



Trouble de stress post-traumatique (TSPT)
et trouble de l'usage de substance (TUS) :

DEUX VISAGES, UNE PATHOLOGIE

Comprendre, identifier, accompagner
la pathologie duelle TSPT-TUS

À l'origine de ce guide

La Fédération Addiction



Avec 850 établissements et services de santé adhérents et plus de 500 adhérents individuels (médecins, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux...), la Fédération Addiction est le premier réseau d'addictologie de France. Elle regroupe des structures et des professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques.

L'ambition de la Fédération Addiction est de contribuer à élaborer des réponses adaptées aux personnes concernées par les drogues et les addictions. Elle travaille ainsi avec son réseau et ses partenaires pour décloisonner les approches et les structures. Par ses projets, elle participe à la formalisation d'une expertise collective issue des pratiques du terrain et s'appuyant sur les dimensions plurielles de l'addiction plutôt que sur la lutte contre les produits. Elle promeut la reconnaissance des usagers en tant que citoyens, l'amélioration de leur qualité de vie et de leur environnement au sein d'une offre globale de soins et d'accompagnement. En regroupant les acteurs de l'addictologie, la Fédération favorise leur connaissance réciproque, leurs échanges et leur expression.

Le Centre national de ressources et de résilience (Cn2r)



Le Cn2r a été créé à la suite des attentats en France en 2015 et 2016, marquant un tournant où les blessures psychiques ont été reconnues comme un enjeu majeur de santé publique, affectant non seulement les victimes d'actes terroristes, mais aussi l'ensemble des personnes confrontées à la violence. La mission principale du Cn2r est ainsi d'améliorer et de diffuser les connaissances sur les psychotraumatismes et la résilience auprès du grand public, des professionnels et des chercheurs grâce au partage des savoirs scientifiques et expérimentiels ; une mission concrétisée par cinq axes d'action :

- Informer et sensibiliser les différents publics sur les psychotraumatismes et la résilience
- Élaborer et diffuser des outils pour renforcer les pratiques professionnelles
- Promouvoir et soutenir des projets de recherche
- Animer le réseau des centres régionaux du psychotraumatisme (CRP)
- Aider à fluidifier la prise en charge globale et continue des personnes concernées

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements :

- **Aux trois sites-pilotes** impliqués dans le projet PsychoTraumAddicto tout au long de sa réalisation, pour leur investissement constant, leur créativité, leur dynamisme et leur engagement à transformer les pratiques de soin. Leur contribution a été essentielle à la précision des recommandations formulées dans ce guide.
Ces sites sont :
 - **Pays de la Loire**, composé du CRP Pays de la Loire, du CSAPA Molière (Sosan), du CSAPA La Rose des Vents (Oppelia 44), et du CSAPA La Métairie (Oppelia Vendée).
 - **Centre-Val de Loire**, composé du CRP Centre-Val de Loire, du CSAPA du CICAT, du CSAPA de l'association Espace, et du CSAPA 37 (CHU de Tours).
 - **Nouvelle-Aquitaine**, composé du CRP Sud Nouvelle-Aquitaine et de centres de l'association CEID-Addictions : le CSAPA de Béarn Addictions, le CAARUD Planterose, le CSAPA Maurice Serisé, et la communauté thérapeutique de Barsac.
- **À Jean-Michel Delile et à Georges Brousse**, référents scientifiques du projet, pour leur rôle déterminant tout au long de l'élaboration de ce guide à travers leur implication continue, leur réactivité, leur soutien indéfectible ainsi que leurs apports scientifiques.
- **Au conseil d'administration de la Fédération Addiction** ainsi qu'à **l'équipe dirigeante du Cn2r, particulièrement Sylvie Molenda et Gwenola Bonord**, pour leurs précieuses réflexions et leur investissement.
- **Au comité scientifique impliqué dans l'élaboration de ce guide**, pour leur expertise médicale, technique et pratique, ayant su garantir la rigueur, la cohérence, et la pertinence des contenus de ce guide.
- **À l'équipe des biostatisticiens du CHU de Clermont-Ferrand**, pour leur expertise technique et leur rigueur dans l'évaluation du projet.
- **À l'équipe salariée de la Fédération Addiction**, particulièrement Marine Gaubert, pour son suivi minutieux et ses conseils éclairés, et Léa Montagnier, pour son implication constante dans le bon déroulement du projet.

**Nous tenons également à exprimer
notre gratitude :**

- **À celles et ceux ayant contribué au contenu de ce guide** par leurs réponses éclairantes à nos questions : Jérôme Bachellier, Paul Brunault, Nicolas Ballon, Georges Brousse, Jean-Michel Delile, Naïra Meliava.
- **Aux autrices et auteurs des contributions écrites** : Sylvie Molenda, Louis Jehel, Jean-Michel Delile, Coralie Creupelandt, Léa Montagnier.
- **Aux relecteurs et relectrices**, pour leurs lectures attentives et leurs remarques pertinentes : Mario Blaise, Olivier Canceil, Sylvie Molenda, Coralie Creupelandt, Gwenola Bonord, Jean-Michel Delile, Georges Brousse, Louis Jehel, Naïra Meliava, Marine Gaubert, Benjamin Tubiana-Rey.
- **À Enzo Cannas-Serryn**, pour l'identité graphique, la mise en page et l'illustration de ce guide.
- **À Léa Montagnier**, dont les apports rédactionnels et scientifiques ont été déterminants dans la qualité de cet ouvrage.

Enfin, nous remercions **le fonds de lutte contre les addictions (FLCA)**, dont la confiance et le soutien ont rendu possible ce projet.

Avant-propos

Ce guide a été élaboré dans le cadre du projet PsychoTraumAddicto, financé en 2020 par le Fonds de lutte contre les addictions. Lancé opérationnellement en 2021, ce projet avait pour objectif de répondre à un besoin urgent de ressources et de pratiques adaptées dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique (TSPT) associé au trouble de l'usage de substance (TUS), un ensemble clinique qualifié de **pathologie duelle**.

Depuis plusieurs années déjà, les recherches ont en effet confirmé que le TSPT constitue un facteur de risque significatif dans l'émergence, l'évolution et le pronostic du TUS, et que réciproquement, le TUS tend à accentuer et aggraver des symptômes de TSPT, entraînant ainsi une dynamique complexe et déstabilisante pour les personnes concernées. En France, l'absence de protocoles unifiés, combinée à des difficultés de repérage et de traitement, complique l'accompagnement de ces personnes.

C'est face à ces constats qu'est né PsychoTraumAddicto. Le projet s'inscrit dans la démarche collaborative de la Fédération Addiction et du Centre national de ressources et de résilience (Cn2r), qui ont uni leurs expertises pour répondre à ces besoins. La Fédération Addiction, qui représente le premier réseau d'acteurs de l'addictologie en France, et le Cn2r, référence nationale du psychotraumatisme, partagent la conviction qu'**une approche intégrée entre addictologie et psychotraumatologie est essentielle pour une prise en charge efficace de la pathologie duelle TSPT-TUS**.

En initiant ce projet, nos deux entités visaient à faire tomber les barrières disciplinaires entre ces champs d'expertise, en encourageant les échanges et en structurant une collaboration durable entre leurs réseaux. Ainsi, PsychoTraumAddicto a permis de rassembler des centres régionaux du psychotraumatisme (CRP) et des centres d'addictologie (CSAPA et CAARUD), afin de permettre l'instauration d'un langage commun, l'échange d'outils et de savoir-faire, et la montée en compétences de tous les praticiens impliqués. Ce projet a également ouvert la voie à des méthodes de travail partagées et des approches innovantes pour le repérage, le diagnostic, et l'accompagnement des publics confrontés à cette pathologie duelle.

Ce guide méthodologique est l'aboutissement d'un travail collectif et incarne la philosophie de collaboration sur laquelle repose

PsychoTraumAddicto. Il s'adresse à tous les professionnels du soin — psychologues, médecins, professionnels para-médicaux, travailleurs sociaux, et tout intervenant des champs médico-sociaux rencontrant les publics touchés par la pathologie duelle — désireux de renforcer leur approche clinique pour répondre aux besoins complexes de ces personnes.

Associant rigueur scientifique et usage pratique, ce guide est ainsi conçu comme **un outil clinique directement utilisable sur le terrain**.

La mobilisation de ce guide est préconisée dans le cadre des pratiques cliniques et éducatives, en tant qu'outil d'appui pour **approfondir les connaissances sur la pathologie duelle TSPT-TUS** d'une part, et **renforcer les compétences d'identification et d'intervention** d'autre part. Rédigé par des professionnels de terrain experts, il vise à répondre aux questions fondamentales liées à la compréhension et à la gestion de la pathologie duelle, tout en adoptant une approche pragmatique et accessible afin de faciliter l'appropriation de concepts complexes et de stratégies d'intervention — et ce quels que soient l'expérience ou le degré de spécialisation du lecteur.

Ce guide novateur représente ainsi une avancée significative dans la formalisation et la diffusion de pratiques probantes auprès de tous pour la prise en charge de la pathologie duelle TSPT-TUS en France. Il est destiné à être utilisé comme un manuel de référence, un support d'échange entre pairs, et un outil de formation continue, invitant chaque professionnel à contribuer à une amélioration collective des pratiques en faveur des patients.

Indications de lecture

Légende graphique

Certains types d'éléments étant récurrents au cours de ce guide, ils font l'objet d'une mise en forme spécifique afin d'éviter des explications répétitives.

- **Que sont les textes en bleu ?**
Des conseils concrets et/ou des exemples de pratiques à mettre en oeuvre.
- **Que sont les textes en violet ?**
Des pensées couramment partagées, dans la société et/ou le milieu professionnel.
- À quoi renvoie un astérisque (*) ?
Les termes suivis d'un astérisque (*) sont définis dans la section « Lexique », située dans les annexes, en fin d'ouvrage.

Terminologie

Afin de fluidifier la lecture et d'éviter les redondances, certains termes employés dans ce guide nécessitent une brève clarification.

« Traumatisme », « trauma », « psychotraumatisme » ?

Ces termes sont utilisés de manière interchangeable pour varier le style. Dans ce guide, toute mention de « **trauma** » ou de « **traumatisme** » fait référence à un « **psychotraumatisme** », c'est-à-dire un traumatisme psychique (et non physique). Toute exception est précisée dans le texte.

« Traumatisant », « traumatique », « traumatogène » ?

Le terme « **traumatisant** » désigne un objet à l'origine du traumatisme, considéré comme étant « responsable » de ce dernier (par exemple, un évènement traumatisant). Le terme « **traumatique** », quant à lui, qualifie tout élément qui est en lien avec le traumatisme et ses conséquences (par exemple, un souvenir traumatique, une exposition traumatique, etc.). Bien que ces nuances soient minimales, l'usage

des deux termes peut varier sans incidence majeure. Cependant, ce n'est pas le cas de « **traumatogène** », qui qualifie un élément susceptible de provoquer un psychotraumatisme. Cela implique donc un potentiel de risque, mais pas une occurrence systématique.

« Patient », « personne concernée » ?

« **Patient** » est utilisé ici uniquement dans le contexte d'un accompagnement clinique ou médical. Le terme « **personne concernée** » est privilégié dans les autres contextes pour deux raisons. D'une part, afin de mettre en avant la dimension humaine des individus concernés par une pathologie d'origine, en ne les réduisant pas à leur statut médical. D'autre part, afin de rappeler que tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de ces personnes ne sont pas nécessairement cliniciens ou médecins.

In fine, l'utilisation de « **personne** » répond à un objectif d'inclusivité, tant pour cette dernière que pour le professionnel impliqué dans son accompagnement.

« **Pathologie duelle** », « **pathologie duelle TSPT-TUS** », « **trouble duel** » ?

Comme cela sera détaillé dans cet ouvrage, la « **pathologie duelle** » désigne l'interaction entre une addiction et un trouble psychique. Ce guide porte spécifiquement sur la **pathologie duelle** associant un trouble de l'usage de substance (TUS) et un trouble de stress post-traumatique (TSPT), désignée sous le terme « **pathologie duelle TSPT-TUS** ». Cependant, pour alléger le texte, les expressions « **pathologie duelle** » ou « **trouble duel** » seront parfois utilisées de manière abrégée. Sauf précision contraire, elles font toujours référence à « **pathologie duelle TSPT-TUS** ».

« **Pathologie duelle** » : « **une** », « **la** » ?

L'expression « **une pathologie duelle** » se réfère ici systématiquement à la pathologie duelle TSPT-TUS, et non à une autre forme de pathologie duelle. L'usage de l'article indéfini « **une** » n'implique pas qu'il s'agisse de « **n'importe quelle pathologie duelle** ». Ce choix stylistique s'apparente à des formulations telles que « **une personne touchée par un trouble borderline** » ou « **une addiction à l'alcool** ». L'utilisation de l'article « **la** » n'est pas nécessaire pour identifier précisément l'entité décrite ; le contexte de l'énoncé permettra de lever toute ambiguïté.

« **Professionnel de soin** », « **soignant** », « **professionnel de santé** », « **thérapeute** » ?

Ce guide ayant pour objectif d'être accessible à l'ensemble des professionnels accompagnant des personnes concernées par la pathologie duelle, il s'adresse bien sûr aux professionnels issus du milieu médical, mais également aux acteurs des secteurs social et médico-social, intégrés pleinement dans cette réflexion. Dans cette optique,

le terme « **professionnel de soin** » a été choisi comme appellation générique pour englober l'ensemble des intervenants, quel que soit leur domaine d'action. Pour alléger certaines formulations, le terme « **soignant** » est également utilisé, avec une acception élargie : tout professionnel qui « **prend soin** » (et non uniquement qui « **prodigue des soins** »). Cependant, comme cela est expliqué dans le guide, certaines interventions nécessitent des compétences spécifiques : en ce sens, le terme « **professionnel de santé** » est utilisé pour désigner les acteurs du champ de la santé, du médical, dans son ensemble. Enfin, le terme « **thérapeute** » est réservé aux professionnels habilités à effectuer des interventions psychothérapeutiques (médecins psychiatres et psychologues cliniciens, notamment).

Comment mobiliser ce guide ?

Cet ouvrage a été conçu pour répondre aux besoins concrets des professionnels sur le terrain, quel que soit leur champ d'expertise. En raison du nombre et de la richesse des informations qu'il contient, il a été structuré sous forme de **questions**. Ce format permet en effet d'une part une **orientation rapide et intuitive**, et d'autre part l'apport de **réponses pratiques, adaptées aux enjeux quotidiens**. Ce support d'action immédiat, flexible et facilement adaptable à chaque contexte professionnel peut ainsi être utilisé de plusieurs façons.



En lecture complète,
pour une appropriation globale.



En lecture ciblée,
en naviguant directement d'une question
à l'autre en fonction des priorités.

Sommaire

p.3	À L'ORIGINE DE CE GUIDE
4	Remerciements
6	Avant-propos
8	Indications de lecture



0. PARLONS LE MÊME LANGAGE : QUELS SONT LES FONDAMENTAUX DE LA PATHOLOGIE DUELLE ?

PAGE 19

20 Comment définir le couple TSPT-TUS ?

20 Qu'entend-on par trouble de stress post-traumatique (TSPT) ?

- 21 Qu'est-ce qu'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ?
- 23 Qu'est-ce qu'un trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTc) ?
- 23 Qu'est-ce qu'un événement traumatogène ?
- 24 Est-il fréquent de vivre un événement traumatogène ? Quelles peuvent en être les conséquences ?
- 25 Quels sont les facteurs de risque et de protection face au TSPT ?

27 Qu'entend-on par trouble de l'usage de substance (TUS) ?

- 27 Pourquoi parler de TUS et non pas simplement d'addiction ?
- 29 Comment le TUS est-il défini aujourd'hui ?
- 30 Quels sont les facteurs de risque et de protection face au TUS ?
- 33 En quoi le stress constitue-t-il un risque majeur face au TUS ?

33 Pourquoi et comment nommer la cooccurrence TSPT et TUS ?

- 34 Peut-on parler de « comorbidité* » pour désigner la cooccurrence TSPT-TUS ?
- 36 En quoi la notion de « dualité » est-elle pertinente dans le contexte du couple TSPT-TUS ?

40 Pourquoi est-il impératif de s'intéresser à l'interaction entre TSPT et TUS ?

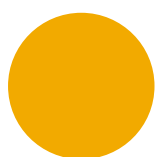
40 Parce qu'elle présente une fréquence élevée

43 Parce qu'elle produit un tableau clinique* plus sévère qu'une comorbidité* classique

44 Parce qu'à trouble « complexe », accompagnement « complexe »

44 Un accompagnement « complexe » car multidimensionnel

44 Un accompagnement « complexe » car plus difficile à appréhender (pour le soignant et le patient)



1. COMMENT COMPRENDRE LES MULTIPLES ASPECTS DE LA PATHOLOGIE DUELLE ?

PAGE 47

48 Comment s'installe la pathologie duelle ?

49 Quelles sont les quatre principales hypothèses au sujet de l'installation de la pathologie duelle ?

49 Première hypothèse : le risque accru

50 Deuxième hypothèse : la susceptibilité (ou sensibilité) accrue

51 Troisième hypothèse : l'automédication

53 Quatrième hypothèse : la vulnérabilité conjointe ou partagée (aussi dite « hypothèse des facteurs communs »)

54 Quelle hypothèse prioriser ?

55 Comment se maintient la pathologie duelle ?

56 Quels sont les champs neurologiques et psychopathologiques particulièrement impliqués dans le maintien de la pathologie duelle ?

56 Les fonctions exécutives*

57 L'émotionnalité négative

58 Les mécanismes de récompense associés à la saillance motivationnelle*

60 La cognition sociale

61 Comment les interactions entre ces champs se matérialisent-elles ?



2. COMMENT IDENTIFIER LA PATHOLOGIE DUELLE ?

66 Comment repérer ?

66 À quels éléments exprimés par la personne faut-il être particulièrement vigilant ?

- 66 Quels sont les signaux qui doivent immédiatement alerter sur la potentielle présence d'une pathologie duelle ?
- 67 Quels sont les signaux moins évidents qui doivent tout de même faire l'objet d'un approfondissement ?
- 67 Peut-on d'ores et déjà questionner des éléments non mentionnés par la personne ?

68 Dans quelle mesure les symptômes de la pathologie duelle peuvent-ils être un obstacle au repérage ?

- 68 Qu'est-ce que « l'interconnexion des symptômes » et quel est son impact ?
- 68 Quelles pratiques mettre en place pour surmonter cet obstacle ?

69 Comment dépister ?

69 Comment approfondir l'entretien clinique pour faire émerger des signaux non exprimés spontanément par la personne ?

76 Pourquoi l'utilisation d'outils de dépistage est-elle particulièrement recommandée dans le cas de la pathologie duelle ?

- 76 Quelles sont les représentations des échelles de dépistage qui peuvent entraver leur bonne utilisation, et comment s'en libérer ?
- 78 Quels avantages propres à la pathologie duelle les outils de dépistage offrent-ils ?

80 En pratique, comment mobiliser les outils de dépistage ?

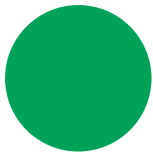
- 80 Quelle posture adopter lors de la mobilisation des outils, et comment la mettre en oeuvre ?
- 82 Quels sont les outils les plus adaptés au dépistage de la pathologie duelle TSPT-TUS ?

84 Comment diagnostiquer ?

84 Quelles sont les caractéristiques clés d'un diagnostic optimal de la pathologie duelle ?

- 84 Quand réaliser le diagnostic ?
- 84 Qui réalise le diagnostic ?
- 86 Quels outils et approches mobiliser pour réaliser le diagnostic ?

89 L'explicitation du diagnostic auprès du patient : bonne ou mauvaise idée ?



3. COMMENT ACCOMPAGNER UNE PERSONNE CONCERNÉE PAR LA PATHOLOGIE DUELLE TSPT-TUS ?

PAGE 95

96 Comment orienter la prise en charge de la pathologie duelle ?

96 Pourquoi et comment établir un cadre thérapeutique sécuritaire préalable à la prise en charge ?

96 Quelles sont les caractéristiques d'un cadre thérapeutique sécuritaire ?

98 En quoi un cadre sécuritaire constitue-t-il un pilier de l'accompagnement de la pathologie duelle ?

98 Hospitalisation et cadre thérapeutique sécuritaire : complémentarité ou limite ?

99 Sur le terrain : que faire, dans quel cas, sous quelles conditions ?

100 Je suis face à une personne consultant pour un TUS ou des symptômes associés :
quelles sont les situations les plus courantes, et comment intervenir ?

103 Je suis face à une personne consultant pour un TSPT ou des symptômes associés :
quelle est la situation la plus courante, et comment intervenir ?

105 En synthèse, quels sont les « bons réflexes » à avoir en tant que soignant face à une personne
présentant une pathologie duelle (avérée ou suspectée) ?

106 Prendre en charge la pathologie duelle TSPT-TUS : quels objectifs thérapeutiques ?

106 Comment définir des objectifs adaptés aux spécificités de la pathologie duelle ?

106 Faut-il intégrer le patient à la définition des objectifs ?

107 Comment intégrer le patient à la définition des objectifs thérapeutiques ?

108 Les objectifs thérapeutiques peuvent-ils évoluer au fil du temps ?

109 La diminution ou la cessation de la consommation de substances psychoactives* doit-elle faire partie des objectifs thérapeutiques ?

110 Prendre en charge la pathologie duelle TSPT-TUS : quels soins mettre en oeuvre ?

110 Comment penser l'organisation du soin de la pathologie duelle ?

111 Quelles sont les croyances à déconstruire quant à l'organisation du soin de la pathologie duelle ?

112 Organiser la prise en charge de la pathologie duelle de façon coordonnée : pourquoi et comment ?

113 Organiser la prise en charge de la pathologie duelle de façon intégrée : pourquoi et comment ?

116 Quelles approches psychothérapeutiques* mettre en place lors de la prise en charge clinique ?

116 Pourquoi faire le choix d'approches psychothérapeutiques* intégratives ?

118 Approche par les *stimuli traumatiques**

118 Qu'est-ce que la thérapie par exposition prolongée ?

119 En quoi cette approche est-elle particulièrement adaptée à la pathologie duelle ?

120 Approche par les schémas de pensée à l'origine des comportements dysfonctionnels

120 Qu'est-ce que la thérapie des schémas ?

120 En quoi cette approche est-elle particulièrement adaptée à la pathologie duelle ?

121 Approche par les souvenirs traumatiques

121 Qu'est-ce que la thérapie EMDR ?

121 En quoi cette approche est-elle particulièrement adaptée à la pathologie duelle ?

124 Vers où orienter les pratiques de demain ?

124 Comment l'évaluation du langage peut-elle devenir un levier d'identification de la pathologie duelle, au même titre que les outils standardisés ?

126 Quelles approches thérapeutiques mobiliser pour renforcer la prise en charge clinique de la pathologie duelle ?

126 Les approches psychocorporelles : quels avantages spécifiques à la pathologie duelle ?
Thèmes abordés : la relaxation, la thérapie assistée par l'animal, la pratique du sport.

131 La mobilisation des pairs : quels avantages spécifiques à la pathologie duelle ?
Thèmes abordés : les groupes thérapeutiques, la pair-aidance.

133 Comment l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut-elle assurer la durabilité de la prise en charge de la pathologie duelle ?

ANNEXES

135 Lexique

141 Outils cliniques

144 Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer

156 Bibliographie

***Chaque personne,
à chaque instant,
fait du mieux qu'elle peut
avec ce dont elle dispose.***

MARSHA M. LINEHAN

**PSYCHOLOGUE, PROFESSEURE DE PSYCHOLOGIE
ET DE SCIENCES COMPORTEMENTALES,
CRÉATRICE DE LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE**



**PARLONS LE MÊME
LANGAGE :**
**QUELS SONT LES
FONDAMENTAUX
DE LA PATHOLOGIE
DUELLE ?**

COMMENT DÉFINIR LE COUPLE TSPT-TUS ?

Qu'entend-on par trouble de stress post-traumatique (TSPT) ?

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble de santé mentale pouvant apparaître à la suite de l'exposition à un ou plusieurs événements porteurs d'une menace à la vie ou à l'intégrité physique. Sa survenue résulte de l'interaction entre des facteurs pluriels, tant personnels qu'environnementaux : de fait, les personnes qui en souffrent peuvent différer de façon importante les unes des autres sur de nombreux points (le type d'évènement traumatisant vécu, l'histoire familiale, la trajectoire de vie, le système de soutien social ou encore les complications de santé physiques et psychiques rencontrées en parallèle).

Qu'est-ce qu'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ?

L'existence médicale officielle du TSPT est reconnue *via* son référencement dans le DSM-5* et la CIM11*. Il est défini par des critères spécifiques évoluant pendant **au moins plus d'un mois** après la survenue de l'évènement. Les critères diagnostiques du DSM-5* et de la CIM11* convergent ainsi vers trois catégories de symptômes :

- 1 Les reviviscences de l'expérience traumatique** souvenirs intrusifs de l'évènement, flash-backs, cauchemars, etc.
- 2 L'évitement des indices évocateurs de l'expérience traumatique** évitement des pensées, des sentiments, des endroits, des personnes, des activités, etc. qui sont susceptibles de rappeler les évènements vécus.
- 3 La perception persistante d'une menace actuelle** hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, difficultés de concentration, irritabilité, etc.

Via le bouleversement phénoménologique*
induit par la rencontre traumatique, l'impact
délétère du TSPT sur le fonctionnement de
l'individu est pluriel :

- **AU NIVEAU PSYCHOLOGIQUE,**

car le TSPT engendre une souffrance morale intense.
Cette dernière s'incarne à travers un vaste ensemble
de symptômes psychiques qui diminuent largement la qualité
de vie des personnes ainsi que celle de leur entourage :

Une remise en question profonde

du sens de la vie et de la logique
du fonctionnement du monde.

Une altération du fonctionnement général

notamment avec les pairs (cercles social, familial, professionnel...).

- **AU NIVEAU DU PRONOSTIC FONCTIONNEL ET VITAL,**

car le TSPT est souvent accompagné :

D'autres troubles de santé mentale ;

au premier rang d'entre eux se trouve la dépression majeure — qui
touche plus de 50 % des personnes concernées par le TSPT¹, suivie
par les troubles anxieux et les troubles de l'usage de substance (TUS).

De troubles somatiques,

tels que l'augmentation de risque de maladies musculosquelettiques,
de diabète, d'obésité, de dyslipidémie, de maladies cardiovasculaires,
cutanées, gastro-intestinales ou auto-immunes et de démence². Les
risques sont également plus élevés concernant le développement
d'une dysfonction sexuelle³ ou de troubles somatoformes⁴.

**De risques d'augmentation des comportements
de mise en danger :**

comportements violents, problèmes avec la justice⁵, comportements
et idées suicidaires⁶, notamment.

¹ Kessler et al. (1995)

² Boscarino (2004) ; Gupta (2013) ; Pacella (2013) ; Ryder (2018) ;
Dyball (2019) ; Kang (2019)

³ Yehuda (2015)

⁴ Gupta (2013)

⁵ Taft (2011) ; Taylor (2020)

⁶ Kryszinska (2010) ; Panagioti (2015)



Qu'est-ce qu'un trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTc) ?

Le TSPTc est une forme de TSPT résultant d'une exposition prolongée ou répétée à des violences interpersonnelles sévères, survenant dans un contexte où la personne se trouve dans une situation d'impuissance ou de contrainte ; par exemple, dans le cas des prisonniers de guerre, de violences sexuelles répétées, de maltraitements dans l'enfance, de harcèlement à l'école, de violences conjugales, d'emprise, etc.

Outre les symptômes classiques de TSPT susmentionnés, la personne présentant un TSPT complexe souffre d'une altération durable et envahissante du fonctionnement affectif, personnel et relationnel, qui se traduit par⁷:

- Des difficultés de **régulation des émotions**.
- Des perturbations dans les **relations aux autres** qui empêchent de construire des relations durables.
- Des **croyances sur soi** négatives (« je suis nul », « je ne vauds rien », etc.), elles-mêmes associées à des émotions comme la honte ou la culpabilité.

Qu'est-ce qu'un événement traumatogène ?

Selon le DSM-5*, il se caractérise par **une exposition à une mort effective, ou à une menace à la vie, ou à l'intégrité physique** (blessure grave, violences sexuelles...). Et cela, de manière directe ou indirecte ; il peut en effet être vécu de plusieurs façons.

En étant directement exposé,
par exemple : être victime d'un accident de la route, d'une agression, de maltraitements infantiles*...

En étant témoin,
par exemple : mort, rixe violente, accident du travail grave, violences entre des parents...

En apprenant qu'un proche, ami ou membre de la famille, a vécu un tel événement,
par exemple : apprendre qu'un proche a été blessé dans un attentat, le suicide d'un ami...

En étant exposé de manière répétée et/ou extrême aux conséquences de tels événements,
par exemple : intervenir de façon régulière sur des scènes de crimes, des accidents....

Les événements traumatogènes sont de nature extrêmement diverse. Ils peuvent être de dimension **macrosociale** (les guerres, les attentats, les catastrophes naturelles ou technologiques, etc.) ou **microsociale** (les accidents de la route ou du travail, les agressions physiques et sexuelles, les violences intrafamiliales, la mort violente et inattendue d'un proche, etc.).

Point de vigilance

Certains événements traumatiques peuvent être plus difficiles à identifier, y compris par la personne concernée, car ils relèvent de formes de violence moins « évidentes », plus diffuses — par exemple, l'absence, le manque de soins ou d'affection. Ils peuvent générer ce que l'on appelle des « traumatismes en creux », dont les effets sont délétères : ils entraînent en effet un « empoisonnement psychique » progressif chez la personne, altérant ainsi durablement sa perception du monde. Le phénomène d'empoisonnement psychique est particulièrement dommageable lorsqu'il survient pendant l'enfance ou l'adolescence.

⁷ CIM-11, Pour les statistiques de mortalité et de morbidité, 2022

Est-il fréquent de vivre un évènement traumatogène ? Quelles peuvent en être les conséquences ?

Les études épidémiologiques indiquent que le taux de prévalence des évènements traumatogènes au cours de la vie est de 70 %⁸, tandis que celui du TSPT est de 3,9 %⁹. Cela met en évidence le fait que, **bien que de tels évènements puissent avoir des conséquences psychiques, ces répercussions ne se manifestent pas systématiquement**. On parle alors « d'évènement stressant » (ou de « simple » exposition traumatique), c'est-à-dire un évènement ne provoquant pas de répercussions durables sur la santé mentale de l'individu.

Ainsi, il est crucial de noter **qu'il n'existe pas de corrélation automatique** entre l'expérience d'un évènement traumatisant et le développement d'un trouble psychique.

Pour autant, il a été prouvé que la probabilité de développer un TSPT varie selon la nature de l'évènement¹⁰ :

Évènements fortement associés à une probabilité haute de développer un TSPT :

le viol est le plus important, suivi (non hiérarchiquement) des conflits armés, des négligences et des abus subis dans l'enfance, des agressions sexuelles (autres que le viol), et des agressions physiques.

Évènements moins associés à une probabilité haute de développer un TSPT :

les accidents, les catastrophes naturelles, et le fait d'être témoin (donc non directement victime).

→ On observe ainsi que **les évènements les plus vulnérabilisants sont ceux liés aux violences interpersonnelles et leurs répétitions**, car ce sont les évènements qui ont le plus de potentiel de balayer les valeurs personnelles les plus intimes et de détruire la capacité de confiance en l'autre.

Point de vigilance

*Il s'agit ici de résultats d'études cliniques qui établissent des **probabilités**. Cela ne veut pas dire que des évènements avec une moins forte probabilité de développer un TSPT sont moins importants ou ne doivent pas être pris en compte. L'impact dépend avant tout de l'interaction entre l'évènement et la personne concernée, à un moment donné de sa vie.*

⁸ Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E.J., Cardoso G., et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*, 2017
⁹ Koenen K.C., Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K.A., Bromet E.J., Stein D.J., et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 2017
¹⁰ Kessler et al. (1995)

Il est enfin important de souligner que l'on observe **une association marquée entre l'exposition à un évènement traumatisant et le risque accru d'en vivre d'autres par la suite**¹¹. Par exemple, l'exposition à des maltraitances infantiles augmente le risque d'une exposition ultérieure à d'autres évènements traumatisants à l'âge adulte, tout comme l'exposition à des violences interpersonnelles est associée à une probabilité accrue de subir d'autres violences interpersonnelles par la suite.

Quels sont les facteurs de risque et de protection face au TSPT ?

Qu'appelle-t-on facteurs de risque et facteurs de protection ?

Par définition, un facteur de risque est une caractéristique ou une variable qui, lorsqu'elle est présente chez une personne donnée, rend plus probable que cette personne, en comparaison à une autre issue de la population générale, développe un trouble donné¹. Inversement, les facteurs de protection sont ceux pour lesquels on constate une diminution du risque. Bien souvent, l'identification de facteurs de risque permet donc de définir les facteurs de protection : si la présence d'un facteur augmente le risque, son absence ou sa maîtrise peut être considérée comme un facteur de protection. Cependant, cette réciprocity reste à considérer comme potentielle, car il existe un manque de données scientifiques concernant la validité de certaines corrélations.

¹ Kraemer et al. (1997) ; Mrazek et Haggerty (1994)

Dans le champ du TSPT, 130 facteurs de risque ont été étudiés¹² et classés en 3 catégories :

Les facteurs pré-traumatiques

antérieurs à l'exposition traumatique, par exemple : le sexe, l'histoire traumatique.

Les facteurs péri-traumatiques

présents durant l'exposition traumatique et jusqu'à 48 heures après, par exemple : la nature de l'évènement, un épisode de dissociation.

Les facteurs post-traumatiques

présents entre deux jours et un mois après l'exposition traumatique, par exemple : le soutien social, les stratégies de *coping**.

¹¹ Benjet et al. (2016)

¹² Tortella-Feliu et al. (2019)

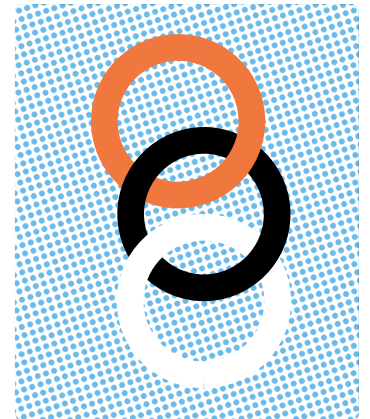
Cependant, l'association de ces facteurs avec le TSPT a été plus ou moins bien documentée sur le plan scientifique. Pour surmonter les difficultés d'interprétation inhérentes à cette situation, ces facteurs ont été classés selon le niveau de preuve de leur association avec le TSPT : preuves convaincantes (classe I), preuves hautement suggestives (classe II), preuves suggestives (classe III) ou preuves faibles (classe IV). En voici les principales :

	Facteurs de risque	Classe de preuve
Facteurs pré-traumatiques	Appartenance à une minorité	I
	Sexe (féminin)	II
	Niveau socio-économique (faible)	IV
	Antécédents de maladie (somatique)	I
	Antécédents familiaux de troubles psychiatriques	I
	Antécédents psychiatriques	III
	Confrontation dans l'enfance à des éléments d'adversité (en dehors de la maltraitance)	IV
	Expériences traumatiques antérieures (en dehors de maltraitance)	IV
Facteurs péri-traumatiques	Exposition cumulative (plusieurs événements)	II
	Haute « gravité » de l'évènement (confrontation directe, haut degré de violence, etc.)	II
	Être piégé (par exemple : tremblement de terre)	II
	Torture	III
	Survenue de blessures	IV
	Dissociation pendant l'évènement	IV
	Être témoin (de mort, de blessures, etc.)	IV
Facteurs post-traumatiques	Trouble de stress aigu	IV
	Symptômes aigus de stress	IV
	Symptômes aigus d'anxiété	IV
	Symptômes aigus d'évitement	IV
	Symptômes aigus de dépression	IV

Ces études ont également mis en lumière **l'absence de preuves significatives pour un certain nombre de variables précédemment considérées comme des facteurs de risque**, notamment :

- Parmi les facteurs pré-traumatiques : faible niveau d'éducation et différences de styles de *coping**.
- Parmi les facteurs post-traumatiques : soutien social et familial après l'exposition traumatique.

In fine, les facteurs de risque pour lesquels nous disposons du plus grand nombre de preuves convergentes sont avant tout **pré-traumatiques**, i.e. ceux relevant du parcours individuel de la personne.



Qu'entend-on par trouble de l'usage de substance (TUS) ?

Pourquoi parler de TUS et non pas simplement d'addiction ?

Pour comprendre pleinement ce qu'est le trouble de l'usage de substance (TUS), il est essentiel d'aborder, en premier lieu, la notion **d'addiction**. Les deux termes sont en effet souvent considérés comme interchangeables — or, bien qu'ils soient liés, leur sens est différent : la notion d'addiction désigne un ensemble de troubles du comportement impliquant une difficulté à maîtriser certaines actions ou consommations, tandis que le TUS est caractérisé par l'usage problématique d'une ou plusieurs **substances psychoactives***.

Il est vrai qu'initialement, en anglais, le terme « addiction » avait une portée plus restreinte, en étant notamment associé strictement

à la dépendance, avec des connotations négatives et stigmatisantes. Mais les travaux d'Aviel Goodman (portant initialement sur le sujet des addictions comportementales¹³) ont largement contribué à repenser la signification de la notion « d'addiction ». Goodman propose en effet un nouveau paradigme définitionnel de cette dernière, en la qualifiant de **processus au cours duquel un comportement procurant à la fois du plaisir et/ou un moyen d'échapper à des affects pénibles donne lieu à un schéma caractérisé par :**

L'impuissance :
un échec répété à contrôler le comportement.

L'incontrôlabilité :
la persistance du comportement malgré d'importantes conséquences négatives¹⁴.

¹³ Goodman A. *British Journal of Addiction*, (1990). *Addiction: definition and implication*

¹⁴ Ibid

Cette définition de l'addiction axée autour de la perte de contrôle, couplée à la volonté de ne pas stigmatiser les personnes concernées, fait aujourd'hui autorité de façon internationale : par exemple, le DSM* a remplacé les diagnostics « d'abus » et de « dépendance » pour leur substituer celui de « trouble de l'usage de substance¹⁵ ». En France, c'est notamment depuis les travaux du professeur Michel Reynaud que le terme « addiction » a réellement été adopté par la communauté médicale, en l'entendant notamment en tant que concept **intégrateur**.

« Addiction » rassemble donc désormais tout à la fois les addictions aux substances psychoactives* (i.e. le trouble de l'usage de substance : le TUS) et les addictions comportementales (aussi dites « addictions sans substances »). Ce regroupement s'explique notamment par le fait que **sur le plan neurobiologique, quel que soit le ou les objets de l'addiction, le processus demeure constant** : il s'agit d'un syndrome de rupture de l'homéostasie hédonique*, c'est-à-dire un dysfonctionnement du **système de récompense**. Ce système neuronal (très ancien dans l'histoire des espèces) vise à renforcer des comportements utiles pour la survie de l'individu et de l'espèce (manger, boire, se reproduire...) en les récompensant (plaisir). Mais ces circuits peuvent être usurpés par des produits (les substances psychoactives*), qui vont les stimuler de manière très intense, au point de concentrer progressivement tous les comportements et pensées d'une personne au détriment de sa santé.

L'addiction se développe en effet parallèlement à un état affectif négatif (apparaissant quand le *stimulus** est absent, le « manque* ») et c'est cette situation aversive qui produit la pérennisation du processus. **La personne en situation d'addiction poursuit ainsi sa consommation moins par recherche de plaisir** (qui s'est émoussé du fait de la tolérance croissante au produit) **que par le besoin d'atténuer cet état négatif** pour ne pas se sentir mal.

AINSI, AUJOURD'HUI, LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DE L'ADDICTION COMPRENNENT¹⁶ :

- Une **incapacité à autoréguler** la consommation et/ou le comportement (perte de contrôle des impulsions).
- L'implication irrésistible d'un **usage compulsif**, c'est-à-dire le « besoin irrépressible » dit *craving**.
- Une réduction progressive du **répertoire comportemental**, avec une atteinte des comportements dits « fondamentaux » de l'individu (manger, dormir, etc.). On parle alors du phénomène de **centration** : l'activité quotidienne se centre autour du ou des objets d'addiction.
- Un **sentiment** de douleur, de culpabilité, de condition misérable, de perte de volonté, d'aliénation.

¹⁵ American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.)

¹⁶ Morel A., Couteron J.P., & Fouilland P. (Eds.). *Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions*, 2e éd.

Comment le TUS est-il défini aujourd'hui ?



Selon l'approche dimensionnelle¹⁷ posée par le DSM-5* en 2013 (c'est-à-dire une approche orientée vers une analyse qualitative de la consommation, et non uniquement fondée sur la quantité de cette dernière) le TUS est diagnostiqué sur la base des critères suivants, classés en quatre catégories :

Incapacité à réguler sa consommation

- Usage de la substance en quantité ou en durée plus importante que prévue
- Perte de contrôle sur la quantité de substance et sur le temps dédié à son usage
- Craving** (i.e. fort désir ou besoin impérieux de consommer la substance)
- Beaucoup de temps consacré aux activités liées à la consommation (obtenir la substance, la consommer, s'en remettre...)
- Désir et/ou efforts infructueux persistants pour diminuer

Altération sociale

- Incapacité de remplir des obligations importantes (travail, école, foyer, etc.)
- L'usage suscite des problèmes interpersonnels et/ou sociaux
- Activités sociales, professionnelles et/ou récréatives autrefois importantes réduites au profit de la consommation

Usage à risque

- Poursuite de l'usage malgré la conscience de dommages physiques et/ou psychiques (présents ou à venir)

Manifestations physiques

- Symptômes de sevrage* lors de l'arrêt de la consommation
- Apparition d'une tolérance (besoin de quantités plus importantes et/ou diminution de l'effet)

Le trouble peut être diagnostiqué dès qu'**au moins 2 des 11 critères** sont remplis sur un temps donné. Son évaluation est elle aussi dimensionnelle :

Trouble léger

2 à 3 critères remplis sur les 12 derniers mois

Trouble modéré

4 à 5 critères remplis sur les 12 derniers mois

Trouble sévère

6 critères et plus remplis sur les 12 derniers mois

¹⁷ Gazel, Fasteas, & Auriacombe (2014) ; Aubin et al. (2014)

Quels sont les facteurs de risque et de protection face au TUS ?

Qu'appelle-t-on facteurs de risque et facteurs de protection ?

