La santé mentale

Professeur Cyril Tarquinio

Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Tel: +33 (0)6.70.30.30.52
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/
Editor-in-Chief of the European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier) -
Associate-Editor aux Annales Médico-Psychologiques
Responsable du Master de Psychologie clinique de l'Université de Lorraine (site de Metz).
Responsable du Parcours Type "Psychothérapie et dimensions traumatiques" -
http://shs-metz.univ-lorraine.fr/content/master-psychotherapie-et-dimensions-traumatiques
Responsable de la Licence 1 de psychologie de l'Université de Lorraine (site de Metz)

1. Santé et santé mentale

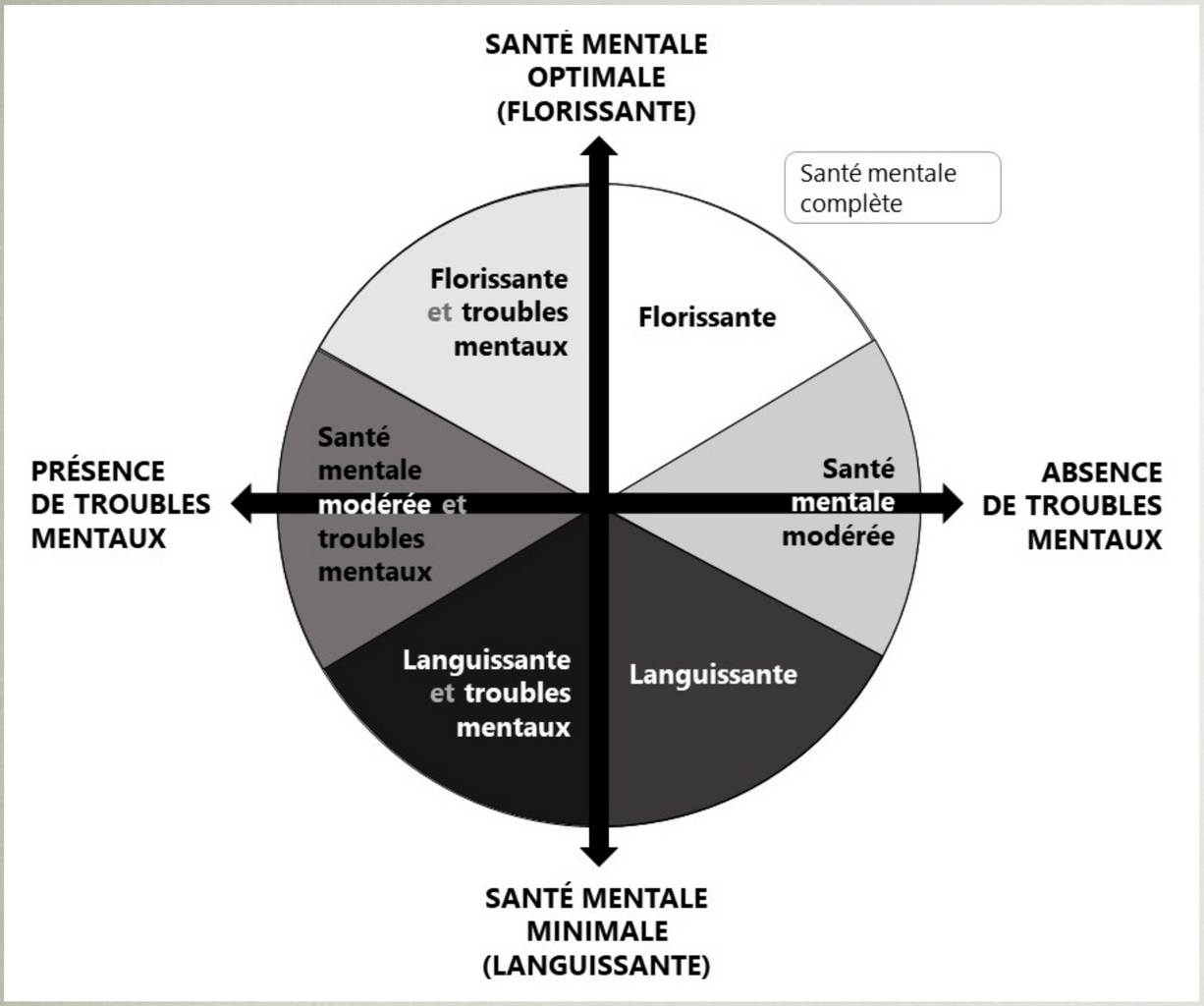
« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948)

