sens hyper fatiguée » (patient 2), « Beaucoup de fatigue physique, qui tombe d'un coup » (patient 4)

⁹ « Comme quand on s'endort » (patient 1), « Comme la sensation juste avant de dormir » (patient 4)

¹⁰ « Parfois je baille » (patient 2), « Bâillements, clignement des yeux » - « On cligne fortement des yeux » (patient 4)

- Vision trouble

En plus de ces sensations douloureuses et de fatigue, plusieurs participants font état d'une sensation de flou visuel¹¹ qui évoque ce que l'on peut observer dans les cas de malaises vagues.

- Signes de dépersonnalisation et déréalisation

L'une des expériences physiques les plus marquantes et impressionnantes avant une transition, qui a été observée chez les quatre participants, est la sensation de déréalisation¹² et de dépersonnalisation. Les participants décrivent ce moment comme une déconnexion¹³ de leur corps et de leur environnement, un sentiment de flottement¹⁴. Ils décrivent une impression de « corps en pause », où tout semble se figer¹⁵, que ce soit le regard¹⁶, la parole¹⁷, le mouvement¹⁸. On pourrait le décrire comme un moment « de suspension ou d'inhibition motrice ». Pour l'une des participantes cette sensation s'expliquerait par le fait que le cerveau serait « submergé¹⁹ » par l'arrivée des autres alters, ne sachant plus à qui donner le contrôle du corps. Cet état a été observé lors de l'entretien avec l'un des participants qui a connu plusieurs changements d'alters au cours de la rencontre.

3.2.1.2. Signes psychiques

- Annonce des alters

¹¹ « La vision qui se trouble parfois » (patient 2), « Une espèce de mosaïque noire qui se balade devant vos yeux » (patient 3), « La vision se trouble » - « Une sensation de flou, comme si les yeux se troublaient » (patient 4)

¹² « Dérealisation » - « membre fantôme » (patient 4)

¹³ « Je me sens déconnectée » (patient 2)

¹⁴ « Je me sens flottante » (patient 2), « Sensation de flou » (patient 4)

¹⁵ « Je peux me sentir figée » (patient 2), « Mon cerveau devenait flou... un peu catatonique où on se fige pendant un temps sans rien dire » (patient 3), « Se fige » - « Comme si on était en pause » (patient 4)

¹⁶ « Fixer dans le vide » (patient 1), « Les yeux fixes » (patient 2), « Le regard qui se fixe » (patient 4)

¹⁷ « Je n'arrive plus à parler » (patient 2), « Du mal à trouver mes mots » (patient 3), « C'est les mots qui s'arrachent de la bouche » (patient 4)

¹⁸ « Mon corps ne bouge plus » (patient 2), « Perdre la motricité » - « Le corps va se mettre à ne plus bouger » (patient 4) - « La respiration se coupe » (patient 4)

¹⁹ « Comme si plusieurs essayaient de prendre le contrôle, le corps ne sait pas à qui attribuer la motricité » (patient 4)

La communication entre les alters est possible, et se manifeste le plus souvent par des voix²⁰ intérieures. A certains moments, les alters peuvent faire la demande²¹ de prendre le contrôle car ils souhaiteraient s'exprimer ou gérer une situation particulière. Certains patients décrivent ce phénomène comme une forme de switch « programmé »²², cela ne se produit pas systématiquement.

- Ressenti des émotions de l'alter

Sur le plan émotionnel, la plupart des participants va ressentir, avant la transition, des émotions qui sont associées aux caractéristiques de l'alter²³ sur le point d'arriver. Cela se manifeste par des changements émotionnels soudains²⁴, souvent désagréables, ce qui peut initialement amener de l'incompréhension dans leurs ressentis ou de l'anxiété²⁵. Certaines de ces émotions, liées à un alter, peuvent agir comme un déclencheur²⁶ ou un « trigger » amenant systématiquement cet alter à prendre le contrôle.

3.2.1.3. Transition brutale

Le switch tel qu'il a été décrit jusqu'ici, avec ces sensations physiques et psychiques, se produit de manière plus ou moins conscientisée, en fonction des participants. Cependant, il arrive également que cette transition se fasse de manière plus brutale²⁷, tellement rapidement qu'elle passe inaperçue²⁸, la personne ne se rend pas compte d'un changement d'état de personnalité. Ce type de transition, que

²⁰ « C'est principalement des voix » (patient 1), « C'est comme une voix intérieure » (patient 4)

²¹ « Discuter avec la personne qui va prendre le front » (patient 1), « les alters me parlent dans ma tête en disant « j'aimerais bien parler avec telle personne » » - « Une petite voix dans la tête qui souhaite parler » (patient 2), « Bah au pire, si toi tu peux pas le gérer moi je le ferais » (patient 3)

²² « Quand c'est moi qui demande le front » - « Quand je ne demande pas volontairement » (patient 1)

²³ « Je vais ressentir les émotions et les sensations des autres alters » - « Si Francisca vient je vais ressentir un fort agacement, si c'est la petite je vais me sentir fatiguée » - « Je vais me sentir enfant » - « Dans les émotions on ressent surtout celles de l'alter qui veut prendre le contrôle » (patient 4)

²⁴ « Ça fait un changement drastique d'émotion » (patient 4)

²⁵ « Anxiété », « Peur irrationnelle » (patient 1)

²⁶ « Colère, ça fait switcher Ewen toujours » (patient 2)

²⁷ « C'est un peu brutal à chaque fois » - « C'est comme si je m'endormais brusquement » (patient 1), « Ça vient comme ça d'un coup » - « Des sorties par effractions » (patient 2), « Changements beaucoup plus drastiques, qu'un alter prenne le contrôle soudainement » (patient 4)

²⁸ « Je ne me rends pas compte que j'ai switché » - « Mais qui est là ? » (patient 2), « Rainbow... se tape l'incruste à chaque fois et je m'en rends compte 10 min plus tard » (patient 3)

l'on pourrait comparer à un interrupteur ON/OFF²⁹, se produit généralement lorsque les émotions deviennent trop intenses ou désagréables, ou lorsqu'il y a un sentiment de danger imminent.

3.2.2. Ressentis pendant une transition d'identité

3.2.2.1. Ressentis physiques

- Modifications corporelles

L'un des signes observables par le patient lui-même ou son interlocuteur se traduit par des modifications physiques apparentes, telles que des variations dans la modulation de sa voix³⁰, qui peut prendre un ton plus grave en présence d'un alter masculin ou adopter une petite voix enfantine en présence d'un alter enfant. Il est possible de remarquer des différences de postures, de mimiques, d'expressions de visage, ou de gestuelles, propres à chaque alter.

Par ailleurs, pour certains participants, les perceptions corporelles et les ressentis peuvent différer de ce qui est visible dans le miroir³¹, avec la sensation de fluctuations de poids, de morphologie, voire de couleur de cheveux. Dans certains cas, lorsque l'alter n'a pas une forme humaine, il peut y avoir une représentation d'un corps plus animal³², telle la présence de griffes ou de dents plus longues.

- Perte des sensations corporelles

²⁹ « Des switch involontaires ON/OFF » (patient 1)

³⁰ « Souvent la voix est modifiée » - « Dans les tournures de phrase c'était elle » (patient 2), « Mon ton de voix va devenir plus grave ou plus aigu en fonction de l'alter » (patient 3), « Le changement de voix » pendant l'entretien sa voix deviendra beaucoup plus grave ou plus aigüe selon l'alter présent (patient 4)

³¹ « J'ai une mentalisation de ce physique » - « Une certaine coupe de cheveux » - « Un certain physique » - « Quand ils se regardent dans le miroir ça les perturbent beaucoup » (patient 3)

³² « J'ai l'impression que mes dents sont plus longues ou que j'ai des griffes ou même que je suis plus musclé » (patient 3), « Daren qui est un homme il y a la poitrine...il va prendre conscience du corps de manière drastique » - « Se trouver dans un corps qui ne nous représente pas forcément » « Blue est assez maigre 45kg se retrouve dans un corps de 70 kg »

Certains participants associent le moment de transition à une forme d'anesthésie physique³³ où ils se sentent moins connectés aux sensations corporelles vécues pendant ce temps de transition.

3.2.2.2. Ressentis psychiques

- Émotions

D'un point de vue plus émotionnel, la plupart des participants ressentent les émotions de l'alter qui est présent au contrôle du corps³⁴. Pour certains, il peut y avoir également une interaction³⁵ avec d'autres alters dans l'Inner World pendant cette période de transition, ce qui peut avoir une influence sur les émotions ressenties. Il arrive également que ce moment de transition soit vécu difficilement, avec l'apparition de pensées désagréables³⁶ et sombres, avec la sensation de se retrouver vulnérable³⁷, fragilisé.