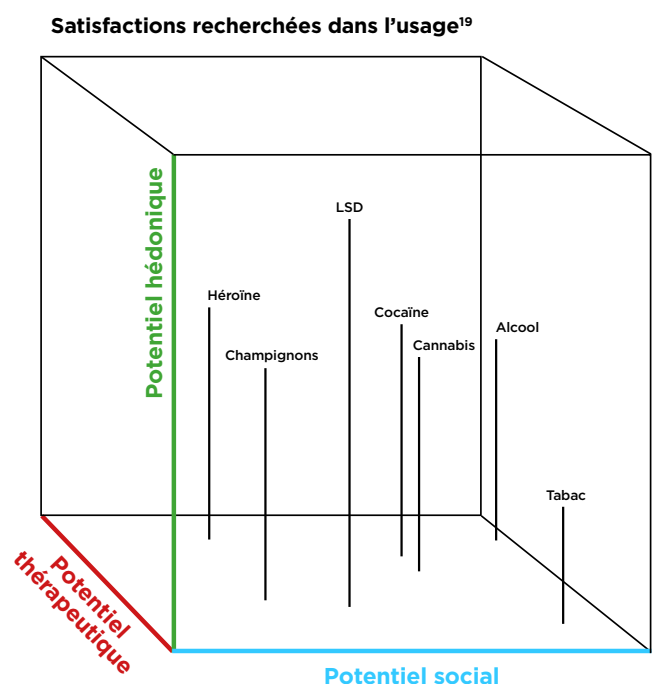
Par définition, un facteur de risque est une caractéristique ou une variable qui, lorsqu'elle est présente chez une personne donnée, rend plus probable que cette personne, en comparaison à une autre issue de la population générale, développe un trouble donné¹. Inversement, les facteurs de protection sont ceux pour lesquels on constate une diminution du risque. Bien souvent, l'identification de facteurs de risque permet donc de définir les facteurs de protection : si la présence d'un facteur augmente le risque, son absence ou sa maîtrise peut être considérée comme un facteur de protection. Cependant, cette réciprocity reste à considérer comme potentielle, car il existe un manque de données scientifiques concernant la validité de certaines corrélations.

¹ Kraemer et al. (1997) ; Mrazek et Haggerty (1994)

Si la découverte des substances et l'entrée dans les usages sont souvent sociales et se font généralement au moment de l'adolescence (un temps de la vie lié au plaisir de la découverte, à l'affirmation de soi, l'influence du groupe, la recherche d'affiliation...), la plupart des usagers de substances psychoactives* ne basculent pas vers l'addiction.

Ce basculement est en effet **la conséquence d'un processus multifactoriel résultant de la rencontre d'une personne** (avec son héritage familial, son tempérament, son histoire) **avec un ou plusieurs produits** (dont les effets recherchés peuvent différer), **dans un environnement et un contexte socioculturel précis.**

Chacun peut ainsi se trouver concerné, sans distinction d'âge, de sexe, de genre, de classe sociale... Mais si aucune catégorie d'individus n'est totalement à l'abri, il existe bel et bien des facteurs de risque favorisant le développement d'un TUS. Ces facteurs peuvent être biologiques, psycho-individuels, sociaux, et/ou culturels¹⁸. Parallèlement, il existe des facteurs de protection face au TUS, qui s'avèrent particulièrement déterminants durant l'enfance et l'adolescence.



¹⁸ Morel A., Couteron J.P., & Fouilland P. (Eds.), *Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions*, 2e éd.

¹⁹ Schéma issu de : Morel A., Couteron J.P., & Fouilland P. (Eds.), *Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions*, 2e éd.

L'objectif des tableaux ci-après n'est pas de dresser une liste exhaustive de ces facteurs (ce qui effacerait leur nuance, leur diversité et la complexité de leurs interactions, propres à chaque personne) mais d'en donner les clés de compréhension principales.

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Facteurs biologiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Consommation de la mère (avant/pendant la grossesse) ayant pour conséquence la transformation du métabolisme de l'enfant avant sa naissance. ● Héritabilité génétique de troubles de santé mentale (antécédents de dépression, bipolarité, addictions, etc. dans la famille). ● Héritabilité épigénétique (antécédents traumatiques parentaux). ● Précocité de la première consommation (avant la maturité du cerveau – par exemple, les conséquences du <i>binge drinking</i>* sont d'autant plus importantes en cas de précocité) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Absence de consommation de la mère (avant/pendant la grossesse). ● Absence de troubles de santé mentale dans l'historique familial et/ou de traumatismes parentaux. ● Âge de la première consommation (survenant après la maturité du cerveau).
Facteurs psycho-individuels	<ul style="list-style-type: none"> ● Traits de personnalité en lien avec : faible estime de soi, autodépréciation, timidité, difficultés dans les relations interpersonnelles (pas ou peu de création de liens, difficulté à résoudre les conflits...). ● Tempérament impulsif : haute réactivité interpersonnelle, recherche permanente de sensations nouvelles, faible évitement du danger, faible niveau de tolérance à la frustration. ● Présence de troubles psychiques (troubles neurodéveloppementaux, TDA/H, dépression, anxiété, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur...) non identifiés et/ou non suivis. ● Traumatismes infantiles, abus, négligences. ● Violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles (intra ou extra familiales, école, couple...) ● Contexte de vie marqué par un ou plusieurs événements difficiles (deuil, difficulté professionnelle, grand âge, rupture des liens familiaux) et/ou un sentiment de grande solitude. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Traits de personnalité en lien avec : connaissance et épanouissement de ses domaines d'excellence, estime de soi régulée, capacité à faire des choix, capacité à résoudre des problèmes, sociabilité, empathie. ● Tempérament pondéré : autonomie, sang-froid, habileté sociale, optimisme, capacité à relativiser, ouverture d'esprit. ● Absence de troubles psychiques. ● Prise en charge et suivi des troubles psychiques (dépression, anxiété, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur...) s'ils existent.

Facteurs de risque

Facteurs de protection

Facteurs sociaux

- Problèmes familiaux (liens parents-enfants délétères, absence ou excès du contrôle parental, négligence, violences, non-adhésion aux valeurs familiales, etc.).
- Consommation des pairs (amis, collègues de travail, camarades de classe, etc.).
- Exposition à la consommation des parents et/ou des membres de la famille proche (notamment dans l'enfance).
- Insécurité du quotidien (logement, alimentation, ressources).
- Faible niveau d'études.
- Appartenance à une catégorie sociale défavorisée.

- Cellule familiale sécurisante et chaleureuse (dynamique parent-enfant équilibrée, liens de confiance, preuves d'affection, capacité à verbaliser les choses, attachement à des valeurs communes...).
- Liens forts et durables avec des pairs (confiance, soutien lors d'épreuves de vie difficiles, dialogue...).
- Faible (ou nulle) exposition à la consommation des parents et/ou des membres de la famille proche (notamment dans l'enfance).
- Consommation de substances régulée chez les pairs (amis, collègues de travail, camarades de classe, etc.).

Facteurs culturels

- Injonction à la consommation et à l'immédiateté de la satisfaction des désirs.
- Injonction à la surproductivité et à la performance permanente.
- Normalisation de l'usage de certaines substances (tabac, alcool, cannabis, cocaïne...) par exemple lors de soirées, d'événements mondains ou de fêtes entre jeunes.
- Inégalités sociales de santé.
- Stigmatisation et marginalisation des personnes consommant des substances psychoactives illicites.

- Ouverture du dialogue autour de la santé mentale dans le débat public.
- Non stigmatisation des consommations dans la sphère socio-politique, privilégiant une approche psycho-médico-sociale.
- Campagnes de prévention à tous les âges de la vie, notamment axées sur le développement des compétences psychosociales.
- Protection par la loi avec des dispositifs de santé intégrés et adaptés aux spécificités de chacun.

En quoi le stress constitue-t-il un risque majeur face au TUS ?

Le lien entre stress chronique et TUS est étroit : en consommant des substances psychoactives*, une personne sujette à des effets désagréables et/ou douloureux liés au stress découvre que cela contribue à réduire (voire éliminer) ces effets. Mais ce phénomène initial n'est que provisoire. Car en instrumentalisant son usage de substances à des fins d'autosoulagement, la personne induit des systèmes de neuroadaptation spécifiques qui modifient durablement sa structure cérébrale et suractivent son axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien*. L'activation de cet axe déclenche notamment la production de cortisol, que l'on appelle communément... « l'hormone du stress ». C'est ici que le piège se referme ; on y reviendra²⁰.



Ce qu'il convient de retenir de ces premières observations sur le rôle joué par le stress dans la consommation de substances, c'est que cette dernière n'est pas « gratuite » : elle a un rôle précis dans la vie et l'équilibre quotidien de l'individu. D'où le fait que **l'erreur commune est de considérer que « c'est la drogue qui fait le malade »** et qu'il suffit de la supprimer pour mettre fin au TUS. Les propriétés hédoniques* des substances psychoactives* sont souvent surestimées : dans les faits, **elles sont principalement consommées dans le cadre d'une recherche de soulagement de la douleur** — particulièrement par les personnes souffrant déjà de troubles psychiques. Ce potentiel de soulagement, parfois appelé « potentiel thérapeutique » (par exemple, l'alcool et le cannabis ont des effets anxiolytiques de l'alcool ou du cannabis, les opioïdes ont des effets apaisants, etc.), doit être pris en compte dans la compréhension de la pathologie duelle et se retrouver dans les modalités de la prise en charge.

Pourquoi et comment nommer la cooccurrence TSPT et TUS ?

Lorsqu'une association est observée entre deux troubles ou maladies, il est tout à fait possible que cette cooccurrence résulte du hasard, en particulier lorsque les deux sont communément prévalents. Ils peuvent ainsi être fréquemment associés, même s'ils sont en réalité indépendants — par exemple, une migraine et de l'eczéma.

En revanche, en ce qui concerne le TSPT et le TUS, **il a été établi que leur association n'est pas aléatoire** : la présence d'un des deux troubles accroît le risque de présenter l'autre, et *vice versa*. C'est l'analyse de leurs dynamiques d'interaction qui permet de trouver la dénomination la plus juste pour qualifier cette cooccurrence.

²⁰ Voir chapitre « Comment comprendre les multiples aspects de la pathologie duelle ? » de ce guide

Peut-on parler de « comorbidité* » pour désigner la cooccurrence TSPT-TUS ?

Oui, mais pas seulement. Il s'agit bien d'une comorbidité*, mais cela ne couvre qu'une partie de la réalité du phénomène de cooccurrence entre TSPT et TUS.

En effet, classiquement, la comorbidité est définie²¹ comme « une association de deux maladies, psychiques ou physiques, fréquemment observée dans la population » (c'est-à-dire sans lien de causalité établi). Par exemple, l'obésité et l'arthrose de la hanche présentent une comorbidité. **En psychiatrie, la comorbidité désigne la présence simultanée de plusieurs affections psychiatriques, empêchant de ne retenir qu'un seul diagnostic** : plus l'association des troubles est fréquente, plus la causalité entre eux peut être supposée.

Compte tenu du haut taux d'association entre TUS et TSPT, la notion de comorbidité* a progressivement soulevé la question de la **causalité**. Initialement, on pouvait distinguer un « trouble primaire » et un « trouble secondaire » en fonction du lien causal présumé entre les troubles, où un trouble A (par exemple, la dépression) apparaît comme un facteur causal d'un trouble B (par exemple, l'usage problématique d'alcool).

Cependant, au cours des dernières décennies, une perspective clinique plus nuancée se dégage : elle suggère une **causalité bidirectionnelle** entre les troubles (i.e. chaque trouble peut être un facteur causal de l'autre), où le trouble B serait également un facteur causal du trouble A.

Concernant l'association spécifique entre TSPT et TUS, on observe bel et bien une causalité bidirectionnelle²².

Le TSPT peut en effet mener la personne concernée au TUS en raison notamment de l'augmentation de l'impulsivité et de la quête d'autoapaisement associées au TSPT. À l'inverse, la présence d'un TUS, et de fait, du niveau de stress augmenté qui lui est associé, accentue le risque de développer un TSPT. Ces interactions sont ce que l'on appelle des **interactions horizontales**. Mais les interactions entre les troubles peuvent également se développer de manière verticale, c'est-à-dire en indiquant des origines communes ou une vulnérabilité partagée, où des facteurs endogènes* et/ou exogènes* (tels que la génétique, les conditions sociales adverses ou les traumatismes précoces) agissent comme des déterminants de ces troubles psychiques²³. Par conséquent, les individus exposés à de tels facteurs présentent un risque accru de développer simultanément ou successivement ces deux troubles.

Ainsi, qualifier la relation entre le TSPT et le TUS de « comorbidité* » n'est pas incorrect en soi ; en fait, on peut tout à fait dire qu'il s'agit d'une comorbidité* très forte, avec des causes à la fois horizontales et verticales — mais leur lien comorbide* est encore plus solide et structurant.

La singularité des interactions entre TSPT et TUS s'incarne à travers leur influence négative réciproque (où chaque trouble contribue à l'aggravation de l'autre) et le chevauchement significatif de leurs symptômes respectifs. On parle alors de pathologie duelle.

²¹ Dictionnaire Larousse

²² Voir chapitre « Comment s'installe la pathologie duelle ? » de ce guide

²³ Ibid

On appelle pathologie duelle la présence comorbide* d'un ou divers troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et la chronicisation de leur évolution.²⁴

MIGUEL CASAS

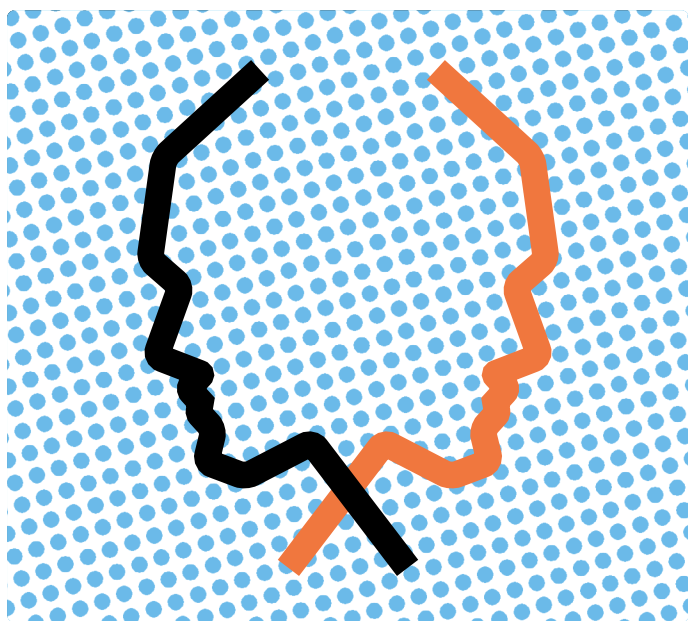
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE ET CHEF DE SERVICE
DE L'UNIVERSITÉ AUTONOME DE BARCELONE



En quoi la notion de « dualité » est-elle pertinente dans le contexte du couple TSPT-TUS ?

La notion de « dualité » permet de traduire **la nature dynamique, active, de l'interaction entre le TSPT et le TUS**, aux niveaux :

comportemental



Le TSPT, en tant que source interne quasi permanente de symptômes invalidants, sollicite la consommation de substances, utilisée comme une « solution chimique » visant à soulager ces symptômes. En retour, la consommation de substances rend le traitement cognitif des symptômes du TSPT presque impossible, tout en augmentant le risque d'exposition à d'autres événements traumatisants.

environnemental

Les facteurs de risque (et, à l'inverse, de protection) communs aux deux troubles sont nombreux (par exemple, l'adversité sociale ou les traumatismes infantiles).

physio-pathologique

Le partage de symptômes (par exemple, l'activation des circuits du stress) suggère l'existence d'un « *substrat neurobiologique commun* »²⁵ aux deux troubles.

Parler de « dualité », c'est donc souligner que l'interaction entre les entités pathologiques n'est non seulement pas figée, mais qu'elle est également une synergie négative, autoaggravante, où chaque entité nourrit l'autre. Plus qu'une somme de symptômes qui se croisent ponctuellement, il s'agit d'une véritable entité pathologique distincte.

→ **La notion d'*overlap***²⁶ est essentielle de ce point de vue : elle désigne la superposition des symptômes, des circuits neuronaux et hormonaux des deux troubles, déclencheurs de pensées intrusives et/ou de *craving** souvent associés.

LA NOTION DE DUALITÉ AU CŒUR DU PARADIGME CLINIQUE TSPT-TUS

Analyse clinique : le cas de Christian

Par Jean-Michel Delile, médecin psychiatre addictologue

Faits : Christian est un homme de 30 ans qui vit avec sa compagne, et venant tout juste de cesser le renouvellement de son engagement dans l'armée après 10 ans de service. Il est le deuxième d'une fratrie de trois enfants ; tous les trois ont été élevés principalement par leur mère dans des conditions très difficiles (petits boulots, précarité, problèmes de dépression et d'alcool). Leur père était la plupart du temps absent mais violent physiquement quand il était de passage, consommant en parallèle alcool et cocaïne en grandes quantités.

Malgré ce contexte difficile, Christian a pu suivre des études secondaires ; il s'est engagé dans l'armée à 20 ans parce qu'il pensait que ce cadre structurant pourrait l'aider, et qu'il voulait donner un sens à sa vie avec un engagement collectif.

Christian a rapidement été déployé en opérations extérieures (dites « OpEx ») en Afghanistan puis dans divers pays africains. Il a commencé à fumer du tabac avec ses camarades et il aimait bien ces moments de détente après les opérations. Lors d'une sortie, son véhicule a été presque détruit par un engin explosif ; lui a été assez légèrement blessé mais deux de ses camarades ont été sévèrement touchés. Puis, lors d'une patrouille, sa compagnie a été prise dans une embuscade. Il a pu, pense-t-il, neutraliser quelques ennemis mais certains de ses camarades ont été grièvement blessés ou tués, et lui-même était certain qu'il allait mourir : « *ça tapait de partout, j'ai même mis une balle de côté pour moi, il valait mieux s'en mettre une que tomber dans leurs pattes* ».

Et puis les hélicoptères sont arrivés et ont mis fin à l'engagement. Après ces événements, il a de nouveau été déployé en OpEx à plusieurs reprises ; parallèlement, il a commencé à boire de plus en plus.

²⁶ *Addiction et stress post-traumatique : vers un traitement commun ?* (Revue du CNRS, 2019) ; Gisquet-Verrier, P., & Le Dorze, C. (s.d.). Post Traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder as Two Pathologies Affecting Memory Reactivation: Implications for New Therapeutic Approaches. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*

Plutôt joyeux et optimiste de tempérament, son humeur s'est dégradée progressivement avec une vision de plus en plus noire du monde et de lui-même. Il se sent coupable de ce qu'il a pu faire au combat mais aussi d'avoir survécu alors que plusieurs de ses amis ont été tués.

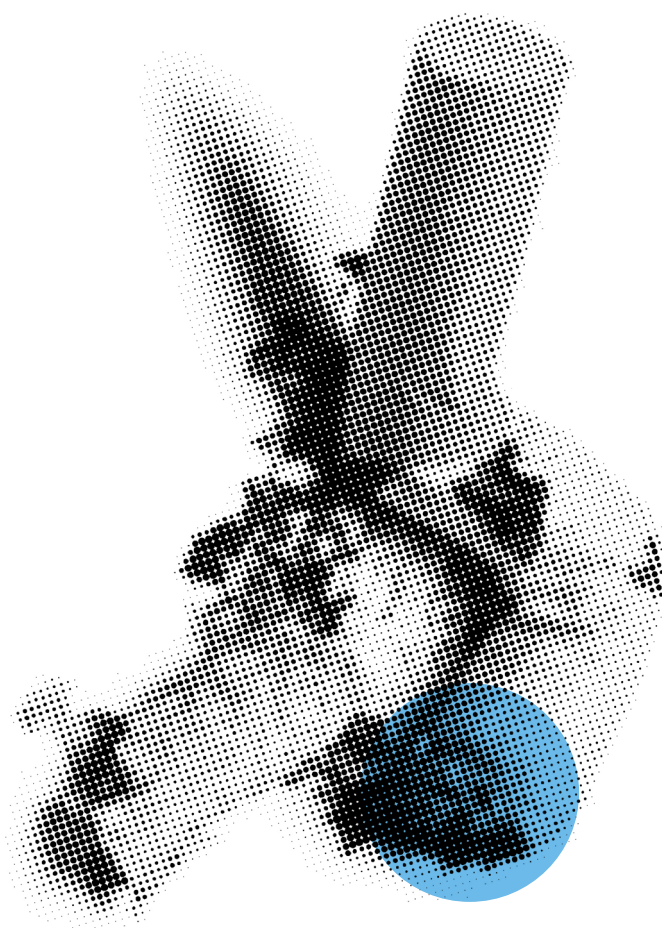
De retour en France, il évite de regarder les nouvelles à la télé parce que tout le ramène à la violence avec de fortes décharges émotionnelles : stress, angoisse, colère. Il tente de consulter en psychiatrie mais n'évoque pas ses souvenirs traumatiques, qui sont trop douloureux et insupportables pour lui. Le médecin évoque un TUS alcool et un trouble non spécifié de la personnalité. Sa « mauvaise humeur » devient permanente et il est de plus en plus agressif avec sa femme au moindre incident. Il a également de plus en plus de troubles du sommeil et boit quatre à six bières le soir « pour s'abrutir et s'endormir ». Mais des cauchemars où il revit l'embuscade le réveillent régulièrement. Il commence à boire une bière ou deux pour retrouver le sommeil après ces cauchemars.

Après son départ de l'armée, il trouve un emploi de bureau auquel il se rend en bus mais la foule serrée et le bruit l'oppressent : il trouve que certains passagers ont l'air suspect et il reste toujours près des portes de sortie. Il passe des bières aux alcools forts pour se détendre le soir car les bières ne lui font plus vraiment d'effet. Le matin il se réveille de plus en plus tôt en panique, en nage, le cœur palpitant. Il boit beaucoup de café et fume toute la journée pour lutter contre la fatigue et sa mauvaise concentration. Parfois il se met en colère lors de réunions professionnelles et doit sortir marcher pour retrouver son calme et « éviter de frapper ses collègues » (qu'il aime bien par ailleurs).

Il découvre le cannabis avec un ami, qu'il utilise fréquemment avec l'alcool pour atténuer ses émotions négatives (culpabilité, colère) puis, de temps en temps, la morphine. Il commence à consommer alcool et cannabis au travail, en cachette.

À la demande de sa femme, Christian essaie d'arrêter tabac et cannabis, mais les conséquences sont difficiles à vivre : rebond anxieux, agitation, trouble du sommeil, *craving** intense... Il boit de plus en plus pour compenser mais se rend compte que la situation lui échappe.

Il craint pour son couple, ses projets de famille et son emploi et un soir de crise, il part aux urgences de l'hôpital. Il arrive en nage et trémulant, avec des pulsations très importantes. Cette fois-ci, il décide de parler de ses traumas. Un TSPT est alors diagnostiqué en parallèle de son TUS.



Discussion : Christian a fait l'expérience d'un trauma significatif pendant son déploiement et à la suite de ce dernier, il a développé un TSPT.

Si l'on se réfère aux critères proposés par le DSM-5*, les symptômes cliniques qu'il rapporte sont en effet très clairs : intrusions (les cauchemars), évitement des *stimuli** déclencheurs (la télévision, le refus d'évoquer le souvenir du trauma...), altérations persistantes des cognitions et de l'humeur (les difficultés à se remémorer l'évènement traumatisant, le sentiment de culpabilité) et altération des systèmes d'éveil et de la réactivité (hypervigilance, hyperréactivité, irritabilité, troubles du sommeil...). En reprenant son histoire, il apparaît que Christian présentait de sévères facteurs de risque pré-traumatiques de développer un TSPT avant même qu'il ne s'engage : adversité sociale et traumas infantiles, notamment. Et face à ces traumas cumulés, les expériences de combat (en tant que victime, auteur, et témoin) ont réactivé ses expériences d'enfant et augmenté le risque qu'il développe un TSPT.

Les usages de substance de Christian ont commencé avec du tabac puis ont évolué vers l'alcool et d'autres drogues, afin de réduire l'intensité des symptômes du TSPT dont il souffre. Au fur et à mesure qu'ils s'aggravaient, il a commencé à utiliser de plus en plus de produits différents, en plus grandes quantités et plus fréquemment. Initialement pris comme des moyens de s'autosoulager, il consommait ces produits de plus en plus souvent — plus qu'il ne souhaitait le faire : il avait besoin de quantités toujours plus importantes pour contrôler ses symptômes, le *craving** survenait très vite après la prise précédente, se manifestant de façon de plus en plus intense. Malgré tous les problèmes que ses consommations lui créaient, Christian n'arrivait plus à contrôler sa consommation.

Chez les personnes présentant un TUS, le TSPT est souvent sous-diagnostiqué car il n'est pas systématiquement recherché — et ce même si la détection de l'un devrait conduire à celle de l'autre, compte tenu de la fréquence de leurs interactions réciproques. Bien sûr, cela n'est pas toujours évident ; par exemple parce que le patient évite de mentionner les traumatismes (comme cela a été le cas pour Christian initialement) — l'évitement faisant en effet partie des stratégies de survie face à ces derniers.

POURQUOI EST-IL IMPÉRATIF DE S'INTÉRESSER À L'INTERACTION ENTRE TSPT ET TUS ?

Parce qu'elle présente une fréquence élevée

Les études sont claires : TUS rime avec pathologie psychique, et inversement. Environ un tiers des individus souffrant d'un trouble psychique connaissent ainsi, au cours de leur vie, des problèmes liés à l'alcool ou aux autres drogues — soit un taux deux fois supérieur à celui observé chez les personnes ne présentant pas de trouble psychique²⁷. Quant aux individus confrontés à des problèmes liés à la consommation de drogues illicites, plus de la moitié d'entre eux présentent des troubles psychiques au cours de leur vie — un chiffre quatre fois plus élevé que chez ceux ne présentant aucun problème lié à ce type de consommation.²⁸ Le lien entre TSPT et TUS est particulièrement remarquable au sein de cette étroite corrélation : **après la dépression, le TUS constitue en effet le premier trouble associé au TSPT.**

²⁷ Morel A., Couteron J.P., & Fouilland P. (Eds.), *Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions*, 2e éd.
²⁸ Ibid

Les personnes présentant un TSPT ont **deux à quatre fois plus de risques** que la population générale de présenter un TUS...

... Et à l'inverse, on observe que **30 à 60 % des personnes à la recherche d'un traitement pour un TUS** présentent un TSPT.²⁹

NOTA BENE — Cette amplitude dans les pourcentages est expliquée par les auteurs du corpus d'études référencé comme étant imputable « aux différences dans les types de cliniques échantillonnées, aux variantes des populations de patients et aux techniques de mesure employées ».

Si le risque de développer une pathologie duelle est plus élevé chez les individus exposés à des événements traumatisants multiples et prolongés, la fréquence de ce risque l'est encore davantage chez les personnes appartenant à des populations vulnérables, notamment :

LES JEUNES : les 18-25 ans sont les plus impactés par la pathologie duelle³⁰. Cette vulnérabilité accrue s'explique en partie par l'émergence, durant l'adolescence, de la plupart des troubles psychiatriques³¹. Par ailleurs, l'adolescence est la période propice aux expérimentations de toutes sortes, à la recherche de nouveaux plaisirs (et de nouveaux soulagements !), le tout associé à une influençabilité sociale plus marquée.

LES FEMMES : une prévalence plus élevée de la pathologie duelle (par rapport aux hommes) est observée en raison de leur exposition plus fréquente et plus précoce à des événements traumatisants³³.

LES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ (DONT LES PERSONNES EXILÉES) : on évalue la prévalence d'un trouble psychique chez les personnes sans domicile à 77,5 %³³. Cette prévalence est largement supérieure à celle observée chez la population générale, et concerne notamment les troubles psychotiques, les TSPT et les TUS. Quant aux personnes exilées, 62 % ont été exposées à des violences par le passé. La prévalence des troubles psychiques graves est de 16,6 % (où les TSPT arrivent en tête, constituant environ 60 % de ces cas)³⁴. Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence puisqu'ils ne concernent que les personnes ayant réussi à accéder au système de soins — il est probable que dans les faits ces chiffres soient bien plus élevés.

LES PERSONNES INCARCÉRÉES : près de la totalité³⁵ (98% des hommes et 99% des femmes) des personnes incarcérées a été exposée au moins une fois à un événement traumatisant dans l'enfance. Par ailleurs, plus de la moitié d'entre elles présentent un TUS à leur sortie de détention — particulièrement les femmes (59% d'entre elles contre 49% des hommes).

LES PERSONNES ISSUES DE LA COMMUNAUTÉ LGBTQI+ : le risque de développer un TSPT est deux à trois fois plus élevé chez les personnes LGBTQI+. On observe ainsi une prévalence du trouble de 18,6 % chez les femmes lesbiennes et de 26,6 % chez les femmes bisexuelles, contre 6,6 % chez les femmes hétérosexuelles³⁶. Chez les hommes homosexuels, ce taux est de 13,6 %, comparé à 4 % chez les hommes hétérosexuels. Ces chiffres plus élevés sont souvent liés à des agressions physiques et/ou sexuelles, ainsi qu'à des formes de stigmatisation et de micro-agressions quotidiennes.

³⁰ Boumendjel, M. et Benyamina, A. (2016). Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge. In Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H., & Benyamina, A. (Eds.), *Traité d'addictologie*, 2e éd.

³¹ OMS, « La santé mentale : renforcer notre action », Aide-mémoire, n°220, 2010

³² Fossard, O., Lahya, S., Montagne, A., Duban, C., Pellegrin, F., Boudet, M., Delon, N., & Lavaud Laplagne, A. (2018). Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte (EPPA-I) Prévalence de l'exposition psychotraumatique dans un pôle de psychiatrie adulte. *L'information psychiatrique*, 94(3)

³³ Hossain et al. (2020), confirmé par Gutwinski (2021)

³⁴ Veisse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., & Zlatanova Z. (2017). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20

³⁵ « La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale » par la F2RSM-Psy (Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie, 2023)

³⁶ Roberts, A.L., Rosario, M., Corliss, H.L., Koenen, K.C., & Austin, S.B. (2012). Elevated Risk of Posttraumatic Stress in Sexual Minority Youths: Mediation by Childhood Abuse and Gender Nonconformity. *American Journal of Public Health*, 102

Parce qu'elle produit un tableau clinique* plus sévère qu'une comorbidité* classique

La pathologie duelle présente des spécificités cliniques qui la distinguent d'une comorbidité* psychiatrique simple. Ces spécificités se caractérisent notamment par leur **profil évolutif péjoratif**.

- Risque accru en cas de TSPT de développer un **TUS chronique et sévère**³⁷ **et réciproquement**.
- Risque accru de développer des **troubles psychiatriques associés** incluant par exemple des troubles du comportement, mais aussi des troubles de la personnalité (en particulier, le trouble borderline), des troubles de l'humeur, et/ou un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).
- Fort **retentissement fonctionnel**, avec notamment la surexpression de dimensions symptomatiques centrales du TSPT, telles que l'alexithymie* et/ou la dissociation*.
- Importante **détérioration de la qualité de vie**, englobant des troubles anxieux, des problèmes de sommeil, de l'agressivité, des épisodes psychotiques, une désocialisation...
- Développement (parfois exponentiel) des **comportements de mise en danger de la vie** (envers soi-même et/ou autrui) : violences, tentatives de suicide...

Complémentaire à ces aspects psychologiques et comportementaux, la pathologie duelle s'inscrit dans **un ensemble de bouleversements plus larges** (psychosomatiques* et sociaux) qui peuvent engendrer des conséquences biologiques, comportementales, cognitives et sociales sur le long cours.

Un phénomène qui conduit bien souvent à des transformations profondes au sein du fonctionnement psychique (notamment si le trouble s'installe de manière précoce, altérant le socle psychique et la personnalité sur le long terme) et somatique* (hyperactivation des circuits du stress, inflammation chronique) de la personne.

³⁷ Voir partie « Comment le TUS est-il défini aujourd'hui ? » de ce guide

Parce qu'à trouble « complexe », accompagnement « complexe »

Un accompagnement « complexe » car multidimensionnel

Compte tenu de la nature multidimensionnelle de la pathologie duelle, l'approche thérapeutique adoptée se doit de l'être tout autant afin d'être en mesure d'en traiter efficacement tous les aspects. **Les détails et modalités de cette dernière sont développées dans ce guide³⁸, mais il n'est pas inintéressant d'en poser d'ores et déjà les bases.**

La prise en charge thérapeutique des troubles duels implique en effet une approche qui soit elle-même *duelle* (c'est-à-dire qui intègre les deux dimensions du trouble, de manière bifocale), donc aussi multidimensionnelle et dynamique que le trouble lui-même. Elle implique de traiter simultanément le TUS et le TSPT, sans attendre la résolution de l'un pour aborder l'autre.

Un accompagnement « complexe » car plus difficile à appréhender (pour le soignant et pour le patient)

Du point de vue du **soignant**, la « complexité » de l'accompagnement de la pathologie duelle se manifeste par la difficulté à...

Repérer les symptômes psychotraumatiques (dont l'évocation est évitée en raison de la douleur associée), ou les conduites addictives (perçues comme des objets de honte et/ou de stigmatisation par la personne).

³⁸ Voir chapitre « Comment accompagner une personne concernée par la pathologie duelle ? » de ce guide

Créer les conditions d'un suivi régulier et d'une bonne alliance thérapeutique*

, les personnes concernées présentant en effet des taux d'abandon thérapeutique plus élevés, des périodes d'abstinence plus courtes, ainsi qu'une plus grande difficulté à accepter et/ou à suivre durablement les soins.

S'approprier

en profondeur les différentes approches thérapeutiques les plus efficaces pour la pathologie duelle TSPT-TUS, exigeant *de facto* d'une part leur maîtrise, et d'autre part la capacité à s'orienter entre chacune d'elles.

Du point de vue du **patient**, la « complexité » de l'accompagnement se traduit par :

- Un risque plus élevé d'**errance thérapeutique***.
 - Une **perte de confiance** vis-à-vis de la compétence des professionnels du soin.
 - Des taux de **rechute** plus importants que la moyenne — particulièrement chez les personnes souffrant d'un TSPT complexe.
 - Une **efficacité thérapeutique moindre**⁴¹, pouvant conduire à une démotivation face au soin — et donc *in fine* à une aggravation des symptômes.

³⁹ Roberts et al. (2015)

⁴⁰ Voir chapitre « Comment accompagner une personne concernée par la pathologie duelle ? » de ce guide

⁴¹ Roberts et al. (2015)



**COMMENT
COMPRENDRE LES
MULTIPLS ASPECTS
DE LA PATHOLOGIE
DUELLE ?**

PROPOS INTRODUCTIF

Ce premier chapitre se distingue par **son approche résolument scientifique et théorique**, en contraste avec le chapitre précédent et les chapitres suivants, qui adoptent une perspective plus pratique sur la pathologie duelle TSPT-TUS. Cette orientation, centrée principalement sur **les aspects neurobiologiques et psychopathologiques**, relève d'un choix délibéré. D'une part, ce parti pris vise à lever tout doute concernant le fondement scientifique de la pathologie duelle afin d'en asseoir la légitimité médicale. D'autre part, il s'agit de rappeler l'importance des éléments neurobiologiques et psychopathologiques lors de l'accompagnement des personnes concernées. Ces informations sont en effet très utiles car elles permettent de donner une explication objective et non-anxiogène des symptômes — ces phénomènes biologiques n'étant pas irréversibles. En démontrant que **leurs difficultés ne sont pas simplement le fruit de leur imagination ou de leur volonté**, l'apport d'éléments scientifiques et médicaux permet de rassurer les personnes, de renforcer leur motivation et leur confiance en elles, tout en atténuant les sentiments de culpabilité et de honte souvent associés à la pathologie.

Ce guide ne se limitant pas à un public de professionnels issus du secteur médical, un soin particulier a été apporté pour rendre les textes de cette section accessibles à tous.

COMMENT S'INSTALLE LA PATHOLOGIE DUELLE ?

S'il n'existe pas de consensus définitif à l'heure actuelle concernant les mécanismes d'installation de la pathologie duelle⁴², on recense toutefois 4 hypothèses étiopathogéniques* susceptibles d'expliquer leur association fréquente. Ces hypothèses explicatives évaluent d'une part l'ordre potentiel d'apparition des troubles et d'autre part leurs possibles liens causaux, éclairant des questions majeures telles que : des causes communes peuvent-elles provoquer la co-occurrence des troubles ? La présence d'un trouble peut-elle causer/entraîner le second ? Comment les troubles sont-ils susceptibles d'interagir ? etc. Ces raisonnements pourraient évoquer le questionnement « qui de l'œuf ou la poule ? » mais leur objectif est tout autre : il s'agit de **poser des éléments de réponse, tout en laissant le débat ouvert.**

Quelles sont les quatre principales hypothèses au sujet de l'installation de la pathologie duelle ?

Première hypothèse : le risque accru

Selon cette hypothèse, la présence d'un TUS accroîtrait indirectement le risque de développer un TSPT en augmentant le risque d'exposition à des événements traumatogènes. Elle le ferait selon deux modalités (l'une, l'autre, ou les deux) :

En augmentant
la fréquence des
situations et des
comportements
à risque

exposant alors la personne à des circonstances favorables à la survenue d'exposition traumatique.

En altérant la
capacité de la
personne souffrant
d'un TUS à repérer
les signaux de
danger dans son
environnement⁴³.

En effet, près d'un tiers des événements traumatisants entraînant le développement d'un TSPT chez les personnes souffrant d'un TUS surviennent dans le contexte d'acquisition ou d'utilisation de substances illicites⁴⁴. Parmi les événements recensés, on trouve notamment des décès par surdose, des viols ou des agressions physiques.

⁴³ Davis et al. (2009) ; Gould et al. (2021) ; Windle (1994)

⁴⁴ Brady et al. (1998) ; Clark et al. (2001)

Deuxième hypothèse : la susceptibilité (ou sensibilité) accrue

Cette hypothèse postule un lien causal plus direct entre TUS et TSPT, en suggérant que **la présence préalable d'un TUS augmenterait le risque de développer un TSPT chez les individus exposés à un évènement traumatogène***. Le TUS exacerberait ainsi les réponses émotionnelles et neurobiologiques consécutives à cette exposition — notamment en raison de son influence sur le système de réponse au stress et sur le circuit neurologique de la récompense. Le TUS dérégulerait également la gestion des émotions négatives associées à l'évènement, augmentant les niveaux d'anxiété et d'activation physiologique, en particulier lorsque l'individu ressent des manifestations de sevrage⁴⁵. De ce fait, l'individu pourrait, par exemple, avoir recours à des stratégies de *coping** fondées sur l'évitement. Le TUS pourrait également contribuer à la dégradation progressive du traitement du souvenir traumatique, notamment *via* l'altération de mécanismes neurologiques liés à la mémoire. Des études ont notamment montré que la consommation d'alcool pouvait affecter le conditionnement de la peur et la consolidation du souvenir — deux processus souvent invoqués dans les théories du développement du TSPT⁴⁶.

Bien que l'hypothèse de la susceptibilité/sensibilité accrue considère généralement que le TUS précède le TSPT, il a également été proposé que le TSPT puisse augmenter la prédisposition à un TUS en potentialisant des traits comme la colère ou l'agressivité. En effet, ces deux traits vont souvent de pair avec des troubles externalisés du comportement et ces derniers sont eux-mêmes identifiés comme facteurs de risque d'une consommation problématique de substances à l'âge adulte⁴⁷.

⁴⁵ Stewart et al. (1998)

⁴⁶ Tipps et al. (2014)

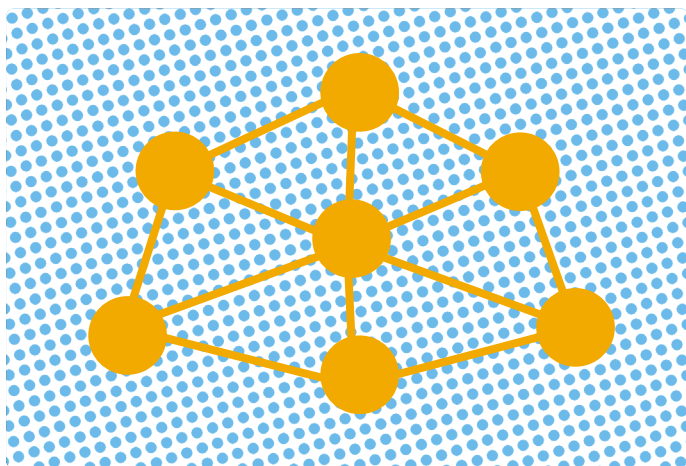
⁴⁷ Haller & Chassin (2013) ; Read et al. (2014)

Troisième hypothèse : l'automédication

Cette hypothèse défend la proposition d'un TUS secondaire au TSPT. Elle soutient que les individus souffrant d'un TSPT peuvent être amenés à recourir de manière répétée à des substances et/ou des comportements addictifs pour tenter de gérer, diminuer, ou contrôler leurs symptômes de TSPT⁴⁸, et notamment les troubles du sommeil, l'irritabilité ou l'hypervigilance. Le soulagement initial associé à l'usage d'une substance favoriserait alors la poursuite de la consommation, menant à l'installation progressive d'une dépendance⁴⁹. Ce mécanisme « d'automédication » comporterait deux volets⁵⁰:

Un volet principalement non conscient où l'individu apprend, à force de répétitions, à détecter pré-consciemment les indices intéroceptifs (c'est-à-dire les éléments corporels internes) des symptômes du TSPT (et ce même à de faibles niveaux d'intensité).

Un volet où l'individu expérimente **consciemment** des niveaux plus élevés d'affects négatifs liés au TSPT et développe des biais cognitifs avec des attentes envers les réponses qui l'ont précédemment aidé à les diminuer, ce qui l'amène à une recherche active de produit ou à renouveler le comportement addictif.



À l'appui, les données épidémiologiques⁵¹ indiquent que le TSPT précéderait plus souvent l'installation d'un TUS que le contraire. Le lien entre exposition traumatique et TUS serait ainsi souvent expliqué par les symptômes de TSPT, ces derniers favorisant la consommation de substances par la recherche de soulagement de départ, tout en fonctionnant également comme un inducteur puissant une fois l'addiction installée. Il a par exemple été observé que le *craving** et la consommation de substances augmenteraient davantage après la présentation de *stimuli** liés au trauma qu'après des *stimuli** neutres ou sociaux⁵².