L'OMS nous rappelle qu' « il n'y pas de santé sans santé mentale ».

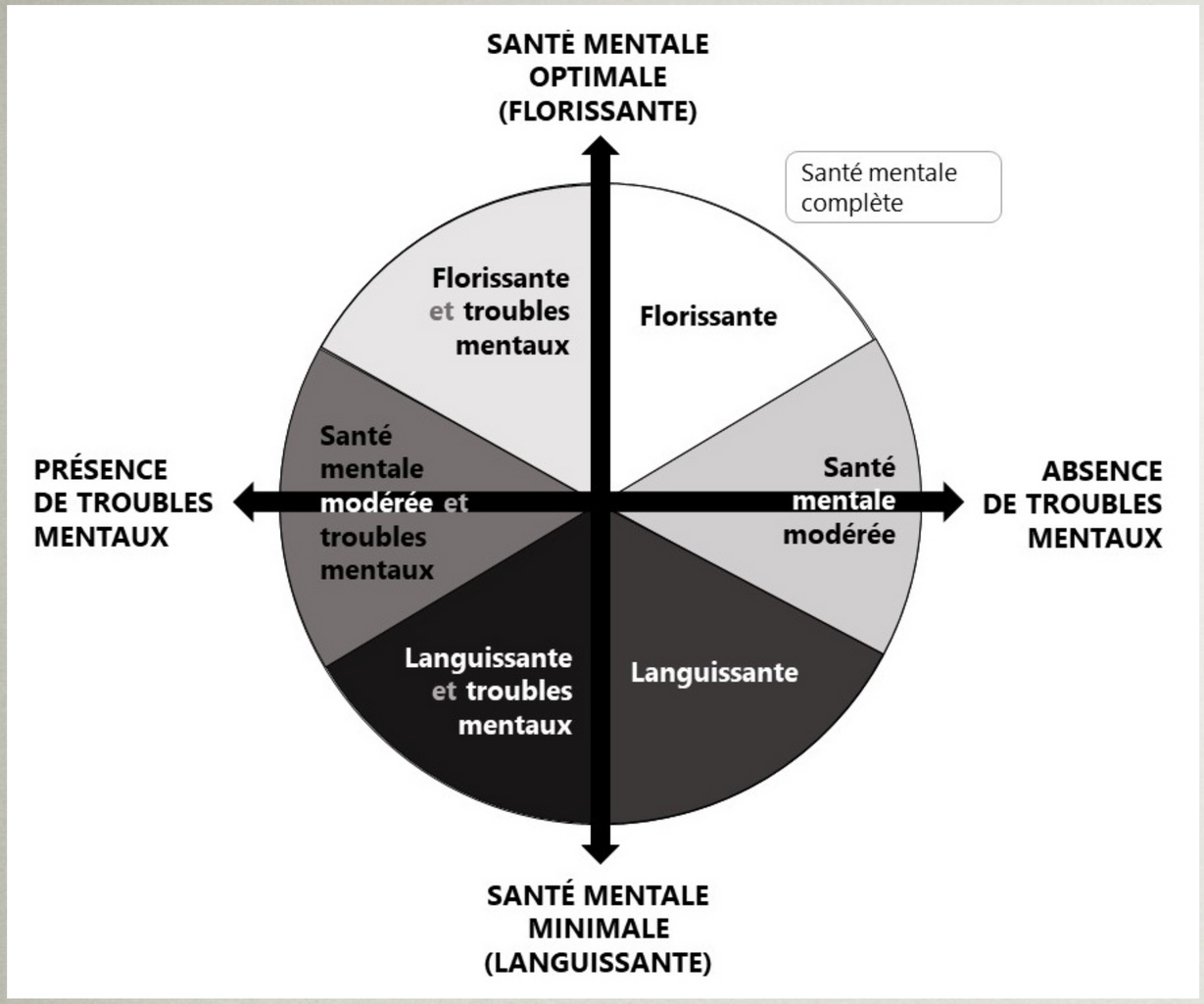
Être en bonne santé, c'est par conséquent être en bonne santé physique et mentale : nous avons tous une santé mentale.