3.2.2.3. États de conscience

- Diminution du champ de conscience

Pour certains participants, il est possible de conserver un certain niveau de conscience pendant ce moment de transition, bien que cette conscience soit diminuée, avec la sensation de ne plus être entièrement présent, comme poussé à l'arrière-plan, où les expériences se vivent à distance³⁸. On pourrait comparer cet état de semi-conscience à celui que l'on éprouve parfois lors du sommeil³⁹ où

³³ « Il y a tout qui se met en OFF » - « Je ne ressens rien, je ne ressens pas les choses que vivent le corps » (patient 1), « Pour le ressenti du monde autour de moi, c'est l'alter en front qui le ressent, moi je reste à côté mais je ne vais pas forcément le sentir » (patient 3)

³⁴ « Tout dépend de pourquoi il y a une transition, ce qui s'est dit, de ce qui est vécu » - « Les sensations que je ressens sont celles que vit Prune » (patient 2), « Je ressens leurs émotions » (patient 3)

³⁵ « Je vais passer du temps avec Lyly et ça va être un bon moment » (patient 1)

³⁶ « Grosse déprime » - « Lourd émotionnellement » - « Pas de moment agréable » - « Je n'ai pas les pensées les plus agréables » (patient 1)

³⁷ « Plus fragile » (patient 1)

³⁸ « C'était comme si j'étais en arrière-plan » (patient 2), « Je suis toujours conscient de ce qu'il se passe, j'ai un peu l'impression d'être en arrière » (patient 3), « On est en arrière » (patient 4)

³⁹ « Un peu comme un état de sommeil » - « Il y a tout qui se met en OFF... c'est comme quand on s'endort » (patient 1)

l'on n'est pas pleinement conscient, mais où l'on reste attentif à ce qui se passe autour de nous, comme les bruits ou les mouvements. Pour d'autres participants, la transition d'état de personnalité peut les amener à se réfugier dans leur monde interne⁴⁰, occultant ce qu'il se passe à l'extérieur. Lorsque la transition est brutale ou inattendue, cela peut entraîner une perte totale de conscience se manifestant par un black-out⁴¹ du moment de transition.

3.2.2.4. Sentiment d'impuissance et passivité

- Perte des fonctions exécutives

Un sentiment prédominant, partagé par la plupart des participants, est celui de la sensation d'observation des événements comme à travers une vitre, sans avoir la capacité d'influencer les décisions qui sont prises. Cette position de spectateur⁴² induit un état de passivité et d'impuissance⁴³, qui peut être vécu comme un moment de lutte inutile face à un combat qui semble d'emblée inégal. Cette passivité découle de la perte du contrôle exécutif lors de la transition, les participants expriment bien ce sentiment de perte de contrôle sur le corps⁴⁴ et de ne pas être en mesure d'intervenir dans ce qui se passe.

3.2.3. Ressentis après une transition d'identité

3.2.3.1. Sensation de confusion et d'amnésie

⁴⁰ « Me mettre dans ma zone » - « Je vais dans un grand hall...je ne réalise pas » (patient 1), « Partir dans l'Inner World » - « S'isoler dans l'Inner World » (patient 4)

⁴¹ « Je perds connaissance » - « Blackout » (patient 2)

⁴² « Impression d'être spectateur » (patient 1), « Je suis comme spectatrice de ce qu'il m'arrive » (patient 2), « J'entends leurs pensées, je vois leurs actions ... mais je suis spectateur » (patient 3)

⁴³ « C'est un adversaire beaucoup trop fort, je ne peux rien faire » - « Combat un peu inégal » (patient 1)

⁴⁴ « Je vois ce qu'il se passe mais je ne peux pas intervenir » - « Quand c'est un switch négatif je ne maîtrise rien du tout » (patient 2), « Quand on est en arrière, il y a encore des sensations plutôt émotionnelles et psychiques mais pas de contrôle physique » (patient 4)

- Désorientation

Après une transition d'état de personnalité, la confusion⁴⁵ est une sensation très présente. Les participants décrivent tous un état de désorientation global⁴⁶, où ils ne savent pas où ils se trouvent, avec qui ils sont, ni ce qu'ils étaient en train de faire. Ils rapportent un état de latence⁴⁷, marqué par de nombreuses questions, de l'incompréhension et des doutes⁴⁸ quant à ce qui vient de se produire. Plusieurs personnes comparent cette expérience à un réveil brusque et soudain⁴⁹, d'où l'on émerge progressivement. Cet état de confusion s'accompagne également de troubles de la mémoire, où les souvenirs peuvent être présents mais demeurent incomplets⁵⁰. De plus, les participants mentionnent que les souvenirs vécus par d'autres alters ne s'ancrent pas dans leur propre mémoire⁵¹. Ces souvenirs sont vécus comme égodystoniques, c'est-à-dire qu'ils ne leur appartiennent pas et semblent étrangers à leur propre expérience.

3.2.3.2. Signes dissociatifs

En prolongement de cette sensation de confusion éprouvée, les participants décrivent des éléments de dissociation⁵² qui persistent à la fin de la transition. Ils rapportent être encore dans un état de conscience perturbée⁵³, comme s'ils n'étaient pas totalement connectés à la réalité. Ils donnent l'impression de se trouver quelque part entre le rêve et la réalité⁵⁴, dans un état de conscience encore flou, qu'ils caractérisent par une sensation de « flottement »⁵⁵. Pour décrire cette expérience,

⁴⁵ « J'ai un sentiment de confusion » (patient 3), « On se sent perdu, il y a de la confusion » (patient 4)

⁴⁶ « Sensation d'être perdue, de ne pas savoir ce que je fais là » - « Je ne savais plus ou j'étais, qui était avec moi » (patient 2), « Qu'est-ce qu'on fait là » (patient 4)

⁴⁷ « J'ai mis du temps à le réaliser » (patient 1)

⁴⁸ « C'est un peu perturbant » - « Il y a donc un moment d'interrogation, de doute » - « Incompréhension » (patient 1)

⁴⁹ « Comme si on se réveillait brusquement » (patient 1), « Comme si on se réveillait » - « Comme si on nous levait un bandeau des yeux » (patient 4)

⁵⁰ « Je n'ai pas beaucoup de souvenirs » - « J'avais eu un blanc » - « Oublier dans choses » (patient 1), « Les souvenirs sont assez variables, c'est aussi flottant (patient 2), « Grosse amnésie » (patient 4)

⁵¹ « C'est comme si je vivais des choses qui ne s'ancre pas dans ma mémoire » (patient 2), « Les vécus ne s'intègrent pas sur une mémoire commune, c'est chacun sa mémoire » (patient 3), « La mémoire...ne va pas s'intégrer, s'ancre » (patient 4)

⁵² « Me sentir encore un peu dissociée » (patient 1)

⁵³ « Je vis le moment mais pas complètement » - « Net et flou à la fois » (patient 4)

⁵⁴ « On ne sait pas trop si c'est un rêve ou la réalité » (patient 3)

⁵⁵ « Je me sens flottante » - « Ça va être très flottant (patient 2)

l'analogie aux sensations de réveil⁵⁶ est encore une fois utilisée, en la comparant à la transition entre le sommeil et l'éveil qui peut être floue et déroutante.

3.2.3.3. Signes transition / présence de l'alter ?

- Co-conscience résiduelle et transitoire

Il existe un ressenti de fusion et de mélange des sensations entre la personne et l'alter précédent, et ces deux entités ne sont pas très distinctes, les limites entre elles demeurent floues⁵⁷. Il y a la présence d'émotions mixtes et partagées avec l'alter⁵⁸, et parfois, l'alter peut rester présent pour aider à la compréhension de la situation⁵⁹. Il peut également subsister des ressentis et des modifications physiques⁶⁰ qui appartiennent à l'alter qui était au contrôle. Petit à petit, ces éléments se dissipent⁶¹, et le participant retrouve des sensations plus personnelles et propres à lui-même.

Cet état s'apparente à un état de co-conscience⁶², où les alters sont toujours présents en arrière-plan. Cela peut parfois aider à clarifier une situation, mais cela peut également poser des difficultés de concentration. La distinction entre le co-front et la co-conscience repose généralement sur la notion de contrôle corporel partagé. Dans le co-front, plusieurs alters peuvent partager le contrôle du corps en même temps. A contrario, dans la co-conscience, les alters sont conscients des actions et des expériences de l'alter qui est actuellement au contrôle, mais ils n'ont pas nécessairement la capacité de prendre le contrôle du corps en même temps.

⁵⁶ « Je me sens un peu flottant, comme si je venais de me réveiller » (patient 3)

⁵⁷ « Je me sens revenir à moi mais pas totalement, comme si j'étais un peu blend avec cet alter » - « Je me sens un peu diffus dans mon identité et je sais plus exactement dans quelle part du gâteau je suis parce que je sais que suis là aussi mais pas que » (patient 3), « personnalité mélangée ou distincte » (patient 4)

⁵⁸ « Il y a des restes également d'émotions des alters précédents » (patient 1)

⁵⁹ « Il arrive que les alters soient là en co-front pour m'accompagner et m'expliquer » (patient 1), « l'Impression qu'ils sont toujours avec moi (patient 2)

⁶⁰ « Je vais encore avoir son ton de voix, ses mimiques, ses émotions » (patient 3)

⁶¹ « Et ça va se dissiper au fur et à mesure » (patient 3)

⁶² « Le co-front deux alters sont ensemble côte à côte et ont le contrôle sur le corps » - « la co-conscience il y en a un en arrière qui reste conscient mais qui n'a plus de contrôle sur le corps » - « Même quand on est une seule personne au front, on a la sensation d'être seule dans le salon, aux commandes, mais les autres font trop de bruits... il y a de l'activité on le sens et on arrive pas à se concentrer » (patient 4)

3.2.3.4. Signes physiques

La récupération des sensations physiques semble peu agréable, les ressentis des participants présentent une certaine similarité avec ceux de l'état pré-transition. Ils mentionnent une forte sensation de fatigue⁶³, accompagnée de nombreux bâillements⁶⁴. Ils peuvent également ressentir soudainement des douleurs inexplicables⁶⁵.

3.2.3.5. Signes psychiques

- Inconfort

Après une transition d'état de personnalité, la récupération du contrôle, de la conscience, de ses capacités physiques et de ses émotions, n'est généralement pas décrite comme une sensation agréable⁶⁶. Elle laisse souvent une impression d'étrangeté⁶⁷, qui peut être perturbante, et parfois entraîne des sensations d'inconfort et de stress⁶⁸.