⁴⁸ Khantzian (1985, 1997, 2015)

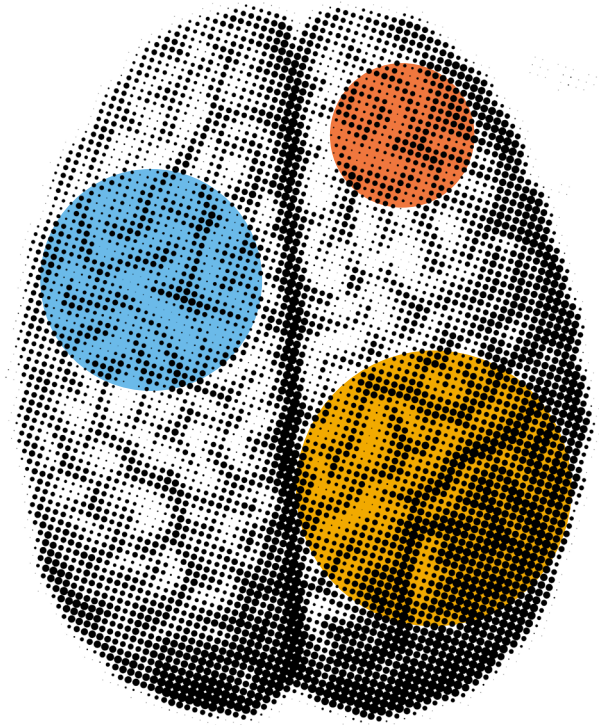
⁴⁹ Schumm & Chard (2012, cité par Hawn et al., 2021)

⁵⁰ Baker et al. (2004, cité par Hawn et al., 2021)

⁵¹ Kessler et al. (1995, cité par Hawn et al., 2020)

⁵² Coffey et al. (2002, 2010); Hawn et al. (2020); Khantzian (1985, 1997); Patel et al. (2022); Read et al. (2017); Schimmenti et al. (2022); Tull et al. (2011)

Sur le plan neurobiologique, l'usage de substances psychoactives* pourrait initialement, par l'activation des circuits de la récompense, contribuer à normaliser les taux de certains neurotransmetteurs dérégulés dans le TSPT, tout du moins dans certaines structures et réseaux neuronaux⁵³. Ces phénomènes temporaires de « rééquilibrage » pourraient dès lors contribuer à une réduction de symptômes de TSPT. Cet allègement serait toutefois seulement temporaire du fait de l'épuisement progressif de l'effet des substances mais aussi du fait d'une augmentation de la sévérité des symptômes de TSPT à cause des dommages structuraux et fonctionnels (observés de façon concomitante dans d'autres régions du cerveau). C'est particulièrement le cas des altérations observées dans le cortex cingulaire antérieur^{*54}, impliqué dans de nombreuses fonctions du système nerveux autonome*, ainsi que dans des processus cognitifs liés à la motivation, l'anticipation, la prise de décision, etc.



Ces changements conduiraient donc finalement à aggraver les symptômes de stress post-traumatique en les pérennisant sous forme de TSPT. Il est à noter que **cet effet aggravant ne serait pas uniquement lié à une dérégulation des émotions négatives mais concernerait également les émotions positives**⁵⁵ — suggérant que l'impact de cette stratégie de *coping** inadaptée pourrait être encore plus important.

Enfin, en faveur de cette hypothèse, il est important de souligner que bien souvent, **ce sont les individus présentant une pathologie duelle eux-mêmes qui évoquent la thèse de « l'automédication » comme explication de leur pathologie**, en identifiant leur volonté de soulagement des symptômes de TSPT⁵⁶ comme étant l'origine de leur consommation.

⁵³ María-Ríos & Morrow (2020) ; McCool et al. (2010) ; Pennington et al. (2014) ; Volpicelli et al. (1999) ; Weiner & Valenzuela (2006)

⁵⁴ Apps, M.A., Rushworth, M.F., & Chang, S.W. (2016). The Anterior Cingulate Gyrus and Social Cognition: Tracking the Motivation of Others. *Neuron*, 90(4)

⁵⁵ Weis et al. (2021, 2022)

⁵⁶ Kaysen et al. (2007) ; McCabe et al. (2018) ; O'Hare & Sherrer (2011) ; Tomaka et al. (2017) ; Ullman et al. (2005, 2013)

Quatrième hypothèse : la vulnérabilité conjointe ou partagée (aussi dite « hypothèse des facteurs communs »)

À la différence des précédentes, cette hypothèse ne repose pas sur un lien causal entre TSPT et TUS, mais propose plutôt le fait **que les deux troubles puissent émerger de façon parallèle en raison de facteurs de risque communs**, qu'ils soient génétiques ou environnementaux⁵⁷. L'hérédité ou l'exposition à l'adversité sociale (ou à de violents événements de vie) par exemple, peuvent ainsi conduire à une dysrégulation de l'axe du stress. Une dysrégulation qui peut être la cause aussi bien de TSPT que de TUS — et donc de leur association duelle. Une fois installés, les troubles pourraient alors s'autoalimenter et contribuer à leur maintien réciproque, notamment en raison des modifications profondes et durables du système de récompense et de réponse au stress qu'ils induisent.

Sur le plan génétique, des études récentes tendent à confirmer une vulnérabilité génétique partagée entre TSPT et TUS. Par exemple⁵⁸, elles ont prouvé qu'il existe des liens génétiques entre le TSPT et le trouble d'usage d'alcool — des liens qui expliqueraient ainsi près de 30 % des facteurs génétiques contribuant au développement d'un trouble d'usage d'alcool.

Sur le plan environnemental, l'exposition à des événements traumatiques pourrait constituer un précurseur commun primordial⁵⁹. En effet, les psychopathologies parentales et les facteurs de risque familiaux associés (conflits, violences, exposition à l'adversité, etc.) auraient une incidence

majeure sur l'émergence des deux troubles. C'est notamment le cas des **maltraitements infantiles***, essentielles à interroger dans la mesure où les individus présentant un double diagnostic TSPT et TUS sont plus susceptibles d'en avoir été victimes que les individus présentant un seul diagnostic⁶⁰. Les études montrent ainsi que les maltraitements infantiles* induisent des changements à long terme **sur le plan neurobiologique**, en particulier au niveau de **l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien*** (la région du cerveau qui conditionne la capacité de l'individu à retourner à un état dit « de base » après la confrontation à un élément ayant provoqué le stress⁶¹). Or, il s'agit précisément d'une capacité qui fait défaut dans le TSPT. **Le circuit mésolimbique*** est lui aussi concerné : étant l'une des principales voies dopaminergiques* du cerveau, il contribue largement au bon fonctionnement du système de la récompense et à la régulation de la saillance motivationnelle*. Sont également altérés le développement et le fonctionnement de structures cérébrales clés impliquées dans les deux troubles — notamment le cortex préfrontal* et l'hippocampe*, qui interviennent dans la régulation des comportements, le contrôle inhibiteur*, ainsi que les processus de mémorisation et d'apprentissage⁶².

Enfin, **sur le plan comportemental**, les facteurs génétiques et environnementaux interagissent de façon complexe et sont susceptibles de générer des endophénotypes comportementaux*. Parmi eux, l'impulsivité⁶³ et une réactivité affective et motivationnelle accrue aux *stimuli** et événements émotionnellement saillants ont été associés de façon répétée aux deux troubles et pourraient en favoriser le développement conjoint⁶⁴.

⁵⁷ María-Ríos & Morrow (2020), cité par Danovitch (2016, dans Hawn et al., 2020)

⁵⁸ Sartor et al. (2011) ; Xian et al. (2000, cité par Hawn et al., 2020)

⁵⁹ Breslau et al. (1997) ; Cottler et al. (2001) ; Fassinio et al. (2004)

⁶⁰ Straus et al. (2018)

⁶¹ Habib et al. (2001) ; Smith & Vale (2006) ; Lightman & Conway-Campbell (2010)

⁶² María-Ríos & Morrow (2020)

⁶³ Weiss et al. (2013)

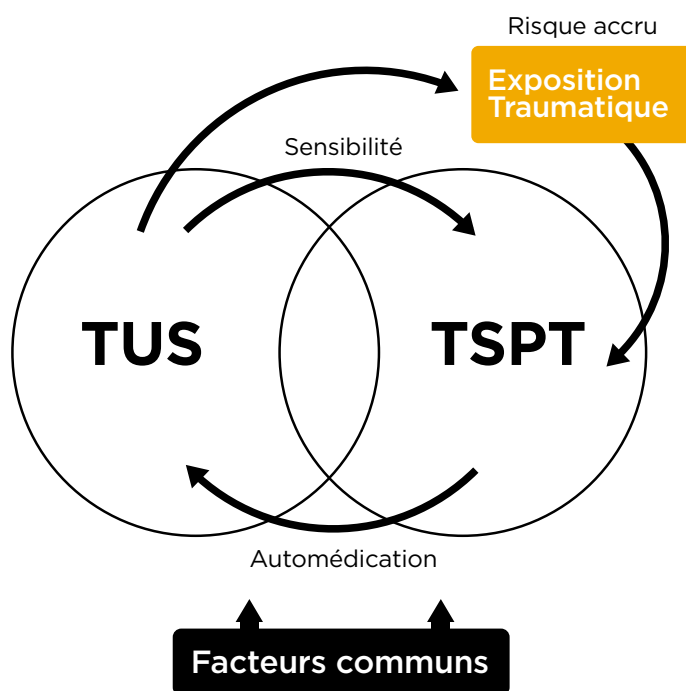
⁶⁴ Rabellino et al. (2016) ; Vujanovic et al. (2018)

Quelle hypothèse prioriser ?

À l'heure actuelle, les explications privilégiant l'automédication et l'action de facteurs de vulnérabilité communs semblent bénéficier de la plus grande quantité de preuves dans la littérature⁶⁵, faisant ainsi le plus consensus au sein de la communauté scientifique.

Toutefois, aucune donnée récente de la recherche ne permet de prioriser, valider ou réfuter avec certitude l'une des quatre hypothèses présentées⁶⁶. La majorité des chercheurs s'accorde en effet sur le fait que « **les différentes explications potentielles de la comorbidité entre le TSPT et le TUS ne seraient pas mutuellement exclusives** »⁶⁷. Dans la plupart des cas, le profil duel serait ainsi la résultante de plusieurs de ces hypothèses agissant simultanément. Par exemple, les problèmes de consommation de substance préexistants chez un individu seraient susceptibles non seulement d'augmenter le risque d'exposition à des situations traumatogènes (**hypothèse du risque accru**) mais également de rendre plus probable le développement consécutif d'un TSPT (**hypothèse de la vulnérabilité accrue**)

ainsi que le recours à la substance pour faire face aux symptômes associés (**hypothèse de l'automédication**)⁶⁸. Ces mécanismes ne seraient en rien incompatibles avec l'hypothèse de la vulnérabilité conjointe à même de favoriser le développement des deux troubles *via* des altérations communes des circuits de la récompense et de la peur, notamment dans le contexte de maltraitances infantiles*. **Ces altérations pourraient parallèlement se potentialiser entre elles**, en poussant les circuits concernés « vers un état pathologique »⁶⁹ qui favoriserait à la fois les symptômes de TSPT et de TUS.



⁶⁵ Carlson & Weiner (2021)

⁶⁶ Hawn et al. (2020)

⁶⁷ Hawn et al. (2020) ; Langdon et al. (2017) ; Straus et al. (2018) ; María-Ríos & Morrow (2020) ; Simpson et al. (2014)

⁶⁸ Haller & Chassin (2014)

⁶⁹ Maria Rios & Morrow (2020)

COMMENT SE MAINTIENENT LA PATHOLOGIE DUELLE ?

Comme dans le cas de son installation, de nombreux mécanismes et altérations contribuent au maintien de la pathologie duelle. **Le modèle du « maintien mutuel des troubles »⁷⁰, où le TUS exacerberait les symptômes de TSPT — et *vice versa*, adopte tout particulièrement ce point de vue dynamique. Par exemple, en suivant ce modèle, la présence d'un TUS (que ce dernier soit antérieur ou consécutif au développement d'un TSPT) pourrait interférer avec la résolution naturelle du traumatisme et générer des effets physiologiques susceptibles d'augmenter le niveau d'anxiété de l'individu, contribuant ainsi à maintenir les deux troubles⁷¹.**

En se fondant sur une approche transdiagnostique*, plusieurs domaines de fonctionnement du cerveau sont identifiés comme étant susceptibles d'alimenter la dualité de la pathologie. Ont ainsi été récemment identifiés⁷² **quatre domaines majeurs d'altérations partagées par les deux troubles**, où chaque domaine contribue au maintien réciproque du TSPT et du TUS⁷³ : **les fonctions exécutives***, **l'émotionnalité négative**, **les mécanismes de récompense associés à la saillance motivationnelle*** et **la cognition sociale**.

⁷⁰ Straus E., Haller M., Lyons R.C., Norman S.B. Functional and psychiatric correlates of PTSD and AUD. *Alcohol Res Curr Rev*, 2018

⁷¹ Straus et al. (2018)

⁷² Hien et al. (2021)

⁷³ Ibid

Quels sont les champs neurologiques et psychopathologiques particulièrement impliqués dans le maintien de la pathologie duelle ?

Les fonctions exécutives*

Dans le TSPT comme dans le TUS, **des troubles exécutifs*** sont généralement rapportés. Les individus qui développent un TSPT à la suite d'une exposition traumatique présentent en effet de moins bonnes capacités exécutives que ceux qui n'en développent pas⁷⁴. Ces difficultés exécutives peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité antérieurs au trauma, ou même faire suite à certains symptômes, tels que ceux liés à l'intrusion ou l'hyperactivation (par exemple, les perturbations du sommeil, de la concentration, etc.). Quelle que soit leur origine, **ces freins exécutifs amenuisent la capacité de l'individu à inhiber des pensées et souvenirs liés à l'évènement traumatisant**, contribuant ainsi à alimenter le TSPT⁷⁵. Ce mécanisme délétère s'illustre notamment par des biais attentionnels qui vont, selon les cas de figure, faciliter la détection ou l'évitement de *stimuli** environnementaux perçus comme menaçants.

Le TUS est également caractérisé par des difficultés d'inhibition, de planification et de prise de décision (notamment de décisions orientées vers un but durable). Combinées à des biais attentionnels qui entraînent l'allocation de davantage de ressources aux *stimuli** addictifs, ces difficultés exécutives sont non seulement susceptibles d'affaiblir la capacité de l'individu à résister au *craving**, mais aussi de favoriser les comportements d'approche vers la substance — et dès lors, d'en alimenter la consommation⁷⁶. Par ailleurs, l'usage chronique de substances psychoactives* est associé à une altération des capacités de traitement de l'information.

Dans ce contexte, **les personnes présentant un double diagnostic TSPT et TUS pourraient donc présenter des difficultés exécutives* particulièrement marquées**, contribuant de fait à alimenter les deux troubles⁷⁷. Cette hypothèse de troubles exécutifs* accrus n'a toutefois pas encore fait l'objet d'études spécifiques et doit donc être considérée avec précaution.

⁷⁴ Scott et al. (2015) ; Woon et al. (2017)

⁷⁵ Aupperle et al. (2012) ; Catarino et al. (2015)

⁷⁶ Bernardin et al. (2014) ; Potvin et al. (2014, 2018) ; Stavro et al. (2013) ; Broyd et al. (2016)

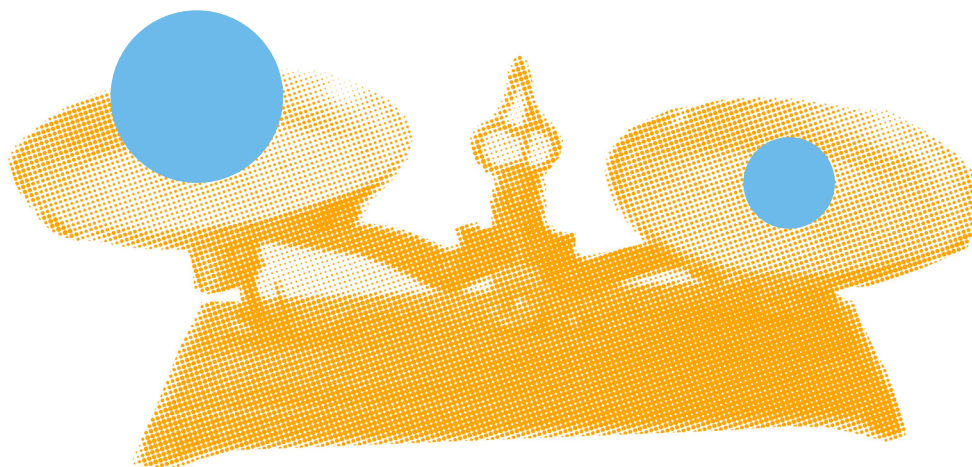
⁷⁷ Hein et al. (2021)

L'émotionnalité négative

L'émotionnalité négative est généralement rattachée au « système de valence négative »*, i.e. le réseau d'émotions, de comportements, de motivations et de cognitions, qui s'active en réponse à des environnements ou à des *stimuli** négatifs⁷⁸. Ce réseau est une composante du système de stress, impliquant notamment l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien* et l'amygdale*. Par conséquent, les difficultés d'émotionnalité négative génèrent une perturbation des émotions négatives, notamment des réactions de peur, de colère, de tristesse, etc.

Le lien avec le TSPT apparaît évident ici, dans la mesure où le TSPT se caractérise généralement comme étant un « trouble du circuit de la peur induit par le stress »⁷⁹. Les altérations du système de valence négative* ne sont toutefois pas limitées à la peur, puisqu'elles englobent la majorité des émotions négatives. **Les individus présentant un TSPT expérimentent ainsi davantage des émotions négatives plurielles** (la honte, la colère, par exemple) et **davantage de difficultés à les réguler**⁸⁰.

La régulation des affects négatifs joue également un rôle central dans le TUS car l'atténuation d'émotions négatives et de sensations physiques désagréables constituerait le motif du maintien de la consommation, en particulier lorsque la dépendance s'est installée. Tout comme dans le TSPT, on observe une sensibilisation du système de stress dans le TUS⁸¹. Celle-ci s'accompagne d'une réactivité accrue à des images négatives⁸² et de difficultés plus importantes à réguler la peur et la colère⁸³, exacerbant d'autant plus la recherche d'atténuation des symptômes douloureux par l'individu. **Le niveau de sévérité des symptômes de TSPT prédit ainsi une utilisation accrue de stratégies de distraction et de suppression émotionnelle par les personnes présentant les deux troubles**⁸⁴. Or, l'évitement figure parmi les stratégies de régulation inopérantes (et même néfastes sur le long terme), car favorisant *in fine* le maintien de l'usage (notamment *via* les comportements d'autosoulagement).



⁷⁸ Insel et al. (2010)

⁷⁹ Shin & Handwerker (2000)

⁸⁰ López-Castro et al. (2019) ; Dillon et al. (2020) ; Chang et al.

(2018) ; Doolan et al. (2017)

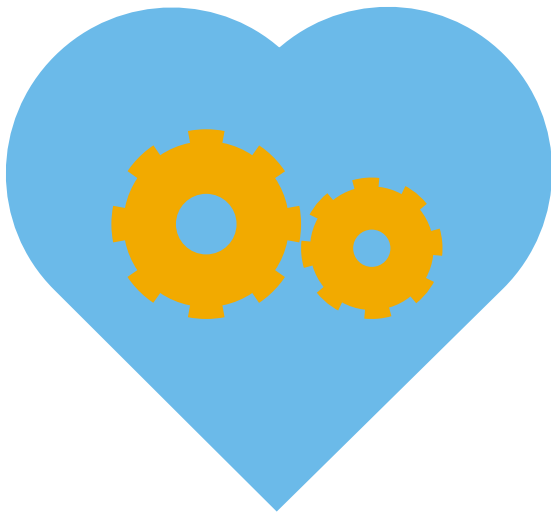
⁸¹ Koob & Le Moal (2008)

⁸² Aguilar De Arcos et al. (2008) ; Moberg et al. (2017)

⁸³ Fox et al. (2008)

⁸⁴ Tull et al. (2018)

Les mécanismes de récompense associés à la saillance motivationnelle*



Le fonctionnement de la récompense et de la saillance motivationnelle* est très étroitement lié au construit psychologique multidimensionnel qu'est le « système de valence positive »*. En cas de dysfonctionnement, l'individu est susceptible de souffrir d'anhédonie*⁸⁵. Outre cette diminution du goût pour les choses, la personne présente également davantage de difficultés à anticiper et à prédire la valeur et le coût de récompenses futures, de même que l'effort requis pour y parvenir⁸⁶.

Les atteintes du système de valence positive* nuisent à la santé mentale dans son ensemble car **elles amenuisent la capacité à trouver du sens à son existence et elles affectent de nombreuses sphères de fonctionnement** (famille, relations sociales, travail, loisirs, etc.). Ces symptômes sont présents à la fois dans le TSPT et le TUS, et sont susceptibles de contribuer à leur maintien mutuel.

- Dans le TSPT,

les *stimuli** classiquement associés à une valence positive et revêtant une haute valeur hédonique ne possèdent plus ces propriétés attractives et sont donc moins activement recherchés⁸⁷.

- Dans le TUS,

la baisse de l'attrait des récompenses naturelles s'accompagne souvent d'une hausse de la motivation pour les éléments liés à la substance addictive. Cette augmentation capte et détourne le système de récompense, réduisant ainsi l'intérêt pour les récompenses naturelles et habituelles (nourriture, relations sociales, etc.). Cela conduit à une suractivation du système de la récompense et favorise l'instauration de la dépendance⁸⁸. Ce plaisir initial est toutefois rapidement supplanté par les symptômes de sevrage*, le *craving** et les affects négatifs. Ceux-ci font alors basculer l'individu d'un état de plaisir à une situation de recherche de réduction de l'anhédonie, le tout accompagné d'une perte de satisfaction et d'une augmentation des symptômes de dysphorie*, d'irritabilité, d'anxiété et d'autres états émotionnels négatifs⁸⁹.

⁸⁵ Nawijn et al. (2015) ; Vujanovic et al. (2017) ; Koob & Volkow (2010, 2016)

⁸⁶ Hien et al. (2021)

⁸⁷ Nawijn et al. (2015) ; MacNamara et al. (2013) ; Steuwe et al., (2012)

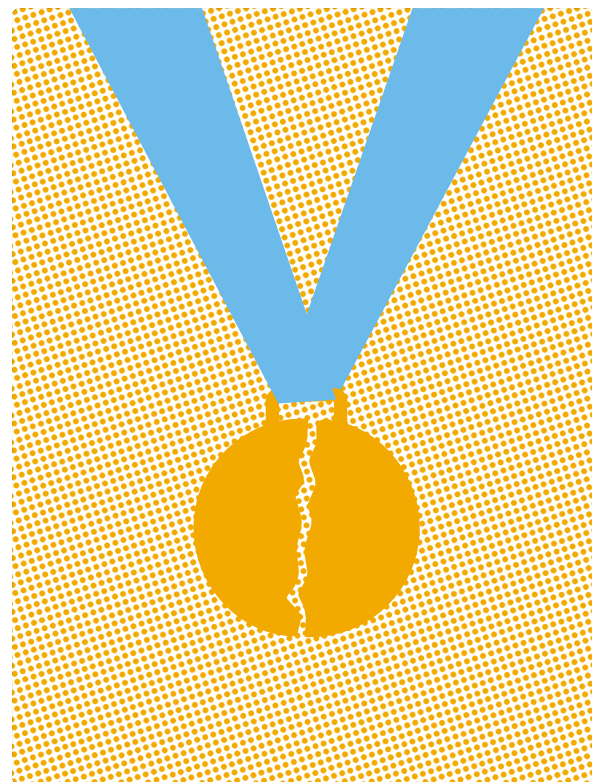
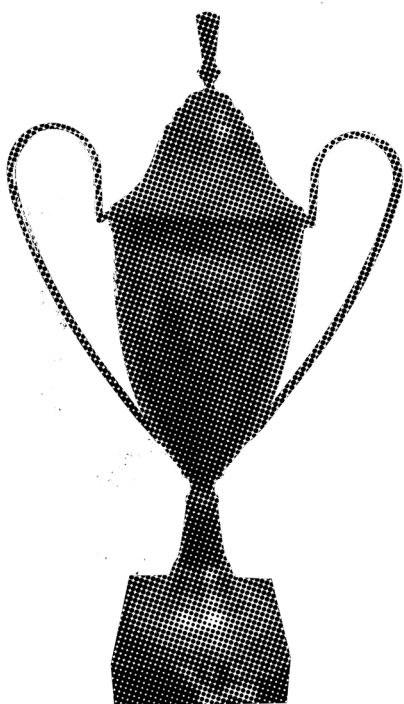
⁸⁸ Baskin-Sommers et Foti (2015) ; Stice et al. (2013) ; Stice et Yokum (2014)

⁸⁹ Koob et Volkow (2010) ; Zhang and Schulteis (2008) ; Leventhal et al. (2013) ; Su et al. (2017) ; Fleming et al. (2019)

En 2019, les chercheurs Elman et Borsook ont proposé le modèle dit « en cascade de défaillances »⁹⁰, où des mécanismes distincts, tels que l'hyposensibilité aux récompenses dans le TSPT et l'hypersensibilité aux *stimuli** liés à l'addiction dans le TUS, conduiraient à des adaptations neuronales spécifiques. Ces dernières provoqueraient alors une **hypoactivité généralisée du système de récompense** et une **sensibilisation croisée (c'est-à-dire où chaque trouble exacerbe l'autre)**.

Hypoactivité du système de récompense

Les effets des expériences aversives sur la voie dopaminergique* imiteraient largement ceux des substances addictives⁹¹ (notamment dans la mesure où un stress aigu accroît le risque de consommation, ou de rechute après sevrage⁹²). **Donc, dans le TSPT, la réponse au stress renforcerait la motivation pour les *stimuli** liés à l'addiction.**



Sensibilisation croisée

Les individus concernés par un TSPT et un TUS présenteraient des **réactions physiologiques et comportementales plus marquées** face aux *stimuli** liés à la substance et au trauma, ainsi qu'**une détresse plus intense lorsque ces stimuli sont combinés**. Le *craving** pour la substance augmenterait également en présence de *stimuli** liés au traumatisme.

⁹⁰ Elman & Borsook (2019), *The failing cascade: Comorbid post-traumatic stress- and opioid use disorders*, Neuroscience & Biobehavioral Reviews, Volume 103

⁹¹ Liu and Weiss (2002) ; Buffalari and See (2009) ; Fox et al. (2014) ; Moran-Santa Maria et al. (2014) dans Maria Rios (2020)

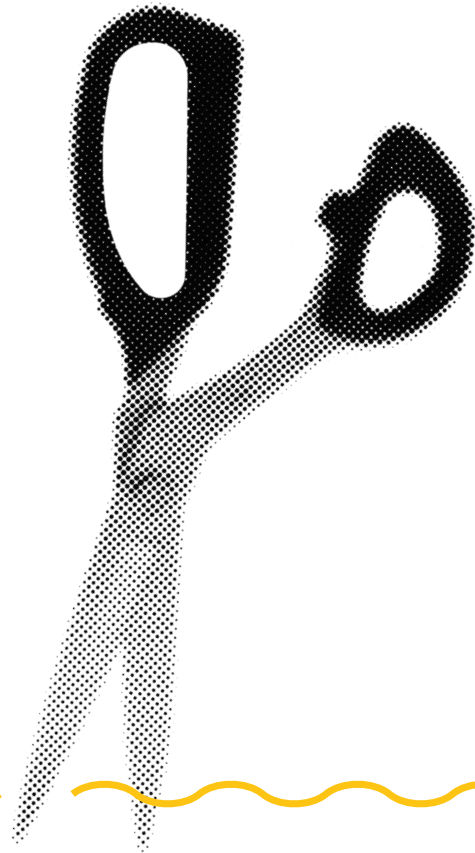
⁹² Khantzian (1985) ; Sinha (2001) dans Maria Rios (2020)

La cognition sociale

La cognition sociale est définie comme l'ensemble des processus par lesquels un individu traite et donne du sens aux *stimuli** sociaux, depuis le décodage perceptif simple jusqu'à la réalisation d'inférences complexes. Or, dans le cadre du TSPT, on identifie des **difficultés de reconnaissance des émotions** (notamment faciales), d'**adoption de la perspective d'autrui**, et d'**interprétation de son propre état interne** ; le tout associé à **des jugements sociaux éloignés de la norme** (par exemple, le sentiment de confiance dégagé par autrui)⁹³.

Le TUS est associé lui aussi à des **altérations du décodage des expressions faciales**, à une **moins bonne « théorie de l'esprit »** (c'est-à-dire de moins bonnes capacités à attribuer des états internes et intentions à autrui⁹⁴), et à **une capacité d'identification de ses propres émotions moindre**.

Si à l'heure actuelle, la cognition sociale n'a pas été étudiée pour le cas spécifique de la pathologie duelle, **il est toutefois probable que l'ensemble de ces altérations puissent agir en synergie** et ainsi conduire à des prises de décision moins adaptées en contexte social. Ce faisant, elles causeraient et/ou entretiendraient des difficultés interpersonnelles, exacerbant d'autant plus les émotions négatives de l'individu et la dégradation de son lien social. Or, une bonne cognition sociale et un bon soutien social facilitent l'utilisation de stratégies de régulation des émotions⁹⁵, élément clé des deux troubles.



⁹³ Fertuck et al. (2016) ; Saraiya et al. (2019) ; Janssens (2022)

⁹⁴ Le Berre (2019) ; Ramey & Regier (2018) ; Bora & Zorlu (2017) ; Onuoha et al. (2016)

⁹⁵ Lopez et al. (2023)

Comment les interactions entre ces champs se matérialisent-elles ?

L'ensemble des processus transdiagnostiques* susmentionnés n'agissent pas de façon isolée ; au contraire, ils s'influencent les uns les autres. Ces influences se manifestent au niveau fonctionnel à travers deux principaux dénominateurs communs : l'impulsivité et les schémas précoces inadaptés.

L'impulsivité

Dans le TSPT comme dans le TUS, l'impulsivité est associée à une modification de l'activité dopaminergique* dans plusieurs régions cérébrales⁹⁶. Or, l'urgence émotionnelle*, composante majeure de l'impulsivité, revêt une importance cruciale ici du fait du statut émotionnel et motivationnel* propre aux personnes souffrant d'une pathologie duelle. En effet, parce qu'elle est **associée à l'intensité des symptômes et des altérations fonctionnelles dans les deux troubles**⁹⁷, l'urgence émotionnelle contribue fortement au maintien de la pathologie.

Les schémas précoces inadaptés (SPI)*

Les SPI désignent des thèmes importants constitués de souvenirs, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles concernant soi-même et les autres. Élaborés au cours de l'enfance ou de l'adolescence et enrichis tout au long de la vie, ils émanent de **l'insatisfaction de besoins fondamentaux**, générant des modèles émotionnels et cognitifs défaitistes qui conditionnent les croyances de l'individu et influencent durablement **sa perception de lui-même** ainsi que **ses interactions avec autrui**⁹⁸.

Les individus souffrant de TSPT présentent un nombre plus élevé de SPI comparativement à ceux qui n'en sont pas atteints⁹⁹. Or, le nombre de SPI suractivés jouerait un rôle pivot entre l'intensité du TSPT et la gravité du TUS¹⁰⁰. En effet, « l'automédication » (induite par la volonté d'autosoulagement) des symptômes du TSPT à travers la consommation de substances se développe en grande partie par l'activation de ces SPI. **Plus le nombre de SPI suractivés est important, plus la consommation devient un mécanisme d'adaptation pour soulager les souffrances associées.**

⁹⁶ Rolls et al. (1994) ; Aron et al. (2004) ; Schmaal et al. (2012) ; Davis et al. (2013)

⁹⁷ Ehring & Quack (2010) ; Smith & Cyders (2016)

⁹⁸ Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003), Schema therapy: A practitioner's guide. New York, NY/London, UK: Guilford Press dans Vasilopoulou et al. (2020)

⁹⁹ Ahmadian et al. (2015)

¹⁰⁰ Lecigne & Tapia (2018)

Parallèlement, les individus présentant un TSPT rapportent effectivement une association plus forte avec des SPI liés à la déconnexion, à l'isolement et au manque d'autonomie et de performance¹⁰¹. Ces schémas favorisent les stratégies d'évitement, dont on connaît le caractère délétère sur le maintien des symptômes de TSPT et de TUS.

Les SPI pourraient donc creuser le lit des deux troubles, l'un et l'autre se renforçant mutuellement par leur intermédiaire¹⁰². **Ils constituent non seulement un facteur de risque de développement du TSPT, mais leur suractivation tend également à augmenter la consommation de substances¹⁰³**. L'usage de substances s'apparente alors à une stratégie d'adaptation dysfonctionnelle visant à compenser la suractivation de SPI (notamment un contrôle de soi réduit, des comportements d'assujettissement ou une inhibition émotionnelle).

ADDENDUM

Quel rôle jouent les liens interpersonnels au sein des dynamiques d'installation et de maintien de la pathologie duelle ?

L'absence ou la mauvaise qualité des liens interpersonnels sont des facteurs déterminants dans l'installation et le maintien de la pathologie duelle TSPT-TUS. Et *a contrario*, leur présence est également cruciale pour prévenir les aggravations et/ou faciliter le processus de rétablissement*. En effet, leur importance réside dans la diversité des soutiens qu'ils offrent, qui peuvent être regroupés en quatre catégories¹ :

- **Le soutien émotionnel**, qui offre réconfort et sécurité face aux adversités de la vie.
- **Le soutien d'estime**, qui renforce la confiance en soi, en ses capacités et en sa propre valeur.
- **Le soutien matériel et financier**, qu'il soit sollicité ou non.
- **Le soutien informatif**, qui comprend les conseils et les orientations de l'entourage.

➔ Des liens interpersonnels de qualité renforcent le sentiment de sécurité, favorisant l'expression émotionnelle et une communication confiante. Cette dynamique aide à construire un récit personnel et à donner du sens aux expériences de vie. À l'inverse, leur absence est donc source de solitude, de manque de confiance en soi et/ou en autrui, etc. — i.e. des facteurs de risque psycho-individuels et sociaux reconnus comme déterminants, tant dans le TUS que le TSPT².

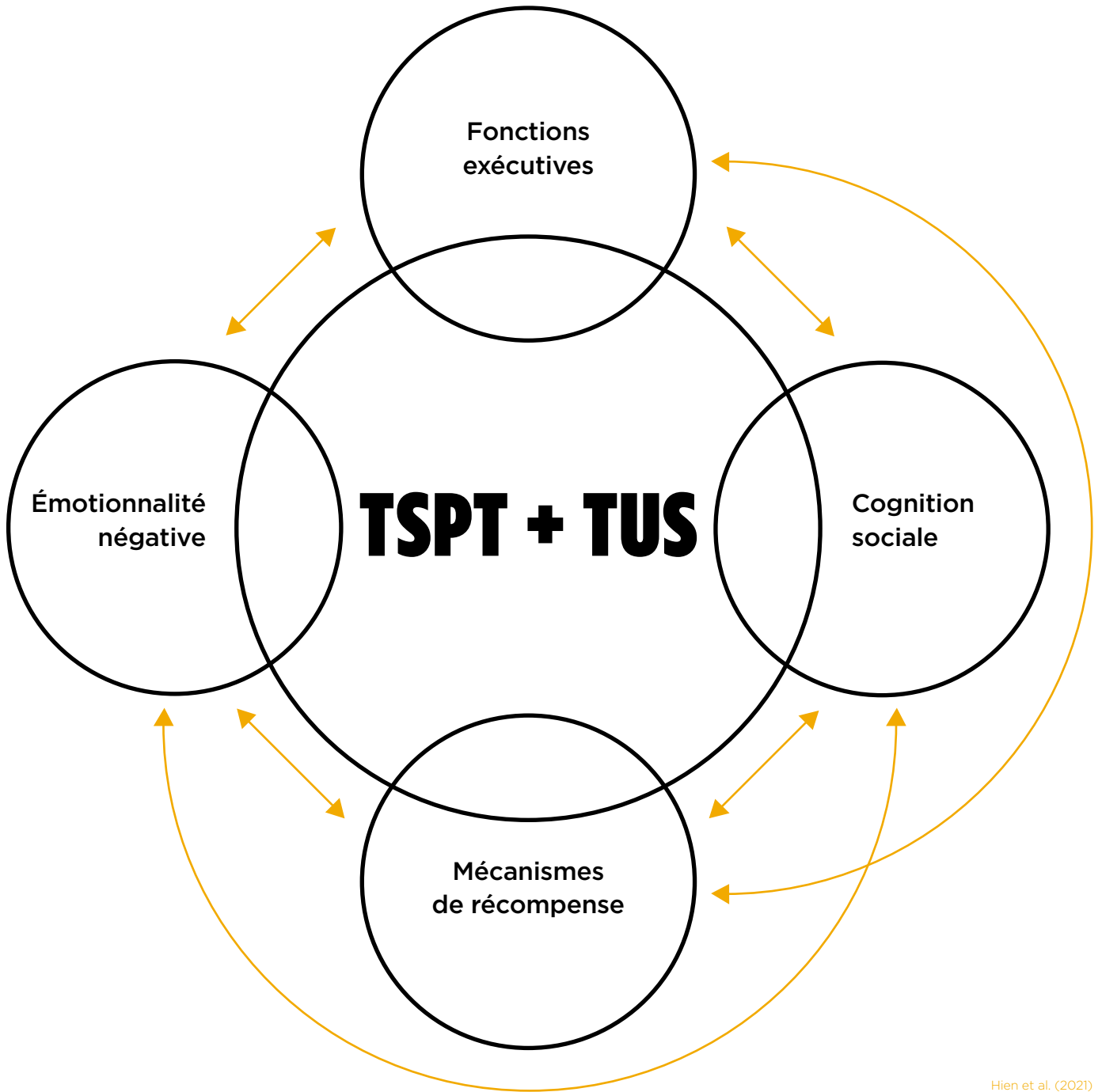
¹ Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (1994). *Le soutien social dans la relation stress-maladie. Introduction à la psychologie de la santé.*

² Voir les parties « Quels sont les facteurs de risque et de protection face au TSPT ? » et « Quels sont les facteurs de risque et de protection face au TUS ? » de ce guide

¹⁰¹ Harding et al. (2012) ; Karatzias et al. (2016) ; Price (2007)

¹⁰² Lecigne & Tapia (2018)

¹⁰³ Decouvelaere, Graziani, Gackière-Eraldi, Rusinek, & Hautekeete (2002) ; Brotchie, Meyer, Copello, Kidney, & Waller (2004) ; Shorey, Anderson, et Stuart (2012, 2013) dans Lecigne & Tapia (2018)



Hien et al. (2021)



**COMMENT IDENTIFIER
LA PATHOLOGIE
DUELLE ?**

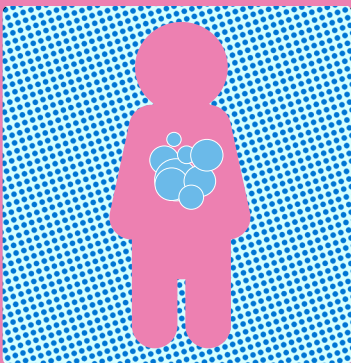
COMMENT REPÉRER ?

Voir l'annexe « Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer » en fin d'ouvrage

Le repérage de la pathologie duelle représente un premier défi important, car il implique une sensibilité et une compréhension profondes des signaux émis par le patient. Or, **si certains signaux semblent évidents, d'autres le sont moins et nécessitent de facto une vigilance accrue** — d'autant plus que les symptômes de la pathologie duelle constituent parfois le premier obstacle à l'identification du trouble.

Point de vigilance

L'emploi du terme « évident » dans le contexte des signaux de la pathologie duelle ne signifie pas que ces derniers sont immédiatement compréhensibles par tout un chacun. Ici, il vient préciser le fait que ces signaux sont clairs et identifiables une fois que le soignant a la connaissance précise du tableau clinique* complet de la pathologie.



À quels éléments exprimés par la personne faut-il être particulièrement vigilant ?

Quels sont les signaux qui doivent immédiatement alerter sur la potentielle présence d'une pathologie duelle ?

Certains signaux constituent des indices cliniques évidents du trouble, particulièrement lorsqu'ils sont exprimés spontanément.

Chez les personnes présentant un TUS ou des symptômes associés :

les répétitions traumatiques (par exemple, les cauchemars), les comportements d'évitement (par exemple, fuir certains lieux ou situations), ou l'hypervigilance (marquée par exemple par des sursauts à répétition ou un repérage constant des sorties d'un lieu).

Chez les personnes présentant un TSPT

ou des symptômes associés :

- l'usage de substances psychoactives*, particulièrement si :
- Il y a augmentation de la consommation au fil du temps (indiquant une augmentation de la tolérance et de fait, une potentielle dépendance).
- Il y a augmentation de l'intensité de l'interférence de la consommation dans la vie quotidienne (impact sur les relations interpersonnelles, la vie professionnelle...).
- Cet usage est expliqué par la personne comme étant né de sa volonté de soulagement de symptômes du TSPT.

Quels sont les signaux moins évidents qui doivent tout de même faire l'objet d'un approfondissement ?

Certains signaux peuvent constituer des caractéristiques de plusieurs troubles à la fois : troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, troubles dépressifs... Et ainsi rendre l'hypothèse d'une pathologie duelle moins évidente. Pourtant, en fonction de leur contexte et de la façon dont ils sont exprimés par le patient, ils peuvent être indicatifs de la présence de cette dernière.

Chez les personnes présentant un TUS *ou des symptômes associés :*

les signes d'activation neurovégétative* (tels que l'irritabilité ou les insomnies), les comportements d'évitement frustes (c'est-à-dire « non atténués dans leur intensité », par exemple : ne pas regarder un certain type de scène dans des films), le sentiment de culpabilité, la phobie sociale, l'anxiété. Ces manifestations peuvent en effet être des signes de traumatismes anciens et/ou de TSPT complexe.

Chez les personnes présentant un TSPT *ou des symptômes associés :*

les comportements liés à la prise de risques inconsidérés, à la recherche de distraction ou de sensations fortes (notamment si l'usage de substances psychoactives* y est impliqué), ou ceux liés à un besoin de soulagement. Ces comportements traduisent en effet la présence de mécanismes d'adaptation ayant pour objectif d'atténuer les symptômes du TSPT et de fait, un potentiel TUS (si l'usage de substances psychoactives* est impliqué), présent et/ou futur.

Peut-on d'ores et déjà questionner des éléments non mentionnés par la personne ?