En 2001, dans son Rapport sur la santé mentale : une nouvelle conception, de nouveaux espoirs, l'OMS a précisé que la santé mentale :

"est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à sa communauté."



Les personnes qui présentent une santé mentale languissante ressentent « un état de vide dans lequel [elles] n'éprouvent qu'un faible niveau de bien-être émotionnel, psychologique et social, sans nécessairement rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble dépressif



Les personnes qui présentent une santé mentale languissante ressentent « un état de vide dans lequel [elles] n'éprouvent qu'un faible niveau de bien-être émotionnel, psychologique et social, sans nécessairement rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble dépressif

Distinguer la santé mentale des troubles mentaux : le modèle du double continuum

La santé mentale a longtemps été conçue comme simplement l'absence de troubles mentaux.

On penche davantage aujourd'hui pour une conceptualisation où santé mentale et troubles mentaux ne sont pas à l'opposé d'un même continuum. Ils peuvent coexister.

Interconnexion entre santé mentale et santé physique

Impact mutuel direct :

Une mauvaise santé mentale peut entraîner des problèmes de santé physique. Par exemple :

Dépression → associée à des maladies cardiovasculaires, au diabète, ou à l'hypertension.

Anxiété chronique → impacte le système immunitaire et favorise les troubles digestifs.

Interconnexion entre santé mentale et santé physique

Lien neurobiologique :

Le stress psychologique déclenche la libération de cortisol, qui, à long terme, peut affecter la santé physique (système immunitaire affaibli, maladies métaboliques).

Les maladies inflammatoires chroniques influencent également le fonctionnement du cerveau, augmentant les risques de troubles de santé mentale.

Une mauvaise santé physique peut aggraver les troubles mentaux.

2.

Différence entre psychologie, psychiatrie, psychopathologie

Psychologie

La psychologie, c'est la discipline scientifique qui étudie le fonctionnement mental et comportemental : cognition (attention, mémoire, croyances), émotions, motivation, relations, développement, apprentissages, et adaptation à l'environnement. Elle produit des modèles explicatifs et des méthodes d'évaluation/intervention (entretiens, tests, psychothérapies, psychoéducation, prévention). Point clé à mettre sur une diapo : la psychologie n'est pas "la maladie mentale", c'est l'étude du fonctionnement (normal et problématique) et des leviers de changement.

Psychiatrie

La psychiatrie, c'est une spécialité médicale centrée sur le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux, avec une approche biomédicale intégrée (neurobiologie, comorbidités somatiques, risques, iatrogénie, interactions médicamenteuses). Elle mobilise des traitements médicamenteux et non médicamenteux (psychothérapies, soins de secteur, hospitalisation si besoin). Point clé pour des pharmaciens : la psychiatrie implique la prescription et la surveillance clinique des psychotropes (efficacité, effets indésirables, observance, sevrage, interactions).

Psychopathologie

La psychopathologie, c'est le champ qui décrit et explique les troubles psychiques (symptômes, syndromes, trajectoires, facteurs de risque/protection, mécanismes), et les relie à des modèles théoriques (cognitivo-comportemental, psychodynamique, développemental, systémique, neurobiologique, trauma-informed, etc.). Ce n'est pas une profession en soi : c'est une "science des troubles", transversale à la psychologie clinique et à la psychiatrie. Point clé : elle fait le pont entre observation clinique (phénoménologie) et explication (mécanismes).