Dans le tableau 2 on retrouve l'ensemble des résultats de l'analyse qualitative des entretiens dans leur globalité, incluant les thèmes, sous thèmes et le codage descriptif.

⁶³ « Me sentir nettement plus fatiguée » - « Une phase de réveil mais avec de la fatigue » (patient 1), « Je me sens un peu fatiguée » (patient 2), « sentiment de vertiges...me sentir faible » (patient 3)

⁶⁴ « Des bâillements...des séries de 10 bâillements » (patient 2)

⁶⁵ « Les sensations du corps reviennent tout de suite...si Lyly ou un autre est tombé...la douleur est restée » - « C'est arrivé 2-3 fois que Lyly gratte un peu trop fort et quand je reprends le front j'ai encore mal à cet endroit » - « Des sensations qui reviennent comme si je me réveillais en salle de réveil sans l'anesthésie » (patient 1), « Les douleurs dont je vous parlais » (patient 2)

⁶⁶ « Des sensations désagréables » (patient 4)

⁶⁷ « C'est un peu perturbant » (patient 1), « C'est extrêmement perturbant » (patient 2), « Bizarre » (patient 4)

⁶⁸ « Il peut y avoir de l'angoisse » (patient 2), « Du stress » (patient 4)

Ressentis avant une transition	Signes physiques prodromiques	Douleurs Sensations désagréables Asthénie Vision trouble Bâillements Signe de dépersonnalisation et déréalisation : inhibition motrice
	Signes psychiques prodromiques	Voix de l'alter Emotions de l'alter
	Transition d'identité brutale	Effet interrupteur ON/OFF Conscience ou non du switch
Ressentis pendant une transition	Ressentis physiques	Modifications corporelles Perte des sensations corporelles
	Ressentis psychiques	Emotions adéquation avec alter
	Conscience	Diminution champ de conscience En arrière-plan
	Impuissance et passivité	Perte de la fonction exécutive Spectateur
Ressentis après une transition	Confusion et amnésie	Désorientation Amnésie
	Signes dissociatifs résiduels	Flottement
	Signes résiduels de transition	Co-front résiduel et transitoire
	Signes physiques résiduels	Douleurs Bâillements Fatigue
	Signes psychiques	Inconfort

Tableau 2 : Résultats de l'analyse des données et codages selon la méthode IPA

L'analyse strictement phénoménologique des grands thèmes retrouvés chez chaque participant se retrouve dans le tableau 3.

<input type="checkbox"/> Conscience de la fragmentation identitaire	↴ AVANT LA TRANSITION « SYNDROME PRE-TRANSITIONNEL »	<input type="checkbox"/> Asthénie soudaine <input type="checkbox"/> Sensation d'inhibition motrice
	PENDANT LA TRANSITION	<input type="checkbox"/> Réduction du champ de conscience <input type="checkbox"/> Passivité – Impuissance
	⇒ APRÈS LA TRANSITION « SYNDROME POST-TRANSITIONNEL »	<input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Amnésie totale ou lacunaire <input type="checkbox"/> Co-conscience résiduelle <input type="checkbox"/> Asthénie

Tableau 3 : Analyse phénoménologique des ressentis vécus avant, pendant et après une transition d'états de personnalité.

4. Discussion

4.1. Réflexion

Mon intérêt pour les troubles dissociatifs, en particulier le TDI, a émergé après ma rencontre avec une jeune patiente de 15 ans lors d'une consultation de post-urgence pour des idées suicidaires (cf. cas clinique annexe). Dans ce premier entretien, elle a rapidement abordé le sujet des violences intrafamiliales subies dès son plus jeune âge. Cependant, elle avait du mal à les verbaliser de façon détaillée, car ses souvenirs étaient flous et lointains. Elle avait l'impression que ses souvenirs ne lui appartenaient pas vraiment, et dès qu'elle tentait d'en parler, elle entrait en état de dissociation. À la fin de notre première consultation, elle m'a laissé une lettre décrivant un quotidien très angoissant : elle relatait des amnésies importantes du quotidien, des black-out, (par exemple elle avait été élue déléguée de classe mais ne s'en souvenait pas), elle pouvait se retrouver comme figée dans son corps pendant plusieurs heures. Elle entendait également des voix depuis toute petite qui étaient plutôt rassurantes, qu'elle pouvait nommer et décrire, et qui par moment prenaient « possession de son corps ». Sa psychologue avait évoqué avec elle la possibilité qu'elle soit schizophrène, mais il était évident pour moi que cette jeune fille ne présentait pas de symptômes psychotiques. Je me suis rendu compte que la question des troubles dissociatifs pouvait être pertinente, cependant, je me suis sentie démunie et pleine d'incertitudes en raison de mon manque de connaissances sur le sujet. Mon cursus de formation ne m'avait pas préparée à cette situation, et je ne me sentais pas suffisamment compétente pour poser un diagnostic. J'ai donc commencé à effectuer des recherches et j'ai découvert toute la complexité des troubles dissociatifs. Lorsque j'abordais la question du TDI avec mes collègues et amis, j'ai pu percevoir à quel point ce sujet pouvait diviser, suscitant parfois des réactions vives de rejet de ce diagnostic.

Entreprendre une thèse sur le TDI pourrait être perçu comme risqué en raison de l'étendue des controverses qui entourent ce sujet. Cependant, il me semblait important de pouvoir réaliser ce travail, afin de réunir les connaissances apprises pendant mes recherches, et contribuer à mieux comprendre les expériences vécues par les personnes souffrant de TDI. L'objectif étant d'aider à la fois les patients et les professionnels de la santé qui, comme moi, un jour, se sont trouvés démunis face à ce trouble.

4.2. L'étude des ressentis du vécu de transition

Ce travail nous a permis d'étudier les ressentis de nos quatre participants à travers toutes les étapes de transition d'état de personnalité. L'intérêt de notre travail réside dans notre approche phénoménologique d'exploration approfondie des ressentis subjectifs liés à la transition d'alter, permettant ainsi une meilleure compréhension et appréhension de la complexité du trouble dissociatif de l'identité. A notre connaissance, il s'agit de la première étude française à explorer de façon approfondie le vécu individuel et subjectif de l'expérience de transition chez des patients souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité. La principale difficulté que nous avons rencontrée au cours de cette étude a été dans le recrutement de participants. En effet à Nantes, il y a peu de praticiens travaillant spécifiquement sur la question du TDI, et par conséquent, les patients diagnostiqués avec ce trouble sont peu nombreux. Cela met en évidence le fait que ce diagnostic est mal compris et peu maîtrisé. Bien que la méthodologie qualitative de l'IPA préconise l'utilisation de petits échantillons, la difficulté de recrutement des participants, nous empêche d'affirmer avec certitude que nous avons atteint un niveau de saturation des données, c'est-à-dire que les données collectées soient suffisantes pour permettre une compréhension approfondie et exhaustive du phénomène étudié. Cependant, la triangulation de l'analyse des résultats par trois investigateurs différents, nous a permis de dégager des thématiques communes et intéressantes en lien avec notre sujet d'étude.

Après l'analyse phénoménologique des résultats, on pourrait caractériser chaque étape de transition en trois phases distinctes :

- Un **syndrome pré-transitionnel prodromique**, annonciateur d'un changement d'état de personnalité ;
- Une phase de **transition**, où les ressentis et les expériences sont en adéquation avec l'alter présent, ce qui induit chez les participants, une réduction du champ de conscience ainsi qu'un état de passivité et d'impuissance ;
- Un **syndrome post-transitionnel** caractérisé par un état de confusion et d'amnésie, accompagné de symptômes résiduels de dissociation.

On observe une certaine continuité entre les symptômes pré et post transitionnels, avec des similitudes marquées entre les éléments dissociatifs prodromiques et résiduels décrits et ressentis par les participants.

Les résultats retrouvés sont cohérents et concordent avec les critères diagnostics du DSM-5. Nous observons chez tous les participants des éléments d'altération de la personnalité tels que la présence de voix d'alter, le sentiment d'étrangeté, également décrit par Raison & Andrea (2023), des modifications de comportement, de postures, de mimiques et de ton de voix, que l'on retrouve dans la description de Merckelbach et al. (2002). De plus il est rapporté par les participants des modifications dans les perceptions et les affects qui sont en adéquation avec ceux de l'alter présent, ainsi qu'une altération de la conscience et de la mémoire. On note également une perte de l'agentivité avec la sensation de ne plus être au contrôle des fonctions exécutives, ce qui s'accompagne d'un sentiment de passivité et d'impuissance des personnes face à leurs propres actes.

Parmi tous les ressentis décrits, l'analyse, triangulée, phénoménologique des vécus de transition chez nos participants a permis d'identifier à partir des verbatims, des thèmes clés communs à tous.

- L'**asthénie** souvent brutale et intense qui se retrouve à la fois dans le syndrome pré et post-transitionnel, cette sensation d'endormissement, difficile à contrôler, entraîne un sentiment de perte de contrôle, parfois vécu de manière angoissante. Le corps essaie de maintenir l'attention par des tentatives d'ancrage, telles que des bâillements répétés ou de clignements des yeux.
- La sensation « **d'inhibition motrice** », signe marquant décrit par chacun des participants, prodromique de la transition. Les sensations de déréalisation et dépersonnalisation accompagnent cette impression d'une fonction motrice qui est comme figée, « en pause », le cerveau ne sachant plus comment gérer les différents signaux en lien avec l'arrivée de l'autre alter.
- La **réduction du champ de conscience** avec cette impression de ne plus tout à fait être au contrôle tout en restant spectateur de sa propre vie.
- La perte du contrôle exécutif associée à cette diminution de conscience laisse un sentiment de **passivité et d'impuissance** face aux événements vécus, donnant l'impression d'être enfermé dans son propre corps.
- Un sentiment de **confusion** globale marquée par une **amnésie** totale ou lacunaire, principale caractéristique du syndrome post transitionnel. La question de la mémoire est un point commun

à tous les participants et pourrait jouer un rôle important dans la recherche du diagnostic de TDI, incitant ainsi les praticiens à rechercher ce trouble en cas de symptômes similaires.