Non, car **le repérage se concentre exclusivement sur l'identification des signaux visibles.**

L'exploration d'un éventuel passé traumatique et de ses répercussions relève d'un entretien plus approfondi, généralement mené lors des phases de dépistage ou de diagnostic.

Dans quelle mesure les symptômes de la pathologie duelle peuvent-ils être un obstacle au repérage ?



Qu'est-ce que « l'interconnexion des symptômes » et quel est son impact ?

Les manifestations cliniques de chacun des deux aspects du trouble duel TSPT-TUS sont semblables. Au point où **l'un de ces aspects peut parfois masquer l'autre**, empêchant de fait le repérage exhaustif des symptômes du trouble.

Par exemple, dans le cas d'une personne consommant du cannabis, la réminiscence d'événements traumatiques passés à travers la survenue fréquente de cauchemars peut ne pas être évoquée ; non pas car elle n'existe pas, mais parce qu'elle est masquée par la consommation (le cannabis ayant notamment pour effet de diminuer drastiquement l'activité onirique).

De la même façon, les symptômes du TSPT et du sevrage* peuvent parfois être indiscernables car partageant des caractéristiques communes, telles que la réminiscence d'événements traumatiques passés, des tremblements incontrôlés, des crises d'angoisse, etc.

Quelles pratiques mettre en place pour surmonter cet obstacle ?

Face au risque de masquage réciproque des aspects du trouble, il est essentiel d'**interroger les personnes sur les motifs et le contexte de leur initiation à l'usage de substances**, ainsi que sur **les modalités de leur consommation** (qui peuvent tout à fait avoir évolué au fil du temps) : moment de la journée, état émotionnel spécifique (avant, après, pendant), tentatives d'arrêt et/ou de diminution...

COMMENT DÉPISTER ?

Voir l'annexe « Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer » en fin d'ouvrage

C'est lors de la phase de dépistage que l'on peut se permettre d'aller au-delà des signaux visibles et de questionner la personne de manière plus approfondie sur les éléments qu'elle a exprimés. Cela soulève la question de la manière d'identifier ces indices sous-jacents : existe-t-il un « bon » niveau de questionnement à adopter lors d'un entretien avec un patient, et si oui, comment le définir ? De nombreux outils et méthodes sont disponibles pour accompagner le soignant et le patient dans cette exploration.

Comment approfondir l'entretien clinique pour faire émerger des signaux non exprimés spontanément par la personne ?

Certaines personnes peuvent ne pas évoquer leurs expériences traumatiques ou leurs comportements addictifs en raison de la honte, du manque de confiance ou de la peur de raviver de mauvais souvenirs. Cette réticence peut aussi être partagée par le soignant, consciemment ou non. **En tant que soignant, quelles sont les clés à mobiliser pour lever ces freins ?**

Clé n°1 : entreprendre un travail introspectif

La déconstruction de stéréotypes personnels est nécessaire pour éviter des biais cognitifs qui pourraient entraver le travail de dépistage, car autant le psychotraumatisme que la consommation de substances psychoactives* sont sujets à des clichés tenaces dans notre société. Et cela au-delà même de la sphère socio-médicale : **il s'agit d'un phénomène social transverse, qui impacte de fait chacun de nous — parfois sans même en avoir conscience.** Or, ces stéréotypes peuvent être une barrière à l'identification du trouble.

Cette personne n'a pas une « tête » à prendre de la drogue.

Le « profil-type » de la personne ayant des conduites addictives n'existe pas. Chacun peut être concerné par une problématique d'usage ou de dépendance à un moment de sa vie, peu importe son âge, son milieu d'origine, son statut social, son genre, son ethnie, etc.

Cette personne consomme des drogues donc elle a un problème de dépendance.

L'usage de substances psychoactives* ne doit pas être automatiquement assimilé à un TUS. Il est essentiel de procéder à une évaluation clinique approfondie : fréquence et régularité de la consommation, contexte dans lequel elle se manifeste etc. Il s'agit ainsi de comprendre le rôle que joue la substance dans la vie de l'individu, en distinguant un usage occasionnel d'une consommation problématique qui nécessiterait une prise en charge.

L'usage de certaines substances psycho- actives est plus problématique que d'autres.*

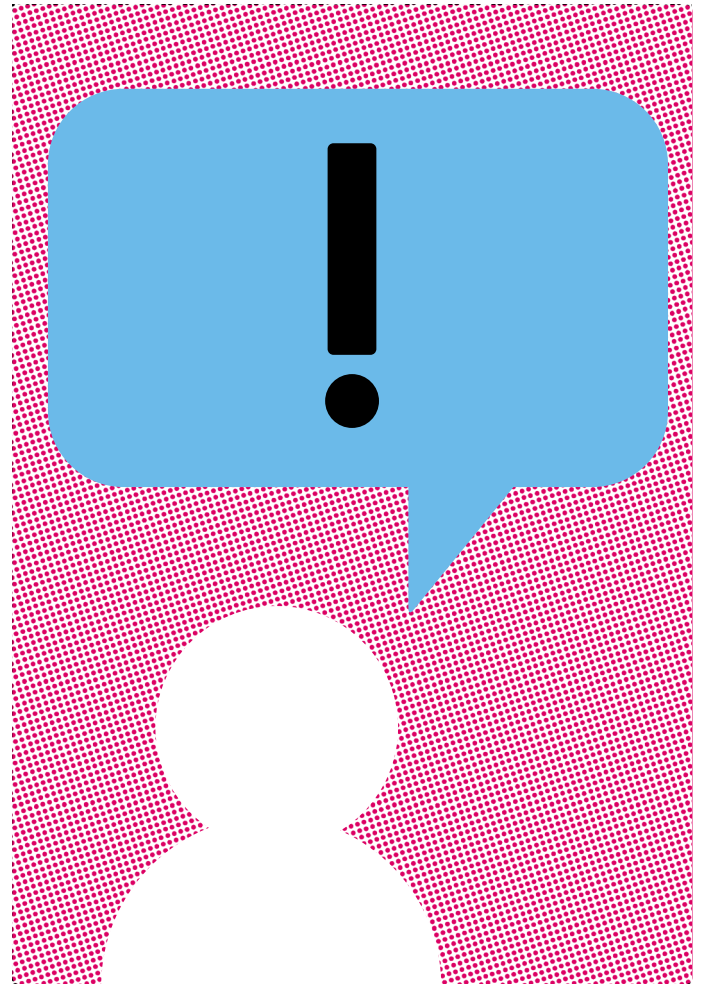
Bien que certaines substances aient des effets physiologiques plus marqués, il est important de se méfier de certains biais, tels que l'opposition entre « drogue dure » et « drogue douce » ou la distinction entre substances licites et illicites. Par exemple, dans le cas d'une personne qui consomme quotidiennement des somnifères (benzodiazépines), tout en prenant occasionnellement de la cocaïne lors de moments festifs : pour le non averti, la cocaïne pourrait constituer la consommation la plus problématique. Pourtant, bien que licites lorsqu'elles sont prescrites, les benzodiazépines peuvent entraîner une tolérance, une dépendance et des effets secondaires plus importants et délétères à long terme qu'un usage ponctuel de cocaïne.

La situation que cette personne me rapporte comme ayant été traumatique n'est objectivement pas si grave.

Le traumatisme n'a pas besoin d'être impressionnant pour avoir eu un impact délétère sur l'individu¹⁰⁴. La représentation d'un évènement traumatisant comme quelque chose de très dramatique ou choquant peut conduire à sous-estimer les effets néfastes d'évènements plus « ordinaires » (tels que l'annonce du décès d'un proche ou un accident de voiture) — et *in fine* à ne pas détecter le trouble. En somme, la seule personne à même de juger de la gravité du traumatisme et son impact, c'est la personne elle-même.

Cette personne est socialement insérée, ça veut dire que tout va bien.

Consommer des drogues, c'est s'auto-détruire volontairement.



Ce n'est pas parce que le parcours de vie (passé ou actuel) n'est pas dramatique que la confrontation traumatique n'a pas eu d'impact et/ou n'en a pas encore. En effet, certaines expériences traumatiques peuvent être moins visibles et/ou la personne a pu développer des stratégies de masquage puissantes.

Si la consommation est un choix actif, elle demeure un choix qui est influencé par des facteurs subis. L'usage problématique de substances a certes un effet destructeur à terme sur la personne mais elle est avant tout le reflet d'une recherche de soulagement. C'est uniquement en comprenant la complexité de ce phénomène qu'il est possible d'intégrer pleinement la posture empathique et sans jugement nécessaire à la prise en charge de la pathologie duelle.

¹⁰⁴ Voir chapitre « Qu'entend-on par trouble de stress post-traumatique (TSPT) ? » de ce guide

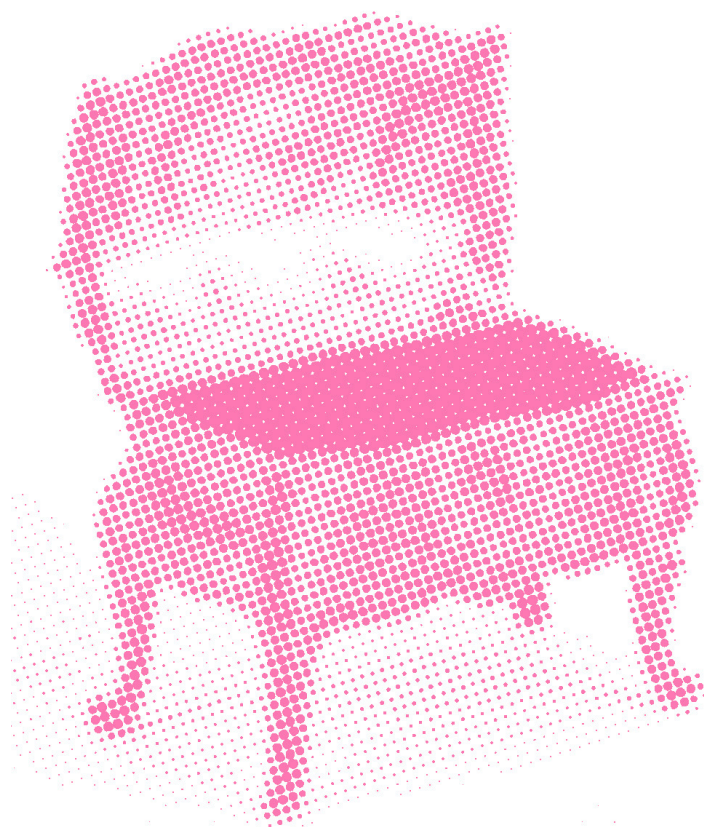
Clé n°2 :
se connaître
soi-même

En tant que soignant, il peut arriver que l'on se questionne sur sa propre légitimité à interroger l'évènement traumatisant, l'expérience traumatique, ou la consommation de substances psychoactives*. Certaines pensées sont rapportées de manière récurrente, par exemple...

Ne vais-je pas aggraver la situation en questionnant la personne, par exemple en activant un souvenir traumatique qui la « pousserait » à consommer ?

Mes questions ne risquent-elles pas de la brusquer et la faire fuir du parcours de soin ?

Ces craintes sont non seulement légitimes, mais également... plutôt saines ! Car les risques existent bel et bien. L'enjeu est donc double : connaître ces risques, mais aussi sa propre capacité à pouvoir (ou non) les gérer.



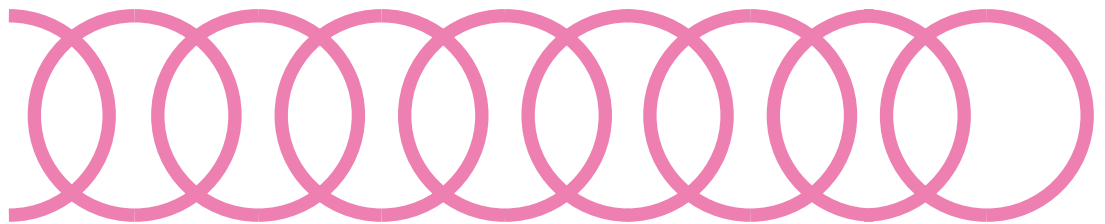
EXEMPLE PRATIQUE

Un individu a un abcès à l'oreille, qui est non seulement douloureux mais qui présente de forts risques de surinfection (voire de septicémie). Tant que l'abcès n'est pas incisé, nettoyé et traité pour prévenir toute réinfection, la douleur de l'individu persiste et empire. L'incision sera douloureuse, mais est incontournable pour que la personne aille mieux. En tant que professionnel de soin, on peut être tenté d'intervenir pour soulager la personne — mais si on ne possède pas les compétences nécessaires pour effectuer la chirurgie ou prévenir une réinfection par exemple, l'intervention risque d'être plus délétère qu'autre chose.

→ De fait, pour qu'une situation clinique soit gérée au mieux, le soignant doit pouvoir reconnaître l'étendue (et de fait : les limites) de ses compétences. Et ainsi, si nécessaire, déléguer la tâche à un professionnel habilité.

→ **Cela ne veut cependant pas dire faire la croix sur le fait de venir en aide à la personne !** Dans le cas de l'abcès, même en tant que professionnel non-habillé à pratiquer une chirurgie, je peux agir : **par exemple, en fournissant du désinfectant, en orientant vers le service de soins approprié, etc.**

Clé n°3 : focaliser ses efforts sur le lien thérapeutique



La qualité du lien entre le patient et le soignant est particulièrement importante dans le cas de la pathologie duelle. C'est en effet ce lien de confiance qui permet au patient d'aborder sereinement les aspects de son vécu ayant contribué à sa situation actuelle, facilitant la compréhension des mécanismes nuisibles en jeu et de fait, l'accompagnement à mettre en œuvre¹⁰⁵. Un point d'autant plus important que, comme on le sait, la confiance en l'autre et la stabilité des relations interpersonnelles sont des points de douleur majeurs pour les personnes touchées par la pathologie duelle.

Le temps joue un rôle crucial dans la construction de cette relation de confiance : **nul besoin de tout faire en une fois**. Le but est de laisser assez d'espace au patient pour qu'il puisse aller à son propre rythme — qu'il s'agisse de relater son parcours de vie, de réaliser des analyses introspectives, etc.

Pratiquement, il s'agit donc de mettre en place un dialogue actif et progressif, c'est-à-dire de permettre au patient d'aller et venir sur le récit de son parcours de vie, d'en interroger avec lui les aspects qui lui semblent pertinents, les écueils, les zones d'ombre... La pédagogie thérapeutique est essentielle dans ce processus afin de **fournir au patient les outils nécessaires pour penser ses expériences et/ou communiquer efficacement** : **par exemple, en présentant et en expliquant des définitions cliniques, des cas ou des exemples pratiques, du fonctionnement des mécanismes émotionnels, etc.**

¹⁰⁵ Voir chapitre « Pourquoi et comment établir un cadre thérapeutique sécurisable préalable à la prise en charge ? » de ce guide

Je commence souvent avec des questions liées au quotidien, banales... Par exemple, « Est-ce que vous dormez bien ? » ou « Est-ce que vous faites des cauchemars ? » Et quand la réponse est oui : « Quels sont les thèmes récurrents dans ces cauchemars ? » Et ainsi de suite. Ces questions simples, qui parlent de la vie de tous les jours, me permettent de commencer à me faire une idée de l'état de la personne mais aussi de poser les premières bases de la relation en ne commençant pas trop brutalement, et en ne faisant pas trop « blouse blanche ».

JEAN-MICHEL DELILE
MÉDECIN PSYCHIATRE ADDICTOLOGUE

Afin de structurer ces échanges, les outils suivants peuvent se révéler particulièrement utiles :

- **La ligne du temps**, qui permet de remonter le fil des événements de vie de la personne afin de replacer la consommation dans son contexte chronologique et émotionnel.
- **L'entretien motivationnel**, une méthode de guidage du dialogue thérapeutique pour une communication collaborative et centrée sur la personne, dont le but est de faire émerger le discours du changement.

Voir l'annexe « Outils cliniques » en fin d'ouvrage

CAS CLINIQUE

La mobilisation de l'outil de la ligne du temps

Claire consulte une psychologue clinicienne car elle présente une addiction à l'alcool. Lors de son premier entretien, elle explique que selon elle, cette addiction est le « résultat » de son anxiété sociale intense. En effet, dans les moments de sociabilité (fêtes, soirées entre collègues, vernissages...), elle éprouve des épisodes d'angoisse qu'elle parvient à atténuer uniquement en buvant de l'alcool. Dans un premier temps, on pourrait donc interpréter son usage problématique d'alcool comme étant lié à un trouble anxieux isolé.

Cependant, lors d'échanges approfondis au cours de plusieurs séances avec sa thérapeute, un fait fondamental émerge : l'anxiété sociale de Claire s'est brutalement déclarée à l'âge de 18 ans, lorsqu'elle a commencé ses études supérieures. Pour explorer cette dynamique, la thérapeute utilise l'outil de la ligne du temps. Ensemble, elles dessinent une frise chronologique qui retrace les principales étapes de la vie de Claire, mettant en lumière des moments clés positifs comme négatifs. Claire prend alors conscience que les premières manifestations de son anxiété sociale ont coïncidé avec la fin du lycée, période durant laquelle elle a subi un harcèlement persistant de la part de plusieurs camarades de classe.

Ces violences interpersonnelles répétées apparaissent comme le point de départ d'un TSPT complexe. En approfondissant les émotions, pensées et souvenirs associés à cette période, Claire et sa thérapeute identifient que l'anxiété sociale fait partie d'un tableau symptomatique plus large, caractéristique du TSPT complexe : hypervigilance (elle sursaute au moindre bruit), troubles de l'humeur (difficultés à réguler ses émotions et périodes de désespoir profond), ainsi que des troubles du comportement, (notamment des réactions agressives récurrentes qui lui semblent inappropriées *a posteriori* mais qu'elle n'arrive pas à contrôler). Claire n'avait pas reconnu ces manifestations comme des symptômes d'une pathologie, les attribuant à sa personnalité. Elle rapporte des cauchemars récurrents et des flashbacks en journée, qu'elle avait jusqu'alors considérés comme anodins, ce qui explique pourquoi elle ne les avait pas mentionnés lors des premiers entretiens.

L'utilisation de la ligne du temps s'est donc révélée particulièrement bénéfique pour Claire, car c'est grâce à cet outil qu'elle a pu établir des liens entre son parcours de vie, ses traumatismes, et sa consommation de substances. Cela l'a aidée à aller au-delà des apparences initiales (l'anxiété sociale), pour identifier des « nœuds » clés,

c'est-à-dire des moments où des expériences difficiles ont façonné son comportement et ses mécanismes d'adaptation. En disposant désormais d'une vision plus approfondie et cohérente de son histoire, Claire et sa thérapeute sont en mesure de mieux comprendre le rôle de l'alcool dans sa vie, tant dans son aspect adaptatif que dans ses impacts négatifs.



Le cas de Claire met ainsi en évidence qu'il est nécessaire d'approfondir certains éléments exprimés par le patient (en remontant le fil causal et temporel des troubles et/ou des symptômes), et que faire émerger cette parole demande du temps et de la patience. Certains facteurs et événements de la vie peuvent ne pas être immédiatement évidents, exigeant une exploration au-delà des apparences initiales.

Pourquoi l'utilisation d'outils de dépistage est-elle particulièrement recommandée dans le cas de la pathologie duelle ?

La complexité de la pathologie duelle TSPT-TUS nécessite un cadre d'évaluation rigoureux pour en déterminer la présence. À cet égard, les instruments standardisés disponibles fournissent une méthodologie objective de référence, particulièrement utile pour se repérer au sein de cette complexité. Cependant, de nombreux professionnels du soin demeurent réticents à les intégrer pleinement dans leur pratique quotidienne — ce qui entrave parfois la précision du dépistage, même chez les praticiens les plus expérimentés.

Quelles sont les représentations des échelles de dépistage qui peuvent entraver leur bonne utilisation, et comment s'en libérer ?

Bien sûr, la mobilisation des outils demeure conditionnée à la définition précise de leur utilité et de leur intégration adéquate dans la pratique thérapeutique. Mais avant d'approfondir ces conditions, il est important de passer en revue les *a priori* principaux associés aux échelles de dépistage et d'y apporter des éléments de réponse pratiques.

Le patient ne va pas être capable de répondre au questionnaire car les questions sont trop directes, voire trop violentes.

- Souvent, les patients sont en réalité prêts à partager leurs expériences de consommation ou leurs traumatismes, voire l'ont déjà fait auparavant. Il s'agit donc souvent plutôt d'une autocensure de la part du soignant. Afin de lever cette barrière, il est possible de **demander au patient s'il est d'accord avant de lui soumettre un questionnaire, ou même de lui expliquer dans les détails ce dont il va être question, afin d'être certain de lui éviter une surprise négative**. De cette façon, le patient conserve toujours la possibilité de ne pas répondre et/ou de mettre fin à l'entretien s'il ne se sent pas (ou plus) à l'aise.

Le questionnaire est trop long, le patient n'aura pas l'envie/la capacité/le temps/la patience pour le remplir.

- D'une part, tous les questionnaires ne sont pas équivalents ; certains sont concis (comprenant moins de cinq questions), d'autres sont axés sur un angle qualitatif, d'autres sur un angle quantitatif... D'autre part, le choix de l'outil dépend aussi du moment de la prise en charge : pour un dépistage lors d'une première consultation, l'utilisation d'une échelle courte est recommandée. En revanche, une fois que le lien patient-soignant s'est consolidé au fil des consultations et que l'exploration de l'écosystème de vie du patient est lancée, des questionnaires plus élaborés peuvent être employés.

Utiliser un questionnaire lors d'une prise en charge risque d'arriver comme un cheveu sur la soupe et de perturber le flux naturel de l'échange.

- L'utilisation d'un outil de dépistage n'est pas une démarche rigide et uniforme.

Au contraire, l'enjeu réside pour chaque soignant de s'approprier ces outils à sa manière, de les intégrer de façon fluide dans sa pratique, en gardant en tête qu'il s'agit de **supports** pouvant enrichir et orienter la conversation thérapeutique. Cette intégration souple et réfléchie offre ainsi des moyens d'approfondir les perspectives sur la situation du patient, *via* une approche holistique et éclairée.

Quels avantages propres à la pathologie duelle les outils de dépistage offrent-ils ?

Avec ses confrères, avec le patient, voire avec soi-même : l'intégration d'outils de dépistage offre des avantages significatifs dans le processus d'identification du trouble à de multiples niveaux.

AVEC SES CONFRÈRES

Fluidifier les coopérations entre professionnels du soin

La familiarisation et l'intégration des outils dans la pratique quotidienne solidifient un **langage commun** au sein des champs médicaux et médico-sociaux. **Cette standardisation du dialogue facilite la coopération** entre les services et les différentes expertises (par exemple afin d'établir des collaborations plus fluides entre le dépistage et le diagnostic).



AVEC LE PATIENT

Se représenter plus concrètement les difficultés rencontrées par le patient

Les outils sont conçus pour mesurer l'intensité de chaque symptôme ou comportement, et permettent en ce sens de **préciser davantage** des aspects qui auraient déjà été identifiés.

Détecter de potentiels angles morts

En explorant de manière exhaustive les symptômes des troubles, les outils peuvent **révéler des signes d'alerte, des faits ou des symptômes qui n'avaient pas été initialement détectés** par le soignant et permet donc de ne pas se fonder uniquement sur l'intuition clinique. Par exemple, les symptômes physiques, présents dans certaines échelles, ne sont parfois pas questionnés mais sont pourtant des indices précieux dans l'identification de la pathologie duelle TSPT-TUS (par exemple, l'accélération cardiaque ou la respiration rapide, indicateurs d'un stress important).

(Re)motiver le patient

Les questionnaires (notamment ceux d'autoévaluation) peuvent être des **leviers de motivation** pour les patients : en se comparant à leurs évaluations antérieures ou simplement en observant les évolutions de leur situation, ils peuvent mieux **visualiser le chemin parcouru**. Ces moments de bilan sont cruciaux, particulièrement lorsqu'un patient éprouve des difficultés à percevoir sa progression.

AVEC SOI-MÊME

Avoir confiance en sa pratique et sa posture de soignant

Les outils offrent un cadre rigoureux, objectif, et cliniquement certain qui permet de s'équiper pour **naviguer sereinement** dans la complexité de la pathologie duelle, tout en s'assurant de **mettre à distance la dimension fascinateur** du récit traumatique qui pourrait venir contaminer la pratique.

Insuffler un renouveau dans sa pratique

La diversité des outils et des possibilités de leur intégration dans la pratique offre l'opportunité pour le soignant de **tester de nouvelles approches**, de construire le dialogue de manière novatrice, d'explorer des méthodes qui n'avaient peut-être pas été envisagées auparavant, etc. Cette flexibilité permet à chaque professionnel de s'approprier l'utilisation des outils en fonction de son aisance et de son évolution dans sa propre pratique.

En pratique, comment mobiliser les outils de dépistage ?



Quelle posture adopter lors de la mobilisation des outils, et comment la mettre en œuvre ?

Bien souvent, **poser directement la question au patient avant d'utiliser un outil** ouvre facilement l'échange. Par exemple, en abordant la situation avec empathie : « **Au vu de ce que vous venez d'expliquer au sujet de votre usage d'alcool, il pourrait être pertinent de remplir ensemble un questionnaire afin d'en évaluer tous les aspects. Qu'en pensez-vous ?** »

→ Cette approche encourage des soins **plus participatifs**, où le patient joue un rôle actif dans sa prise en charge, et favorise ainsi une communication horizontale, respectueuse et motivationnelle.

Par ailleurs, **il n'est pas obligatoire pour le patient de remplir le questionnaire lui-même**. Certaines personnes peuvent éprouver des difficultés à lire ou à écrire, ou même simplement se sentir seules face au questionnaire : dans de tels cas, **les questions peuvent être posées de vive voix**, offrant ainsi une alternative inclusive et adaptée aux besoins individuels de la personne.

Il est aussi possible de **revoir légèrement la formulation des questions lorsqu'elles sont posées de vive voix par le soignant, afin de les rendre plus naturelles et accessibles lors de l'entretien**. Cette adaptation linguistique permet de faciliter la communication en la rendant moins formelle et d'encourager le patient à répondre de manière plus ouverte et honnête.

Enfin, il n'est pas toujours nécessaire d'explicitement le fait qu'un outil de dépistage est mobilisé lors d'un entretien, en particulier lorsqu'il s'agit d'une échelle courte. **Poser les questions de manière interactive** donne l'opportunité d'approfondir les réponses, de revenir sur des points spécifiques et d'évaluer mentalement les résultats.

→ Cette approche souple est utile notamment dans le cas d'entretiens avec des individus particulièrement fragiles car elle diminue le risque de se sentir brusqués.

EN QUELQUES MOTS

Une intégration fluide et personnelle des outils de dépistage permet d'adopter une approche **holistique, flexible et centrée sur le patient et ses spécificités.**

Il s'agit d'adopter des stratégies d'interaction respectueuses et adaptées afin de favoriser une communication ouverte et efficace qui permettra de faire émerger tous les signaux nécessaires à l'identification du trouble.

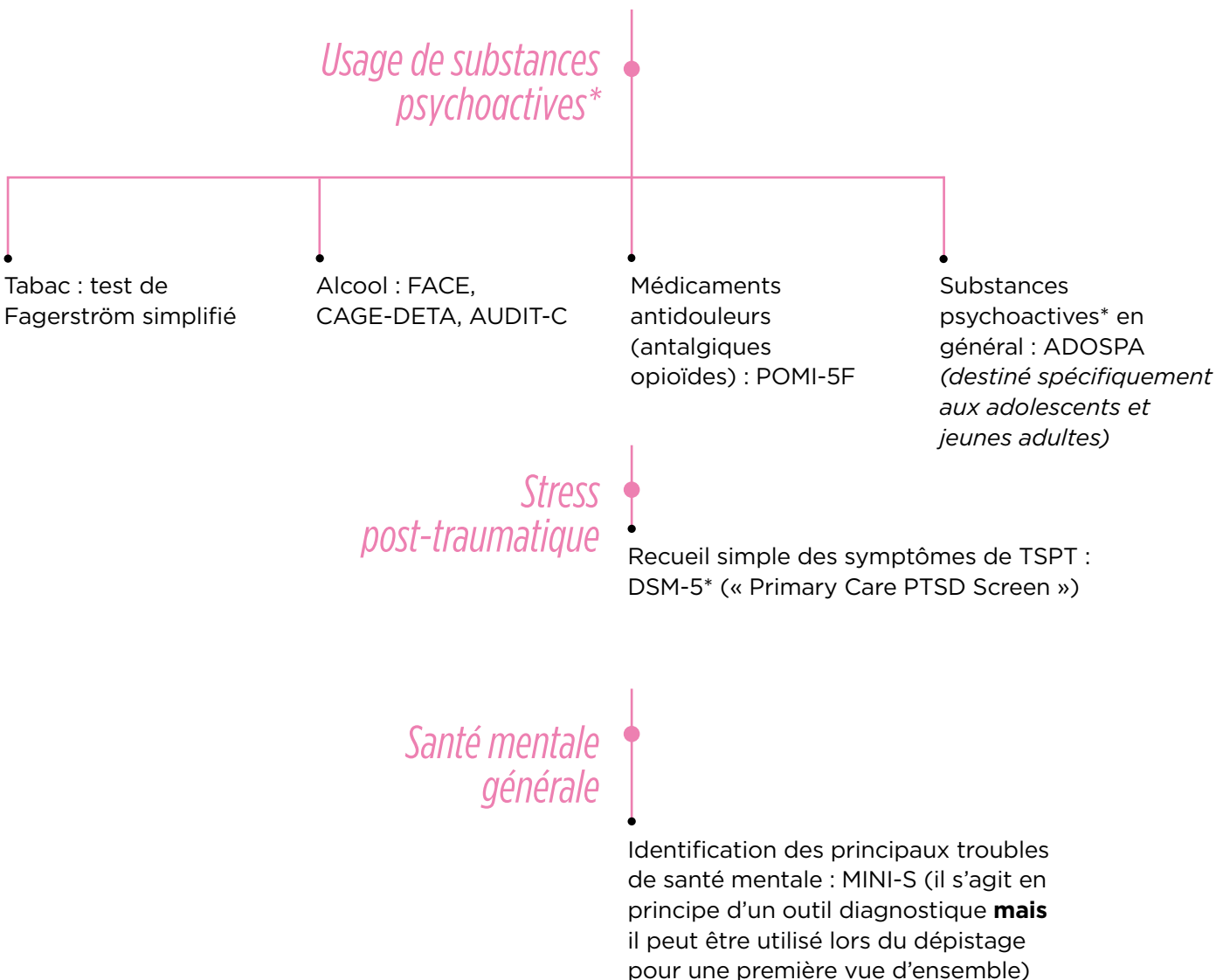
Quels sont les outils les plus adaptés au dépistage de la pathologie duelle TSPT-TUS ?

Il n'existe pas d'outil dédié spécifiquement au dépistage de la pathologie duelle. Cependant, il est possible de mobiliser plusieurs échelles différentes, issues du champ de l'addictologie et/ou de la psychiatrie, afin de se représenter plus précisément les enjeux auxquels la personne est confrontée.

EN SOINS PREMIERS

(PREMIERS ENTRETIENS, PREMIER RECOURS...)

Des questionnaires courts (5-6 items maximum), axés sur l'aspect quantitatif des symptômes, sont à privilégier.



EN SOINS SPÉCIALISÉS ET/OU APPROFONDIS

Des questionnaires plus larges sont possibles, notamment pour quantifier et qualifier les expériences de vie et leurs impacts, selon l'objectif thérapeutique.

Interroger le parcours de vie

CTQ (interrogeant les traumatismes au cours de l'enfance) en 2 parties (*ce questionnaire est à expliquer au patient au préalable avec une précaution particulière car il peut susciter des réminiscences traumatiques fortes*)

Liste des événements marquants de la vie (*réalisée seul ou accompagné par le thérapeute*)

Usage de substances psychoactives* et/ou symptômes associés au TUS

Tabac : test de Fagerström classique

Cannabis : CAST

Consommation de substances psychoactives* illicites : DAST10 (version courte) ou DAST20 (version longue), DEP-ADO (*destiné spécifiquement à la dépendance chez les jeunes*)

Tableau clinique du TUS : DSM-5* (*référentiel symptomatologique*)

Selon la situation, il est pertinent d'explorer la présence d'addictions comportementales car ces dernières peuvent être liées à des stratégies d'évitement plus globales : alimentation (SCOFF), sexualité (CARNES), jeux d'argent et de hasard (ICJE)

Symptômes associés au TSPT (simple et/ou complexe)

Symptômes complets de TSPT (*sur la base du DSM-5**) : PCL-5

Symptômes complets de TSPT et de TSPT complexe (*sur la base de la CIM11*) : ITQ

Symptômes pouvant être associés au TSPT (notamment complexe)

Anxiété (*état transitoire*) : STAI A

Anxiété (*trait de personnalité*) : STAI B

Alexithymie* : TAS-20

Symptômes dépressifs : PHQ-9

COMMENT DIAGNOSTIQUER ?



Quelles sont les caractéristiques clés d'un diagnostic optimal de la pathologie duelle ?

Quand réaliser le diagnostic ?

Idéalement, l'évaluation diagnostique doit être initiée **dès que possible**, surtout dans les cas où le TUS est sévère, car les risques de mise en danger pour le patient lui-même ou pour autrui sont alors plus élevés. Une intervention précoce* permet non seulement de mieux définir l'étendue des troubles mais également de mettre en place des stratégies thérapeutiques appropriées plus rapidement.

En effet, **plus le diagnostic est réalisé tôt, plus les chances de stabiliser l'état du patient et d'ainsi prévenir des complications graves sont hautes**. De plus, un diagnostic précoce favorise une **meilleure adhésion aux traitements** et permet d'ajuster les interventions en fonction de l'évolution des symptômes.

Qui réalise le diagnostic ?

Il est important de garder à l'esprit la distinction entre ce qui est possible et ce qui est nécessaire ; c'est-à-dire que ***l'opportunité de poser un diagnostic ne se traduit pas automatiquement par l'obligation de le faire*** — d'autant plus que pas tous les professionnels de soin ne sont habilités à formaliser un diagnostic. Il existe en effet des **critères** qui posent le **cadre d'habilitation diagnostique** de la pathologie duelle.

Critère 1 : une formation adaptée

La personne habilitée à formaliser le diagnostic est un **professionnel de santé mentale** (i.e. un médecin psychiatre ou un psychologue clinicien) **formé à l'addictologie**.

Cas particulier : le médecin généraliste

Le médecin généraliste peut formaliser le diagnostic, seulement si une formation en santé mentale et/ou en addictologie a été réalisée. Du fait de la symptomatologie commune des deux troubles composant la pathologie duelle, il n'est pas obligatoire d'être formé en psychotraumatologie et en addictologie. **Cela demeure cependant fortement recommandé afin d'avoir en main toutes les clés pour intervenir.**

Critère 2 : les moyens d'assurer le suivi

Établir un diagnostic implique une forme d'**engagement envers le patient**, dans la mesure où **c'est cette étape qui ouvre la porte à l'intervention** (nécessairement rapide) et à **la mise en place de protocoles thérapeutiques spécifiques**. De fait, avant de formaliser le diagnostic du trouble duel TSPT-TUS, il est impératif de s'assurer de sa propre possibilité de suivre le patient de manière continue ou, à défaut, de disposer de ressources adéquates pour l'orienter immédiatement vers un confrère.

CAS D'ILLUSTRATION

Une personne se rend dans une pharmacie car après un choc violent, son bras lui fait très mal : le pharmacien suspecte alors fortement que cette personne ait le bras cassé. Cependant, même s'il a repéré le problème, il doit rediriger la personne vers les services d'urgence, car c'est ainsi que le diagnostic « bras cassé » peut être validé (ou nuancé) par des spécialistes et que des soins adaptés peuvent être initiés.

→ Dans le contexte de la santé mentale le même raisonnement s'applique.



S'ils ne sont pas formellement habilités à établir le diagnostic, **le rôle des autres professionnels de soin (travailleurs sociaux, infirmiers...) n'est pas éclipsé dans le processus diagnostique** ; il est même essentiel ! D'une part, car ces professionnels peuvent être à l'origine du repérage et du dépistage des troubles. D'autre part, et si cela est pertinent dans le cas du patient, car ils peuvent contribuer de manière complémentaire à la prise en charge médicale du patient en amont ou en aval du diagnostic. **Ces approches multidisciplinaires demeurent bien entendu le fruit d'une concertation entre toutes les parties impliquées** (les soignants et le patient) afin de coordonner efficacement les efforts.

Quels outils et approches mobiliser pour réaliser le diagnostic ?

Il existe plusieurs outils standardisés utiles pour établir un diagnostic clinique du trouble duel TSPT-TUS. Il est à noter qu'à ce jour, il n'existe pas d'outil dédié à ce dernier, et en ce sens, si utilisation d'outils il y a, elle doit être plurielle et complémentaire. Les plus pertinents sont ainsi :

- **Le DSM-5*** et **la CIM 11***, les référentiels diagnostiques officiels.

- **Le MINI-S**, outil d'hétéroévaluation diagnostique se présentant sous la forme d'un entretien semi-structuré qui interroge les principaux troubles de santé mentale (dont le TUS et le TSPT).

- **La CAPS**, outil d'hétéroévaluation diagnostique se présentant sous la forme d'un entretien semi-structuré qui évalue la fréquence et l'intensité des symptômes de TSPT selon les critères du DSM-5*.

- **L'ITI**, outil d'hétéroévaluation diagnostique se présentant sous la forme d'un entretien semi-structuré qui évalue la fréquence et l'intensité des symptômes de TSPT et de TSPT complexe selon les critères de la CIM11*.

- **L'ASI**, outil d'évaluation de la sévérité des symptômes du TUS.

Point de vigilance

Tous ces outils font appel à l'expertise du professionnel qui les fait passer. Les connaissances requises portent sur le ou les troubles évalués ainsi que sur les principes de l'évaluation psychométrique et de l'interprétation des tests. Leur maîtrise exige un entraînement.*

À l'étape diagnostique, l'utilisation d'outils est utile dans la mesure où ces derniers offrent des points de repère objectifs. **Cependant**, compte tenu de son rôle décisif dans la prise en charge, le diagnostic ne peut se limiter à ces outils et se substituer à une **évaluation holistique** — c'est-à-dire une évaluation qui replace la personne dans le contexte global de son histoire et de son environnement (endogène* et exogène*). Cette évaluation se fonde ainsi sur la considération méticuleuse des dimensions **diachroniques** et **synchroniques** (voir page suivante) afin de saisir l'évolution temporelle du trouble, ainsi que sur les interactions complexes qui ont façonné la vie de la personne.

Les approches diachronique et synchronique sont **complémentaires** ; elles ne se contredisent pas, elles se complètent. Leur alliance offre une perspective riche et détaillée sur le parcours de vie du patient. Explorer ces dimensions simultanément permet de comprendre plus subtilement l'impact des schémas comportementaux, des facteurs environnementaux, des événements de vie, etc.

LA DIMENSION DIACHRONIQUE

La diachronie dans le contexte de la pathologie duelle se caractérise par une approche qui explore l'évolution temporelle et les relations de **cause à effet** entre l'addiction aux substances psychoactives* et le traumatisme. Elle implique une compréhension approfondie des événements qui se sont produits au fil du temps et de la manière dont ils ont interagi pour influencer le développement du TUS et du TSPT. La diachronie prend en considération les différentes étapes de la vie d'une personne, les expériences vécues, et comment celles-ci ont contribué ou non aux problèmes actuels. Cela permet d'analyser les processus complexes qui peuvent conduire au TUS et au TSPT, en tenant compte des interactions entre les facteurs génétiques, environnementaux, psychologiques et sociaux.

→ Dans le cas de la pathologie duelle, la perspective diachronique permet de s'inscrire dans le dialogue introspectif du patient, *via* des questions qu'il s'est souvent déjà posé et qui lui sont plus simples à verbaliser, telles que « Quel événement a précédé l'autre ? », « Pourquoi ? », « Comment ? », etc.

LA DIMENSION SYNCHRONIQUE

Quand la dimension diachronique peut être qualifiée comme de la 2D (deux dimensions), la dimension synchronique peut quant à elle être qualifiée comme de la 3D (trois dimensions). Pratiquement, cela signifie qu'il s'agit d'une approche qui explore le trouble comme un **écosystème**, où les liens entre les événements et les comportements sont multicouches et multidirectionnels.

→ Dans le cas de la pathologie duelle, l'enjeu est donc d'examiner comment les aspects de la vie d'un individu interagissent de manière **dynamique** au fil du temps. **Cela est particulièrement utile dans le cas d'un TSPT complexe.**



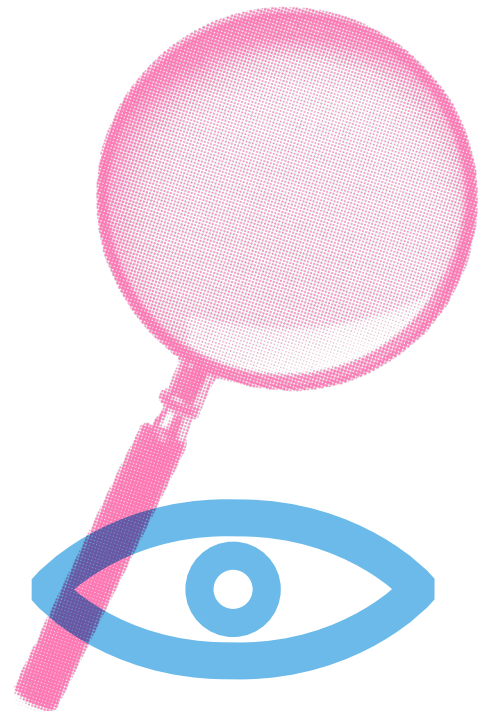
CAS CLINIQUE

L'intérêt de l'approche synchronique dans le cas d'un trauma complexe

Julia a été victime d'une agression sexuelle dans son enfance qui l'a conduite à vivre des épisodes d'anxiété et d'angoisse intenses. Afin de diminuer la souffrance liée à ces épisodes, elle a commencé à consommer de plus en plus de cannabis, et a alors développé un TUS. Lors d'une soirée entre amis où elle a consommé de grandes quantités de cannabis, elle a été agressée sexuellement par un des invités de la soirée alors qu'elle était inconsciente.

À la suite de cet évènement, elle a augmenté sa consommation car elle revivait ponctuellement l'agression par « flashbacks », notamment avant d'aller dormir. Parallèlement, depuis son adolescence, elle s'est engagée dans plusieurs relations sentimentales abusives, caractérisées par des moqueries, de la négligence, et parfois, des violences sexuelles de la part de ses partenaires. Face à ces évènements, il lui était de plus en plus difficile de « tenir le coup » et le cannabis ne suffisait plus à apaiser ses symptômes quotidiens (angoisses, cauchemars, réminiscences...). Elle a alors commencé à consommer de la morphine de manière régulière (en plus du cannabis), intensifiant le TUS qui était déjà installé.