Psychologie = science du fonctionnement psychique et comportemental.
Psychiatrie = médecine des troubles mentaux (diagnostic + prescription + gestion du risque).
Psychopathologie = étude scientifique des troubles (description + compréhension + modèles).

Un psychologue n'est pas médecin (pas de prescription en France) ; un psychiatre est médecin (prescription).

La psychopathologie traverse les deux : elle structure la compréhension clinique et oriente les prises en charge (y compris l'usage des traitements).

Psychothérapie

Définition en intention de la psychothérapie (ce que c'est "par essence")

La psychothérapie est une intervention de soin fondée sur une relation structurée, qui mobilise des méthodes psychologiques (verbales, expérientielles, comportementales, relationnelles, corporelles selon les approches) pour produire un changement clinique pertinent : réduction de symptômes, amélioration du fonctionnement, transformation des schémas cognitifs/émotionnels/interpersonnels, restauration des capacités d'adaptation et de régulation. Dit autrement : ce n'est pas "parler de soi", c'est un dispositif méthodique orienté vers des objectifs thérapeutiques, avec une théorie du changement et des techniques. Sur le plan conceptuel, beaucoup d'auteurs résument la psychothérapie comme un ensemble de méthodes agissant sur le psychisme dans le cadre d'une relation soignante.

Psychothérapie

Définition en extension de la psychothérapie

Relèvent typiquement de la psychothérapie : les psychothérapies structurées (TCC, thérapies psychodynamiques, thérapies systémiques/familiales, thérapie interpersonnelle, thérapies humanistes/expérientielles, etc.), les interventions centrées trauma (dont certaines modalités EMDR), les prises en charge individuelles ou de groupe, en ambulatoire ou en institution, dès lors qu'il y a un cadre, une méthode, des objectifs et une logique d'évaluation clinique. À l'inverse, n'en relèvent pas : le coaching "bien-être" non clinique, le soutien informel, les pratiques ésotériques, ou toute activité sans cadre thérapeutique et sans responsabilité clinique explicite (même si ça "fait du bien"). (Là, on est sur une frontière pratique plus que juridique, car le droit français ne donne pas une définition exhaustive de "psychothérapie" comme acte réservé.)

3. Les grandes entités psychopathologiques

6 sous-types de troubles

- anxiété **généralisée**
- trouble **panique**
- **phobies** spécifiques
- **agoraphobie**
- anxiété **sociale**
- anxiété de **séparation**

Trouble panique

Trouble panique

Le trouble panique se définit par la répétition d'attaques de panique inattendues, c'est-à-dire des épisodes brefs où la peur monte très vite et très fort, avec un cortège somatique impressionnant (palpitations, oppression, souffle court, tremblements, sueurs, vertiges, déréalisation). Le point central n'est pas seulement l'attaque, mais ce qu'elle fabrique ensuite : la personne se met à scruter ses sensations corporelles, à craindre une nouvelle attaque, puis à éviter les situations où "elle ne pourrait pas s'échapper" ou "être secourue". C'est la mécanique de la "peur de la peur", avec une boucle d'amplification : sensation → interprétation catastrophique ("je fais un infarctus / je m'étouffe / je deviens fou") → décharge adrénergique → sensation encore plus forte.

Trouble panique

Trouble panique

“Dans le bus, mon cœur s’emballe, je manque d’air, je suis certain de mourir. Je descends en urgence. Depuis, j’évite bus, files d’attente, supermarchés, et je sors rarement seul.” Messages à faire passer : une attaque de panique est extrêmement intense, mais elle n’est pas dangereuse en elle-même ; c’est l’évitement qui chronicise. Pour des pharmaciens, l’intérêt est double : repérer les facteurs déclenchants ou aggravants (caféine, stimulants, sevrage alcool/benzodiazépines), et soutenir la trajectoire thérapeutique (TCC en première intention, ISRS/IRSNa si besoin ; benzodiazépines à manier court et ciblé, sinon risque de dépendance et d’anxiété de rebond).