- Un **état de co-conscience** de fin de transition où la personne hôte et l'alter ne sont pas tout à fait distinct, participant à la fois à l'effet de confusion, mais apportant également une aide précieuse sur la compréhension de la situation, puisque les informations circulent entre les deux.

En raison de leur récurrence, ces éléments nous semblent essentiels à la compréhension et au repérage du TDI. Cette étude phénoménologique nous permet de proposer le tableau 3 suivant dans le but qu'il serve d'outil d'aide à l'intention des professionnels de la santé mentale, pour faciliter la compréhension et le repérage plus précoce du TDI.

Le retour par mail de deux des quatre participants valide cette proposition d'outil d'évaluation⁶⁹, apportant ainsi un critère de qualité aux résultats de cette étude. Les autres participants n'ont pas donné suite au mail envoyé.

Une forme de transition à part de celle décrite précédemment, a été également identifiée par tous nos participants, elle concerne des changements brusques d'identité sans signe prodromique. Ces transitions créent l'impression d'un interrupteur qui passe instantanément du mode "on" au mode "off", accompagné d'une perte de contrôle soudaine⁷⁰. Dans cette situation, les participants ont du mal à percevoir le moment exact de la transition, ce qui peut entraîner beaucoup de confusion voire un black-out total de cette période. Ces transitions surviennent souvent en réponse à des déclencheurs fortement associés à l'une des personnalités dissociées ou dans des situations de danger. Certains participants signalent également que le manque de communication entre les différentes personnalités, en particulier lorsque le patient n'est que partiellement ou peu conscient de son trouble, favorise ce type de transition. Il est donc concevable que, pour des patients peu conscients de leur trouble, le

⁶⁹ « Concernant le tableau, il correspond très bien aux sensations ressenties lors de « switch » entre alter. Nous avons pu en discuter entre alter et ils sont dans l'ensemble d'accord avec les termes utilisés. » (patient 1), « je suis tout à fait d'accord avec ces résultats ! Les symptômes sont très bien répertoriés » (patient 4).

⁷⁰ « Je ne me rends pas compte que j'ai switché » - « switch of/off » (patient 1), « Des sorties par effractions » - « Ça vient comme ça d'un coup » - « Je ne me rends pas compte que j'ai switché » (patient 2), « Rainbow...se tape l'incruste et je ne m'en rends compte que 10 min plus tard » (patient 3), « Changement beaucoup plus drastiques, qu'un alter prenne le contrôle soudainement » (patient 4)

diagnostic puisse s'avérer complexe, nécessitant du clinicien une finesse dans la recherche d'autres signes susceptibles de faire évoquer un TDI, en particulier des signes post-transitionnels.

Lors de cette rencontre unique avec les participants, nous avons également eu l'occasion d'échanger autour de leur expérience, ainsi que du vécu, de leur parcours de soins. Plusieurs études (Atilan Fedai & Asoğlu, 2022; Piedfort-Marin et al., 2021; Pietkiewicz et al., 2021; Putnam et al., 1986; Reinders & Veltman, 2021; Ross et al., 1989) décrivent un parcours de soins long de 5 à 12 ans en moyenne, marqué par des difficultés à poser un diagnostic précis, certains pouvant recevoir en moyenne trois ou quatre diagnostics différents avant celui de TDI. Nous retrouvons des expériences similaires chez nos participants qui décrivent un parcours de soins complexe, caractérisé le plus souvent par une période d'errance diagnostique prolongée, souvent sur plusieurs années, entraînant de nombreuses interrogations et incertitudes. Certains ont reçu plusieurs diagnostics avant que le TDI⁷¹ ne soit évoqué. Plusieurs d'entre eux ont fait face aux doutes perceptibles dans le regard des professionnels qu'ils ont pu rencontrer⁷². D'autres ont été confrontés aux croyances des praticiens, voyant le TDI comme un « syndrome du faux souvenirs », « inventé par les américains »⁷³. Le patient 2 a notamment pu exprimer l'épuisement qu'il ressentait face aux discours contradictoires émanant des différents professionnels qu'il avait rencontré, ainsi que le sentiment de voir sa souffrance minimisée⁷⁴. Ils ont partagé leur souffrance face à ces doutes et ont exprimé à quel point cela a été difficile pour eux dans leur quête de la compréhension ce qui leur arrivait⁷⁵.

Dans son étude, Loewenstein (2018) rappelle que les portraits de personnes souffrant de TDI diffèrent de ce qui est rapporté dans les médias (éléments de démonstrativité, des changements théâtraux et soudains de personnalité en entretien). Au contraire les différentes études ont eu tendance à montrer que les symptômes du TDI sont généralement discrets et subtils, le plus souvent masqués volontairement ou non par les patients eux-mêmes. Cette vision du TDI est partagée par plusieurs

⁷¹ « On m'a déjà dit que j'étais bipolaire » (patient 3), « J'ai fait un test de schizophrénie » (patient 4)

⁷² « Les gens nous regardent avec des gros yeux » (patient 2), « Il a eu une réaction qui m'a bloqué donc j'ai pas osé en parler » - « donc j'ai changé ma réponse » (patient 4)

⁷³ « Ce n'est pas un trouble qui existe » - « Que c'était un trouble très contesté, que c'était un truc inventé par les américains » - « Que tout était des faux souvenirs, que ça n'existait pas » (patient 2)

⁷⁴ « Elle m'a dit que je n'avais pas de traumatisme, que c'était plutôt une bonne nouvelle, que j'allais bien, qu'il fallait juste considérer que mon cerveau m'envoyait des films et que je n'avais qu'à les ignorer pour guérir » - « C'est comme-ci on allait voir un médecin, il y en a un qui vous dit, vous avez un rhume, l'autre qui vous dit vous avez une pneumonie, l'autre vous dit oui mais la pneumonie ça n'existe pas mais ce n'est pas tout à fait un rhume non plus... » - « C'est assez déconcertant en tant que patient » - « Ça commence à être un peu trop étirant » (patient 2)

⁷⁵ « Impression de me noyer et de chercher quelqu'un pour me sortir de l'eau » (patient 2)

auteurs (Boon & Draijer, 1993; Dorahy et al., 2014; International Society for the Study, 2011; Lebois et al., 2022; Pietkiewicz et al., 2021) qui font le constat d'une difficulté de diagnostic en raison de la réticence des patients à parler de leur trouble, et la remise en doute leur propre symptômes. Ces observations ont également été partagées lors de notre étude, la plupart de nos participants exprimant des doutes concernant leurs propres symptômes⁷⁶, ce doute pouvant par moment les empêcher de parler, compliquant ainsi la détection du trouble. Un des participants a décrit la difficulté à s'orienter vers les soins psychiatriques⁷⁷, ce qui représente pourtant une étape importante d'acceptation de ses difficultés.

Ces témoignages mettent bien en lumière toute la difficulté pour ces patients à parler de leurs symptômes. Il s'agit d'un parcours anxiogène, auquel se mêle la crainte de devenir fou⁷⁸ et l'appréhension des conséquences potentielles, tout en éprouvant un sentiment de honte⁷⁹ vis à vis de ces expériences vécues. Toutes les données recueillies auprès de nos participants, soulignent l'importance du soin nécessaire à apporter dans l'accompagnement de ces patients. Ils se sentent souvent seuls dans ce trouble et éprouvent des difficultés à savoir vers qui se tourner en raison du manque généralisé de connaissances des professionnels de la santé qu'ils rencontrent⁸⁰.

Les patients s'interrogent sur le développement de prises en charge adaptées, telles que la possibilité de participer à des groupes de parole⁸¹, ou de bénéficier d'éducation thérapeutique en lien avec le TDI. A l'heure actuelle, à Nantes, il existe peu de ressources dédiées à la prise en charge le trouble dissociatif de l'identité. Selon les recommandations de l'*International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (International Society for the Study, 2011), la psychoéducation est un des axes de traitements visant à aider les patients à comprendre leur trouble, à développer des compétences d'adaptation (Hart et al., 2017; Pietkiewicz et al., 2021; Steele et al., 2016) et réduire l'impact de leur trouble sur la vie quotidienne. Cependant pour être à même d'apprendre aux patients à comprendre

⁷⁶ « J'étais dans le déni, je me forçais à oublier » (patient 1), « On a un peu de peine à y croire » (patient 2), « Bon voilà je suis en train de me faire un délire » - « Crise de déni » - « Je ne suis pas toujours convaincu de la véracité des choses » (patient 3)

⁷⁷ « Il y a un cap à passer », (patient 2)

⁷⁸ « Je ne suis pas possédée » - « Est ce que je suis en train de devenir folle, zinzin ? » (patient 2), « J'ai pensé directement à la possession démoniaque » (patient 4)

⁷⁹ « Il y a un sentiment de honte lors des changements » - « C'est très gênant pour moi » - « C'est honteux » - « C'est gênant de devenir un bébé » (patient 4)

⁸⁰ « Plein de professionnels... qui en définitive ne sont pas à l'aise avec le sujet » (patient 4)

⁸¹ « Est-ce qu'il y a des groupes de parole qui existent ? » (patient 4)

leurs propres troubles, les professionnels de la santé doivent être au préalable suffisamment sensibilisés et informés pour les accompagner.