→ L'exemple de Julia met en lumière l'importance de l'approche synchronique du diagnostic. Le traumatisme initial puis les traumatismes répétés, ainsi que les schémas comportementaux de Julia ne peuvent en effet être compris qu'en examinant en parallèle ses expériences traumatiques, sa consommation de substances, ses angoisses et ses relations abusives. **Chaque élément de sa vie résonne avec un autre, créant un tableau traumatique interconnecté.** Cette approche tridimensionnelle permet ainsi de reconnaître la diversité des visages du traumatisme complexe et leurs impacts respectifs (viol et schémas de négligence sentimentale, par exemple).



Point de vigilance

*Le patient est le seul **narrateur** de son histoire. Il est donc impératif de créer un espace thérapeutique où il lui est possible d'explorer ses expériences et d'élaborer ses propres liens causaux afin de favoriser son autonomie dans le processus de compréhension et d'acceptation de son vécu (essentiel dans la perspective du rétablissement*). La présentation crue de « vérités » par le thérapeute peut en effet être perçue comme intrusive, voire accusatoire, ce qui risque de compromettre la relation patient-soignant.*

*Il est donc essentiel d'adopter **une approche empreinte de compassion et de distance**, en replaçant l'explicitation de ces « vérités » (si elle est nécessaire) dans leur contexte. Par exemple, **plutôt que de dire directement « vos parents ont été maltraitants » on peut employer une approche plus nuancée telle que « je comprends, c'était une période difficile pour vos parents, mais... »** afin de souligner les limites dépassées par les parents tout en ne brusquant pas la personne à propos de sa relation avec eux.*

L'explicitation du diagnostic auprès du patient : bonne ou mauvaise idée ?

L'explicitation du diagnostic auprès du patient (dès le début de la prise en charge ou au fil des séances) est un vrai sujet de discussion (voire de débat) parmi les professionnels de la santé mentale. La question est délicate : par exemple, lorsque l'on diagnostique un cancer du poumon chez une personne, elle en est tout de suite informée. **Alors pourquoi la question se pose-t-elle dans le champ de la santé mentale, et particulièrement ici, au sujet de la pathologie duelle ?**

La pathologie duelle implique d'aborder frontalement l'aspect problématique de la consommation de substances psychoactives* et/ou de la présence de psychotraumatismes, ce que les personnes ne sont pas toujours prêtes à entendre. **Quels sont les enjeux et les implications du partage du diagnostic auprès du patient ?** Deux approches se confrontent, sans pour autant être antinomiques.

Le partage du diagnostic est utile — souvent, il est même nécessaire.

Le partage du diagnostic joue un rôle crucial dans le processus thérapeutique en offrant à la personne une validation de ses ressentis. En constatant que d'autres personnes vivent des expériences similaires, son isolement émotionnel se réduit pour faire place à un **apaisement** significatif, bénéfique pour la suite de la thérapie. Parallèlement, la reconnaissance de son trouble peut renforcer la **motivation** de la personne à s'engager

dans un suivi thérapeutique : s'il y a un trouble, alors il y a des traitements, et donc des possibilités d'aller mieux. De fait, l'aspect essentiel de ce processus est de fournir une perspective alternative sur les événements traumatisants de la vie du patient, en brisant les schémas d'autoaccusation et autres croyances négatives. Cela permet d'ouvrir la voie à une **compréhension** plus nuancée et plus constructive des expériences passées, pour le patient comme pour le thérapeute.

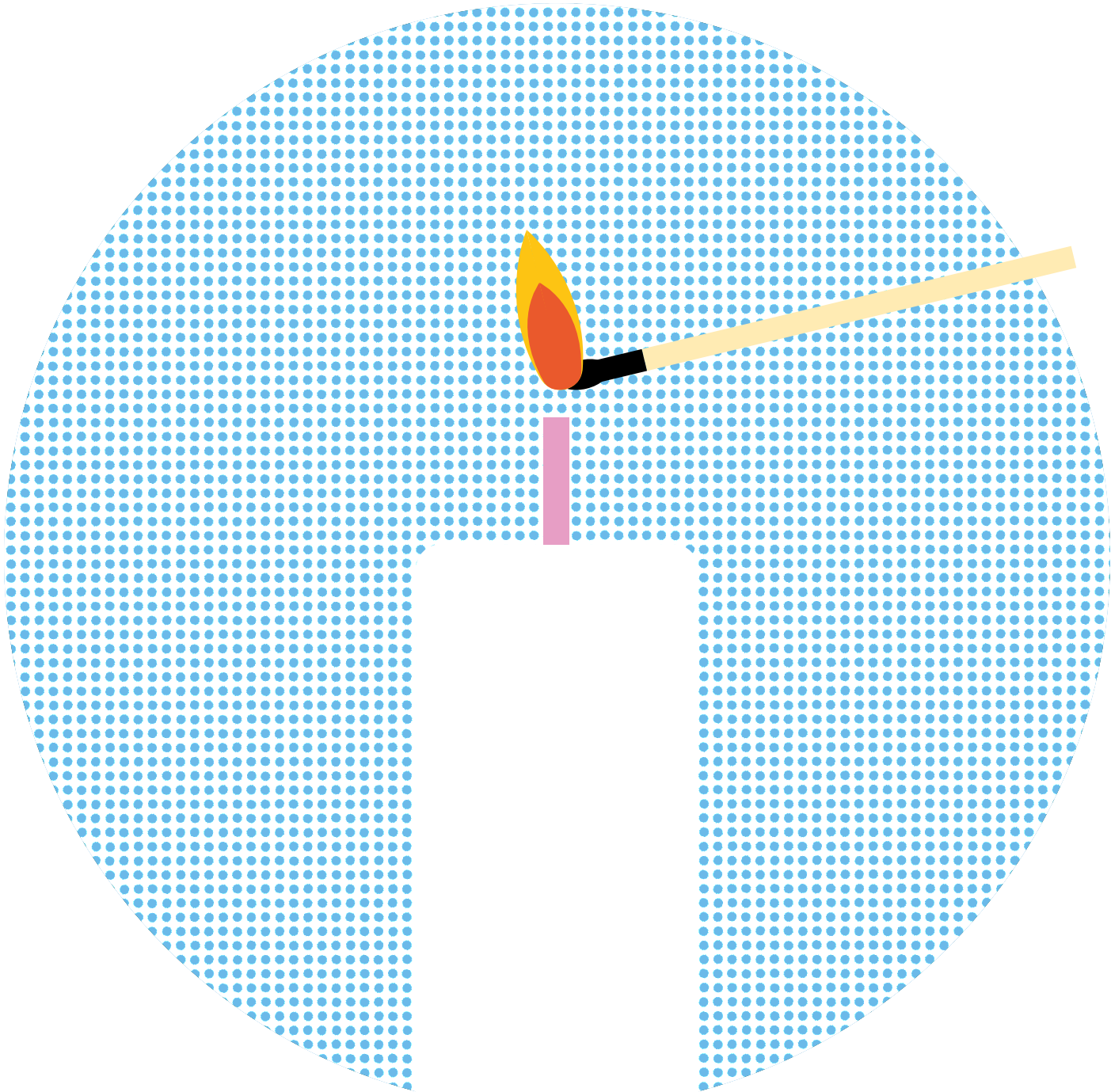
Il faut cependant garder en tête que certaines personnes peuvent manifester du déni lorsqu'elles reçoivent leur diagnostic (de TUS, de TSPT, ou de pathologie duelle). Pour dépasser cet obstacle, la clé est alors de faire preuve de **pédagogie thérapeutique**. Il s'agit ainsi d'établir un dialogue patient-thérapeute, où, une à une, les correspondances entre le tableau clinique* du trouble et les éléments initialement abordés par le patient sont démontrées et expliquées.

L'objectif de ce dialogue est double : **établir un consensus** avec le patient concernant l'origine de son trouble afin de lui permettre de **reconnaître** que les mécanismes initialement mis en place comme des solutions contribuent désormais au maintien du problème. C'est sur ces bases que pourra s'établir l'alliance thérapeutique* nécessaire à la bonne continuation du suivi et des traitements.

Selon moi, le partage du diagnostic au patient est crucial. Il faut en effet garder en tête que dans le cas du TSPT, les études montrent une errance diagnostique* particulièrement élevée, surtout dans le cas d'un trauma complexe : en moyenne, on compte environ 8 consultations, souvent avec des professionnels différents, avant l'identification ! Et cette errance contribue grandement à accentuer la problématique car les personnes se sentent incomprises, voire coupables de ce qu'elles ressentent. Après le partage du diagnostic, on remarque ainsi qu'un grand soulagement est décrit, y compris au niveau des symptômes physiologiques de la pathologie. Ma phrase-clé : « Vos réactions sont normales, c'est la situation que vous avez vécue qui est anormale ! »

NAÏRA MELIAVA

PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, SPÉCIALISTE DES CONDUITES ADDICTIVES
ET DES PSYCHOTRAUMATISMES



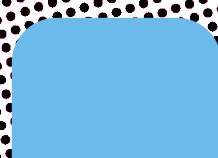
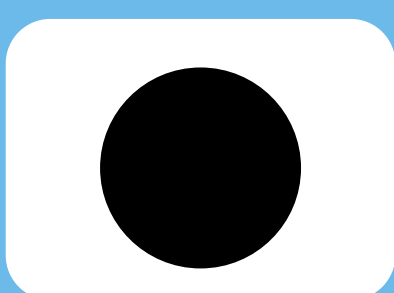
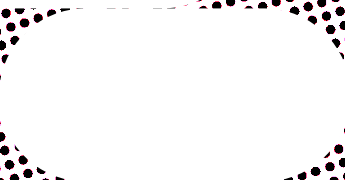
L'explicitation du diagnostic est superflue – voire contre-productive.

Si une personne présente un trouble dual TSPT-TUS sans pour autant avoir conscience de ses traumatismes sous-jacents, **l'explication du diagnostic risque de déclencher des réactions d'adversité, perturbatrices** pour le processus thérapeutique en cours – pouvant même faire fuir le patient et mettre fin au travail qui avait été initié.

Ce parti pris se fonde sur le fait qu'initialement, **le patient consulte en raison de son mal-être et de sa volonté de faire cesser ce dernier** – pas (obligatoirement) de sa recherche d'une explication clinique détaillée.

Par conséquent, cette approche vise à **éviter toute perturbation superflue chez le patient**, en prenant en compte la raison initiale de consultation et en mettant à disposition des outils visant à améliorer la qualité de vie et à atténuer les sources de détresse exprimées par la personne.

Quelle que soit l'approche préférée par les thérapeutes, un élément fait consensus au sujet de la place du diagnostic au sein du processus thérapeutique : il est un moyen d'atteindre un objectif, non un objectif seul. Verbalisé ou non, le diagnostic est un pont qui relie la compréhension clinique à l'élaboration d'une intervention adaptée. Il ne représente donc pas l'aboutissement du parcours de soin, mais au contraire, une étape initiale dans le cheminement vers une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques du patient.





**COMMENT
ACCOMPAGNER
UNE PERSONNE
CONCERNÉE PAR
LA PATHOLOGIE
DUELLE TSPT-TUS ?**

COMMENT ORIENTER LA PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE DUELLE ?



Pourquoi et comment établir un cadre thérapeutique sécuritaire préalable à la prise en charge ?

Quelles sont les
caractéristiques
d'un cadre
thérapeutique
sécuritaire ?

Un « cadre thérapeutique sécuritaire » désigne un espace de confiance pour :

- **La personne accompagnée**, lui permettant de se sentir rassurée, à l'aise pour se confier et entamer son processus de rétablissement*.
- **Les soignants**, leur permettant d'exercer dans des conditions optimales, d'interagir avec empathie et, de fait, de fournir une prise en charge de qualité.

Cet espace s'articule autour de **deux dimensions** : immatérielle et matérielle.

LA DIMENSION IMMATÉRIELLE

Elle repose sur la qualité du lien thérapeutique, incluant la confiance, le dialogue, la possibilité d'avoir des échanges constructifs, etc.

LA DIMENSION MATÉRIELLE

Elle est influencée par des éléments physiques tels que l'aménagement du lieu, le niveau de bruit, le flux de personnes, etc. Ces facteurs impactent en effet significativement la capacité du patient à se sentir à l'aise. Par exemple, dans des lieux à fort passage, comme les CAARUD*, il peut être plus difficile pour la personne de se sentir détendue.



Bien que tous les facteurs matériels ne soient pas contrôlables, il est essentiel de les prendre en compte lors de la réflexion sur les modalités d'un environnement répondant aux besoins spécifiques des personnes touchées par la pathologie duelle. *A minima*, on peut ainsi informer au préalable la personne des caractéristiques de l'espace ; **par exemple, en prévenant qu'il risque d'y avoir des bruits de passage, en indiquant les portes de sortie de la pièce, en proposant de moduler la lumière, etc.** Lorsque c'est possible, plusieurs éléments-clés peuvent être ajustés en fonction des besoins.

Pour un environnement non anxiogène,

qui favorise le sentiment de sécurité :

- Des espaces ouverts, bien éclairés naturellement.
- Des salles d'attente et de soins spacieuses, non encombrées afin de faciliter le mouvement dans l'espace.
- Des couleurs apaisantes (bleu, vert, tons pastel, etc.) et des matériaux naturels (bois) pour créer un cadre relaxant.
- Une signalisation claire pour éviter toute confusion et/ou anxiété liées à l'inconnu, avec des sorties de secours et des zones d'évacuation facilement accessibles et bien visibles.

Point de vigilance

Il est important de rester conscient des biais potentiels lorsque l'on évoque la dimension « sécuritaire » d'un lieu : ce qui semble menaçant pour une personne peut être perçu comme rassurant pour une autre. Par exemple, une salle de consommation à moindre risque peut être intimidante pour une personne socialement insérée et/ou disposant d'un logement — mais pour une personne sans-abri, cet endroit peut représenter la sécurité par rapport à la rue.

Pour un environnement favorisant la confidentialité,

essentielle afin que les personnes se sentent à même de partager des informations sensibles :

- Des salles insonorisées pour préserver l'intimité des conversations.
- Des séparations visuelles dans les espaces d'attente.

Pour un environnement qui limite la surcharge sensorielle :

- Un éclairage naturel et/ou modulable en fonction des besoins individuels.
- Une insonorisation adaptée afin de réduire les risques de bruits soudains.

Pour un environnement inclusif et accessible :

- Des aménagements pour fauteuils roulants.
- Des dispositifs facilitant la navigation (rampes d'accès, indications en braille, etc.).

Pour un environnement intégrant des espaces spécifiquement adaptés

à la pathologie duelle : des zones de régulation émotionnelle peuvent être aménagées pour permettre aux personnes de se retirer temporairement en cas de détresse. Ces zones, équipées de sièges confortables, de lumières douces et de matériaux sensoriels (par exemple, des balles anti-stress), contribuent à réduire le stress pendant et/ou après une consultation.

En quoi un cadre sécurisé constitue-t-il un pilier de l'accompagnement de la pathologie duelle ?

Le cadre sécurisé constitue une condition *sine qua non* à l'établissement d'une connexion émotionnelle approfondie avec son psychotraumatisme. Il offre à la personne la possibilité d'explorer ses émotions et souvenirs de manière plus intime. En reconnaissant et en intégrant ces expériences, elle devient mieux disposée à s'investir activement dans son processus de guérison, tout en exprimant plus clairement ses besoins et objectifs thérapeutiques. Cette prise de conscience globale du psychotraumatisme (son contexte, ses impacts, etc.) renforce **l'autovalidation des émotions** et **une meilleure compréhension de soi**, réduisant simultanément la stigmatisation et la culpabilité associées.

Cependant, ce travail d'approfondissement peut se révéler difficile, car *de facto*, il fait émerger des souvenirs douloureux. **Lorsque de tels blocages surviennent, il est essentiel de les intégrer au processus thérapeutique en explorant leur origine et les émotions qui en découlent.**

In fine, **un cadre thérapeutique sécurisé ne doit pas être perçu comme une simple étape préalable**, mais comme **une structure en constante évolution**, ajustée tout au long du parcours thérapeutique. En évoluant avec les besoins de la personne, il permet de mieux répondre aux difficultés et blocages qui peuvent émerger au fil du temps.

Point de vigilance

*Faire en sorte que le patient soit davantage connecté émotionnellement à son psychotraumatisme n'implique pas que le thérapeute connaisse tous les détails du récit traumatique. **L'objectif principal du thérapeute est de comprendre comment les événements ont impacté le patient** pour l'accompagner dans son processus de rétablissement*. Bien souvent, le patient s'ouvrira **au fil du temps** : la prise en charge ne saurait attendre de débiter du fait de l'absence de volonté du patient à raconter l'intégralité des faits traumatiques.*

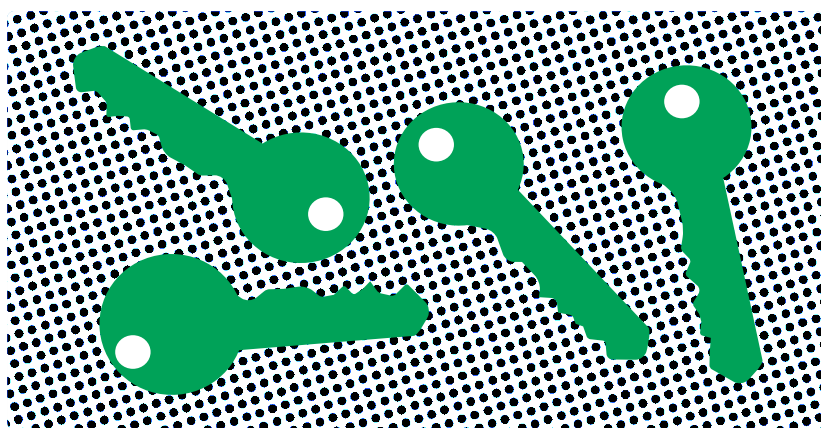
Hospitalisation et cadre thérapeutique sécurisé : complémentarité ou limite ?

L'hospitalisation offre (en principe) **un environnement contrôlé et sécurisé**, ce qui peut être bénéfique pour les patients concernés par la pathologie duelle. La présence continue d'une équipe soignante pluridisciplinaire peut faciliter un accompagnement constant des différentes facettes du trouble. **Ce cadre permet d'en aborder simultanément les aspects médicaux, psychologiques et sociaux.** Les professionnels de santé peuvent alors mettre en œuvre un environnement structuré qui favorise **la stabilisation initiale des symptômes**, grâce à des traitements spécialisés et des thérapies spécifiques, qu'elles soient individuelles ou collectives. Par exemple, l'accès à des programmes éducatifs, des ateliers de gestion du stress ou des groupes de parole peut s'avérer bénéfique.

Cependant, il est important de reconnaître que, selon les personnes, une hospitalisation peut être **une grande source de stress**. La contrainte du cadre hospitalier, les règlements stricts, les interactions avec d'autres patients, ainsi que l'arrêt des consommations peuvent générer une pression considérable, pouvant parfois rendre l'expérience difficile pour certains individus. Bien que l'hospitalisation puisse contribuer à la réduction des risques de comportements suicidaires et de rechutes violentes, il est donc nécessaire de **ne pas la considérer comme la seule option valable**. En effet, des approches **ambulatoires** et/ou des soins **résidentiels** (tels que les communautés thérapeutiques, par exemple) jouent également un rôle crucial dans le parcours de soin. Ces modalités peuvent offrir **une continuité dans l'accompagnement sans la rigueur d'un cadre hospitalier**.

Voir l'annexe « Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer » en fin d'ouvrage

Sur le terrain : que faire, dans quel cas, sous quelles conditions ?



Différents scénarios peuvent se présenter en fonction du motif initial de consultation, du contexte général, des caractéristiques du soignant et de son niveau d'expertise, etc. Bien qu'il soit essentiel de toujours garder à l'esprit le principe fondamental du sécu, les conditions nécessaires à une prise en charge adaptée varient selon de nombreux facteurs.

De fait, le parti pris ici est de **se concentrer sur les situations les plus fréquemment rencontrées sur le terrain**. Ces situations sont centrées sur la situation du patient plutôt que sur la spécialisation du soignant (addictologie ou psychotraumatologie), car, par exemple, un professionnel travaillant dans le domaine des addictions n'aura pas le même rôle ou les mêmes possibilités

d'intervention selon s'il est éducateur spécialisé ou psychiatre. **Or, l'objectif de ce chapitre est de fournir à tous les professionnels des clés d'action concrètes à appliquer sur le terrain.**

Par conséquent, les éléments développés ci-après ne ciblent pas exclusivement les professionnels classiquement habilités (tels que les cliniciens), mais sont **destinés à l'ensemble de l'équipe soignante**. Bien sûr, les responsabilités au sein de l'équipe varient. Mais **chacun est légitime à prendre sa place dans le processus de soin**.

En effet, même sans être spécialisé en addictologie et/ou en santé mentale (par exemple, en tant que médecin généraliste), chaque acteur de santé

peut jouer un rôle significatif dans la compréhension et la gestion du trouble. Une intervention qui peut sembler modeste (telle qu'une écoute empathique ou une orientation vers des soins adaptés) peut *in fine* se révéler être un véritable tournant dans la vie d'une personne (par exemple, en la motivant à s'engager dans un parcours de soin).

Point de vigilance

Les recommandations suivantes constituent des orientations, un cadre général, et non pas des directions à suivre strictement. Il est essentiel de demeurer flexible face à chaque situation, en prenant en compte les spécificités du patient, de la situation, du contexte, etc.

Je suis face à une personne consultant pour un TUS ou des symptômes associés : quelles sont les situations les plus courantes, et comment intervenir ?

SITUATION 1 :

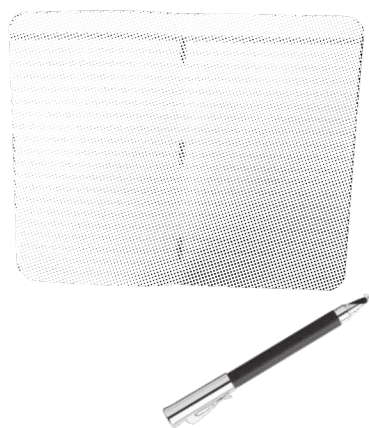
la personne partage spontanément une expérience traumatique.

- *S'il ne me semble pas adéquat de recueillir cette parole.*

Le premier réflexe à avoir est de ne pas brusquer la personne en la coupant brutalement ou en ignorant ses paroles, car il est essentiel de ne pas invalider son expérience. Je dois ainsi, avant toute chose, nommer et reconnaître la gravité (*a minima*, l'importance) de l'évènement qui m'est partagé. Ensuite, avant qu'elle n'entre dans le détail de son expérience traumatique, je lui explique avec respect que je ne suis pas le professionnel le mieux placé pour recueillir ce récit, en explicitant clairement les raisons (par exemple, je ne suis pas formé au psychotraumatisme et je ne peux donc pas l'accompagner pleinement). Cette explicitation est essentielle car elle permet à la personne de comprendre qu'il ne s'agit pas d'un désintérêt de ma part mais au contraire, que l'objectif est de la préserver. Je lui indique alors qu'une orientation vers un spécialiste est possible et recommandée.

Après cette recommandation d'accompagnement, il est essentiel de **ne pas laisser la personne sans indications précises pour la suite**. C'est pourquoi je dois lui fournir les ressources adéquates, tels que des contacts d'autres membres de l'équipe, de professionnels libéraux, de centres spécialisés, etc.

Voir l'annexe « Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer » en fin d'ouvrage



– *S'il me semble adéquat de recueillir cette parole.*

Certains écueils sont à éviter :

- **La fascination pour le récit traumatique**, qui peut affecter à la fois le soignant et le patient, avec des conséquences néfastes pour les deux parties :
 - **Pour le soignant**, il est crucial d'éviter de laisser la curiosité ou l'empathie prendre le dessus, car cela peut, à terme, entraîner un traumatisme vicariant* et/ou biaiser négativement le rapport patient-soignant.
 - **Pour la personne**, le détail excessif du trauma traduit souvent une fascination personnelle. Dans de tels cas, le traumatisme peut devenir une justification pour la consommation de substances, figeant ainsi le patient dans une vision fataliste de sa situation et l'empêchant de s'engager dans une démarche de soin.
- **La recherche au-delà du trauma**, qui, en extrapolant des faits non évoqués par le patient, risque de créer de faux souvenirs ou de le conduire vers une interprétation purement analytique de son expérience, sans perspective d'amélioration.

J'ai recueilli le récit traumatique : et après ?

Il faut bien sûr garder en tête que l'exposition traumatique ne signifie pas nécessairement qu'un TSPT est présent¹⁰⁶. Il convient d'abord d'identifier les signaux visibles d'une éventuelle pathologie duelle¹⁰⁷. Si ces signaux sont bel et bien présents ; il faut créer les conditions de la prise en charge, c'est-à-dire sécuriser au maximum la personne et, si nécessaire (en fonction des possibilités d'intervention), l'orienter vers un professionnel spécialisé dans le TSPT.

Voir l'annexe « Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer » en fin d'ouvrage

SITUATION 2 : sans qu'elle ne s'attarde sur le sujet ou ne souhaite développer davantage, je comprends que la personne a vécu un trauma qui joue un rôle important dans sa consommation.

Une approche prudente et respectueuse s'impose ; il est essentiel de respecter le choix de la personne de ne pas aborder immédiatement son trauma afin d'éviter de la brusquer (et risquer alors sa sortie du parcours de soin). Il n'est pas nécessaire pour le soignant de connaître tous les détails de l'évènement traumatique pour orienter efficacement ou prendre en charge, car ce sont avant tout les liens entre consommation de substances psychoactives* et trauma qui font valeur.

En ce sens, l'utilisation (explicite ou non) d'outils de repérage et de dépistage peut contribuer à **identifier les éléments essentiels de ces liens** ainsi que **la nature de leurs interconnexions**. Ces outils peuvent également aider à « faire le tri » : la situation relève-t-elle davantage d'une exposition traumatique simple (il est important de le rappeler : tout évènement traumatogène n'entraîne pas systématiquement de TSPT) ou y a-t-il présence de signes cliniques de la pathologie duelle TSPT-TUS ?

¹⁰⁶ Voir chapitre « Qu'entend-on par trouble de stress post-traumatique (TSPT) ? » de ce guide

¹⁰⁷ Voir chapitre « Comment repérer ? » de ce guide

→ L'absence d'une volonté immédiate de la personne d'évoquer son histoire traumatique (**qui peut s'exprimer par exemple à travers des réponses succinctes ou évitantes à certaines questions**) ne doit pas décourager la prise en charge. Le soignant peut encourager **un dialogue ouvert en verbalisant à la personne qu'elle peut s'exprimer librement sur le sujet dès qu'elle le souhaite et/ou se sent prête**, garantissant un environnement sans jugement.

SITUATION 3 : j'identifie de nombreux signes cliniques du TSPT (simple ou complexe), et donc, la présence probable d'une pathologie duelle TSPT-TUS.

Il est primordial de (re)questionner la consommation afin d'en avoir une vision globale, permettant d'établir précisément les liens entre l'usage de substances psychoactives* et les symptômes du TSPT. **Par exemple, je peux interroger la personne sur le rôle de la consommation dans sa vie quotidienne** : cela peut révéler si les substances sont utilisées comme un moyen de réguler les émotions, d'atténuer des symptômes associés au TSPT, ou d'autres motivations de nature similaire.

Le moment exact des prises peut également fournir des indications sur les facteurs déclenchants, tels que les moments de stress ou l'émergence de souvenirs traumatiques (avant de s'endormir, par exemple).

Parallèlement, un premier travail d'identification objectivé est essentiel pour confirmer ou infirmer ses doutes. Cela possible grâce à la mobilisation d'outils standardisés¹⁰⁸, qui permettent d'identifier cliniquement la probabilité de la présence du TSPT et/ou de mesurer objectivement les symptômes et la gravité du trouble.

→ Ce travail d'identification initial ne nécessite pas forcément une expertise clinique complète de la pathologie duelle, dans la mesure où il sert de **point de départ à l'orientation adéquate** de la personne (phase de dépistage)¹⁰⁹. Ainsi, en fonction de mon habilitation à intervenir, je peux approfondir l'identification vers **le diagnostic** et/ou **la prise en charge**, ou envisager **une réorientation**.

Voir l'annexe « Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer » en fin d'ouvrage

¹⁰⁸ Voir chapitre « En pratique, comment mobiliser les outils de dépistage ? » de ce guide

¹⁰⁹ Voir chapitre « Comment dépister ? » de ce guide

Je suis face à une personne consultant pour un TSPT ou des symptômes associés : quelle est la situation la plus courante, et comment intervenir ?

SITUATION : je constate des comportements de consommation de substances psychoactives* problématiques, mais la personne n'a pas de TUS diagnostiqué et/ou n'a jamais consulté à ce sujet.

Il est d'abord nécessaire **d'identifier les motifs sous-jacents de la consommation** : par exemple, la volonté d'améliorer le sommeil, de réduire l'anxiété, d'intensifier les moments festifs, de se sentir plus à l'aise dans les situations sociales... C'est *via* cette analyse qu'il est possible **d'identifier s'il existe un lien entre le TSPT et le TUS**, et sur cette base, d'adapter la prise en charge.

Si j'identifie une situation de consommation particulièrement problématique ou qu'une prise en charge complémentaire dédiée me semble incontournable, j'oriente la personne vers des professionnels de l'addictologie.

Pour ce faire :

- **Je lui fournis toutes les ressources nécessaires** afin qu'elle puisse s'orienter de manière autonome vers un service adapté à ses besoins.

- **Idéalement, je prends directement contact avec ces professionnels** pour fixer un rendez-vous rapide (après avoir obtenu l'accord préalable de la personne).

Si j'ai un doute sur le caractère problématique de la consommation, avant de recommander une prise en charge complémentaire, je peux joindre directement un professionnel addictologue afin d'obtenir un second avis quant à mon évaluation.

Quelle que soit la nature de la consommation, si elle existe, j'initie **une stratégie d'intervention précoce***, c'est-à-dire une stratégie visant à prévenir l'aggravation du trouble et/ou le développement de troubles plus complexes dans le futur. En effet, les délais pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste des conduites addictives peuvent parfois être longs. Dans l'attente de cette prise en charge dédiée, il est essentiel d'intervenir sans délai pour apporter un premier soutien.

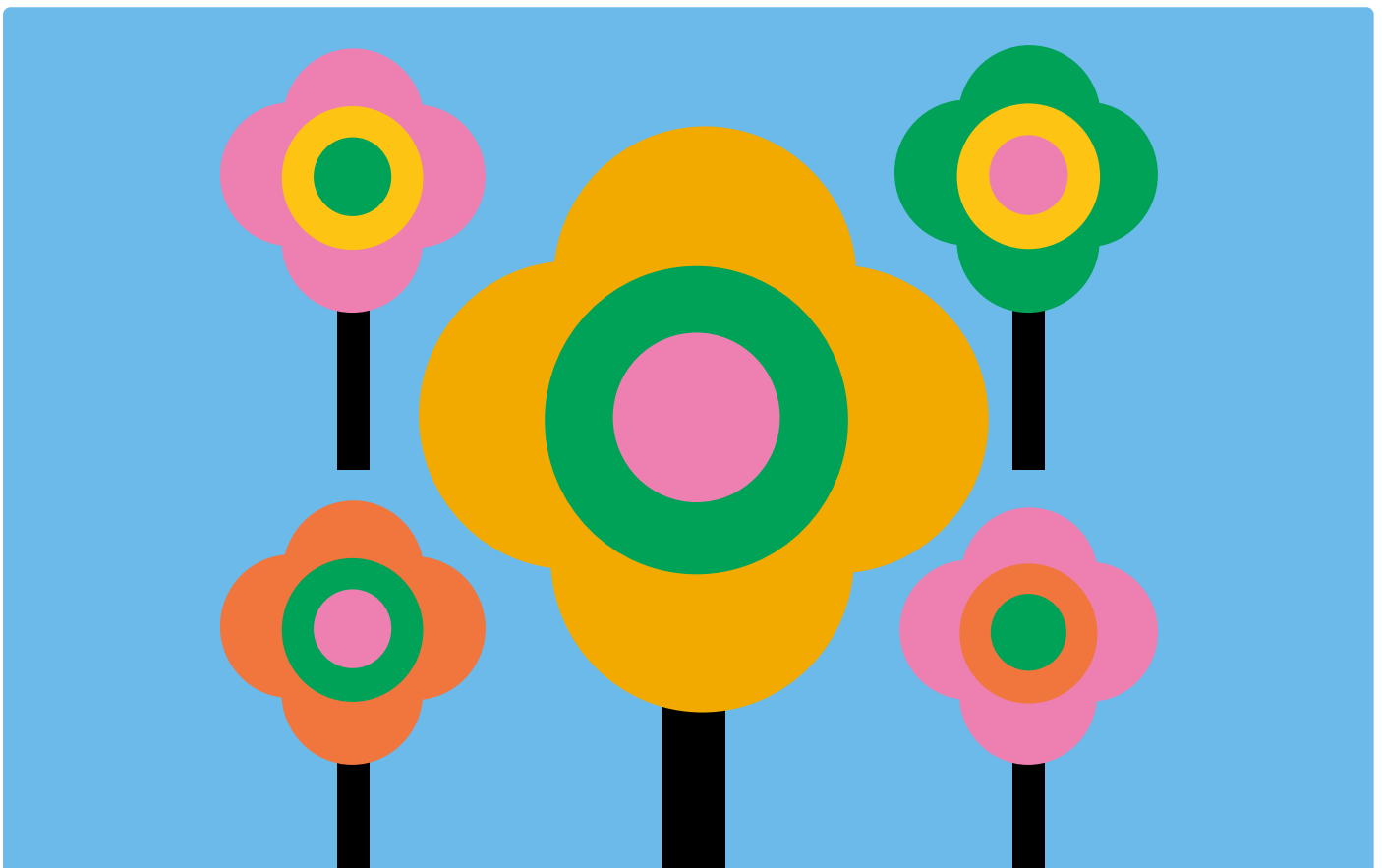
En pratique, ***l'intervention précoce**** dans ce type de situation consiste généralement à **informer la personne des risques liés à sa consommation (sans glisser vers le jugement moral), notamment ceux liés à l'aggravation des symptômes pour lesquels elle consulte initialement. L'intervention précoce* est d'autant plus importante en cas de trauma récent** car elle permet de ne pas laisser les conséquences de ce dernier s'enraciner. Pour être mise en œuvre, cette approche implique non seulement **une compréhension approfondie des substances psychoactives*** et de **leur impact sur la psyché**, mais également la **connaissance de solutions alternatives** (par exemple, la prescription de médicaments non addictogènes).

EXEMPLE PRATIQUE

Intervention précoce chez une personne présentant un TSPT simple et une consommation de substances problématique (sans TUS avéré)*

Une personne consulte en psychotraumatologie car elle a récemment été victime d'un viol : un diagnostic de TSPT simple est posé car elle en présente tous les symptômes cliniques. Lors d'une consultation, elle mentionne qu'elle consomme régulièrement du cannabis (3-4 soirs par semaine) pour améliorer son sommeil (notamment, l'atténuation des cauchemars et des « flashbacks » de l'agression lors des phases d'endormissement).

- Il s'agit de lui expliquer que **bien que cet usage puisse temporairement avoir des effets bénéfiques sur l'anxiété**, le cannabis a un effet dépressogène à long terme, et de fait, **les symptômes qu'elle cherche à éviter risquent de s'aggraver.**
- Il faut ensuite **proposer immédiatement une solution alternative** au problème qui l'amène à consommer ; ici, pour résoudre le problème du sommeil, des alternatives peuvent être mobilisées (exercices de respiration, mélatonine, anxiolytiques peu addictogènes...).



En synthèse, quels sont les « bons réflexes » à avoir en tant que soignant face à une personne présentant une pathologie duelle (avérée ou suspectée) ?

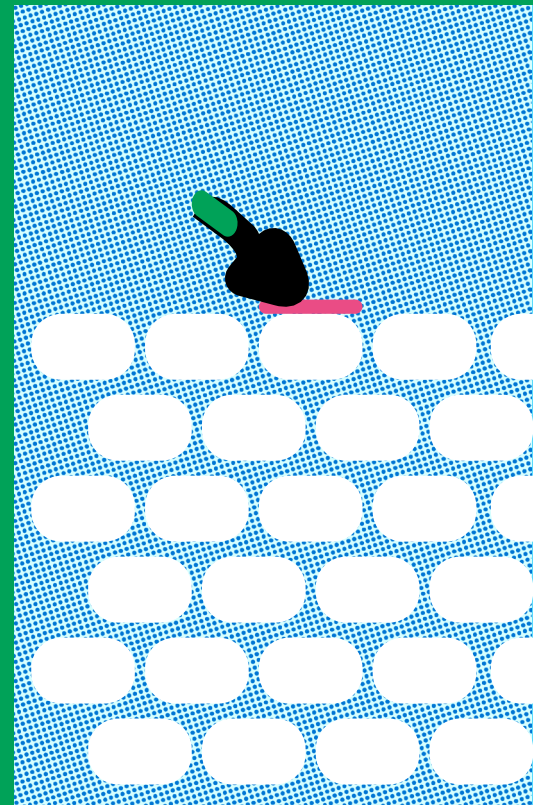
Maintenir **une neutralité morale**, en évitant tout jugement sur la consommation (type de substances consommées, quantité...) ou sur le traumatisme (gravité, circonstances...).

Favoriser **une écoute active et empathique**, en respectant la parole du patient et sans la forcer, afin d'établir un espace sûr et rassurant.

Faire preuve de **pédagogie** en sensibilisant aux conséquences de la consommation sur les symptômes du TSPT (i.e. l'aggravation de ces derniers), mais également en fournissant des outils visant à réduire les risques associés à la consommation (par exemple : du matériel stérile, de la naloxone*, des livrets d'information, etc.), en parallèle ou dans l'attente d'une prise en charge complète.

Analyser **les motifs sous-jacents à la consommation** de substances (contexte de l'initiation à la consommation, moments de consommation dans la journée, etc.) dès que cette dernière est identifiée, afin d'optimiser le processus diagnostique et d'éviter des retards dans la prise en charge.

Évaluer **la gravité de l'atteinte** du trouble¹¹⁰, dans la mesure où dans certains cas, un suivi régulier mais non spécialisé (par exemple, réalisé par un médecin généraliste) peut être adéquat sans nécessiter une orientation vers un spécialiste.



PRENDRE EN CHARGE LA PATHOLOGIE DUELLE TSPT-TUS : QUELS OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES ?

Comment définir des objectifs adaptés aux spécificités de la pathologie duelle ?

Faut-il intégrer le patient à la définition des objectifs ?

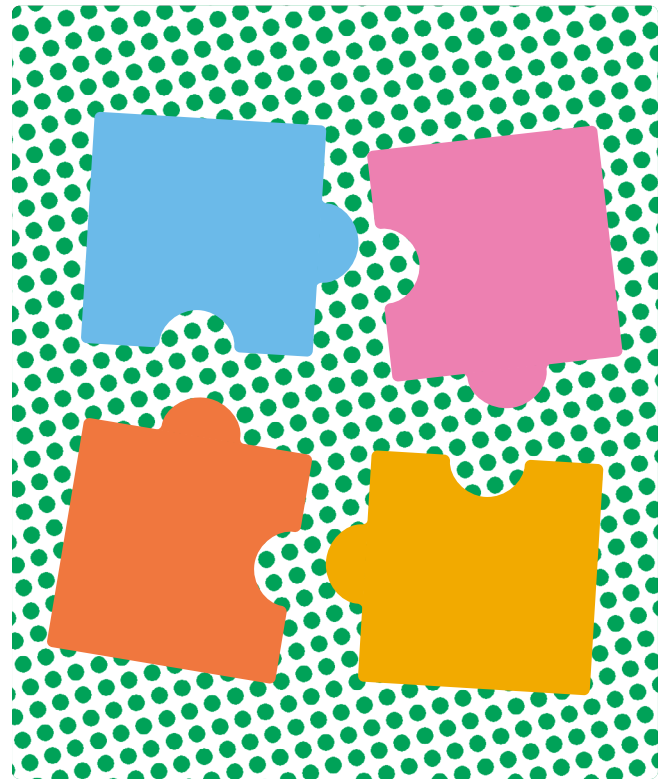
Oui ! Forcer l'adoption d'objectifs ne conduit à rien d'efficace sur le long terme, au contraire : cela a bien souvent pour conséquence d'aliéner la personne, la faire se sentir contrainte, et *in fine*, la faire fuir du parcours de soin. Ainsi, fonder la thérapie sur les objectifs exprimés par le patient présente des avantages significatifs dans le bon déroulement de l'accompagnement :

- Le mener vers **un état de bien-être qui lui correspond** et qui aura donc plus de chances d'être **durable**.
- Maintenir son **engagement** et sa **motivation** tout au long du parcours de soin.

Comment intégrer le patient à la définition des objectifs thérapeutiques ?

Créer les conditions de rencontre, de confiance et d'alliance est nécessaire pour mettre les attentes et objectifs du patient au cœur de la prise en charge. Sur cette base, les objectifs thérapeutiques sont **le fruit d'un travail collaboratif** entre patient et soignant quant aux **modalités concrètes d'une vie avec un minimum de douleur** (par exemple : pouvoir sortir, faire des courses, entretenir des relations sociales apaisées, retrouver un sommeil de qualité, retrouver de l'intérêt pour les autres et pour la vie, travailler, etc.).

En pratique, les objectifs peuvent être **explicites**, c'est-à-dire clairement formulés au cours de la consultation, *via* des questions directes posées par le thérapeute sur les symptômes, l'état désiré, les méthodes de traitement préférées...



Quelques exemples de questions pouvant être posées :

Qu'est-ce qui ne vous va pas actuellement ?

Quels sont les symptômes les plus handicapants au quotidien ?

Quel état/situation souhaitez-vous atteindre ?

Savez-vous comment (abstinence, médication, thérapie...) et pourquoi ?

Les objectifs peuvent également être **implicites**, c'est-à-dire déduits des échanges au sujet des problèmes rencontrés par le patient, de l'état qu'il aspire à atteindre, du fonctionnement qui lui cause le moins de douleur au quotidien, etc.