Phobie

Phobie

Une phobie, c'est une peur massive, automatique et durable, déclenchée par une situation ou un objet clairement identifié, et qui conduit à l'évitement. La phobie spécifique concerne un stimulus précis (animaux, sang-injection, avion, claustrophobie, hauteur). La phobie sociale concerne l'exposition au regard d'autrui : parler en réunion, manger devant les autres, être observé, prendre la parole, avec la crainte d'être jugé, humilié, "d'être vu comme nul". Dans les deux cas, la personne sait souvent que la peur est disproportionnée, mais elle n'arrive pas à la maîtriser au moment de l'exposition.

Phobie

Phobie

Illustration clinique : phobie spécifique, “Je refuse l’IRM, l’ascenseur et les cabines d’essayage : dès que c’est fermé, je panique.” Phobie sociale, “Je prépare une présentation pendant des jours, puis j’annule. Je redoute de rougir, de trembler, que ma voix lâche.” Messages clés : l’évitement soulage à court terme, mais entretient le problème à long terme ; la stratégie la plus efficace est l’exposition graduée (souvent en TCC), parfois associée à un travail sur l’anticipation et l’attention portée aux signes corporels. Côté officine : attention à l’automédication (alcool, antihistaminiques sédatifs, benzodiazépines), et aux usages “situationnels” non encadrés ; orienter vers prise en charge structurée.

TAG

TAG

Le TAG, c'est une anxiété diffuse, quasi quotidienne, centrée sur des inquiétudes multiples (santé, finances, travail, famille), vécues comme difficiles à contrôler. Le sujet n'a pas une peur "d'un objet", il vit dans une tension interne continue : hypervigilance, anticipation négative, rumination ("et si…"), besoin de réassurance. Sur le plan corporel, on retrouve fatigue, irritabilité, troubles du sommeil, tensions musculaires, troubles digestifs, difficultés de concentration. Cliniquement, on parle souvent d'une "machine à scénarios", qui tourne en arrière-plan et épuise.

TAG

TAG

Illustration clinique : “Je sais que j’exagère, mais mon cerveau invente des catastrophes. Je vérifie tout, je demande des avis, et le soir je n’arrive pas à couper.” Messages clés : le TAG se maintient par l’intolérance à l’incertitude, la rumination et les comportements de réassurance ; les traitements efficaces reposent sur la psychoéducation, la TCC (inquiétudes, exposition à l’incertitude, techniques attentionnelles), l’hygiène de sommeil, et parfois ISRS/IRSNa. En pharmacie : repérer l’usage chronique de benzodiazépines (risque dépendance/cognitif), l’auto-traitement par alcool, et expliquer le délai d’action des antidépresseurs anxiolytiques, ainsi que les symptômes de sevrage en cas d’arrêt brutal.