Tous ces éléments soulignent la nécessité de former les professionnels. Le doute et la remise en question du diagnostic par des professionnels non formés amènent souvent de l'incompréhension et de la souffrance chez ces patients. Pourtant, les récentes études, notamment dans le domaine des neurosciences, donnent des perspectives de compréhension, les imageries cérébrales montrent aujourd'hui que le TDI est un trouble dissociatif associé au champ des traumatismes complexes, il faut donc le prendre en charge comme tel (Piedfort-Marin et al., 2021; Reinders et al., 2014). D'autant que le TDI est un trouble de plus en plus médiatisé, notamment en lien avec le développement des réseaux sociaux (Binet et al., 2022). Les professionnels de la santé mentale sont et vont être, de plus en plus confrontés à ces patients et sollicités pour diagnostiquer ce trouble. Cette surmédiatisation comporte un risque d'autodiagnostic avec la possibilité de voir un patient présentant un « *TDI imité* », ce qui pourrait entraîner un risque de sur-diagnostic si la clinique n'est pas correctement maîtrisée, ou un risque de sous-diagnostic, retardant la prise en charge et entraînant des coûts de soins inutiles (Draijer & Boon, 1999; Reinders & Veltman, 2021).

Il est essentiel de bien maîtriser la clinique du TDI afin de distinguer les cas de TDI avérés de ceux imités, afin d'orienter les patients vers des soins adaptés. Par conséquent, il est urgent que les thérapeutes reçoivent une formation adéquate afin de bien comprendre ce trouble, pour être en mesure de poser un diagnostic précis ou de l'exclure, et ainsi proposer les soins les plus appropriés.

Dans cet objectif d'aider les professionnels de la santé mentale, nous proposons d'intégrer le tableau d'analyse phénoménologique des ressentis des étapes de transition (tableau 3) comme un outil d'aide au repérage du TDI dans l'algorithme de diagnostic du TDI, que nous proposons dans la figure 8 ci-dessous.

Algorithme diagnostique lors d'une suspicion de trouble dissociatif de l'identité (TDI)

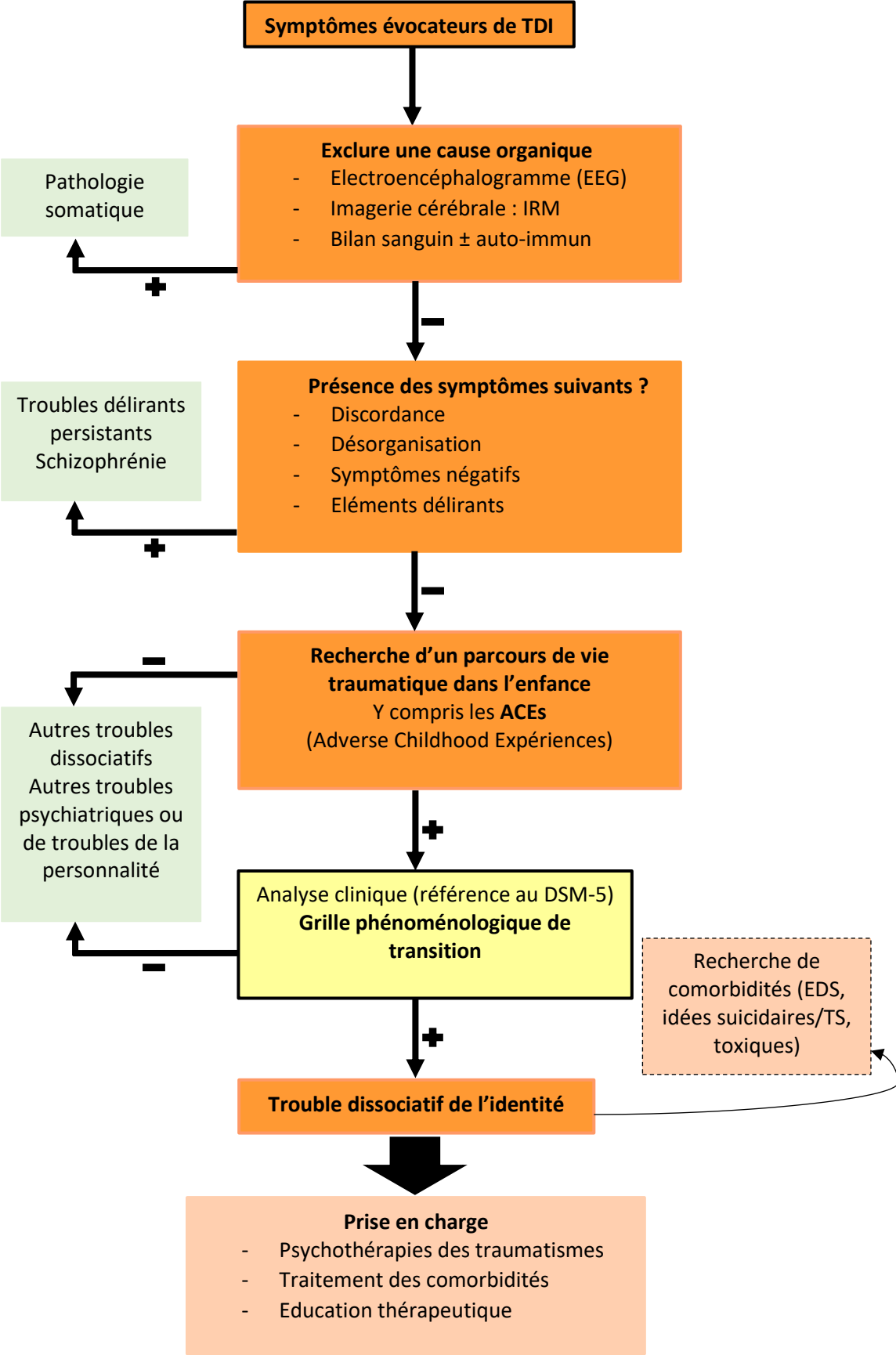


Figure 8 : Algorithme diagnostique suspicion de TDI

5. Conclusion

Le trouble dissociatif de l'identité est considéré comme un mécanisme de défense extrême en réponse aux violences les plus graves ou aux négligences répétées subies dans l'enfance. Il s'inscrit dans la partie la plus extrême du continuum de dissociation. Bien qu'aujourd'hui il soit encore beaucoup remis en question, les données récentes de la littérature suggèrent que le TDI s'apparente au domaine des traumatismes complexes. Après avoir fait état des connaissances issues de la littérature pour mieux appréhender ce trouble, l'objectif principal de cette thèse était d'explorer les ressentis lors de la transition d'état de personnalité, afin d'apporter un éclairage sur la compréhension du TDI.

Les résultats obtenus auprès de nos quatre participants ont mis en évidence des thèmes clés et récurrents, qui nous ont permis de proposer un outil d'évaluation sur lequel les professionnels de la santé pourraient s'appuyer afin de mieux comprendre et repérer ce trouble. Il nous semblait intéressant d'intégrer ce travail d'étude phénoménologique dans la création d'un algorithme diagnostique du TDI, en y intégrant l'outil d'évaluation que nous avons développé. Notre étude a également mis en évidence toute la difficulté de parcours des patients face au manque d'information des professionnels, et d'un diagnostic qui est complexe à établir en raison de la difficulté des patients à prendre conscience de leur trouble et du fort sentiment de honte associé au TDI.

L'amélioration de la sensibilisation des professionnels de la santé mentale, notamment par l'inclusion de cours spécifiques sur les troubles dissociatifs, y compris le trouble dissociatif de l'identité, dans le cursus des études médicales, semble aujourd'hui essentielle pour favoriser le diagnostic précoce du TDI et ainsi améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des patients.

6. Bibliographie

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5™* (p. xliv, 947). American Psychiatric Publishing, Inc.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Anderson, G., Yassenik, L., & Ross, C. A. (1993). Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 17*(5), 677-686. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90088-m](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90088-m)
3. Atilan Fedai, Ü., & Asoğlu, M. (2022). Analysis of Demographic and Clinical Characteristics of Patients with Dissociative Identity Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 18*, 3035-3044. <https://doi.org/10.2147/NDT.S386648>
4. Binet, É. (2021). Trouble dissociatif de l'identité en 2021 : Stigmates d'un trouble dissociatif et d'une suspicion centenaire. *L'information psychiatrique, 97*(9), 785-788.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2340>
5. Binet, E., Carluer, L., Dellucci, H., Deprez, A., Gysi, J., Mazaira, S., Mosquera, D., Piedfort-Marin, O., Saillot, I., Sar, V., Solomon, R., Vaux-Lacroix, E., & Zimmermann, E. (2022). *Evaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité* (Dunod).
6. Blihar, D., Crisafio, A., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., & Waechter, R. (2021). A Meta-Analysis of Hippocampal and Amygdala Volumes in Patients Diagnosed With Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 22*(3), 365-377.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869650>
7. Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands : A clinical investigation of 71 patients. *The American Journal of Psychiatry, 150*(3), 489-494.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.489>
8. Boon, S., Steele, K., Hart, O., Hopchet, M., Goffinet, S., & Depré, M. (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique* (2ème édition, 2017). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.boons.2014.01>
9. Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(9), 646-654.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa>

10. Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Lanius, R. A. (2014). Dissociative identity disorder. In *Gabbard's treatments of psychiatric disorders, 5th ed* (p. 439-458). American Psychiatric Publishing, Inc.
11. Brome, V. (1978). *Jung : Man and Myth*. Macmillan.
12. Bühler, K. E., & Heim, G. (2001). Introduction générale à la psychopathologie et à la psychothérapie de Pierre Janet. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 159(4), 261-272. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00014-2)
13. Carlier, L. (2016). Neurobiologie de la dissociation. In *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 16-26). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2016.01.0016>
14. Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Barker, G. J., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. T. S. (2015). Similar cortical but not subcortical gray matter abnormalities in women with posttraumatic stress disorder with versus without dissociative identity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231(3), 308-319. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2015.01.014>
15. Coons, P. M., Bowman, E. S., & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder. A clinical investigation of 50 cases. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(9), 519-527.
16. Costa, R., & Figueiredo, B. (2012). Infants' behavioral and physiological profile and mother–infant interaction. *International Journal of Behavioral Development*, 36(3), 205-214. <https://doi.org/10.1177/0165025411428248>
17. Deprez, A. (2022). Comprendre l'émergence d'un TDI au regard du développement précoce confronté à l'adversité et au nouveau modèle théorique de l'attachement. In *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité* (p. 117-134). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.binet.2022.01.0117>
18. Dimitrova, L. I., Dean, S. L., Schlumpf, Y. R., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S., Chatzi, V., Jäncke, L., Veltman, D. J., Chalavi, S., & Reinders, A. A. T. S. (2021). A neurostructural biomarker of dissociative amnesia : A hippocampal study in dissociative identity disorder. *Psychological Medicine*, 53(3), 805-813. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002154>
19. Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder : An empirical overview. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417. <https://doi.org/10.1177/0004867414527523>
20. Dorahy, M. J., Shannon, C., Seager, L., Corr, M., Stewart, K., & Hanna, D. (2009). Hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history :

Similarities and differences. *J Nerv Ment Dis*.

<https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3A4396aba9-ac63-389b-a138->

[cf1fd3774d08&fbclid=IwAR3rMmMBdxLYn3voRJEKkQKvDAAG6ANNh1ZnSt8xsrRs94Us0Pj4QYsMsR4](https://doi.org/10.1177/009318539902700304)

21. Draijer, N., & Boon, S. (1999). The Imitation of Dissociative Identity Disorder : Patients at Risk, Therapists at Risk. *The Journal of Psychiatry & Law*, 27(3-4), 423-458.
<https://doi.org/10.1177/009318539902700304>
22. Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. (New York: Basic Books).
23. Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.623>
24. Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2014). Trauma-Related Altered States of Consciousness : Exploring the 4-D Model. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 436-456.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.873377>
25. Hart, O. van der, Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2017). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. De Boeck Superieur.
26. Haule, J. R. (1984). From somnambulism to the archetypes : The French roots of Jung's split with Freud. *Psychoanalytic Review*, 71(4), 635-659. Scopus.
27. Heim, G., & Bühler, K. E. (2003). Les idées fixes et la psychologie de l'action de Pierre Janet. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(8), 579-586.
[https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00013-1](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00013-1)
28. Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID) : Rationale and study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1571377. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1571377>
29. International Society for the Study. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
30. Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine (1889) (4ème)*. Édition Société Pierre Janet et CNRS;1973.
31. Janet, P. (1894). *L'état mentale des hystériques*.

32. Janet, P. (1923). *Principles of psychotherapy*. MacMillan (1924, reprint Freeport, N.Y. Books for Libraries Press, 1971, 322 p).
33. Kluft, R. P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 293-298. Scopus. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.3.293>
34. Landa, H., & Gimenez, G. (2009). Le trauma et l'émotion : Apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles. *Evolution Psychiatrique*, 74(4), 497-510. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.09.006>
35. Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD : Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *The American journal of psychiatry*, 167(6), 640-647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
36. Lebois, L. A. M., Ross, D. A., & Kaufman, M. L. (2022). "I Am Not I" : The Neuroscience of Dissociative Identity Disorder. *Biological psychiatry*, 91(3), e11-e13. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.11.004>
37. Leonard, D., Brann, S., & Tiller, J. (2005). *Dissociative disorders : Pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact*. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01700.x>
38. Liotti, G. (1992). Disorganised/disoriented Attachment in the Aetiology of the Dissociative Disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 4, 196-204.
39. Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates : Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229-242.
40. Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *The American Psychologist*, 48(5), 518-537. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.48.5.518>
41. Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders : A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37-46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
42. Mahieu, E. (2021). Note sur une discordance dans la clinique : La dissociation. *L'information psychiatrique*, 97(9), 809-817. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2344>
43. Main, M. (2000). Recent Studies in Attachment : Overview, with Selected Implications for Clinical Work. In *Attachment Theory*. Routledge.
44. Maldonado, J. R. (2007). *Dissociation* (2ème édition). Academic Press.
45. Marich, J., PhD, LPCC-S, LICDC-CS, REAT, & Dansiger, S., PsyD. (2021). *Healing Addiction EMDR Therapy : A Trauma-Focused Guide*. Springer Publishing Company.

46. Merckelbach, H., Devilly, G. J., & Rassin, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder : Metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review*, 22(4), 481-497.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00115-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00115-5)
47. Murphy, R. J. (2023). Depersonalization/Derealization Disorder and Neural Correlates of Trauma-related Pathology : A Critical Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 20(1-3), 53-59.
48. Piedfort-Marin, O., Rignol, G., & Tarquinio, C. (2021). Le trouble dissociatif de l'identité : Les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(4), 374-385. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.02.026>
49. Pietkiewicz, I. J., Bańbura-Nowak, A., Tomalski, R., & Boon, S. (2021). Revisiting False-Positive and Imitated Dissociative Identity Disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 637929.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637929>
50. Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory : Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (p. xvii, 347). W W Norton & Co.
51. Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder : Review of 100 recent cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 47(6), 285-293.
52. Putnam, F. W., & Loewenstein, R. J. (1993). Treatment of multiple personality disorder : A survey of current practices. *The American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1048-1052.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1048>
53. Raison, A., & Andrea, S. (2023). Childhood trauma in patients with Dissociative Identity Disorder : A systematic review of data from 1990 to 2022. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 100310. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100310>
54. Reinders, A. A. T. S., Marquand, A. F., Schlumpf, Y. R., Chalavi, S., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S., Dazzan, P., Jäncke, L., & Veltman, D. J. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder : Pattern recognition study of brain biomarkers. *The British Journal of Psychiatry*, 215(3), 536-544. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.255>
55. Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A. M. J., Willemsen, A. T. M., & den Boer, J. A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder : A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730-740.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.12.019>
56. Reinders, A. A. T. S., & Veltman, D. J. (2021). Dissociative identity disorder : Out of the shadows at last? *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 413-414. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.168>

57. Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., den Boer, J. A., Vos, H. P. J., Veltman, D. J., & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder : A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research*, 223(3), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.005>
58. Reinders, A. a. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One*, 7(6), e39279. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039279>
59. Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder : An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 34(5), 413-418. <https://doi.org/10.1177/070674378903400509>
60. Saillot, I. (s. d.). La dissociation d'Achille à la guerre de Troie. *PIERRE JANET | Association PIERRE JANET*. Consulté 18 août 2023, à l'adresse <https://www.pierre-janet.org/la-dissociation-dachille-a-la-guerre-de-troie/>
61. Saillot, I. (2017). Grand angle : Le concept de dissociation de Janet à aujourd'hui, dérive et écueil. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.002>
62. Sar, V., Alioğlu, F., & Akyuz, G. (2017). Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview : The spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders, and healthy controls. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 18(4), 490-506. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240737>
63. Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., & Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 216-222. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90050-6](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90050-6)
64. Schlumpf, Y. R., Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Luechinger, R., van Osch, M. J. P., & Jäncke, L. (2014). Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder : A controlled fMRI perfusion study. *PLoS One*, 9(6), e98795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098795>
65. Smith, J. A., & Fieldsend, M. (2016). Interpretative phenomenological analysis. In *Qualitative research in psychology : Expanding perspectives in methodology and design*, 2nd ed (p. 147-166). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000252-008>

66. Steele, K., Boon, S., & Hart, O. van der. (2016). *Treating Trauma-Related Dissociation : A Practical, Integrative Approach* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). W. W. Norton & Company.
67. Stuppy, L. (1996). *The Relationship Between Dissociation and Object-Relations Impairment in Adult Female Incest Survivor Clients with and without Personality Splitting. Dissertations.* <https://dx.doi.org/10.32597/dissertations/720/>
68. Van Der Hart, O. van der, Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique.* De Boeck Supérieur, 2017.
69. Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1530-1540. Scopus. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1530>
70. Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H., & Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10787-8>
71. Wisler, D. (2021). Le traumatisme psychique ou l'absence de réalisation et d'intégration d'un événement adverse. *L'information psychiatrique*, 97(9), 771-775. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2338>
72. World Health Organization. (2019). *Classification Internationale des Maladies, 11e révision (CIM11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/108180424>
73. Zimmermann, E. (2022). EMDR et TDI à la lumière de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP). In *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité* (p. 135-151). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.binet.2022.01.0135>
74. Zoé Gelin, assistante doctorante. (2020). *Introduction à l'Interpretative Phenomenological Analysis*. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Introduction-%E2%80%A6-IIPA.pdf>

7. Annexes

Annexes A

Symptômes schneidériens de premier rang (SSPR)
<ul style="list-style-type: none">• Énonciation ou écho de la pensée.• Hallucinations auditives dans lesquelles des voix conversent entre elles.• Hallucinations auditives dans lesquelles des voix commentent le comportement de l'individu.• Sensations corporelles imposées.• Vol de la pensée.• Imposition de la pensée.• Divulcation de la pensée.• Perception délirante.• Sentiments imposés ou contrôlés.• Impulsions imposées ou contrôlées.• Volonté imposée ou contrôlée.

Annexes B : Fiche d'information et consentement

ANNEXE 1 – NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Information : Ce document peut servir de trame pour l'élaboration du consentement éclairé. Des commentaires en italiques peuvent vous aider à renseigner les différents items de ce document.