Bien sûr, intégrer des objectifs non exprimés par le patient au départ mais identifiés par le thérapeute comme étant pertinents est possible. Toutefois, il est recommandé d'en faire un sujet d'échange lors d'une séance : cela permet à la personne suivie d'être pleinement consciente de son parcours thérapeutique et de fait, de s'y engager de manière plus active.

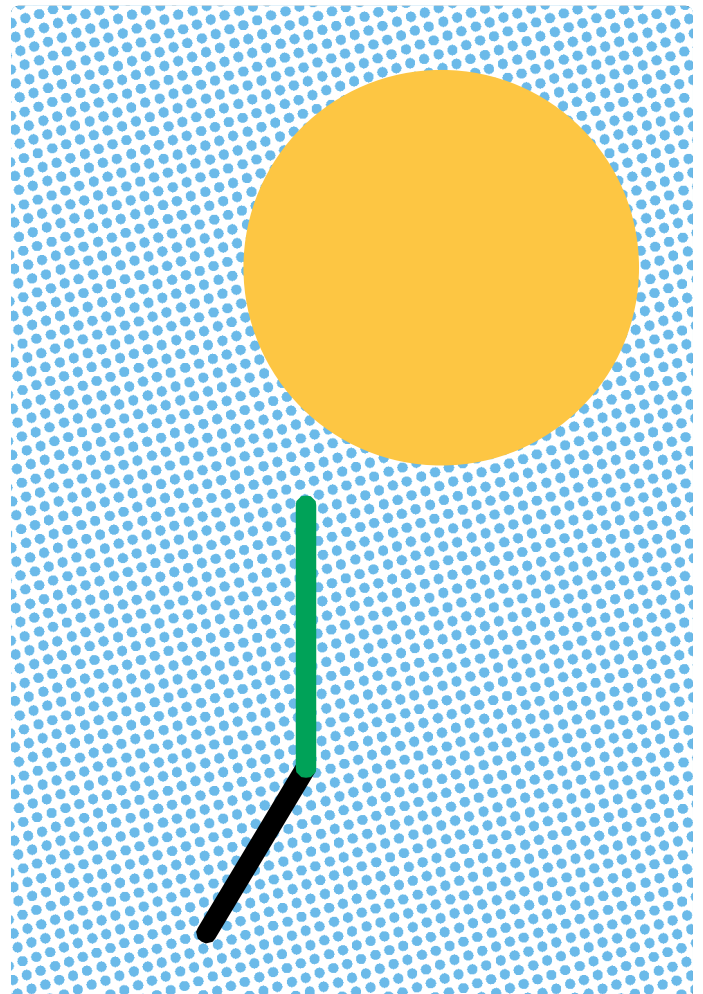
Point de vigilance

En fonction des raisons pour lesquelles les objectifs font l'objet de modifications au cours du processus thérapeutique (notamment dans le cas de pratiques de mise en danger trop importantes, de mécanismes d'évitement non conscientisés, etc.), il est recommandé d'en faire **une opportunité de dialogue** – en abordant par exemple les raisons de ces ajustements et/ou les moyens envisagés pour les atteindre.

Les objectifs thérapeutiques peuvent-ils évoluer au fil du temps ?

Les objectifs initiaux (fixés lors des premiers entretiens) peuvent tout à fait évoluer au fil du suivi thérapeutique et être ajustés en fonction des observations du patient et du thérapeute. Dans la plupart des cas, **les objectifs initiaux sont simples et concrets** ; par exemple, la nécessité pressante de retrouver un sommeil réparateur. D'ailleurs, c'est bien souvent en y répondant qu'il sera possible de fixer des objectifs plus durables et/ou ambitieux.

Il est fréquent de **diviser un objectif en plusieurs sous-objectifs**. *Par exemple, si un individu consulte initialement pour l'aspect TUS de sa pathologie duelle car il souhaite arrêter définitivement sa consommation : plutôt que d'opter immédiatement pour l'abstinence totale, il est préférable de proposer des objectifs de réduction progressive.* En fixant des buts atteignables, on établit un climat motivationnel, fondé sur la collaboration, qui se révèle particulièrement efficace pour engager durablement la personne dans sa démarche thérapeutique.



EN QUELQUES MOTS

Il n'est pas nécessaire de fixer tous les objectifs dès le départ de manière rigide ; au contraire, la souplesse et l'adaptabilité sont de mise. Ils évoluent au fil du temps, se coconstruisent dans le cadre d'un processus thérapeutique continu, et peuvent commencer de manière modeste pour gagner en ambition au fur et à mesure – l'essentiel étant de rester aligné avec les besoins du patient tout au long de la prise en charge.

La diminution ou la cessation de la consommation de substances psychoactives* doit-elle faire partie des objectifs thérapeutiques ?

Les objectifs thérapeutiques constituent un défi majeur dans la prise en charge du trouble duel TSPT-TUS car ils demandent la remise en question d'un stéréotype coriace qui est propre à ce trouble : **entreprendre un travail thérapeutique n'est pas possible sans arrêt préalable de la consommation. Il est essentiel de dépasser cette approche linéaire**, car la pathologie duelle se définit par un **ensemble synergique** ; ignorer l'un des aspects au détriment de l'autre est inefficace du fait de la nature même du trouble duel¹¹¹.

C'est ainsi **l'identification des points de douleur les plus préoccupants** pour la personne¹¹², plus qu'une hiérarchisation externe des aspects du trouble, qui guide la construction des objectifs thérapeutiques. En mettant en œuvre cette approche, bien souvent, la consommation de substances diminue naturellement (voire cesse complètement) au cours du processus thérapeutique¹¹³.

Point de vigilance

La diminution ou la cessation de la consommation, bien que souvent perçues comme un progrès positif, présentent en réalité des risques. Ces changements entraînent de facto un **déséquilibre** dans le système adaptatif élaboré par la personne (système qui lui permettait jusqu'alors de survivre), avec des conséquences dangereuses si ces changements ne sont pas anticipés et intégrés dans la planification thérapeutique. Les personnes concernées par la pathologie duelle présentent en effet un risque accru de rechute, en lien avec leurs difficultés de régulation émotionnelle.

➔ Pour **sécuriser ces changements et leurs conséquences**, diverses stratégies thérapeutiques sont possibles : par exemple, un travail de stabilisation du système de régulation émotionnelle entrepris en amont de l'arrêt de la consommation, le renforcement des mécanismes de gestion adaptative du stress, ou la gestion d'obstacles potentiels présents dans le quotidien (pression professionnelle, dynamiques familiales anxiogènes...).

¹¹¹ Voir chapitre « Comment comprendre les multiples aspects de la pathologie duelle ? » de ce guide

¹¹² Voir chapitre « Prendre en charge de la pathologie duelle : quels objectifs thérapeutiques ? » de ce guide

¹¹³ Voir chapitre « Quelles approches psychothérapeutiques* mettre en place lors de la prise en charge clinique de la pathologie duelle ? » de ce guide

PRENDRE EN CHARGE LA PATHOLOGIE DUELLE TSPT-TUS : QUELS SOINS METTRE EN ŒUVRE ?



Comment penser l'organisation du soin de la pathologie duelle ?

Aujourd'hui encore, la prise en charge de la pathologie duelle est principalement organisée de manière séquentielle et différenciée (c'est-à-dire que l'on attend que l'un des troubles soit « résolu » pour passer à l'autre). Dans la plupart des cas, c'est le TUS qui est traité en premier (par un clinicien spécialisé) et, une fois la prise en charge terminée, le relais est passé à un professionnel spécialisé dans le TSPT¹⁴. Cette organisation résulte en grande partie

du principe selon lequel l'abstinence est une condition essentielle à l'efficacité et à la réussite du traitement du TSPT. Même si cela n'est pas fondé scientifiquement, il est en effet communément estimé que *les patients souffrant de TUS qui consomment encore des substances sont trop fragiles pour évoquer leurs souvenirs traumatiques* et même, qu'une telle évocation pourrait entraîner une aggravation de leur tableau clinique*.

Il est courant que les patients se voient déconseiller ou même refuser l'accès aux soins concernant leur TSPT tant qu'ils n'ont pas atteint un certain degré d'abstinence. Mais cette exigence engendre bien souvent de la démotivation, du découragement, et *in fine*, la sortie du parcours de soin.

■ ■ ■ **Pourtant, les données empiriques (accumulées notamment au cours de ces deux dernières décennies) viennent bousculer les croyances et ouvrir de nouvelles perspectives quant à l'organisation du soin de la pathologie duelle.**

Quelles sont les croyances à déconstruire quant à l'organisation du soin de la pathologie duelle ?

1 *Il est nécessaire de traiter le TUS avant de mettre en oeuvre celui du TSPT.*

D'une part, on constate qu'**un soin débutant par le traitement du TSPT est plus efficace que par le TUS** : l'amélioration du TSPT (exprimée par une diminution significative de la sévérité des symptômes) est en effet associée à une réduction plus importante de la consommation de substances, mais la relation inverse (l'amélioration du TUS et son impact sur le TSPT) n'est pas aussi forte¹¹⁵.

D'autre part, **lorsque la prise en charge commence par une thérapie centrée sur le trauma¹¹⁶, l'aggravation des tableaux cliniques n'est pas plus importante qu'une thérapie non centrée sur le trauma**. En effet, en comparant un traitement intégré (qui soigne les deux troubles à la fois, en commençant ici par le TSPT) à un traitement de prévention de rechute pour les TUS (un trouble après l'autre)¹¹⁷, on constate une légère et transitoire aggravation des tableaux cliniques ; mais cette aggravation vaut pour tous les traitements, sans aucune différence significative entre eux. Et ces résultats se maintiennent même en cas de fréquence élevée des séances de thérapie centrée sur le trauma¹¹⁸ (par exemple jusqu'à 4 séances par semaine).

¹¹⁴ van Dam et al. (2012)

¹¹⁵ Back et al. (2006) ; Hien et al. (2010, 2018) ; Kaczurkin et al. (2016) ; Tripp et al. (2021)

¹¹⁶ Lancaster et al. (2020) ; Tripp et al. (2020)

¹¹⁷ Protocole *Seeking Safety*

¹¹⁸ Hien et al. (2018)

2

Traiter le TSPT en parallèle du TUS entrave le traitement du TUS.

Traiter les deux troubles en même temps est considéré par nombre de cliniciens comme étant **peu judicieux, contre-productif, voire nuisible pour le patient**, car cela entraînerait une aggravation de l'état clinique de ce dernier : rechute ou aggravation de la consommation, exacerbation des symptômes, risque accru d'intentions et de conduites suicidaires, etc. Pourtant, outre **l'innocuité des traitements intégrés** (i.e. des traitements adressés aux deux troubles à la fois), ces derniers sont en réalité particulièrement efficaces : non seulement **sur chacun des deux troubles composant la pathologie duelle, mais également sur leurs retentissements fonctionnels**¹¹⁹.

3

L'évocation des souvenirs traumatiques est préjudiciable aux patients.

Les traitements cliniques du TSPT considérés comme étant les plus efficaces sont les psychothérapies centrées sur le trauma (c'est-à-dire celles dont l'objectif principal consiste à traiter les souvenirs traumatiques et la détresse associée¹²⁰). La thérapie par exposition prolongée en est un exemple parlant¹²¹: **l'évocation des souvenirs traumatiques, loin d'être une barrière au rétablissement*, en est en réalité un moteur**. Cette approche est scientifiquement prouvée comme étant plus efficace sur le TSPT qu'un traitement ciblant le seul TUS (la sévérité des symptômes de TSPT **et** du TUS diminuent davantage) – en ce sens, elle est développée plus en détail dans ce guide¹²³.

Organiser la prise en charge de la pathologie duelle de façon coordonnée : pourquoi et comment ?

Une prise en charge coordonnée est **une action conjointe des acteurs du soin** destinée à la prise en charge de **patients en situation complexe**. Chaque intervenant agit de manière indépendante (pouvant même avoir ses propres objectifs et plans de traitement), mais articule ses actions avec celles des autres afin de garantir continuité et cohérence dans la prise en charge. **Cet ensemble est supervisé par un professionnel-référent**, dont le rôle est crucial pour faciliter la communication entre les intervenants, harmoniser les objectifs et adapter les interventions

aux besoins évolutifs du patient, tout en instaurant un climat de confiance propice à un suivi efficace. Une telle organisation fait particulièrement sens dans le cas de la pathologie duelle, **notamment pour les personnes concernées par un TSPT complexe**. Elle permet en effet le traitement et l'accompagnement **en profondeur** des deux aspects de la pathologie duelle **et ce, de manière parallèle et équivalente**. Elle met en réseau les professionnels spécialisés en psychotraumatologie et ceux spécialisés en addictologie bien sûr, mais permet également d'intégrer ceux mobilisant des approches thérapeutiques complémentaires¹²⁴. En pratique, la prise en charge coordonnée permet de répondre à **plusieurs enjeux spécifiques à la pathologie duelle**, détaillés ci-contre.

¹¹⁹ Back et al. (2019) ; Norman et al. (2019) ; Roberts et al. (2015) ; Simpson et al. (2017) ; van Dam et al. (2012)

¹²⁰ Watts et al. (2013)

¹²¹ Foa et al. (2007)

¹²² Norman et al. (2019) ; Roberts et al. (2015) ; Ruglass et al. (2017)

¹²³ Voir chapitre « Approche par les *stimuli** traumatiques » de ce guide

¹²⁴ Voir chapitre « Quelles approches thérapeutiques mobiliser pour renforcer la prise en charge clinique de la pathologie duelle ? » de ce guide

- **La prévention des interactions nocives entre les aspects du trouble**, en planifiant collectivement les interventions thérapeutiques afin de s'assurer qu'elles soient cohérentes et complémentaires.
- **La gestion des crises** (rechutes, reviviscences...), en s'accordant sur des plans spécifiques à chaque type de ces situations d'urgence afin de permettre une réponse rapide et adaptée.
- **L'accessibilité au soin**, en réduisant les obstacles administratifs et en orientant vers les services appropriés. Un enjeu particulièrement important dans le cas des personnes concernées, car comme vu précédemment¹²⁵, ces dernières présentent des taux d'abandon thérapeutique supérieurs à la moyenne.

Voir l'annexe « Acteurs du soin : mieux se connaître pour mieux collaborer » en fin d'ouvrage

Organiser la prise en charge de la pathologie duelle de façon intégrée : pourquoi et comment ?

Bien qu'ils soient parfois utilisés de manière interchangeable, « soins coordonnés » et « soins intégrés » sont deux concepts différents — proches certes, mais différents. Cette différence réside principalement dans le degré de collaboration des acteurs du soin. En effet, si la prise en charge coordonnée implique bien un travail commun des acteurs, il s'agit cependant d'interventions distinctes. La prise en charge intégrée va plus loin : **non seulement les différents aspects du soin sont coordonnés, mais ils sont également mis en réseau sous forme d'équipe pluridisciplinaire** (souvent dans un même lieu ou service). Cela se traduit par le partage d'informations, de ressources et de responsabilités entre les professionnels de l'équipe afin d'offrir une approche holistique, qui prenne en compte tous les aspects de la santé (physique, mentale et sociale), et qui favorise une **continuité des soins sans fragmentation**.

L'organisation intégrée fait donc particulièrement sens dans le cas du soin de la pathologie duelle, puisqu'elle permet

de **répondre simultanément aux manifestations traumatiques et addictives** en mobilisant les expertises complémentaires de l'équipe soignante. Cette approche favorise une prise en charge globale et individualisée à travers :

- **La prise en compte exhaustive des sphères de vie du patient** : consommations, état émotionnel, relations sociales, etc.
- **La synchronisation des interventions thérapeutiques** : interaction synergique des dimensions médicamenteuse, psychothérapeutique*, sociale, etc.

L'intégration des soins est également **bénéfique pour les équipes soignantes** :

- **Espaces de travail collectif dédiés** : réunions régulières, synthèses cliniques et analyses de pratiques qui permettent d'ajuster les stratégies thérapeutiques selon l'évolution des besoins du patient.
- **Supervisions et soutien institutionnel** : un cadre de soin cohérent et sécurisant, favorisant *in fine* l'efficacité du traitement et la qualité du travail collectif.

¹²⁵ Voir chapitre « Pourquoi est-il impératif de s'intéresser à l'interaction entre TSPT et TUS ? » de ce guide

Le programme américain *Mental Health Integration* (MHI), lancé en 1999, a permis d'explorer **l'intérêt et les principes de l'implémentation d'une organisation intégrée du soin de la pathologie duelle TSPT-TUS**. Ce programme a inspiré des chercheurs français dans l'élaboration de recommandations¹²⁶ adaptées au contexte national ; elles sont succinctement présentées ici sous forme de **cinq principes fondamentaux**, formulés de façon à apporter des réponses aux défis opérationnels posés par le trouble.

1 Une prise en charge ambulatoire, globale et coordonnée, reposant sur :

- La mise en place d'un **processus standardisé** par une équipe multidisciplinaire, qui intègre la santé mentale comme composante du bien-être global.
- Le travail étroit avec **l'entourage** pour aborder les problèmes sociaux, souvent négligés en espace médical.
- La prise en compte des **évolutions** de la santé mentale et physique de la personne, de sa famille et des comorbidités* médicales et sociales associées.

2 Un soutien organisationnel de l'équipe de soins, reposant sur :

- La collaboration avec des **programmes de recherche clinique** afin d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques et des indicateurs suivis et mesurés.
- L'accès aux **dossiers médicaux** du patient (*sous réserve de l'accord du patient et d'une gestion responsable des données*).
- L'accès à des **outils cliniques**.

3 L'implémentation de stratégies individualisées et coordonnées, reposant sur :

- La planification de stratégies de soins adaptées aux **besoins** de la personne et de son entourage.
- Le suivi de l'amélioration de **l'état de santé** de la personne (en utilisant des outils d'évaluation).
- L'ajustement du traitement et de la mobilisation de l'équipe en fonction des **résultats** de ces évaluations et des **besoins exprimés** par le patient.

4 L'utilisation d'outils d'évaluation dédiés, reposant sur :

- La mise à disposition de **questionnaires d'autoévaluation**, afin de mesurer la sévérité et la complexité du trouble en collaboration avec le patient.
- L'amélioration constante des outils sur la base des **retours d'expérience** (de la part des professionnels, des patients et de leurs proches), notamment afin d'homogénéiser les pratiques de chacun.

5 L'évaluation systématique et renouvelée de la prise en charge, reposant sur :

- La coconstruction et le suivi **d'indicateurs** avec les personnes concernées, leurs familles, les professionnels de soin et les représentants de l'Assurance maladie.
- Le recours à un « **carnet de bord** » pour suivre l'ensemble des étapes de la prise en charge.

¹²⁶ Briot, Pascal, et al. (2015), *Prise en charge intégrée des maladies mentales : l'exemple d'Intermountain Healthcare (USA)*, Santé Publique, vol. 1

EN QUELQUES MOTS

L'approche thérapeutique simultanée des différents aspects de la pathologie duelle TSPT-TUS, par opposition à une hiérarchisation thérapeutique où le TSPT est encore souvent relégué au second plan au profit d'un sevrage préalable, constitue la méthode la plus efficace et durable selon les données scientifiques.

Pour rendre cette approche possible, une prise en charge coordonnée est recommandée. Celle-ci repose sur la collaboration entre les différents professionnels, l'intégration du patient et de ses proches au processus de soin, et l'articulation des interventions et expertises thérapeutiques de chacun. Cette dynamique collaborative peut être renforcée par une prise en charge intégrée, qui non seulement maintient les collaborations interprofessionnelles et l'implication du patient et de son entourage, mais vise également une véritable synergie entre les différentes composantes du soin.

Dans la pratique, passer d'une prise en charge séquentielle à une approche intégrée nécessite une transition progressive, souvent sur le long terme, car elle implique une réorganisation des processus de soin en profondeur.

QUELLES APPROCHES PSYCHO- THÉRAPEUTIQUES* METTRE EN PLACE LORS DE LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE ?



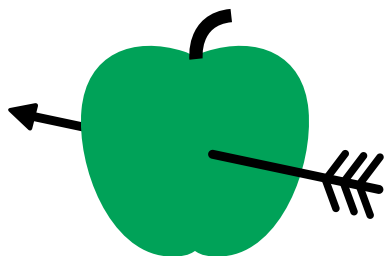
Pourquoi faire le choix d'approches psychothérapeutiques* intégratives ?

La diversité des enjeux et besoins posés par la nature même de la pathologie duelle demande une approche psychothérapeutique* qui le soit tout autant, ou *a minima*, qui prenne en compte cette diversité. En ce sens, **les thérapies intégratives** apparaissent particulièrement pertinentes.

Dans le champ de la psychothérapie, la notion d'intégration désigne « **l'assemblage de divers éléments, qu'ils soient théoriques ou pratiques, dans le but de former un tout original et pragmatique visant plus précisément à former une pratique évaluative et thérapeutique plus efficiente pour le patient** »¹²⁷. Plutôt que de se concentrer sur un seul axe d'action, la thérapie intégrative mobilise une variété d'outils et d'approches qui s'agencent et se complètent en fonction des besoins spécifiques de chaque individu.

Point de vigilance

*Une attention accrue s'impose lors de la mise en œuvre de thérapies intégratives. La diversité des méthodes mobilisées peut en effet avoir pour risque de diluer la profondeur thérapeutique de ces méthodes. Afin d'éviter ce phénomène, la compréhension et la maîtrise approfondies de chaque approche thérapeutique sont impératives. Il est également primordial de définir rigoureusement les objectifs et les priorités de la prise en charge, en mettant l'accent sur la **symptomatologie** plutôt que sur les diagnostics primaires afin de favoriser une prise en charge dynamique et adaptée aux besoins individuels des patients.*



Les thérapies intégratives sont par ailleurs **plus efficaces qu'une thérapie simple**, notamment car elles permettent de **mettre un place un traitement « massé » du trouble**, c'est-à-dire un traitement condensé sur une très courte période (entre 2 et 4 semaines). Pour ce faire, la fréquence des séances hebdomadaires est augmentée ; la thérapie se déroule alors en traitement intensif ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation¹²⁸.

Les thérapies intégratives présentent ainsi de nombreuses caractéristiques en phase avec les besoins posés par la pathologie duelle :

- Des **protocoles** de combinaison des méthodes, donnant les clés d'une structuration objectivée et assurant une approche globale cohérente et systématique.
- Une **méthode d'analyse transversale** visant à cibler les racines profondes du trouble, c'est-à-dire ses causes sous-jacentes (telles que des traumas complexes, des schémas dysfonctionnels, des troubles émotionnels, etc.).
- Une approche qui prend en compte **les multiples dimensions de l'individu**, i.e. les facteurs biologiques, sociaux, psychologiques, et environnementaux ayant joué et/ou jouant un rôle dans l'existence du trouble.

Les traitements massés ont ainsi non seulement démontré **une amélioration significative des deux aspects de la pathologie**, mais également une **plus grande durabilité des effets de la thérapie**. Par exemple, comparé à un traitement classique, le traitement intensif ambulatoire est associé à des périodes d'abstinence plus longues¹²⁹, à une augmentation de l'assiduité aux séances et à une diminution des abandons thérapeutiques¹³⁰.

¹²⁷ Bachelart et al. (2011) ; puis modifiée dans Bachelart (2017)

¹²⁸ Voir chapitre « Hospitalisation et cadre thérapeutique sécuritaire : complémentarité ou limite ? » de ce guide

¹²⁹ Manhapra et al. (2015)

¹³⁰ Foa et al. (2018) ; Rauch et al. (2018) ; van Woudenberg et al. (2018)

Les thérapies intégratives se caractérisent par une diversité d'approches et de protocoles, rendant leur sélection parfois complexe. Afin d'en offrir une lecture et une compréhension plus structurées, ce guide propose une classification de ces approches selon leur focus d'intervention, leur modalité d'entrée clinique. Les catégories sont ainsi illustrées par un exemple de thérapie, chacune sélectionnée en raison du plus haut niveau de preuves scientifiques attestant de son efficacité sur les différents aspects de la pathologie duelle TSPT-TUS :

- **Approche par les *stimuli** traumatiques** : la thérapie par exposition prolongée.
- **Approche par les schémas de pensée à l'origine des comportements dysfonctionnels** : la thérapie des schémas.
- **Approche par les souvenirs traumatiques** : l'EMDR.

Ce cadrage répond ainsi à trois objectifs :

- **Éviter la surcharge d'informations** en la clarifiant et la structurant.
- **Orienter les soignants vers des formations ciblées**, adaptées à leurs objectifs, besoins et contextes professionnels.
- **Renforcer l'efficacité clinique** en identifiant les principes thérapeutiques les plus efficaces dans le soin de la pathologie duelle, afin de fournir des leviers d'action directement **mobilisables sur le terrain**.

Approche par les *stimuli** traumatiques

Qu'est-ce que la thérapie par exposition prolongée ?



Pour en savoir plus sur les fondamentaux de cette approche

La thérapie par exposition prolongée est issue des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Les TCC* priorisent une approche synergique, visant à modifier simultanément les schémas de pensée dysfonctionnels et les comportements posant problème. Pratiquement, **les TCC* interviennent sur plusieurs aspects : cognitif, émotionnel, comportemental et corporel**. Leur objectif principal étant de restaurer un fonctionnement de vie sans douleur, elles se concentrent sur le **présent** pour atténuer les symptômes perturbant le quotidien, tout en tenant compte d'éléments liés au **passé** de l'individu si nécessaire.

La thérapie par exposition prolongée s'inscrit dans cette dynamique puisqu'elle est caractérisée par, comme son nom l'indique, **une exposition répétée, graduelle, et prolongée du patient à ses souvenirs traumatiques**. Cette méthode vise à lui permettre « d'appriivoiser » ces souvenirs afin de **réduire ses comportements d'évitement** (notamment matérialisés par la consommation de substances dans le cas de la pathologie duelle). Au cours de la thérapie, le patient explore non seulement ses souvenirs, pensées et émotions associées au trauma (exploration dite « **en imagination** »), mais il est également **confronté *in vivo*** (c'est-à-dire physiquement) aux *stimuli** évocateurs du trauma.

En quoi cette approche est-elle particulièrement adaptée à la pathologie duelle ?

Bien que la thérapie par exposition prolongée ait été développée à l'origine pour le TSPT, elle a été adaptée à la pathologie duelle *via* l'élaboration du protocole COPE¹³¹. Ce dernier s'appuie sur le cadre initial tout en intégrant des ajustements spécifiques aux caractéristiques de la pathologie.

L'intégration des modalités de consommation de façon individualisée

Dès le début de la prise en charge, une **évaluation approfondie des habitudes de consommation est effectuée** pour comprendre **l'interaction entre l'usage de substances psychoactives* et les symptômes du TSPT**. L'objectif est de modifier les comportements liés à l'usage de substances en tenant compte des **spécificités individuelles** du patient, afin de concevoir des stratégies plus efficaces car plus personnelles (concernant par exemple la gestion des envies de consommer, l'identification des déclencheurs de rechute et les moyens de les éviter, le renforcement des compétences psychosociales, etc.).

La focalisation sur les interactions entre les troubles

Contrairement au traitement par exposition prolongée standard, concentré sur la réduction des symptômes de TSPT, le protocole COPE vise à **traiter simultanément le TSPT et le TUS en faisant**

de leurs interactions le cœur du dialogue thérapeutique.

L'adaptation des techniques d'exposition

Les techniques d'exposition utilisées dans le protocole COPE intègrent celles développées pour le TSPT, tout en mobilisant des méthodes spécifiques au TUS, dédiées notamment aux moments d'usage : ***par exemple, la mise en place d'expositions graduées à des situations ou des événements associés à la consommation de substances.***

L'efficacité du protocole COPE a été prouvée à travers plusieurs études menées auprès d'anciens combattants atteints d'une pathologie duelle, en le comparant à un traitement ciblant uniquement la prévention des rechutes¹³² :

- **Sur le plan du TSPT**, le protocole COPE entraîne une plus grande **diminution de la sévérité des symptômes** de TSPT ainsi que des taux plus élevés de **rémission du diagnostic** de TSPT.
- **Sur le plan du TUS**, si les deux traitements obtiennent une réduction significative et comparable de la sévérité des symptômes, à 6 mois, les participants ayant bénéficié du protocole COPE ont une **consommation journalière significativement plus faible** que ceux ayant bénéficié de celui centré sur la prévention des rechutes.

¹³¹ *Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE)*, Therapist Guide, Sudie E. Back et al. (2014), Oxford University Press
¹³² Back et al. (2019)

Approche par les schémas de pensée à l'origine des comportements dysfonctionnels

Qu'est-ce que la thérapie des schémas ?

La thérapie des schémas, développée par Jeffrey Young dans les années 1990, est dérivée des TCC* ; destinée initialement aux troubles de la personnalité, elle s'est progressivement étendue à d'autres troubles complexes (y compris la pathologie duelle). Elle repose sur l'idée que **des schémas de pensée dysfonctionnels, formés dès l'enfance** à partir d'expériences négatives et influencés par le tempérament et le milieu familial, **altèrent durablement la personnalité**. Ces schémas sont classés en 18 types et regroupés en 5 catégories principales (séparation et rejet, manque d'autonomie, manque de limites, dépendance aux autres, hypervigilance). **Ils persistent à travers trois processus : la capitulation, l'évitement et la compensation**, qui renforcent ou contournent ces schémas, souvent de manière inconsciente. Cette approche psychothérapeutique* vise ainsi à **identifier et restructurer ces schémas** pour permettre à la personne de mieux gérer ses émotions, ses relations, et trouver un meilleur équilibre de vie.



En quoi cette approche est-elle particulièrement adaptée à la pathologie duelle ?

Elle cible directement **les schémas cognitifs et émotionnels issus des expériences traumatiques passées** — lesquelles alimentent le TSPT et le TUS tout à la fois¹³³. En effet, ces schémas dysfonctionnels exercent une influence durable et négative sur la personne car **ils génèrent des réponses comportementales inadaptées** ; par exemple, en contribuant largement aux comportements d'autosoulagement par l'usage de substances psychoactives*. Il s'agit donc, grâce à l'intégration de techniques thérapeutiques cognitives, émotionnelles et expérientielles, d'identifier les schémas posant problème pour les restructurer en profondeur et ainsi réduire leur impact délétère sur le quotidien.



Pour en savoir plus sur les fondamentaux de cette approche

¹³³ Voir chapitre « Comment comprendre les multiples aspects de la pathologie duelle ? » de ce guide

De fait, **la thérapie des schémas est efficace de façon encore plus significative dans le cadre d'une pathologie duelle avec TSPT complexe**. Ce dernier découle d'expériences traumatiques chroniques et répétées (souvent vécues durant l'enfance) qui perturbent la régulation émotionnelle, les relations interpersonnelles et la perception de soi ; et ce sont précisément ces facteurs qui sont à l'origine de l'apparition (et du maintien) de schémas de pensée dysfonctionnels. La thérapie des schémas est donc particulièrement indiquée pour ce type de profils en raison de sa capacité à **explorer en profondeur tous les aspects cognitifs et émotionnels de l'individu**.

Approche par les souvenirs traumatiques

Qu'est-ce que la thérapie EMDR ?



Pour en savoir plus sur les fondamentaux de cette approche

La thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est utilisée principalement dans le traitement des troubles liés aux psychotraumatismes. Elle repose sur l'hypothèse que **les souvenirs traumatiques ont été cognitivement mal traités et stockés de manière dysfonctionnelle dans le cerveau**, ce qui entraîne leur réactivation lorsque la personne est confrontée à des *stimuli** associés à ces souvenirs, provoquant alors des **réponses émotionnelles et comportementales négatives**. Par des stimulations bilatérales du cerveau, l'EMDR vise à retraiter ces souvenirs pour **faciliter leur intégration cognitive et émotionnelle**. Cette méthode, dont l'efficacité a été démontrée dans divers troubles (troubles anxieux, dépression, addictions), permet de réduire rapidement les symptômes et d'améliorer la qualité de vie. Elle peut être utilisée comme traitement de première ligne ou en complément d'autres approches psychothérapeutiques*.

Point de vigilance

Même si l'on trouve beaucoup de vidéos de « formation » ou de démonstration d'EMDR sur internet, pour faire usage de l'EMDR, il est impératif de **réaliser une formation officielle** mais également **d'actualiser régulièrement cette formation au prisme de l'avancée des pratiques** (il s'agit d'ailleurs de l'un des principes fondamentaux des associations nationales EMDR accréditant les thérapeutes).



Plus d'informations sur EMDR France

En quoi cette approche est-elle particulièrement adaptée à la pathologie duelle ?

La thérapie EMDR est intéressante notamment dans **le cas d'un traitement simultané** des deux aspects de la pathologie duelle. Tout l'enjeu de cette thérapie réside en effet dans l'identification et le ciblage des **interconnexions entre déclencheurs traumatiques et comportements maladaptatifs*** (ici, l'usage de substances psychoactives*), afin de permettre au souvenir traumatique d'être

intégré dans le réseau de mémoire de manière moins perturbante. Cela permet d'une part de **réduire significativement (voire, à terme, faire cesser) la présence des symptômes du TSPT**, et d'autre part de faire **diminuer la consommation de substances** (puisque liée aux déclencheurs TSPT). En accompagnant de bout en bout l'assimilation des souvenirs traumatiques, la thérapie EMDR permet également au patient d'élaborer une base psychique sur laquelle développer des **stratégies de gestion des émotions et/ou des pensées dys-fonctionnelles** — ce qui est essentiel pour prévenir les rechutes et favoriser le rétablissement émotionnel et exécutif*.

[Au sujet de l'EMDR] « Je suis plus circonspect, en revanche, en ce qui concerne les traumatismes complexes, en particulier lorsqu'ils ont eu lieu dans l'enfance et ont affecté en profondeur le développement psychique de la personne. Car ce type de trauma a des répercussions à de nombreux niveaux, affectant la personnalité, les modalités d'attachement, etc. »

➔ Parmi les approches thérapeutiques alternatives à l'EMDR, **l'Internal Family Systems (IFS), ou « système familial intérieur », ainsi que l'intégration du cycle de la vie (ICV)** se distinguent de plus en plus ces dernières années. Comme l'EMDR, **ces deux approches se concentrent sur le traitement des souvenirs traumatiques**. Encore peu développées en France, elles montrent cependant des résultats scientifiques prometteurs quant à leur efficacité.

- **L'IFS** a été officiellement référencée aux Etats-Unis dans le Registre national des programmes et pratiques fondés sur des données probantes (NREPP). Elle y a été évaluée comme étant « efficace » sur le fonctionnement psychique général et « prometteuse » quant à l'amélioration des troubles de panique et d'anxiété généralisée, des troubles dépressifs, des troubles somatiques*, ainsi que pour le renforcement de la résilience* et de l'image de soi¹³⁵. **Sa spécificité réside dans son approche dite « relationnelle »,**

Pour autant, **la thérapie EMDR seule est moins recommandée pour le traitement d'une pathologie duelle avec TSPT complexe**. En effet, les conséquences de ce dernier tendant à s'intégrer à la personnalité de l'individu au fil du temps, le traitement isolé des souvenirs traumatiques est souvent insuffisant. Dans ces cas, il est préférable d'envisager des approches thérapeutiques complémentaires (*développées précédemment*) ou alternatives (*par exemple, les thérapies IFS ou ICV mentionnée ci-dessous*), afin d'aborder plus profondément les difficultés liées aux aspects de la personnalité qui ont émergé avec le TSPT complexe.

ALAIN BRUNET¹³⁴
PSYCHIATRE SPÉCIALISÉ DANS
LES PSYCHOTRAUMATISMES
(AYANT NOTAMMENT ACCOMPAGNÉ
LES VICTIMES DE L'ATTENTAT DE 2016)

qui accentue l'aspect compassionnel de la relation thérapeute-soignant, et est fondée sur deux postulats : l'individu est constitué de multiples sous-personnalités (dites les « parties ») et la reconnaissance et l'acceptation de ces parties permet de créer un espace intérieur de guérison et une existence plus harmonieuse.¹³⁶

- **L'ICV** repose sur l'idée que les traumatismes, fragmentés dans la mémoire, perturbent le fonctionnement émotionnel et psychologique. Ensemble, le patient et le thérapeute réalisent une frise chronologique (la « ligne du temps ») retraçant l'intégralité du parcours de vie du patient. L'objectif est ainsi de **réactiver et d'intégrer pleinement les souvenirs en aidant le cerveau à retraiter les événements traumatiques dans un environnement sécurisé**. Les principales techniques, outre la ligne du temps, incluent la stimulation bilatérale via des mouvements oculaires (commune à l'EMDR), l'ancrage des ressources positives, et le travail sur les parties dissociées du soi. Des études de cas récentes^(a) suggèrent que l'ICV est particulièrement efficace pour réduire l'anxiété et améliorer la régulation émotionnelle — bien qu'à date, ces résultats nécessitent confirmation par des études de plus grande envergure.

¹³⁴ Interrogé pour l'article *Y a-t-il des contre-indications à l'EMDR ?* in *La Croix*, 2015

¹³⁵ Shadick et al. (2013)

¹³⁶ Schwartz (1995)

(a) Bajramovic, A., Branly, A., & Duriez, N. (2023). Effets de la thérapie d'intégration du cycle de vie sur l'anxiété et la régulation émotionnelle : premiers éléments d'évaluation à partir d'une étude de cas pragmatique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181(6)

EN QUELQUES MOTS

Les principes thérapeutiques les plus efficaces dans le soin de la pathologie duelle peuvent ainsi être définis autour de trois axes.

- 1 Une approche thérapeutique plurielle et intégrative**
Face à la complexité et à la diversité des besoins posés par la pathologie, une approche plurielle est nécessaire. En pratique, cela implique de combiner différentes méthodes et techniques thérapeutiques pour accompagner la personne à tous les niveaux.
- 2 Des soins condensés et intégrés**
La condensation des traitements sur un temps réduit ainsi que leur intégration réciproque permettent de maximiser leurs effets, tout en minimisant la durée et la complexité de la prise en charge. Un avantage non négligeable compte tenu de la plus grande difficulté des personnes concernées à s'engager dans un parcours thérapeutique sur un temps long.
- 3 De l'adaptabilité et de la souplesse**
La pathologie duelle requiert une flexibilité accrue pour le soignant car l'approche choisie doit pouvoir s'adapter aux progrès et/ou aux défis rencontrés par les patients au cours de leur traitement (en particulier en raison des risques de rechute et/ou d'épisodes de crise psychique si cette adaptation n'est pas mise en œuvre) ; d'où l'importance d'une équipe soignante sécurisée et multidisciplinaire sur laquelle s'appuyer.

En somme, il s'agit de construire le protocole thérapeutique en mettant les spécificités de la personne au cœur du processus : **une approche intégrée, condensée et adaptée aux besoins individuels constitue la stratégie la plus prometteuse** pour aborder la pathologie duelle.



VERS OÙ ORIENTER LES PRATIQUES DE DEMAIN ?

En complément des outils fournis dans ce guide, sont présentés ici **plusieurs axes thérapeutiques jugés pertinents à approfondir et/ou à implémenter dans les pratiques individuelles et collectives**. Ces axes se distinguent soit par leur dimension innovante, soit parce qu'ils existent depuis quelque temps déjà mais méritent que l'on y porte une attention particulière dans le contexte spécifique de la pathologie duelle. Ces pistes de progression concernent à la fois l'identification du trouble et sa prise en charge, offrant des clés pour initier des changements dès maintenant.

Comment l'évaluation du langage peut-elle devenir un levier d'identification de la pathologie duelle, au même titre que les outils standardisés ?

Par Louis Jehel, psychiatre, professeur des universités-praticien hospitalier

L'interaction complexe entre le psychotraumatisme et l'addiction nécessite de faire appel à des techniques innovantes pour une évaluation clinique rigoureuse et une prise en charge personnalisée. Dans cette perspective, **l'analyse du langage** émerge comme une **méthodologie d'identification** de la pathologie duelle particulièrement utile, mobilisable également pour le développement de stratégies de gestion individualisées. Au centre de cette exploration se trouve la détection précise des particularités du profil duel.

L'analyse des narrations, notamment les récits traumatiques, peut fournir des informations précieuses sur **les expériences et les états psychologiques des personnes**. En examinant attentivement le langage employé par le patient, les cliniciens peuvent **identifier des tendances spécifiques** qui sont souvent manifestes chez les personnes ayant subi un trauma. Des éléments tels que les expressions verbales, la cohérence des récits, ou la présence de détails sensoriels peuvent servir de balises, indiquant la présence de troubles psychotraumatiques concomitants.

En outre, une analyse linguistique minutieuse peut faciliter **l'identification précoce des signes de détresse**, qui sont souvent exprimés à travers des sentiments de désespoir ou de déni. Ces manifestations peuvent être prévalentes dans le discours des personnes présentant un TUS, suggérant ainsi un niveau supplémentaire de complexité clinique. Reconnaître ces signaux à un stade précoce est crucial pour anticiper et prévenir les développements futurs (au fort potentiel négatif).

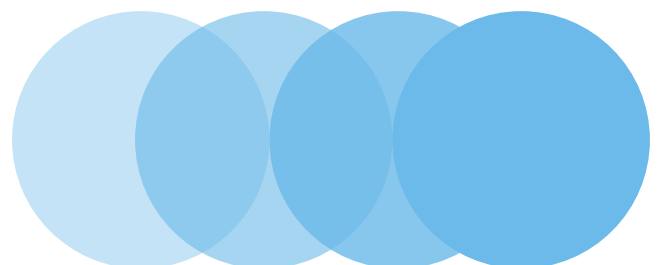
Étendant cette analyse au-delà de la détection, il est également possible de déployer des techniques linguistiques pour une évaluation plus rigoureuse de **l'impact des comorbidités* sur la qualité de vie** des personnes. Dans ce contexte, l'examen du langage peut révéler des anomalies dans le fonctionnement quotidien, soulignant des difficultés dans les sphères sociales et professionnelles. Ces indices peuvent souvent servir de révélateurs puissants de l'impact de la comorbidité* sur la qualité de vie de la personne, permettant ainsi une intervention clinique plus nuancée. Parallèlement, l'analyse psycholinguistique peut jouer un rôle central dans **la formulation d'une décision diagnostique**, étape cruciale pour éviter l'errance thérapeutique*.

La précision de l'évaluation peut être renforcée grâce à **une analyse qualitative des récits** des patients. En examinant les éléments psycholinguistiques de ces récits, les cliniciens peuvent obtenir **une représentation plus précise des domaines de la vie qui sont les plus affectés** par le trouble.

Cette évaluation peut, à son tour, faciliter la mise en place de stratégies d'intervention ciblées, offrant ainsi un moyen d'améliorer substantiellement la qualité de vie des patients. À cet égard, l'élaboration de programmes thérapeutiques ciblés est rendue possible en **identifiant les besoins spécifiques des patients à travers l'examen de leur discours**.

En adaptant les interventions en fonction de ces découvertes, il est possible de créer des plans et des parcours de soin plus personnalisés et, par conséquent, potentiellement plus efficaces.

Enfin, l'analyse du langage peut être d'une grande aide dans la réduction du taux de rechute, en mettant en lumière **les schémas cognitivo-discursifs associés à une vulnérabilité accrue** à la rechute. En identifiant ces schémas, les cliniciens peuvent élaborer des stratégies préventives plus efficaces.



Quelles approches thérapeutiques mobiliser pour renforcer la prise en charge clinique de la pathologie duelle ?

Les approches psychocorporelles : quels avantages spécifiques à la pathologie duelle ?

Les approches psychocorporelles visent à **rétablir la connexion entre l'individu et son corps**. En ce sens, elles viennent faire écho à l'interrelation étroite entre les manifestations psychiques et somatiques* propres à la pathologie duelle¹³⁷ :

- **L'expression somatique* prononcée de la pathologie**, *via* des symptômes tels que les tremblements, la tachycardie, la transpiration excessive et l'accélération respiratoire, particulièrement observés lors d'épisodes d'anxiété ou d'hypervigilance.
- **Le stockage des traumatismes dans le corps**, menant à une accumulation de stress physique et émotionnel — une tension accumulée qui peut conduire à des douleurs (que l'individu peut alors chercher à réduire *via* l'usage de substances).
- **La sensation de « déconnexion » de son propre corps (liée au phénomène de dissociation*)**, entraînant une incapacité pour la personne à reconnaître les signaux de stress ou de déclenchement de crises, voire à l'augmentation des comportements à risque.
- **La recherche d'apaisement des symptômes joué par la consommation de substances**, traduisant un besoin de soulagement tant sur le plan psychique que physique, affectant négativement le corps de l'individu à long terme.

Mises à profit de l'accompagnement de la pathologie duelle, les approches psychocorporelles facilitent ainsi **la reconnaissance et l'expression** des sensations corporelles associées au trauma, tout en favorisant leur **régulation** : les individus renforcent **leur capacité à faire face** aux symptômes quotidiens. Il s'agit **de donner une considération nouvelle au corps** : il n'est plus un objet passif, source de souffrance, mais un vecteur majeur de rétablissement*.

¹³⁷ Voir chapitre « Pourquoi est-il impératif de s'intéresser à l'interaction entre TSPT et TUS ? » de ce guide

Les approches psychocorporelles peuvent être mises en œuvre de diverses façons. Dans le cadre de la pathologie duelle, trois méthodes se distinguent par leur pertinence en lien avec les symptômes du trouble : **la relaxation, la thérapie assistée par l'animal et la pratique sportive.**

La relaxation

La relaxation est souvent associée à l'idée de détente, de repos, voire d'inaction. Pourtant, elle va bien au-delà : c'est **un véritable outil thérapeutique qui permet de créer un lien plus direct avec ses sensations, ses perceptions.** La relaxation permet en effet de se **reconnecter** à son propre corps dans la mesure où elle a pour objectif de prêter une attention précise aux phénomènes du monde extérieur et surtout, à l'impact de ces derniers sur son propre « monde intérieur ». **La détente n'est donc pas une fin, mais un moyen** de développer « une meilleure écoute de son corps et de ses éprouvés, par l'intermédiaire d'une modification de l'état de conscience »¹³⁸.

Point de vigilance

*Les méthodes de relaxation sont plurielles : sophrologie (travail du souffle), méditation de pleine conscience, exercices de relaxation musculaire progressive (la méthode de Jacobson, par exemple), etc. Mais **attention**, l'état de conscience modifié recherché dans ces méthodes augmente les risques de faire émerger des souvenirs traumatiques (parfois de façon brutale). Il est donc impératif qu'elles soient mises en œuvre **dans le cadre d'un suivi régulier et non ponctuellement et/ou sans encadrement thérapeutique.***

« Savoir se relaxer, ce n'est pas seulement rechercher un effet de détente, c'est aussi découvrir une autre façon de ressentir, d'appréhender le monde extérieur et de se percevoir soi-même. »

DOMINIQUE SERVANT¹³⁹
PSYCHIATRE ET PSYCHOTHÉRAPEUTE,
RESPONSABLE DE L'UNITÉ SPÉCIALISÉE
SUR LE STRESS ET L'ANXIÉTÉ (CHRU DE LILLE)

Cette modification de l'état de conscience est particulièrement pertinente dans le cas de la pathologie duelle puisqu'elle a pour effet de faire émerger des idées, des souvenirs (afin de **libérer et/ou comprendre des souffrances psychiques**) ou tout simplement d'apprendre à **reconnaître les « signaux » que le corps émet** (pour mieux percevoir et gérer un moment de stress, par exemple). En facilitant la reconnexion au corps et une meilleure gestion des émotions, la relaxation contribue ainsi à réduire les comportements d'évitement ou d'autosoulagement par la consommation de substances psychoactives*, tout en aidant à apaiser d'autres symptômes tels que l'hypervigilance ou les réponses de stress exacerbées.

La thérapie assistée par l'animal

La thérapie assistée par l'animal (TAA) fait de l'animal « l'adjoint » du thérapeute. Cette méthode n'implique pas seulement d'intégrer la présence animale dans la thérapie, mais bien de permettre une **interaction entre le patient, l'animal et le thérapeute.** Les bénéfices de la TAA sont nombreux, notamment pour la gestion de l'aspect TSPT (simple ou complexe) de la pathologie duelle.

¹³⁸ Psychoalcoologie à l'hôpital, Pascal Menecier et al. (2019)

¹³⁹ Relaxation et Méditation : Trouver son équilibre émotionnel, Dominique Servant (2007)

● Renforcement du lien thérapeutique

La présence de l'animal peut aider à **réduire le sentiment d'intimidation de la personne face au soignant** (en effet, par exemple, une personne accompagnée d'un chien est perçue comme étant plus sympathique que si elle est seule¹⁴⁰!). Ceci est particulièrement utile pour **les patients réticents à la thérapie ou méfiants envers le personnel socio-médical**. La présence de l'animal, vectrice de réassurance, facilite ainsi l'ouverture sur des sujets habituellement plus difficiles à aborder.



Pour savoir plus :
le site de l'association française de TAA



● Apaisement et réduction du stress

L'effet apaisant de l'animal est souvent immédiat au niveau somatique*. Par exemple, le simple fait de caresser un chien peut entraîner une baisse de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque¹⁴¹. Sur un temps plus long, l'attention nécessaire pour s'occuper de l'animal peut aider la personne à **mettre temporairement de côté ses pensées négatives**. Les promenades avec l'animal peuvent également aider à **expérimenter le monde extérieur de façon plus sereine** (utile pour les symptômes d'hypervigilance ou d'anxiété sociale, entre autres).

● Amélioration des compétences sociales et individuelles

- **Compétences sociales** : la **stimulation sensorielle** (caresser un lapin, laisser un chien lécher sa main, etc.) peut encourager les personnes introverties à s'ouvrir davantage. L'animal peut également permettre à la personne de **se tranquilliser progressivement face au contact physique** (un élément important des relations interpersonnelles, souvent mis à mal dans le cas du TSPT¹⁴²).
- **Compétences individuelles** : s'occuper de l'animal régulièrement peut aider la personne à développer son **sens des responsabilités** et son **autonomie**.

L'animal de soutien émotionnel

Encore peu répandu en France à date, le recours à un animal de soutien émotionnel est plus courant dans les pays anglo-saxons. Contrairement à un « animal d'assistance », qui est spécialement dressé pour aider au quotidien les personnes avec un handicap, un animal de soutien émotionnel a pour mission d'offrir affection, sécurité et réconfort à son adoptant. L'adoption d'un animal de soutien émotionnel représente bien sûr un engagement significatif car cela nécessite d'avoir la capacité et/ou la possibilité de répondre à tous les besoins de l'animal. Pour autant, les avantages sont nombreux : apaisement des crises, réduction du stress lié aux situations quotidiennes (par exemple, pour prendre les transports en commun), mise en place d'un mode de vie plus sain (par exemple, sorties quotidiennes pour promener le chien), etc.

¹⁴⁰ Lockwood (1983) ; Pavlides (2008)

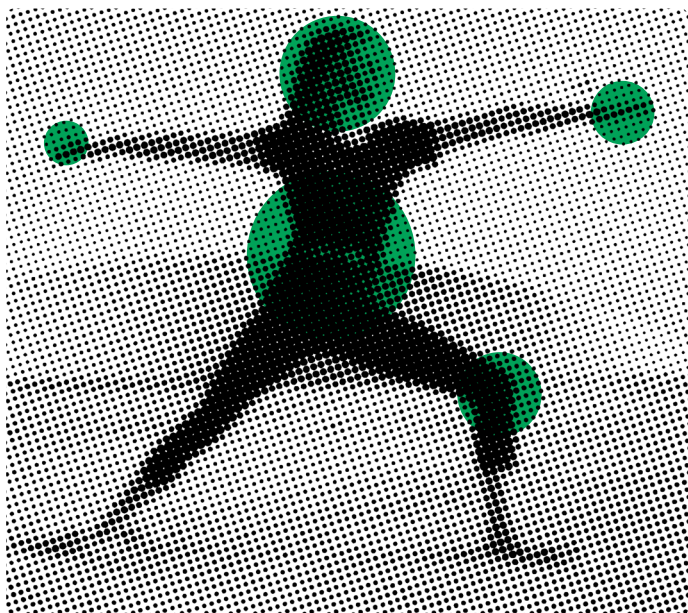
¹⁴¹ Friedmann et al. (1980) ; Friedmann, Katcher et al. (1983) ; Jenkins (1986)

¹⁴² Kruger et al. (2004)

La pratique du sport

L'activité physique régulière est associée à des **bénéfices physiologiques et neurobiologiques** significatifs, notamment au niveau de la régulation du système nerveux autonome* et de la libération d'endorphines (l'une des principales « hormones du bonheur »). En ce sens, elle contribue à la **réduction de symptômes majeurs de la pathologie duelle**, tels que l'anxiété ou l'hypervigilance. Par ailleurs, le sport aide à **rétablir les voies neurologiques altérées** par l'abus de substances psychoactives* et/ou le trauma¹⁴³ (notamment dans les cas de TSPT complexe) et à réduire le *craving**.

Les intérêts de l'activité sportive ne se limitent pas aux aspects physiologiques de la pathologie duelle. En effet, en favorisant **l'acquisition de nouvelles compétences physiques et psychosociales**, telles que la gestion du stress et l'amélioration de la discipline personnelle, l'activité sportive participe au **renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi**. Elle englobe donc tout un écosystème d'accompagnement motivationnel, relationnel et social. *In fine*, la pratique sportive peut être utilisée comme **une forme de « thérapie par le mouvement »**, en permettant non seulement l'expression (non verbale) des émotions refoulées, mais également la reconnexion aux sensations corporelles.



Un exemple de pratique sportive dont les bénéfices sont particulièrement cohérents avec les besoins posés par la pathologie duelle : **le yoga**.

➔ Le yoga vise à renforcer la connexion entre le corps et l'esprit à travers des postures physiques (qui nécessitent force, équilibre et flexibilité), de la méditation et des techniques de contrôle de la respiration (notamment *via* la respiration par le nez, dite « respiration ujjayi »). Cette pratique favorise la conscience du moment présent, la gestion des émotions et la régulation du système nerveux autonome*¹⁴⁴.

¹⁴³ Voir chapitre « Comment comprendre les multiples aspects de la pathologie duelle ? » de ce guide

¹⁴⁴ Moalla, Mounia (2023), *La Yoga Thérapie dans la prise en charge du syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT)*, Hegel, vol. 4, no. 4

La reconnaissance croissante de la pertinence d'une approche psychocorporelle de la pathologie duelle TSPT-TUS en fait aujourd'hui bien plus qu'un complément à la prise en charge clinique. Si **le lien corps-esprit** est déjà solidement intégré dans certaines pratiques, ces dernières années ont vu émerger des méthodes psychothérapeutiques où **ce lien constitue le point de départ central**. Parmi elles, deux approches particulièrement adaptées à la pathologie duelle se distinguent.

La méthode « somatic experiencing » (SE),

qui cible la régulation du système nerveux en partant du principe que le traumatisme est autant un dérèglement biologique qu'un événement psychologique. L'objectif est de « libérer » l'énergie bloquée dans le corps après un traumatisme pour éviter une surcharge du système nerveux et restaurer un état de sécurité. En aidant à atténuer les réactions physiologiques extrêmes face aux déclencheurs du stress, on réduit ainsi le besoin de recourir à des substances pour apaiser ces états. Les techniques principalement mobilisées sont la pendulation (oscillation entre sensations agréables et celles liées au traumatisme, pour réduire son impact sans déclencher une forte alerte), le suivi des sensations corporelles, la libération des tremblements et/ou des mouvements spontanés, l'ancrage, ainsi que le renforcement des limites corporelles (symboliques et physiques).

La thérapie sensorimotrice,

qui postule que les traumatismes sont stockés non seulement dans le cerveau mais aussi dans le corps. De fait, elle vise à aider les personnes à prendre conscience de leurs sensations physiques et schémas de mouvement pour mieux comprendre et réguler leurs émotions et comportements. Cette thérapie favorise une réappropriation du corps et contribue à prévenir les comportements d'autosoulagement de la douleur corporelle *via* les substances psychoactives*. Elle combine travail psychothérapeutique et interventions centrées sur le corps par des techniques d'exploration des schémas corporels (identification et modification des gestes, micromouvements, etc.), de correction des mouvements (par exemple, des étirements, des gestes d'ouverture de posture), de respiration, et de travail sur des zones corporelles spécifiques.

La mobilisation des pairs : quels avantages spécifiques à la pathologie duelle ?

Si les stratégies reposant sur le soutien des pairs (i.e. des personnes vivant ou ayant vécu la pathologie) existent depuis longtemps en France, elles restent parfois marginales. Pourtant, elles offrent des avantages uniques et **méritent d'être davantage considérées et implémentées** plus largement dans la prise en charge de la pathologie duelle, en particulier à travers deux modalités : **les groupes thérapeutiques** ainsi que l'intégration de **pairs-aidants** au sein des équipes soignantes.

Les groupes thérapeutiques

Tels que pratiqués généralement aujourd'hui dans le domaine de la santé mentale, les groupes thérapeutiques visent à faciliter **l'acceptation d'une identité collective** tout en permettant une **réaffirmation de l'identité individuelle**¹⁴⁵. Ils offrent un environnement sûr pour explorer les pensées, émotions et comportements des participants sous **la guidance d'un professionnel qualifié**, dont le rôle est crucial pour le bon déroulement du groupe et l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Dans le cas de la pathologie duelle, **cinq types** de groupes thérapeutiques se distinguent. Ils peuvent tout à fait se compléter mutuellement.

- 1 **Les groupes de soutien mutuel**, où les participants partagent leurs expériences, leurs défis et leurs succès, favorisant ainsi un **sentiment d'appartenance collective et de soutien émotionnel réciproque**.
- 2 **Les groupes de psychoéducation**, qui ont pour objectif de fournir des informations et des outils pour **renforcer la compréhension du trouble** et ainsi développer des compétences afin de mieux gérer ce dernier au quotidien.
- 3 **Les groupes de TCC***, centrés sur **l'identification et la modification** des pensées ou des croyances associées au TSPT et à l'usage de substances (donc même sans TUS formel), ainsi que sur l'enseignement de techniques de gestion du stress, des émotions, etc.

- 4 **Les groupes de pleine conscience**, qui enseignent des techniques pour développer une **conscience accrue** des pensées, émotions et sensations physiques, afin de mieux gérer le stress, l'anxiété et les épisodes de *craving**.
- 5 **Les groupes de gestion émotionnelle**, où l'objectif est d'acquérir des compétences pour reconnaître, exprimer et réguler ses émotions (négatives comme positives).



Pour en savoir plus sur
les fondamentaux de ces deux concepts



La pair-aidance

Fondée sur **la valorisation de l'expérience des personnes ayant un vécu spécifique** (la maladie, la précarité, la dépendance, les troubles psychiques...), la pair-aidance s'inscrit dans une logique de **participation active des personnes concernées par une pathologie** au sein des structures de soin. Généralement, le pair-aidant est défini comme **un individu rétabli ou en voie de rétablissement* (mais stabilisé)**, qui offre un soutien prolongé à des personnes confrontées à des expériences similaires à la sienne.

La pair-aidance est une véritable **forme d'expertise thérapeutique**, qui repose avant tout sur la reconnaissance et la valorisation des **savoirs expérientiels*** — c'est-à-dire des connaissances, savoir-faire, et savoir-être acquis par une personne en lien avec son vécu. Par exemple, en addictologie, ces savoirs peuvent concerner le vécu :

Des conduites addictives, depuis les effets psychiques et physiologiques des substances aux impacts de ces conduites sur les différentes sphères de la vie (personnelle, affective et familiale, professionnelle...).

De l'accès au parcours de soin et de l'accompagnement thérapeutique, (parfois complexes).

Du rétablissement* (qui n'est jamais linéaire).

Le pair-aidant assume un rôle *multifacette* qui dépasse la simple relation de soutien. En complément de son savoir expérientiel*, le pair-aidant reçoit **une formation professionnelle** qui atteste de sa capacité à accompagner les patients et à adopter une perspective objective sur son propre parcours. Cette distance lui permet de **saisir pleinement la situation de la personne concernée** sans être personnellement affecté, mais aussi d'identifier des savoirs pertinents avec la situation rencontrée, de **les appliquer** au profit de la personne en allant **au-delà du simple témoignage**, et de **reconnaître les limites** associées à ces savoirs¹⁴⁶. Dans le cadre de la prise en charge de la pathologie duelle, la présence de pairs-aidants est donc précieuse pour plusieurs raisons.

- **Compréhension approfondie du processus de rétablissement***: les pairs-aidants, ayant eux-mêmes vécu la dualité douloureuse du trouble, ont une compréhension directe et profonde des luttes internes auxquelles sont confrontés les patients.
- **Atténuation du sentiment de solitude** : en partageant leurs propres expériences, les pairs-aidants aident les patients à se sentir moins seuls dans leur vécu.
- **Stimulation de la motivation** : en agissant comme des exemples vivants du fait que le rétablissement* est possible, les pairs-aidants stimulent les patients à s'engager activement dans leur propre processus de mieux-être.
- **Proposition de stratégies thérapeutiques complémentaires** : sur la base de leur propre expérience de rétablissement*, les pairs-aidants peuvent offrir des suggestions pratiques pour compléter les approches existantes de gestion des symptômes (*par exemple, des conseils sur la gestion des émotions, en parallèle d'une thérapie centrée sur le trauma*).
- **Développement de liens interpersonnels en dehors des environnements de consommation de substances** : cette dernière est en effet souvent associée à des moments quotidiens de convivialité, de sociabilité (par exemple : le travail, la fête...), dont il peut être difficile de se détacher.



Participation des usagers, de l'implication à la coopération, un guide publié par la Fédération Addiction, 2020



Pair-aidance en structure de soins et d'accompagnement en addictologie : repères pour développer les pratiques et organisations intégrant les savoirs expérientiels des usagers/patients, un guide publié par la SRAE Addictologie Pays de la Loire, 2023

¹⁴⁶ Pair-aidance en structure de soins et d'accompagnement en addictologie : repères pour développer les pratiques et organisations intégrant les savoirs expérientiels des usagers/patients, Réseau SRAE addictologie Pays de la Loire (2023)

Comment l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut-elle assurer la durabilité de la prise en charge de la pathologie duelle ?



Pour en savoir plus sur les fondamentaux de ce concept

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un **dispositif officiel**, encadré par le ministère de la Santé, destiné à **améliorer l'autogestion des pathologies durables, qu'elles soient somatiques* ou psychiatriques**. Initialement appliquée à des maladies telles que le diabète ou l'épilepsie, l'ETP s'est progressivement étendue à la psychiatrie. **Son principe fondateur : la compréhension approfondie de sa maladie, de ses traitements et du système de soin permet au patient de prendre une part plus active dans la gestion de sa santé et ainsi d'améliorer sa qualité de vie.** Les programmes d'ETP sont développés par des équipes pluridisciplinaires.

Avant toute chose, il est important de spécifier que les programmes d'ETP spécifiques à la pathologie duelle demeurent limités, bien qu'il en existe certains dédiés au TSPT ou au TUS. Malgré une relative dispersion des ressources, des documents ont été élaborés (souvent à l'échelle régionale) pour répondre à la demande croissante en ce domaine. Par exemple, en région Grand-Est, un ouvrage référençant les programmes d'ETP en addictologie a été produit et offre une vue d'ensemble des dispositifs disponibles au niveau national.



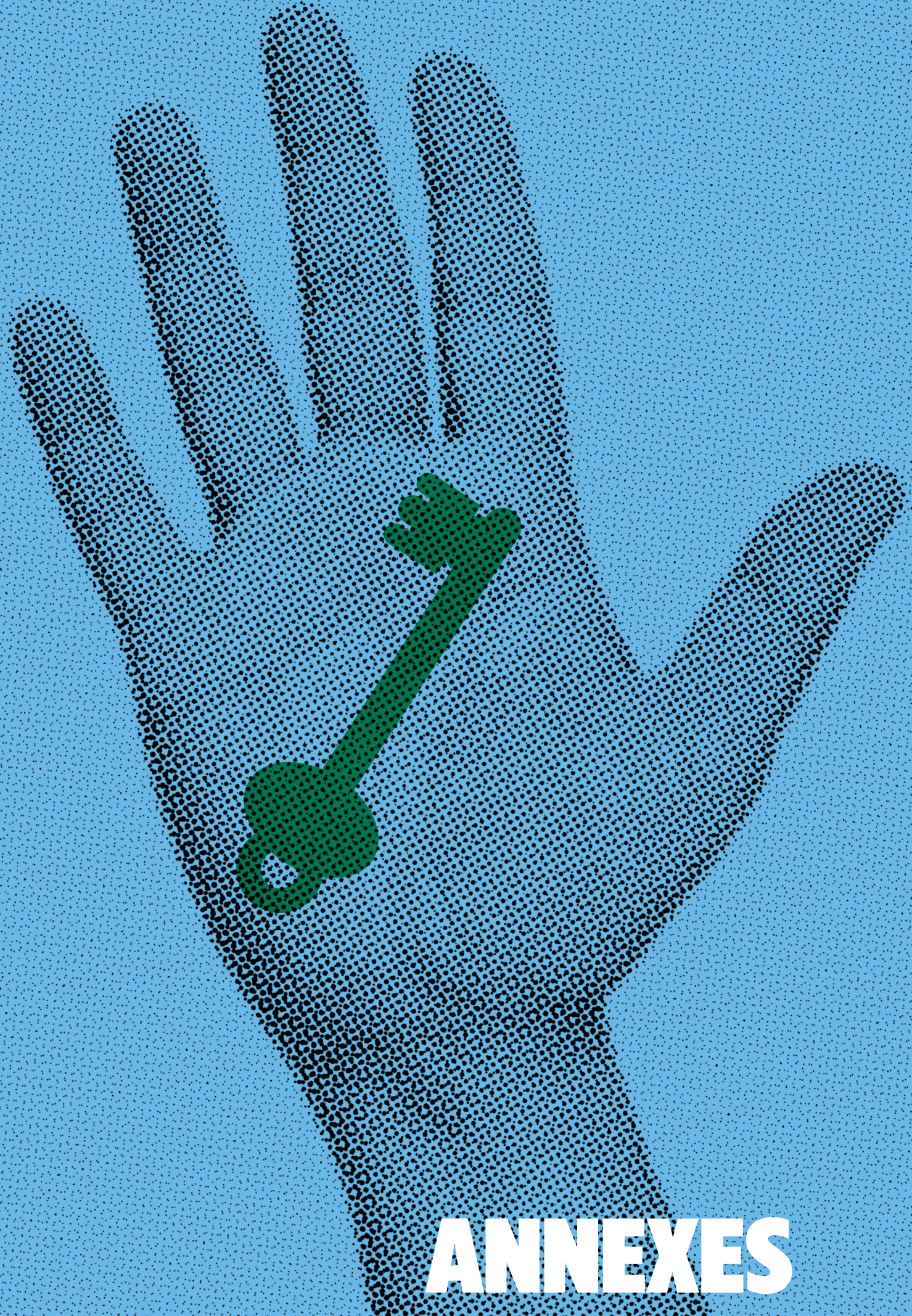
L'éducation thérapeutique du patient en addictologie en Grand-Est, un référentiel publié par le réseau ADDICA-CAREDIAB, le CIRDD et le réseau LORADDICT, 2019

Même sans programme spécifique, l'ETP demeure pertinente dans le cas de la pathologie duelle car ses principes demeurent cohérents et applicables à la prise en charge du trouble. La dimension éducative à visée « autonomisante », pilier central de l'ETP, est particulièrement pertinente face aux spécificités

de la pathologie duelle. Elle implique en effet un travail collaboratif entre soignant et soigné dans l'élaboration de stratégies visant à accroître **l'auto-détermination** des personnes. Cela inclut notamment :

- **La meilleure compréhension des liens** entre les expériences traumatiques passées et les comportements dysfonctionnels présents (dont l'usage de substances psychoactives*).
- **L'assimilation plus fine des risques et conséquences** (tant somatiques* que psychiques) de l'usage de substances.
- **L'identification et la gestion des déclencheurs** des symptômes du TSPT et de l'usage de substances.

→ *In fine*, en favorisant l'autonomie et la compréhension accrue de leur état, l'application des principes de l'ETP contribue à **améliorer l'engagement et la motivation** des personnes concernées par la pathologie duelle dans leur prise en charge, tout en renforçant leur **confiance** en leurs propres capacités.



ANNEXES

LEXIQUE

Tous les termes marqués d'un astérisque (*) sont définis dans cette partie. L'objectif est de soutenir la construction d'un **langage commun**. Ce dernier constitue en effet le fondement du **décloisonnement** des pratiques professionnelles, un aspect essentiel de la prise en charge de la pathologie duelle. En adoptant une terminologie partagée, les différents acteurs intervenant auprès des personnes concernées peuvent ainsi **mieux se comprendre, collaborer plus efficacement et aligner davantage leurs objectifs**. Cette harmonisation linguistique favorise non seulement l'échange d'informations mais crée également **une culture collective** qui soutient l'innovation et l'amélioration continue des pratiques.

Afin de faciliter le repérage par le lecteur, et ce quel que soit son domaine d'expertise initial, les termes n'ont **pas** été classés par catégories spécifiques. Ainsi, sont regroupés à la fois des termes issus de la médecine générale, des neurosciences, ainsi que des termes relatifs aux interventions, aux pratiques et comportements, entre autres.

Les définitions données dans ce lexique sont issues du dictionnaire général (Larousse), du dictionnaire de l'Académie de Médecine ou ont été rédigées par les auteurs de ce guide ; lorsque ce n'est pas le cas, les sources sont spécifiquement indiquées.



Définitions

Alexithymie

Fonctionnement mental qui comporte quatre composantes : l'incapacité à reconnaître, identifier et exprimer verbalement ses propres émotions ; la limitation de la vie imaginaire, notamment de l'aptitude à la rêverie diurne ; la tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits ; la description détaillée des faits, événements ou symptômes physiques.

Alliance thérapeutique

La collaboration mutuelle, le partenariat, la confiance réciproque entre le patient et son thérapeute pour accomplir les objectifs fixés¹⁴⁷ en commun. L'alliance thérapeutique constitue « la colonne vertébrale d'un projet thérapeutique individualisé »¹⁴⁸.

Amygdale (cerveau)

Région clé du système limbique* impliquée dans l'attribution d'une valeur émotionnelle aux stimulations environnementales¹⁴⁹, i.e. une sorte de « système d'alerte » orientant les réactions comportementales face aux *stimuli**.

Anhédonie

Capacité réduite à pouvoir ressentir du plaisir, souvent accompagnée d'une forte baisse de la motivation (contraire d'hédonie*).

Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (ou « axe HPA » pour *hypothalamic-pituitary-adrenal axis*)

Principal système de réponse au stress, constitué par l'ensemble de structures du cerveau qui relie le système nerveux central et le système endocrinien. Il conditionne notamment la capacité de réponse physiologique au stress et de retour à un état dit « de base » après la confrontation à un élément ayant provoqué le stress.

Binge drinking

Hyperalcoolisation rapide, c'est-à-dire une consommation excessive d'alcool sur une courte période.

Circuit mésolimbique

L'une des principales voies dopaminergiques* du cerveau ; c'est le circuit essentiel du système de la récompense (ou de plaisir) et de la régulation de la saillance motivationnelle*.

Comorbidité

Association de deux pathologies, psychiques ou physiques, avec interaction de l'une sur l'autre.

Contrôle inhibiteur

Processus cognitif (de niveau cortical) faisant partie des fonctions exécutives*, permettant de « résister » aux impulsions de recherche immédiate de récompense grâce à une réflexion rationnelle, l'expérience acquise, l'éducation, etc.

Coping

Mécanisme psychologique caractérisé par l'ensemble de stratégies de régulation et d'adaptation qu'un individu met en œuvre pour faire face aux événements difficiles.

Cortex cingulaire antérieur

Région du cerveau impliquée dans les fonctions autonomes (pression artérielle, respiration...) ainsi que dans de nombreux processus cognitifs liés à la motivation, l'anticipation, la prise de décision, etc.

Cortex préfrontal

Région du cerveau impliquée dans les prises de décision, le raisonnement, la mémoire de travail*, le conditionnement et valeur de la récompense, l'inhibition des comportements inappropriés, la détection des erreurs, la gestion des conflits et le contrôle cognitif.

Craving

Fort désir ou besoin impérieux (voire irréprouvable) de consommer une substance psychoactive*. Il n'est pas induit uniquement par le manque du produit mais trouve

¹⁴⁷ Bloy, A., & Bachelart, M. (2010). *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques*. Perspectives Psy.

¹⁴⁸ Haute Autorité de Santé (2016). *Projet thérapeutique individualisé : Outil pour l'amélioration des pratiques*.

¹⁴⁹ Veinante, P. (2009). *Complexe amygdalien, douleurs et analgésie*. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 10(6).

aussi sa source dans la sensibilisation et la mémorisation de l'expérience de plaisir liée à la prise de produit.

Dissociation

Perturbation et/ou discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement¹⁵⁰. En somme, il s'agit d'une séparation fonctionnelle entre des éléments psychiques qui sont habituellement réunis.

Dysphorie

État psychique généralement durable, marqué par la présence de sentiments d'insatisfaction, d'ennui, d'anhédonie*, de mal-être diffus, de goût amer de la vie et de dépression.

Endogène

Qui est dû à une cause interne (contraire d'exogène*).

Endophénotypes comportementaux

Traits de personnalités spécifiques à l'individu. On utilise notamment ce terme afin de différencier les caractéristiques comportementales des caractéristiques génétiques.

Errance

(« diagnostique » ou « thérapeutique »)

Parcours difficile d'un patient qui, souvent sur une longue période, consulte de multiples professionnels (sans que cela ne s'inscrive dans la durée) sans obtenir un diagnostic clair ni de traitement adapté à ses besoins. Elle entraîne fréquemment une perte de confiance en soi et en le corps médical, ainsi qu'une souffrance accrue.

Étiopathogénique

Étude des causes d'une pathologie et des processus par lesquels ces causes agissent.

Exécutives (fonctions, capacités...)

Terme qualifiant les processus cognitifs dits de « haut niveau », c'est-à-dire ceux permettant de traiter l'information complexe et de réguler de façon adéquate les pensées et les comportements nés en réaction à cette dernière. Ces processus englobent généralement l'attention sélective, la mémoire de travail, la flexibilité, et le contrôle inhibiteur¹⁵¹. C'est grâce à leur bon fonctionnement, souvent associé au cortex préfrontal*, que l'individu est capable de raisonnement, de résolution de problèmes, d'adaptation et de planification¹⁵².

Exogène

Qui est dû à une cause externe (contraire d'endogène*).

Hédonie

Capacité à pouvoir ressentir du plaisir et de la motivation (contraire d'anhédonie*).

Hippocampe

Région clé du système limbique* impliquée dans le traitement des informations environnementales *via* l'attention, la navigation dans l'espace, et surtout, la mémoire à long terme.

Homéostasie hédonique

Processus de régulation permettant de retrouver l'équilibre après une perturbation et ainsi d'assurer la stabilité d'un système, d'un organisme. C'est ainsi que la stimulation des circuits de la récompense (dits « hédoniques »*) sera suivie de mécanismes correcteurs (dits « opposants » ou « antagoniques ») pour revenir à l'équilibre initial.

Intervention précoce

Approche visant à raccourcir le délai entre les premiers signes d'une possible pathologie ou d'une vulnérabilité et la mise en œuvre de réponses adaptées. Elle se situe à la croisée des chemins de la prévention, de la réduction des risques et du soin¹⁵³.

¹⁵⁰ American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.)

¹⁵¹ Diamond, A. (2013)

¹⁵² Collins, A., & Koechlin, E. (2012) *in* Diamond, A. (2013)

¹⁵³ Fédération Addiction. (2019). *Guide pratiques : L'intervention précoce en pratiques*

Maladaptatif (comportement, fonctionnement...)

Qualifie un schéma comportemental élaboré par un individu pour faire face de manière immédiate aux difficultés de la vie mais qui se révèle inefficace, voire contre-productif dans la durée.

Maltraitements infantiles

Négligences ou violences physiques, sexuelles, émotionnelles, etc. ayant eu lieu au cours de l'enfance.

Manque

Ensemble de symptômes physiques et psychiques éprouvés par une personne lorsque l'apport d'une substance psychoactive* dont elle est dépendante est brusquement interrompu. L'état de manque se produit donc souvent lors de périodes de sevrage*, engendrant de fait un « syndrome de manque », dit également « syndrome de sevrage » ; il peut tout aussi bien être lié au *craving**.

Mémoire de travail

capacité cognitive à maintenir et manipuler de l'information mentalement.

Naloxone

Médicament antagoniste opioïde, antidote de référence dans le traitement d'urgence des surdoses d'opioïdes. Existant sous forme prête à l'emploi utilisable par tous, la naloxone est normalement disponible en pharmacie sans prescription médicale, et distribuée gratuitement par les professionnels et bénévoles intervenant dans le cadre de missions de réduction des risques*. Pour se former à son utilisation : www.naloxone.fr

Neurovégétatif (symptôme, activité...)

Qualifie les éléments liés au système neurovégétatif (synonyme : « système nerveux autonome* »). Ce dernier constitue l'ensemble des structures nerveuses qui régissent les grandes fonctions de l'organisme (respiration, circulation, digestion, fonction sexuelle, etc.), non soumises au contrôle volontaire.

Phénoménologique

Relatif à l'étude directe des phénomènes tels qu'ils se manifestent concrètement, en se focalisant sur leur sens subjectif, leur contexte et l'expérience vécue, plutôt que sur des interprétations abstraites ou des généralisations théoriques.

Physiopathologique

Relatif à l'étude des mécanismes modifiant les fonctions organiques (respiration, circulation, digestion, élimination, reproduction). La physiopathologie étudie les perturbations de la physiologie et permet de connaître les sources et le mécanisme d'action des pathologies.

Psychométrie (approche)

Qui met l'accent sur la mesure et l'évaluation des symptômes spécifiques.

Psychosomatique (trouble, symptôme...)

Qui concerne à la fois le corps et l'esprit, ainsi que leurs interactions.

Psychothérapeutique

Qualifie une approche thérapeutique se fondant sur des interventions psychologiques (donc sans intervention médicamenteuse) telles que la relation avec un thérapeute, le dialogue, le cadre thérapeutique, etc.

Réduction des risques et des dommages (ou « réduction des risques »)

Démarche, dispositifs et outils visant à limiter les risques et les dommages médicaux, psychologiques et sociaux de la consommation de drogues licites et illicites pour l'utilisateur, son entourage et l'ensemble de la société. Qu'il soit licite ou illicite, un produit se consomme avant tout parce qu'il procure des satisfactions : plaisir, soulagement, socialité. La RDRD respecte ces motivations et vise à aider chacun à mieux gérer sa consommation (ou son comportement) pour en minimiser les dommages. Développée dans les années 1980 en réponse à l'épidémie de VIH, elle se décline aujourd'hui dans l'ensemble du secteur de l'addictologie et est une véritable politique de santé publique.

Résilience

Concept caractérisé par la possibilité de retrouver une qualité de vie satisfaisante après des épreuves difficiles de la vie et/ou des psychotraumatismes. Il vient initialement du domaine de la physique, où « la résilience » définit la capacité d'un matériau à absorber l'énergie d'un choc en se transformant. Dans le domaine thérapeutique, la résilience n'est pas une qualité particulière dont une personne serait dotée ou non, mais plutôt un ensemble de processus qui peuvent être soutenus et accompagnés collectivement.

Rétablissement

Le rétablissement, issu historiquement du terme anglo-saxon *recovery*, se présente comme l'opposé du concept de « guérison » (concept médicalisé qui suppose un retour à l'état d'« avant »). Le rétablissement vise un « aller mieux », ce n'est pas un retour à un état initial avant la consommation mais un processus qui mène à un nouvel état d'équilibre qui prend en compte le passé et les ressources présentes pour construire un avenir (« faire avec »).^(b)

Saillance motivationnelle

Processus cognitif par lequel certains *stimuli** captent particulièrement l'attention et incitent une personne à agir et à renouveler ce comportement.

Savoirs expérientiels

Connaissances, savoir-faire, et savoir-être acquis par une personne en lien avec son vécu, notamment dans le cadre d'une pathologie physique ou psychique.

Sevrage

Privation plus ou moins rapide et durable de la substance psychoactive* source de dépendance (souvent à l'origine de l'état de manque*).

Somatique

Qui se rapporte au corps.

Stimuli (pluriel de stimulus)

Élément endogène* et/ou exogène* de nature physique, chimique ou biologique capable de déclencher des phénomènes dans l'organisme, notamment des phénomènes nerveux, musculaires ou endocriniens.

Substance psychoactive

Toute substance qui, en raison de sa nature chimique, a une action sur le fonctionnement du système nerveux* (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience¹⁵⁴. On ne fait donc pas de différence entre les substances psychoactives licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes prescrits...) et illicites (cannabis, cocaïne, MDMA, ecstasy...); leur action peut être bénéfique (par exemple, curative dans le cas des médicaments) ou très perturbatrice (selon leur nature et les contextes d'utilisation).

Système de valence négative / positive

Réseau de processus neuronaux et comportementaux activés en réponse à certains *stimuli**. La valence est ainsi dite « négative » lorsque les *stimuli** sont aversifs ou menaçants (menant à des réponses telles que la peur ou la colère). Elle est dite « positive » lorsque les *stimuli** sont plaisants ou gratifiants (menant à des réponses telles que la motivation ou le plaisir).

Système limbique

Ensemble des structures du cerveau qui interviennent dans les processus complexes tels que notamment la mémoire, les émotions, l'agressivité, la détresse (dont liée aux séparations et au sevrage), et les relations sociales.

Système nerveux autonome

Ensemble des structures nerveuses qui régissent les grandes fonctions vitales et viscérales de l'organisme (respiration, circulation, thermorégulation, digestion, excrétion, fonction sexuelle), non soumises au contrôle volontaire.

¹⁵⁴ Organisation mondiale de la Santé (2004). *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*.

^(b) Union régionale des Hauts-de-France de la Fédération Addiction. *Coconstruction et développement du pouvoir d'agir : 4 fiches outils*.

Tableau clinique

Liste des symptômes et signes d'états pathologiques cliniquement observables, souvent réalisée pour caractériser une pathologie.

Transdiagnostique (perspective, approche)

Qualifie une focalisation sur les processus psychologiques communs (mécanismes d'installation et de maintien, vulnérabilités, facteurs de risque, etc.) qui peuvent transcender les frontières cliniques (donc les diagnostics) afin de rendre possibles des interventions thérapeutiques plus holistiques.

Traumatisme vicariant

Traumatisme indirect, parfois nommé « traumatisme par procuration », touchant les professionnels exposés très régulièrement à des situations de souffrance humaine. Il ne résulte pas de l'exposition aux éléments physiques de l'évènement mais de l'engagement empathique avec les récits des personnes ayant, elles, directement vécu l'évènement. Par exemple, les agents de police qui écoutent de manière répétée des récits détaillés de violences sexuelles sur des enfants, ou les travailleurs sociaux intervenant auprès de personnes en situation de grande précarité.

Trouble somatoforme

Type de troubles à symptomatologie somatique et apparentés (hypocondrie, conversion, somatisations...), caractérisés par de fortes angoisses rattachées à des symptômes physiques évoquant des affections somatiques, sans qu'aucune anomalie organique ne puisse être décelée, ni qu'aucun mécanisme physiopathologique* ne soit reconnu.

Urgence émotionnelle

Propension à réagir de façon impulsive à des *stimuli** particulièrement chargés émotionnellement.

Voies dopaminergiques

Circuits du cerveau qui synthétisent, libèrent et transmettent la dopamine, une molécule largement impliquée dans les mécanismes de motivation et de plaisir.

Sigles

CSAPA

Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

CAARUD

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

CRP

Centre régional du psychotraumatisme.

HAS

Haute Autorité de santé.

OMS

Organisation mondiale de la santé.

DSM ou DSM-5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dit « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » en français.

CIM11

Classification internationale des maladies (réalisée par l'OMS*), 11^{ème} édition.

PPCS

Plan personnalisé de coordination en santé.

OUTILS CLINIQUES

La ligne du temps

« La ligne du temps », qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit d'un outil conçu initialement dans le cadre de la thérapie **ICV (Intégration du cycle de la vie)**, une thérapie centrée sur le psychotraumatisme, les troubles dissociatifs et les troubles de l'attachement, développée par Peggy Pace en 2002. La « ligne du temps » est particulièrement utile lors de l'exploration de l'histoire traumatique car elle permet de **remonter le fil de vie de la personne afin de replacer les évènements clés dans leur contexte** et ainsi mieux comprendre leurs liens.

Ainsi, elle sert au soignant, mais avant tout, à la personne accompagnée. Il s'agit d'un outil qui donne des clés de compréhension à chacun d'eux car il met en lumière **le moment précis où le trauma a pu survenir et son impact sur les comportements** passés et présents.

En pratique, elle peut être réalisée oralement et/ou visuellement (par exemple, en dessinant une frise chronologique), par le patient et/ou le soignant.

Dans le cas de la pathologie duelle, la ligne du temps est utile car elle permet...