1. Titre du projet :

Vécu de la transition d'état de personnalité dans le trouble dissociatif de l'identité via une approche phénoménologique qualitative

2. Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :

Pr Anne SAUVAGET

Mail : anne.sauvaget@chu-nantes.fr

Téléphone : 02 51 83 72 14

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Laboratoire « Motricité, Interactions, Performance » - Université de Nantes

25bis Boulevard Guy Mollet

44322 Nantes Cedex 3 (France)

3. Lieu de la recherche :

Laboratoire « Motricité, Interactions, Performance » (E.A 4334)

25bis Boulevard Guy Mollet

44322 Nantes Cedex 3 (France)

4. But du projet de recherche :

Ce projet de recherche a pour but d'explorer les ressentis à la fois émotionnels, physiques et psychiques, ainsi que l'état de conscience, avant, pendant et après une transition d'état de personnalité, chez des patients souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité.

Le « trouble dissociatif de l'identité » (ou TDI), autrefois appelé « trouble de la personnalité multiple », est un trouble qui se définit par la présence de deux ou plusieurs états de personnalités distincts (appelés aussi identités dissociatives ou « alters ») qui marque une discontinuité du sens de soi et de l'agentivité, d'une perte du contrôle exécutif, et le passage d'un état de personnalité à une autre qui est capable de prendre temporairement le contrôle exécutif. Chaque état de personnalité a son propre vécu, sa propre conscience, ses propres expériences de perceptions, d'interactions. Ces signes peuvent être observés par les autres ou le sujet lui-même. Il s'accompagne de fréquentes pertes de mémoire des événements du quotidien. Ces symptômes sont à l'origine d'une détresse clinique avec altération du fonctionnement social, professionnel et autres domaines importants.

Le trouble dissociatif de l'identité depuis la publication de la CIM-11 en 2019 est classé dans le domaine des états de dissociations et post traumatiques, il est systématiquement associé à des maltraitances graves dans l'enfance.

Malgré la présence du diagnostic de trouble dissociatif de l'identité depuis 1994 dans le DSM IV, ce dernier est encore peu connu des professionnels de santé et régulièrement remis en doute en France. Du fait de ces controverses, on remarque une diminution des publications en lien avec ce trouble depuis plus de 20 ans, alors que le trouble de l'identité revient sur le devant de la scène par le biais des médias et des réseaux sociaux ces dernières années. Il en devient donc « *une réalité clinique mal maîtrisée* » qui induit une errance thérapeutique chez les personnes souffrant de trouble dissociatif de l'identité.

L'objectif serait de pouvoir identifier les similarités dans les vécus émotionnels, physiques et psychiques, des patients souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité pendant une transition, de les mettre en communs pour pouvoir à terme proposer un outil aux différents professionnels de la santé mentale afin de les aider à mieux comprendre ce trouble et permettre un repérage plus précoce des personnes souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité.

A la fin de l'étude, nous vous proposerons de voir nos résultats pour avoir votre avis sur nos résultats et leur pertinence. Cette méthode nous permettra d'assurer la qualité de notre recherche.

5. Ce que l'on attend de vous :

Si vous acceptez de participer à cette étude et que vous répondez aux critères d'inclusion, nous vous proposerons de réaliser un entretien enregistré sur magnétophone de 30 à 45 min afin d'explorer les ressentis vécus avant pendant et après une transition d'identité.

L'enregistrement sera retranscrit par écrit, de manière anonyme, puis détruit pour rendre votre identification impossible.

6. Vos droits de vous retirer de la recherche à tout moment :

La participation à cette recherche se fait sur la base du volontariat et nécessite votre consentement libre et éclairé. Vous êtes parfaitement en droit de refuser de participer à cette recherche et serez en droit de mettre un terme à votre participation à tout moment au cours de la recherche si vous le souhaitez. Pour les étudiants, votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser sa participation n'aura aucun effet sur vos notes, votre statut, vos relations futures avec le laboratoire « Motricité, Interactions, Performance », l'Université de Nantes.

En cas de refus de participation ou cessation de participation, aucune justification n'est requise.

7. Vos droits à la confidentialité, à la protection des données et au respect de la vie privée :

Les données obtenues seront traitées avec la confidentialité la plus entière. Nous masquerons votre identité à l'aide d'un numéro d'inclusion. **L'enregistrement audio sera retranscrit par écrit, de manière anonyme, puis détruit pour rendre votre identification impossible.** Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints y auront accès. **Votre numéro d'inclusion vous permettra la possibilité de destruction ou de rectification a posteriori des données.**

8. Bénéfices de l'étude :

Le bénéfice attendu de cette recherche est d'avoir une meilleure compréhension des vécus émotionnels, physiques et psychiques dans la transition d'alters chez des personnes souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité, et de dégager des similarités dans les vécus de ces personnes. Cela pourrait contribuer à aider les différents professionnels de la santé mentale dans le repérage et la compréhension du trouble de l'identité.

Les résultats globaux de cette étude seront diffusés sous la forme de communications scientifiques (colloque, congrès, revues scientifiques internationales).

9. Risques possibles de l'étude :

L'entretien réalisé dans notre étude peut amener à penser à des événements de vie très marquants qui sont associés à des émotions négatives et difficiles. Il existe alors un risque théorique d'inconfort psychologique avec l'émergence de sentiments négatifs, d'anxiété ou de symptômes post-traumatiques.

10. Diffusion :

Cette recherche sera diffusée dans des colloques et elle sera publiée dans des actes de colloque et des articles de revues scientifiques.

11. Vos droits de poser des questions à tout moment :

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec les responsables scientifiques du projet par courrier électronique à : anne.sauvagat@chu-nantes.fr

12. Consentement à la participation :

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que le chercheur a répondu à vos questions de façon satisfaisante et qu'il vous a avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche à tout moment, sans préjudice.

A remplir par le participant :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Nom, Prénom – Signature

Date de naissance :

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

Annexes D : Grille d'entretien semi-structuré

Vécu de la transition d'état de personnalité dans le trouble dissociatif de l'identité via une approche phénoménologique qualitative

Dates :

Lieux d'entretien :

Données personnelles :

- Age :
- Sexe / Genre :
- Enfant :
- Statut marital
- Statut professionnel :

Données cliniques en lien avec le trouble dissociatif de l'identité :

- Age du début des troubles :
- Quand a-t-il été diagnostiqué ? par qui ?

- Nombre d'alters :
- Caractéristiques des alters principaux : cf. annexe 1
(Prénoms, âge, sexe/genre, description, fonction dans système)
- Traitement en cours : (pharmacologique ou non)

Entretien autour du vécu émotionnel lors des transitions d'état de personnalité :

1- Pouvez-vous m'expliquer ce que vous ressentez juste **avant** une transition d'identité ?

Ressentis émotionnels	Ressentis physiques	Ressentis psychiques	Etats de conscience

2 – Pouvez-vous m’expliquer ce que vous ressentez juste **pendant** une transition d’identité ?

Ressentis émotionnels	Ressentis physiques	Ressentis psychiques	Etats de conscience

3 - Pouvez-vous m’expliquer ce que vous ressentez juste **après** une transition d’identité ?

Ressentis émotionnels	Ressentis physiques	Ressentis psychiques	Etats de conscience

Annexes E : Cas clinique

Histoire récente de la maladie : Je reçois Mlle A, 15 ans, dans le cadre d'une consultation post urgence suite à un passage aux urgences médicopsychologique (UMP) pour idées suicidaires sur conseil de sa psychologue.

Mode de vie :

A. vit avec ses deux parents qui sont en cours d'une procédure de divorce depuis un peu moins d'un an. Elle a un petit frère de 12 ans qui vit également au domicile. Elle est scolarisée en première option philosophie, histoire, langue et culture étrangère. Une information préoccupante a été réalisée par l'école de son petit-frère, du fait de violences du père rapportées par ce dernier.

Antécédents personnels :

Elle n'a jamais eu de suivi psychiatrique mais a rencontré pour la première fois une psychologue quelques semaines auparavant. Elle décrit des troubles du comportement alimentaire à type d'anorexie restrictive avec conduite de purge. Il n'y a pas d'antécédents familiaux connus et rapportés par la patiente.

Examen clinique initial :

Lors de notre première rencontre, la patiente a une présentation plutôt enfantine, parle d'une petite voix, a des sourires de façade. Le discours est fluide et régulier, désaffectivé, l'échange est possible mais elle a besoin d'un temps de réassurance. Elle ne présentera à aucun moment des signes de désorganisation psychique, ni d'élément délirant ou de persécution.

La patiente me décrit un état de mal être depuis sa petite enfance, dont elle n'a pratiquement aucun souvenir. Elle évoque des difficultés avec son père mais ne pourra pas dire le mot « violence » elle acquiescera lorsque je le nomme. Dégradation thymique franche depuis un an avec idées suicidaires envahissantes, scénarisées par intoxication médicamenteuse volontaire ou pendaison. Lorsque je lui demande si elle a déjà fait un passage à l'acte de ces idées suicidaires, la patiente se dissociera en entretien dans l'incapacité de répondre à cette question. Elle se scarifie régulièrement les bras et les cuisses, notamment dans des moments d'angoisses intenses. Elle présente des difficultés scolaires depuis le primaire mais note une dégradation franche des résultats depuis un an. Elle a tendance à

s'isoler, les relations sociales sont décrites comme difficiles, préférant les relations virtuelles, a rencontré plusieurs amis en ligne sur des jeux vidéo avec qui elle est régulièrement en lien.