- **D'identifier les traumas majeurs**, leurs impacts, leurs ramifications.
- **D'identifier d'autres traumas**, exprimés moins spontanément ou moins conscientisés comme traumas par la personne.
- **De comprendre le rôle, l'impact, et les implications de la consommation de substances psychoactives*** ; à quel moment elle arrive, dans quel contexte elle revient régulièrement, etc.

En somme, en offrant une vision plus exhaustive du parcours de vie dans son ensemble, la ligne du temps permet d'identifier les « nœuds » causes/ conséquences dans lesquels se sont inscrites les consommations de substances.

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel, qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit d'un mode de communication collaboratif et centré sur le patient, visant à explorer et renforcer sa motivation intrinsèque pour le changement. L'entretien motivationnel se caractérise par le respect de l'autonomie du patient, l'absence de confrontation directe et le soutien à l'expression des émotions et des préoccupations.

En effet, le praticien encourage le patient à explorer ses propres motivations, valeurs et objectifs. Il n'énonce pas de solution lui-même, son objectif est de faciliter le processus de changement du patient en renforçant sa motivation et en le guidant dans la résolution de son ambivalence. Cela s'opère à travers l'utilisation de moyens tels que les questions ouvertes, les reformulations, la valorisation, les synthèses, etc. qui permettent de **faire émerger le discours du changement**. **L'écoute active** et **l'affirmation de la compréhension** des expériences (négatives comme positives) du patient sont également essentielles pour établir le cadre de confiance nécessaire à l'ouverture émotionnelle.

Dans le cas de la pathologie duelle, la méthode de l'entretien motivationnel est utile car elle contribue à...

- Encourager la personne à **explorer et à accepter sa propre responsabilité dans le processus de changement** afin de l'aider à se sentir plus autonome et impliquée dans son parcours de rétablissement*.
- Créer **un environnement empreint de respect et de compréhension** en évitant la confrontation directe et en favorisant l'expression ouverte des pensées et des émotions du patient, ce qui renforce la relation thérapeutique et augmente les chances de succès du traitement.



Voir le site de la HAS*
pour plus d'informations

La technique de « la chaise vide »

La technique de la chaise vide est souvent utilisée lors de la mise en œuvre d'une thérapie des schémas, mais elle peut tout à fait être appliquée à d'autres approches psychothérapeutiques. Il s'agit d'un exercice à réaliser en séance, qui consiste pour le patient à utiliser une « chaise vide » (réelle ou visualisée mentalement) sur laquelle il imagine des personnes ou des parties de lui-même. **L'objectif pour la personne est alors de visualiser ces « êtres » assis sur la chaise vide et de se représenter en train de leur parler** afin qu'elle exprime ses émotions, se confronte avec des schémas de pensée, résolve des conflits internes, travaille de nouvelles compétences psychosociales, etc.

En pratique, cette technique peut être utilisée par exemple quand...

... La personne parle d'une émotion qui lui pose problème :
on peut l'inciter à décrire visuellement cette émotion, la décrire « physiquement », imaginer un dialogue avec, etc.

... La personne évoque une personne qui lui a fait du mal :
on peut lui faire visualiser cette personne et lui faire dire ce qu'elle aurait aimé/aimerait lui dire, sans se censurer.

... La personne évoque une incapacité à agir comme elle aimerait le faire (par exemple, poser des limites à l'autre) :
on peut lui faire visualiser une personne, imaginer une situation où elle n'arrive pas à agir, et l'accompagner à s'entraîner à agir en conséquence (par exemple, dire non).



ACTEURS DU SOIN : MIEUX SE CONNAÎTRE POUR MIEUX COLLABORER

Qui sont les principaux acteurs du soin dans le champ de la pathologie duelle TSPT-TUS ?

/// En addictologie

1: Soin ambulatoire médico-social

Les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Créés par la loi du 2 janvier 2002, les CSAPA prennent en charge les personnes en difficulté avec les substances psychoactives, licites ou non. Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substance. Les missions des CSAPA sont, depuis 2007 :

- **L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage.** Dans ce cadre, ils peuvent

mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs.

- **La réduction des risques*** associés à la consommation de substances psychoactives*.
- **La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative** qui comprend diagnostic, prestations de soins, accès aux droits sociaux, aide à l'insertion ou à la réinsertion.

- **Le sevrage et son accompagnement**, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.
- Depuis 2016, les CSAPA sont également chargés d'une **mission de prévention**.

Les CSAPA assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel (appartements thérapeutiques, familles d'accueil...) ou collectif (structures d'urgence ou de transition, centres thérapeutiques résidentiels...), soit ces deux prestations à la fois. Ils ont également des missions facultatives : l'intervention précoce* *via* les Consultations jeunes consommateurs, la prise en charge des addictions sans substance, l'intervention auprès des personnes détenues ou sortant de prison

Les coordonnées de tous les CSAPA sont accessibles sur www.drogues-info-service.fr

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Les CAARUD sont destinés à accueillir des personnes consommant des substances psychoactives* sans être engagées dans une démarche de soin, dont les modes de consommation ou les produits consommés peuvent les exposer à des risques et/ou des dommages.

Les CAARUD accueillent les usagers de drogues avec un minimum de conditions ; notamment, il n'est pas exigé d'être sevré/abstiné ou engagé dans une démarche de sevrage pour être accueilli (principe de **l'accueil inconditionnel**).

Les missions des CAARUD sont :

- **L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé** pour usagers de drogues.
- **Le soutien aux usagers** dans l'accès aux soins, mais également dans l'accès

(par l'accompagnement pendant la détention ou la mission de CSAPA référent en milieu pénitentiaire).

Au sein de certains CSAPA, un dispositif dédié aux jeunes : les consultations jeunes consommateurs (CJC)

Les CJC proposent une **évaluation des consommations** et des **risques associés**, **un accompagnement pour prévenir** une consommation problématique ainsi que des **aides à l'arrêt ou à la réduction** des consommations ou pratiques à risque. Les professionnels des CJC agissent dans une démarche d'intervention précoce* visant à éviter le mésusage dès les premières consommations mais surtout à raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un TUS et la mise en œuvre d'un accompagnement adapté.

aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

- La mise à disposition de **matériel** de prévention des infections et d'autres actions de réduction des risques* (RDR).
- L'organisation d'actions de **médiation sociale** hors les murs, en vue d'établir le contact avec les usagers et d'assurer la bonne intégration du centre dans le quartier.
- La participation au **dispositif de veille** en matière de drogues, ainsi qu'à la recherche, la prévention et la formation sur **l'évolution des pratiques des usagers**.

Les coordonnées de tous les CAARUD sont accessibles sur www.drogues-info-service.fr

Les haltes soins addictions (HSA), anciennement « salles de consommation à moindre risque » (SCMR)

Les HSA, anciennement connues sous le nom de salles de consommation à moindre risque (SCMR), constituent un dispositif de santé publique inscrit dans la loi depuis 2016 sous statut expérimental. Ces structures visent à **offrir aux personnes consommant des drogues (souvent issues de milieux précaires et consommant dans la rue) un environnement sécurisé pour leur consommation**, ce qui permet de limiter les risques pour leur santé. Elles sont souvent nommées « salles de shoot » dans le langage commun, mais cette appellation est inexacte (et stigmatisante) : **les HSA ne se limitent pas à l'injection — et surtout, le travail des professionnels en leur sein va bien au-delà de la simple consommation**. Dans une HSA, les usagers ont accès à un **accompagnement sanitaire complet**, incluant des consultations médicales et infirmières, ainsi qu'une **réorientation vers des services d'addictologie ou de psychiatrie**. Ils bénéficient également d'un **soutien social**, touchant des domaines variés tels que les questions administratives, d'hébergement, de logement et de justice.

Une évaluation scientifique réalisée en 2021¹⁶⁸ a confirmé l'efficacité des HSA dans la réduction des problèmes de santé rencontrés par les usagers. Cette étude a également noté qu'il n'y avait pas de dégradation de la tranquillité publique aux abords de ces structures, contrairement aux nombreuses idées reçues qui circulent à ce sujet. Actuellement, seules deux HSA existent en France, l'une à Paris et l'autre à Strasbourg. Cependant, plus de 140 HSA sont opérationnelles dans le monde, et toutes les évaluations menées à leur sujet attestent de leur utilité dans la réduction des risques*.

¹⁶⁸ Rapport scientifique commandé à l'Inserm par la Mildeca (2021). *Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale*.

2: Soin résidentiel médico-social

Les dispositifs de soin résidentiel font partie intégrante de l'offre d'accompagnement en addictologie. Ils proposent sur **la durée**, un **accompagnement global et individualisé**, s'appuyant sur un ensemble de compétences médico-psycho-socio-éducatives, dans lequel l'hébergement est un levier majeur.

Ces dispositifs sont variés et regroupent :

Les CSAPA résidentiels (aussi appelés centres thérapeutiques résidentiels), qui offrent un accompagnement global individualisé, dans une dynamique collective, au sein d'une petite unité, pour notamment expérimenter une approche sans produit addictif problématique, la vie en collectivité, les gestes quotidiens.

Les communautés thérapeutiques, lieux de soins et de réhabilitation sociale qui visent un travail sur soi *via* une dynamique communautaire (basée sur l'entraide et la responsabilisation).

Les services d'accueil, d'urgence et de transition, lieux de soins proposant un accueil collectif aux personnes afin de rompre avec leur cadre habituel, en étant accompagnées dans leur stabilisation de leur démarche de soin, l'accompagnement se présentant en étapes, sur un temps long.

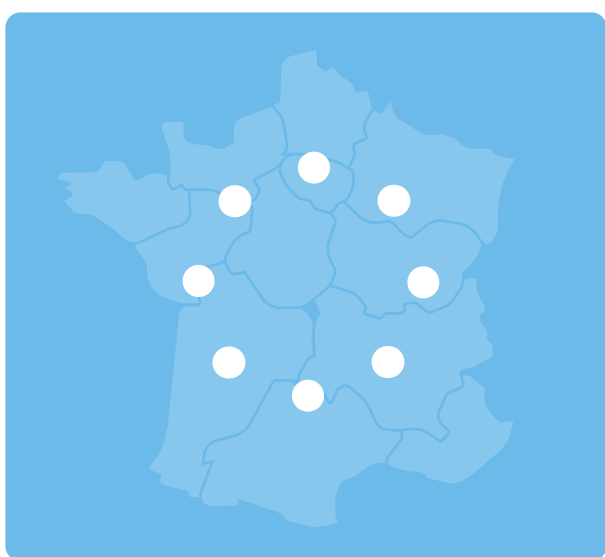
Les appartements thérapeutiques, unités de soins rattachées aux CSAPA qui proposent un accompagnement durable et global, dans le but de favoriser l'autonomie de la personne et de restaurer ses liens socioprofessionnels.

Les réseaux d'accueil en famille, un accompagnement proposé au sein d'une famille recrutée par un CSAPA en fonction de différents critères, afin que la personne puisse retrouver son identité, un rythme de vie ordinaire et un réapprentissage des liens sociaux, dans un cadre chaleureux et sécurisant.

Pour permettre d'y voir plus clair à travers cette offre riche et diversifiée, **la Fédération Addiction a réalisé un annuaire national des dispositifs de soin résidentiel en addictologie**. Cet annuaire est structuré par dispositif et par région et comprend les contacts (postaux, téléphoniques, courriels, site internet) ainsi que le nombre de places et des précisions sur les modalités d'accompagnement proposées.



Télécharger l'annuaire des dispositifs de soin résidentiel en addictologie



3 : Dispositifs sanitaires

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

Créées en 1996, les ELSA sont des équipes hospitalières qui font désormais partie des acteurs clés de la prise en charge des personnes concernées par les addictions. Elles sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales sont de :

- **Former, assister et conseiller les soignants** des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients.
- **Intervenir auprès des patients** dans les services d'urgences hospitalières ainsi que pendant l'hospitalisation, en appui et en soutien des équipes soignantes.

- **Développer des liens** avec les différents acteurs hospitaliers (intra et extra) pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi.

L'équipe d'une ELSA est composée a minima d'un médecin, d'un infirmier, ainsi que d'une partie de temps d'un psychologue, d'un travailleur social et d'un diététicien. Les professionnels d'une ELSA sont compétents sur l'ensemble du champ des addictions (avec ou sans substances) ; ils contribuent ainsi au renforcement d'une culture addictologique dans les équipes de soin sanitaires.

Les services médicaux et de réadaptation en addictologie (SMRA)

Ces services sont destinés à accueillir les patients en relai d'une hospitalisation ou en accès direct, afin de réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales de leur prise en charge et de faciliter leur rétablissement*.

Les consultations hospitalières

Elles incluent l'accueil, l'écoute, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des personnes présentant des conduites addictives. Elles assurent également le suivi ou la préparation d'une hospitalisation, tout en jouant un rôle d'interface entre l'hospitalisation et le suivi ambulatoire.

L'hospitalisation (complète ou de jour)

L'**hospitalisation complète** permet notamment de réaliser des sevrages durant deux semaines de séjour à temps plein. L'**hospitalisation de jour**, quant à elle, permet à des patients fragiles (en raison de la sévérité des conduites addictives, des comorbidités, etc.) de participer à des activités thérapeutiques individuelles et groupales : cela peut être une alternative à l'hospitalisation complète mais avec une prise en charge plus intense que ce qui peut être proposé dans les autres types de prise en charge ambulatoire.

5 : Secteur libéral

Les addictologues exerçant en secteur libéral sont relativement peu nombreux. En revanche, on compte de plus en plus de **microstructures médicales en addictologie** : des équipes sanitaires pluriprofessionnelles (travailleurs sociaux, psychologues...) installées dans les cabinets de médecins généralistes. Elles y interviennent chaque semaine pour accompagner les patients présentant des problèmes d'addiction. Près d'une cinquantaine de ces microstructures sont actuellement déployées en France. Il convient également de rappeler l'importance des **médecins généralistes** ainsi que des **pharmaciens**, partenaires de proximité essentiels (distribution de matériel de RDR*, par exemple).

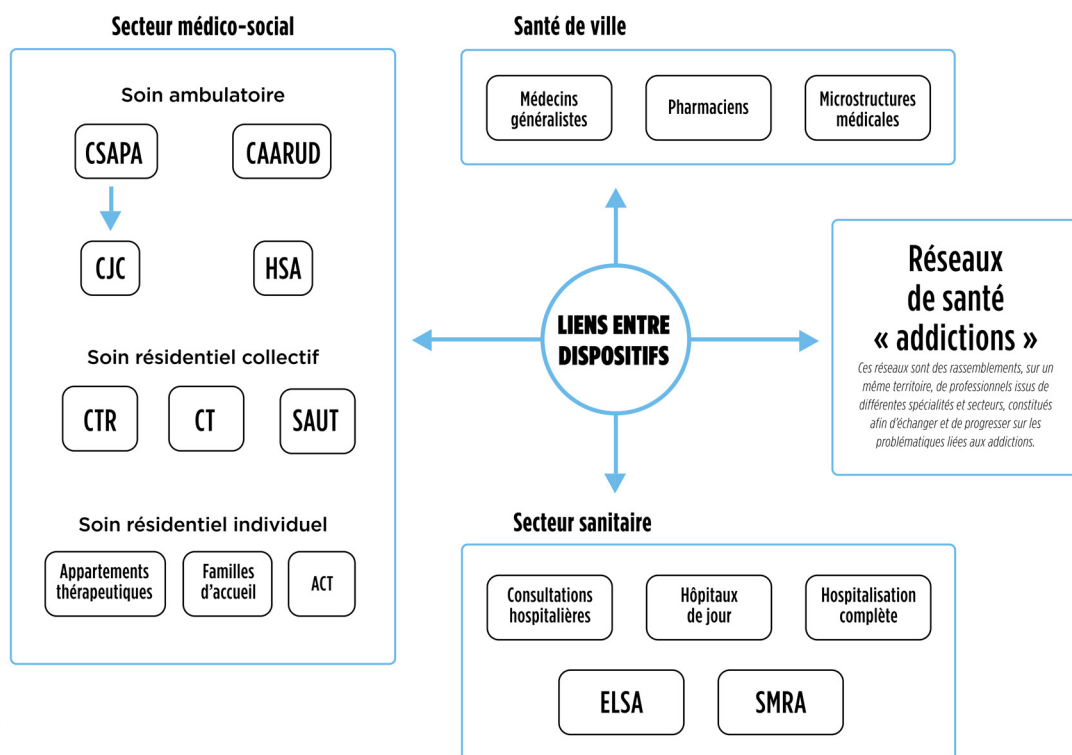
SCHEMA RÉCAPITULATIF

Ce schéma n'est pas exhaustif. Les partenariats varient en fonction des territoires et des acteurs en présence.

INTERVENIR ADDICTIONS



Pour en savoir plus sur l'offre de soins en addictologie : la plateforme Intervenir Addictions



En psychotraumatologie

1 : Les centres régionaux du psychotraumatisme (CRP)

Les CRP sont des centres de consultation rattachés à des établissements hospitaliers. Créés en 2018, leur objectif principal est **d'assurer une prise en charge de l'ensemble des personnes (mineures et majeures) sur leur territoire exposées à des violences et/ou souffrant de TSPT**. Formées au psychotraumatisme, les équipes de professionnels proposent les soins les mieux adaptés à chaque personne à l'épreuve d'un événement traumatisant.

En sus de leur mission d'accueil, d'orientation et de soin, les CRP sont chargés :

- D'apporter une expertise et des ressources pour **améliorer la prise en charge générale des psychotraumatismes**, notamment à travers de formations.
- De **travailler en collaboration** avec les professionnels de santé du territoire et les organisations d'accompagnement des victimes (associations, services sociaux...).

En 2024, 17 centres sont en activité couvrant l'ensemble des régions françaises. Plusieurs consultations hospitalières départementales commencent également à se développer pour élargir l'offre de soins spécialisée du TSPT.

2 : Les associations spécialisées qui proposent des consultations en psychotraumatologie

Ces associations se mobilisent plus spécifiquement dans l'accompagnement de certaines situations, telles que les violences faites aux femmes, les situations d'exil ou encore les maltraitances infantiles. Elles peuvent proposer des consultations en psychotraumatologie en appliquant les tarifs conventionnés par la sécurité sociale.



Cartographie de l'offre nationale (établissements de santé) en psychotraumatologie recensée par le Cn2r

3 : Secteur libéral

De nombreux professionnels de santé exerçant en libéral sont formés à des approches thérapeutiques spécifiques, créant une offre variée mais dispersée, rendant difficile un panorama complet de cette disponibilité.

Quel que soit le type de thérapie pratiqué, il est indispensable que le professionnel possède **un numéro ADELI** (pour les psychologues et psychothérapeutes) ou **un numéro RPPS** (pour les médecins). Ces identifiants professionnels uniques garantissent la validité de leur formation. Par ailleurs, il est essentiel que le thérapeute ait été **spécifiquement formé** à l'approche qu'il mobilise ; il convient donc de se renseigner sur son parcours et sa formation.

/// En santé mentale générale

L'offre de soins en santé mentale générale est étendue et diversifiée. Le panorama des établissements présenté ci-après donne un aperçu des principaux types de lieux ; il est toutefois recommandé de consulter des répertoires spécialisés pour obtenir des informations plus précises ou locales. Ainsi, s'il en existe d'autres, la référence nationale pour ces recherches est, à date, la plateforme « **Retab** ».

Ce moteur de recherche recense en effet les structures de soins et d'accompagnement disponibles pour les personnes présentant des troubles psychiques. Il est conçu pour une utilisation simple et accessible, aussi bien pour les professionnels que pour les personnes concernées, et propose un accès gratuit aux informations.



Accéder à « Retab »

1: Les centres médico-psychologiques (CMP)

Les CMP sont les structures de référence pour la prise en charge en santé mentale dans le secteur public. Toute personne souhaitant consulter un médecin psychiatre ou pédopsychiatre peut s'adresser au CMP le plus proche de son domicile. Les consultations y sont gratuites, sans avance de frais pour les patients. La première évaluation est réalisée par un infirmier qui peut, si nécessaire, orienter vers un médecin psychiatre. Celui-ci travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, assistants sociaux, psychologues, autres professionnels spécialisés).

Le CMP propose principalement **des soins ambulatoires, des consultations et des actions de prévention et de suivi à domicile** pour les patients. On y accueille des patients de tout âge, avec parfois des spécialisations par tranche d'âge (on trouve ainsi des CMP enfants/ado et des CMP adultes). Le CMP donne également accès, sur indication médicale après une première évaluation, à des consultations spécialisées (dites également consultations universitaires) pour des soins plus spécifiques. Par ce biais, le psychiatre peut prescrire des thérapies adaptées aux besoins individuels et/ou orienter vers des professionnels spécialisés (troubles du comportement alimentaire, soutien à la parentalité, etc.).

Il est important de savoir qu'en raison de la gratuité des soins en CMP et de la demande en constante augmentation, **les délais d'attente pour un premier rendez-vous peuvent être plus longs que la plupart d'autres établissements de santé publics.**

2: Les centres médico-psychopédagogiques (CMPP)

Les CMPP sont des centres de soins destinés aux **jeunes de 0 à 20 ans**. Ils ont un fonctionnement similaire aux CMP.

3: Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Les CATTP ont pour objectif de **maintenir et/ou de favoriser l'autonomie des personnes bénéficiant déjà d'une prise en charge en santé mentale** par des actions de soutien et des thérapies de groupe. Ils prolongent souvent l'activité d'un CMP ou d'une unité d'hospitalisation complète, offrant une prise en charge plus intensive que celle d'un CMP seul, mais plus souple qu'un hôpital de jour ; ils représentent donc une véritable alternative à l'hospitalisation.

Les CATTP proposent **un accompagnement sans suivi médical, axé sur l'accueil, l'échange et l'écoute**. Les activités sont organisées en demi-journées et visent à prévenir l'isolement et/ou la perte des compétences relationnelles, affectives et cognitives. Ces activités peuvent être variées : activités sportives, ateliers vidéo, musique... Grâce à leur structure flexible, les CATTP permettent d'ajuster la fréquence et la régularité des activités selon les besoins et les difficultés quotidiennes de chaque personne.

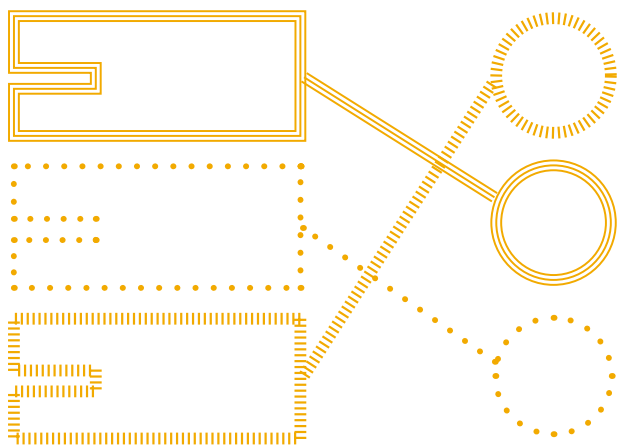
Les CATTP s'adressent aux personnes rencontrant des difficultés psychologiques, vivant à leur domicile et qui, du fait de ces difficultés, souffrent d'isolement. L'orientation vers un CATTP se fait sur prescription médicale.

4: Secteur libéral

Voir le paragraphe dédié au secteur libéral dans la partie précédente (« psychotraumatologie »).

La cartographie Prépsy, pour un recensement des principales structures en addictologie et en santé mentale

L'association Prépsy, grâce à son programme **Prépsy Contact**, propose une cartographie collaborative qui répertorie les structures de soins en lien avec les pathologies psychiatriques et les addictions, telles que les CMP, CJC, CSAPA, ELSA, etc. Cette ressource en constante évolution facilite la recherche de structures pour les personnes en difficulté et les professionnels souhaitant collaborer.



Accéder à la
cartographie de Prépsy



Comment la connaissance des étapes de l'identification clinique permet-elle d'assurer la qualité des interventions au sein de l'équipe soignante ?

Quelles sont les étapes de l'identification clinique ?

L'identification d'une pathologie, qu'elle soit psychique ou somatique, se déroule en trois étapes successives : **le repérage, le dépistage et le diagnostic.**

Le **repérage** repose sur une observation attentive des comportements et symptômes de la personne, constituant une première phase au cours de laquelle le soignant identifie d'éventuels signaux d'alerte.

Le **dépistage** consiste ensuite en une évaluation plus approfondie grâce à des outils cliniques standardisés, spécifiquement conçus pour identifier des symptômes précis. Cette étape est essentielle pour établir la présence d'indices cliniques objectifs parmi les symptômes observés et ainsi proposer des premières interventions adaptées.

Enfin, le **diagnostic** représente l'étape formelle par laquelle le professionnel de santé qualifié établit le trouble en se basant sur des critères diagnostiques reconnus. Ce diagnostic est central, car il oriente de manière ciblée le plan de traitement et les options thérapeutiques.

En quoi la connaissance de ces étapes permet-elle une meilleure prise en charge de la pathologie duelle ?

La connaissance de chaque étape par tous les membres de l'équipe soignante permet à chacun de **situer son intervention** et de jouer un rôle complémentaire au sein du parcours du patient. Elle aide chaque professionnel à adapter ses actions en fonction du niveau de prise en charge approprié, évitant ainsi les interventions redondantes ou inadaptées et garantissant une cohérence dans l'accompagnement. Une telle compréhension commune des étapes d'identification favorise également la **fluidité des interventions** : chaque professionnel sait quand passer le relais. Par exemple, lorsque des signaux repérés par un éducateur ou un infirmier entraînent un dépistage plus approfondi, ou lorsque les résultats de ce dépistage orientent le patient vers un diagnostic formel.

Par ailleurs, **la communication interprofessionnelle est facilitée** grâce à ce partage de connaissances : le processus d'identification de la pathologie sert de langage commun entre les professionnels, qui comprennent mieux la portée et les limites de leur rôle respectif. Une **approche pluridisciplinaire optimisée** émerge alors,

où chaque étape est connectée par une compréhension partagée des actions à mener. Enfin, cette articulation des interventions réduit **les délais de prise en charge** ; un enjeu particulièrement crucial auprès des personnes touchées par la pathologie duelle, dont les risques d'abandon des soins et/ou d'errance thérapeutique* sont plus élevés¹⁶⁹. En repérant rapidement les situations préoccupantes, les professionnels de première ligne permettent aux cliniciens de se concentrer sur les diagnostics formels et d'optimiser ainsi le parcours de soin.

Ainsi, **chaque acteur, des éducateurs spécialisés aux infirmiers et aux cliniciens, joue un rôle décisif**. Bien que seul un professionnel habilité puisse formaliser le diagnostic, les étapes de repérage et de dépistage sont tout aussi déterminantes. Ces étapes reposent sur des professionnels qui, étant au plus près des patients, possèdent une connaissance fine de leur situation personnelle et peuvent ainsi détecter des signaux moins évidents. Même après le diagnostic, ces professionnels continuent d'occuper une place centrale dans le suivi (soins intégrés, équipes pluridisciplinaires, etc.).

¹⁶⁹ Voir partie « Pourquoi est-il impératif de s'intéresser à l'interaction entre TSPT et TUS ? » de ce guide

Pourquoi la réorientation d'un patient vers d'autres acteurs demande-t-elle une attention particulière dans le cas de la pathologie duelle ?

Qu'il s'agisse du repérage, du dépistage ou du diagnostic, il apparaît parfois nécessaire d'orienter le patient vers un autre professionnel (manque de temps, absence d'habilitation, etc.). Toutefois, **cette réorientation exige une réflexion approfondie**, en particulier dans le cas de la pathologie duelle TSPT-TUS. Un changement de cadre — par exemple, un recours à une structure externe ou une modification majeure du parcours (hospitalisation, orientation vers un centre spécialisé pour un patient initialement suivi en libéral, etc.) — peut **fragiliser la motivation du patient vis-à-vis de son parcours de soin**.

De nombreux facteurs peuvent en effet rendre cette transition délicate : délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous, éloignement géographique, environnement médical parfois intimidant, etc. Ces éléments peuvent décourager le patient puisque la solution de soin n'est pas adaptée à ses besoins. Ce risque est particulièrement marqué chez les patients souffrant de pathologie duelle, pour lesquels, on le sait, le taux d'abandon des soins est plus élevé que pour ceux présentant des troubles moins complexes¹⁷⁰. Afin de réduire ce risque, la réorientation doit donc être soigneusement planifiée.

Mais en pratique, comment procéder ?

¹⁷⁰ Voir partie « Pourquoi est-il impératif de s'intéresser à l'interaction entre TSPT et TUS ? » de ce guide



1. Maintenir un lien avec le patient après la réorientation, au moins temporairement

Cette démarche vise à **minimiser le sentiment d'abandon** qui pourrait naître chez la personne accompagnée, et qui pourrait dans le même temps raviver des symptômes et entraîner des difficultés supplémentaires (une rechute, par exemple).

2. Informer le patient sur les raisons et le processus de la réorientation

Il est essentiel d'expliquer quels sont les symptômes qui appellent une prise en charge spécialisée, de présenter la structure et/ou le professionnel vers qui le patient est orienté (*par exemple, en disant « il s'agit d'un professionnel de confiance que je connais »*), afin de **réduire l'inquiétude liée à l'inconnu**. Cette transparence renforce la confiance et l'alliance thérapeutique* construite avec le patient.

3. Mobiliser les ressources disponibles au sein des structures spécialisées en fonction du contexte de pratique

Pour les professionnels exerçant dans des environnements tels que :

- Les établissements spécialisés en addictologie ;
- Les structures de psychotraumatologie et/ou de santé mentale générale ;
- Les établissements sociaux (ASE, Planning familial, centres d'hébergement, etc.) ;
- Les dispositifs sanitaires (urgences hospitalières, soins ambulatoires, etc.).

Il est recommandé de solliciter en priorité les autres membres de l'équipe de soin de la structure dès que cela possible.

Cette collaboration peut prendre plusieurs formes, et cela sans que le professionnel initiateur de la réorientation ne cesse d'accompagner le patient. En effet, les modalités de collaboration sont plurielles, pouvant inclure des discussions entre collègues, des consultations croisées, des interventions ponctuelles complémentaires (par exemple, une contribution du psychiatre pour proposer un suivi médicamenteux en complément de la thérapie assurée par le psychologue), etc.

En quoi le PPCS* (un outil conçu par la HAS*) est-il une base efficace pour favoriser la collaboration entre les professionnels du soin ?

Le Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) est un outil élaboré par la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'un « cadre de référence visant à homogénéiser la coordination des situations complexes »¹⁷¹ (idéalement dématérialisé afin de s'inscrire dans les pratiques numériques actuelles). Coconstruit par les professionnels du soin, la personne suivie, et son entourage, le PPCS a pour objectif de « faciliter le travail en commun des professionnels tout en prenant appui sur la ou les compétences de la personne concernée et de son entourage »¹⁷².

Grâce à cet outil, il est donc possible d'accorder **une importance égale aux dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale spécifiques à la personne tout en valorisant son propre savoir**, afin de personnaliser la prise en charge en fonction de ses besoins, ses attentes, et ses projets.

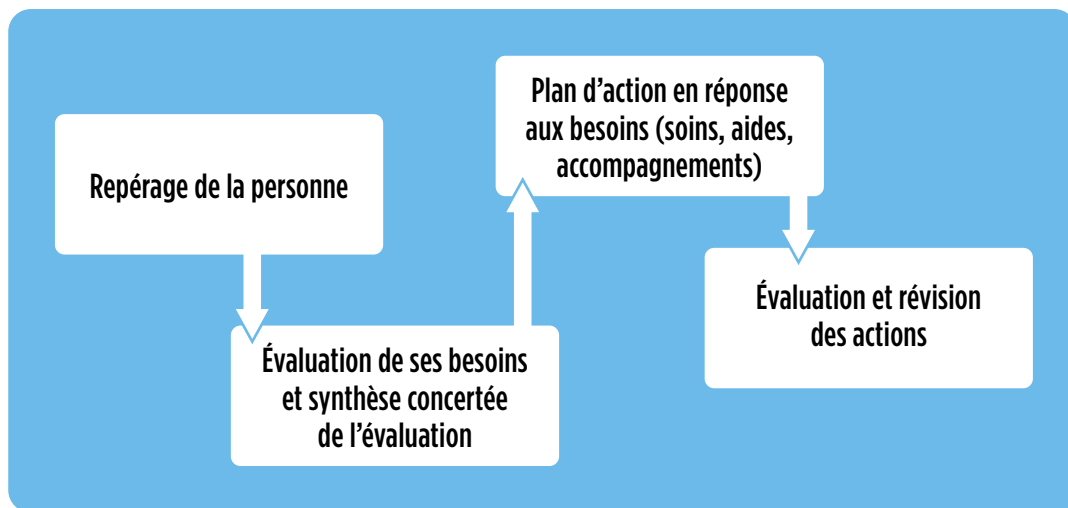
Tous les professionnels peuvent se saisir de cet outil. Bien sûr, sa mise en œuvre peut être compliquée par la pénurie croissante de personnel dans les structures de soin ainsi que par le manque de moyens et de temps. Pour autant, **les grands principes du PPCS* peuvent servir de fondation pour initier de nouveaux processus au sein des structures**. Par exemple, la supervision de la coordination par un professionnel-référent qui aura pour rôles de faciliter la communication entre les intervenants, d'harmoniser les objectifs et d'adapter les interventions aux besoins changeants du patient. De fait, en intégrant ces principes progressivement, même à petite échelle, il est possible d'améliorer la collaboration entre les professionnels et d'assurer une prise en charge plus intégrée et personnalisée des patients.

¹⁷¹ Haute Autorité de Santé (2019). *Plan personnalisé de coordination en santé*.
¹⁷² Ibid

Pratiquement, il est élaboré en se fondant sur la séquence ci-contre.



Présentation du PPCS* par la HAS*



Les 10 points clés du PPCS*

- 1 Identifier un référent du PPCS*.
- 2 Identifier les situations à problème ou les besoins non couverts sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne.
- 3 Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible.
- 4 Recueillir le projet de la personne, ses choix, ses préférences et attentes, et en tenir compte.
- 5 Analyser la situation à partir des éléments recueillis et coconstruire un projet autour d'objectifs communs avec la personne et les professionnels.
- 6 Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs.
- 7 Identifier des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions, en respectant le libre choix de l'utilisateur.
- 8 Déterminer des critères d'atteinte des objectifs.
- 9 Fixer des dates de révision des interventions.
- 10 Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPCS.



Modèle de PPCS* (en version Word, afin de pouvoir le personnaliser si nécessaire)



Mode d'emploi du PPCS*

BIBLIOGRAPHIE

Principaux articles (hors revues de littérature scientifique)

Apps, M.A., Rushworth, M.F., & Chang, S.W. (2016). The Anterior Cingulate Gyrus and Social Cognition: Tracking the Motivation of Others. *Neuron*, 90(4)

Bajramovic, A., Branly, A., & Duriez, N. (2023). Effets de la thérapie d'intégration du cycle de vie sur l'anxiété et la régulation émotionnelle : premiers éléments d'évaluation à partir d'une étude de cas pragmatique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181(6)

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy.*

Briot, Pascal, et al. (2015). Prise en charge intégrée des maladies mentales : l'exemple d'Intermountain Healthcare (USA), *Santé Publique*, vol. 1

Fossard, O., Lahya, S., Montagne, A., Duban, C., Pellegrin, F., Boudet, M., Delon, N., & Lavaud Laplagne, A. (2018). Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte (EPPA-I) Prévalence de l'exposition psychotraumatique dans un pôle de psychiatrie adulte. *L'information psychiatrique*, 94(3)

Gisquet-Verrier, P., & Le Dorze, C. (s.d.) (2019). Addiction et stress post-traumatique : vers un traitement commun ? *Revue du CNRS*.

Goodman A. (1990). Addiction: definition and implication. *British Journal of Addiction*.

Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E.J., Cardoso G., et al. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Psychotraumatol*

Koenen K.C., Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K.A., Bromet E.J., Stein D.J., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*

Moalla, Mounia. (2023). La Yoga Thérapie dans la prise en charge du syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT), *Hegel*, vol. 4, no. 4

McCauley, J.L., Killeen, T., Gros, D.F., Brady, K.T., & Back, S.E. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and

Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment.

Organisation mondiale de la santé. (2010). La santé mentale : renforcer notre action. *Aide-mémoire*, n°220

Roberts, A.L., Rosario, M., Corliss, H.L., Koenen, K.C., & Austin, S.B. (2012). Elevated Risk of Posttraumatic Stress in Sexual Minority Youths: Mediation by Childhood Abuse and Gender Nonconformity. *American Journal of Public Health*, 102

Straus E., Haller M., Lyons R.C., Norman S.B. (2018). Functional and psychiatric correlates of PTSD and AUD. *Alcohol Res Curr Rev.*

Veinante, P. (2009). Complexe amygdalien, douleurs et analgésie. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 10(6).

Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacobelli M., Bamberger M., & Zlatanova Z. (2017). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20

Ouvrages et guides pratiques

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e éd.

Boumendjel, M. et Benyamina, A. (2016). Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge. In **Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H., & Benyamina, A. (Eds.)**, *Traité d'addictologie*, 2e éd.

Dominique Servant. (2007). *Relaxation et Méditation : Trouver son équilibre émotionnel*.

Fédération Addiction. (2019). *Guide pratiques : l'intervention précoce en pratiques*.

Fédération Addiction. (2019). *Guide repère(s) : addictions et troubles psychiatriques*.

Haute Autorité de santé (2016). *Projet thérapeutique individualisé : outil pour l'amélioration des pratiques*.

Haute Autorité de santé (2019). *Plan personnalisé de coordination en santé.*

Intervenir-addictions.fr. *S'informer, repérer, orienter.*

Morel A., Couteron J.P., & Fouilland P. (Eds.). (2015). *Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions, 2e éd..*

Pascal Menecier et al. (2019) *Psychoalcoologie à l'hôpital.*

Rasclé, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (1994). *Le soutien social dans la relation stress-maladie. Introduction à la psychologie de la santé.*

Réseau SRAE addictologie Pays de la Loire. (2023). *Pair aidance en structure de soins et d'accompagnement en addictologie : repères pour développer les pratiques et organisations intégrant les savoirs expérientiels des usagers/patients.*

Sudie E. Back et al. (2014). *Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE), Therapist Guide.*

Union régionale des Hauts-de-France de la Fédération Addiction. (2022). *Coconstruction et développement du pouvoir d'agir : 4 fiches outils.*

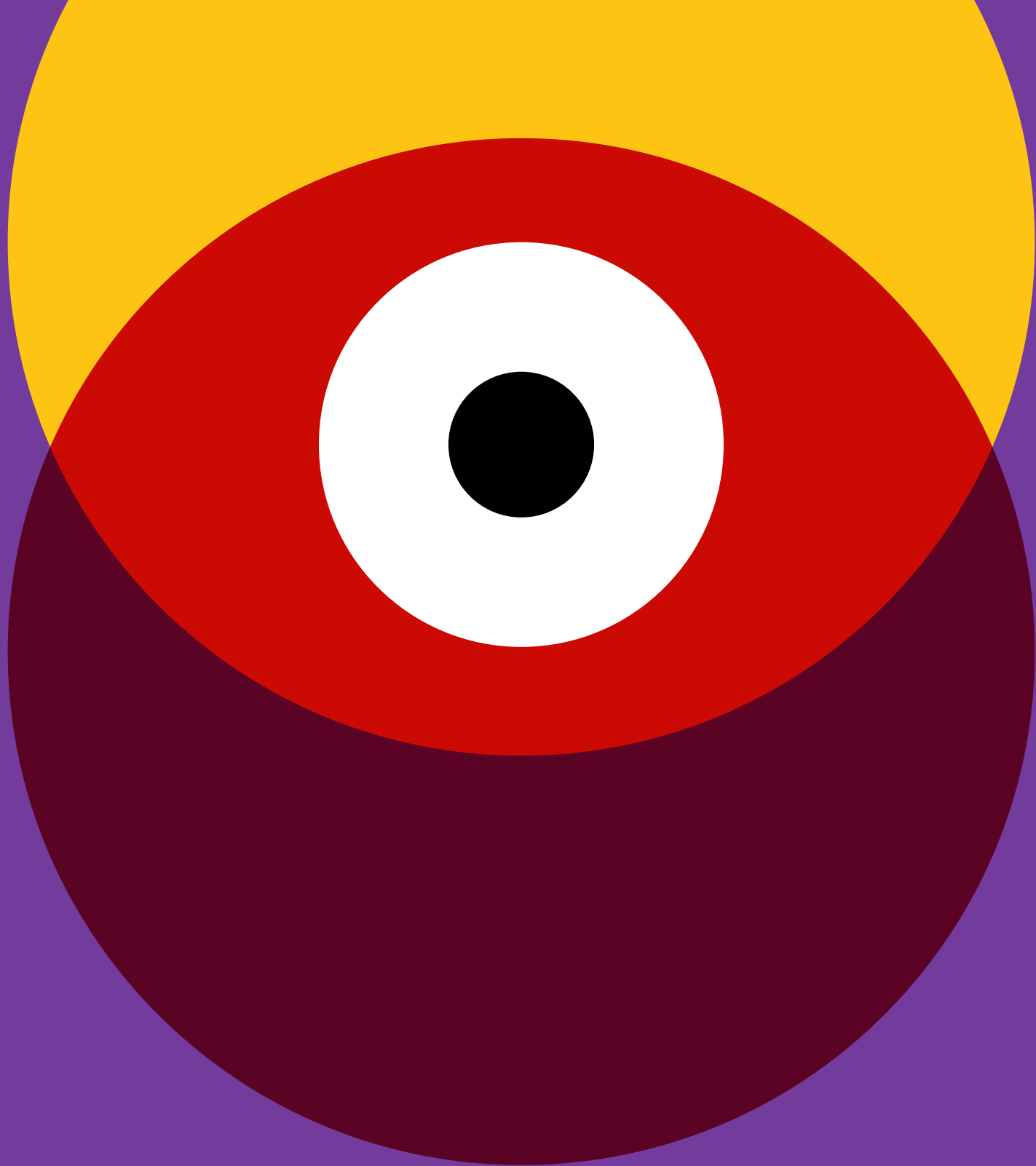
Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide.*

Rapports et statistiques

F2RSM-Psy (Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie). (2023). *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale.*

Inserm pour la Mildeca. (2021). *Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale.*

Organisation mondiale de la santé. (2004). *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance.*



FÉDÉRATION
ADDITION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

104 rue Oberkampf — 75011 Paris
Tel. +33 (0)1.43.43.72.38
www.federationaddiction.fr

**Avec le soutien
du fonds de lutte
contre les addictions**