Elle décrit une thymie basse avec une aboulie et anhédonie intense, un sentiment de vide très angoissant. Elle évoque un sommeil perturbé avec des cauchemars « en lien avec papa » qui amènent des difficultés d'endormissement du fait de l'appréhension de la nuit. Elle décrit un état d'hypervigilance associé à des stratégies d'évitement de certains lieux, a également des flashbacks et des reviviscences. Par moment, elle a la sensation de pensées intrusives, bizarres avec parfois des injonctions de se faire du mal. Elle décrit également la présence de voix depuis l'enfance qui sont pour la plupart bienveillantes, environ 5-6 qui peuvent être nommées et décrites par la patiente. C'est sur ces éléments que sa psychologue lui a conseillé d'aller voir un psychiatre car, selon la patiente, cette dernière serait inquiète qu'elle puisse être schizophrène. Elle décrit également un quotidien marqué par des moments d'amnésie importants où elle oublie ce qu'elle est en train de faire, fait des choses dont elle ne se souvient pas et finira par dire « parfois je ne me reconnais plus dans les discussions que je peux avoir avec mes amis ».

A la fin de l'entretien la patiente me remet une lettre qu'elle avait écrite avant notre rencontre au cas où elle « manquerait de courage » pour parler de son quotidien. Elle y décrit la sensation de ne parfois plus être au contrôle comme observatrice coincée dans son propre corps, « *je ne pouvais pas bouger, parler, j'étais toute rigide et je restais assise pendant des heures, incapable de mouvement* », « *je suis restée bloquée dans mon corps, je ne pouvais plus bouger, ni parler, j'ai très peu de souvenirs* », « *comme une petite personne dans un corps de pierre incapable de sortir* », elle y aborde la question des voix « *j'ai commencé à avoir des doutes sur des choses qui étaient normales pour moi, comme ces voix que j'entends depuis que je suis enfant* », « *(prénom d'une des voix), m'avait comme possédée, elle devait vraiment pas se sentir bien elle rigolait aux larmes et pleurait en même temps* », « *une voix de petit garçon en pleurs. J'ai réussi à lui parler... il avait beaucoup de TIC, parfois j'en avais aussi* ». La patiente évoque également un quotidien marqué par la confusion et l'amnésie, « *je ne sais pas où je suis la plupart du temps* », « *je me sens extrêmement vide, étourdie, sans énergie, seule confuse bizarre* », « *le sentiment de m'évanouir... je ne me souviens de rien* », « *c'est arrivé beaucoup de fois... pas d'évanouissement juste que je ne me souviens de rien* », « *puis trou noir aucun souvenirs* »

Hypothèses diagnostiques :

A la suite de ce premier entretien, les hypothèses diagnostiques émises ont été :

- Un état de stress post traumatique devant les éléments de reviviscences, les flashbacks, l'hypervigilance, les stratégies d'évitement et les cauchemars ;
- Compliqué d'un épisode dépressif caractérisé sévère avec au premier plan une sensation de vide avec aboulie et anhédonie, des troubles du sommeil, et des idées suicidaires envahissantes scénarisées.
- Cependant les éléments d'amnésie marquée, la présence de voix depuis l'enfance sans symptômes psychotiques m'ont également interrogé sur la question d'un trouble dissociatif et plus particulièrement le trouble dissociatif de l'identité.

Évolution :

Depuis son passage aux UMP, la patiente était sur liste d'attente pour une hospitalisation sur une unité de psychiatrie pour adolescent. En attendant son admission et devant l'intensité de la crise suicidaire la patiente a été reçue pendant trois mois toutes les semaines en consultation de post urgence. Le rapprochement des rendez-vous a permis une stabilisation de la crise suicidaire. L'apaisement de la crise a cependant mis en évidence une symptomatologie dissociative très bruyante marquée par un sentiment de confusion général et des amnésies importantes du quotidien. Lors de ces rendez-vous, la patiente arrivait souvent très dissociée, angoissée de ses journées dont elle n'avait presque aucun souvenir, une sensation de perte de contrôle total sur sa vie, d'être impuissante face à ses propres actions. Par exemple, elle ne se souvenait pas avoir été élue déléguée de classe, ce qui a amené beaucoup d'angoisse et de culpabilité (impression d'être un imposteur, de prendre la place de quelqu'un qui le souhaitait vraiment). La patiente a ensuite été hospitalisée où un traitement antidépresseur a été initié et la poursuite des soins c'est fait à son CMPEA de secteur où elle a pu bénéficier d'une psychothérapie.

Discussion - Conclusion :

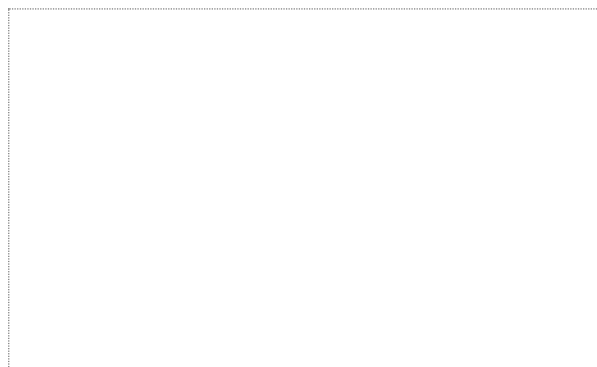
Cette situation clinique a été pour moi le déclencheur de mon intérêt pour les troubles dissociatifs. En effet, je me suis retrouvée démunie face aux symptômes que présentait cette patiente, et le manque de connaissance que j'avais sur le sujet m'a donné la sensation que je n'étais pas suffisamment légitime pour l'accompagner dans ses difficultés.

En faisant une comparaison avec le sujet de ma thèse, on observe de fortes similarités cliniques avec les réponses apportées par les participants souffrant de TDI. Ces similitudes incluent la sensation d'inhibition motrice, les voix présentent depuis l'enfance, la sensation de possession de son corps par

ces voix et le sentiment d'impuissance qui en résulte, le sentiment de confusion et les amnésies quotidiennes. On peut imaginer que si l'on s'appuyait sur l'outil d'évaluation proposé dans cette étude, elle répondrait aux éléments du syndrome pré-transitionnel (en raison l'inhibition motrice), de l'état de transition (en raison de la réduction du champ de conscience et l'impuissance) ainsi qu'au syndrome post transitionnel (en raison de la confusion et l'amnésie), qui validerait l'hypothèse diagnostique de trouble dissociatif de l'identité.

Vu, le Président du Jury,

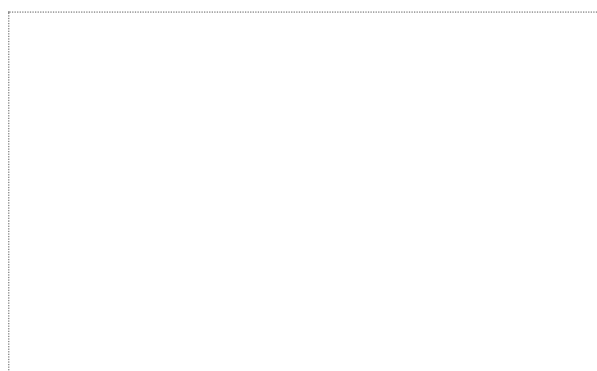
(tampon et signature)



Professeur Anne SAUVAGET

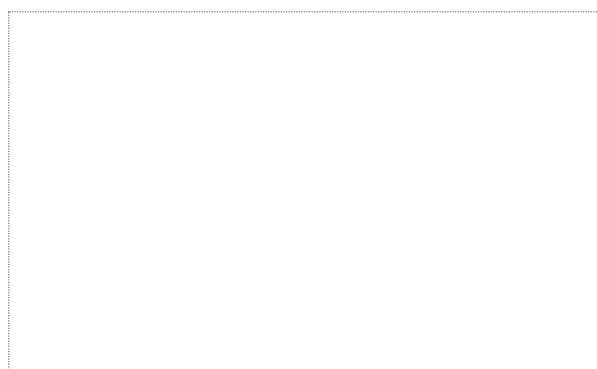
Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)



Docteur Andrew LAURIN

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse

LE VÉCU DE LA TRANSITION D'ÉTAT DE PERSONNALITÉ DANS LE TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ VIA UNE APPROCHE PHÉNOMENOLOGIQUE QUALITATIVE

RÉSUMÉ

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) est l'un des troubles psychiatriques le plus controversé. En étudiant l'évolution du concept de dissociation à travers l'histoire, depuis les théories jannetiennes jusqu'à la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, le TDI apparaît comme un mécanisme de défense, se situant à l'extrémité du continuum de la dissociation, en réponse à aux traumatismes vécus dans l'enfance. Cette étude qualitative a pour objectif d'explorer les ressentis lors d'une transition d'état de personnalité, auprès de quatre participants souffrant de TDI. L'analyse phénoménologique des résultats par la méthode IPA a permis une compréhension approfondie du vécu de transition qui se déroule autour de trois axes : un syndrome pré-transitionnel prodromique, une phase de transition marquée par une diminution du champ de conscience et un sentiment d'impuissance, puis un syndrome post-transitionnel résiduel. A partir de ces résultats, nous proposons un outil d'évaluation destiné aux professionnels de la santé mentale, intégré dans un algorithme de diagnostic du TDI, afin de mieux comprendre et repérer ce trouble. Notre étude a également mis en évidence les difficultés et la complexité du parcours diagnostique du TDI pour nos participants, soulignant l'importance de sensibiliser et former les professionnels et les étudiants de la santé mentale, ainsi que de proposer des outils adaptés pour améliorer la prise en charge des patients atteints de TDI.

MOTS-CLES

TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ, RESENTIS, TRANSITION D'ÉTAT DE PERSONNALITÉ, ÉTUDE QUALITATIVE, ANALYSE PHÉNOMENOLOGIQUE