TOC

TOC

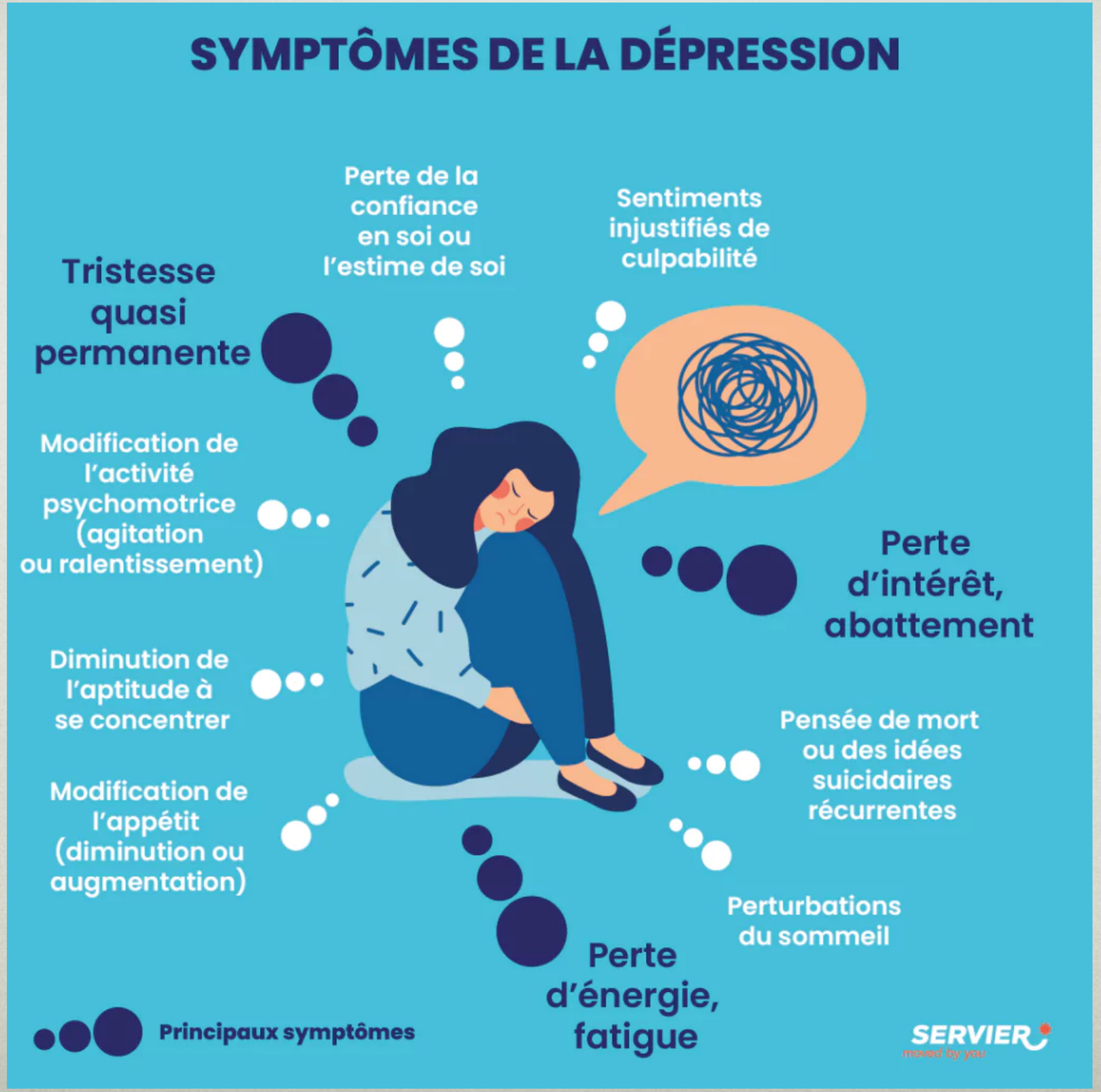
Le TOC associe des obsessions et des compulsions. Les obsessions sont des pensées, images ou impulsions intrusives, répétitives, vécues comme dérangeantes et anxiogènes (“je vais contaminer”, “j’ai peut-être renversé quelqu’un”, “si je ne vérifie pas, il y aura un drame”). Les compulsions sont des actes ou rituels mentaux destinés à réduire l’angoisse (lavage, vérification, comptage, répétitions, demandes de réassurance). Le soulagement est immédiat mais bref : le cerveau apprend que le rituel “calme”, et le cycle se renforce. Le retentissement est souvent majeur : temps perdu, honte, isolement, épuisement.

TOC

TOC

Illustration clinique : “Je me lave les mains jusqu’au sang. Si je ne le fais pas, j’ai la certitude que je vais rendre quelqu’un malade.” Autre vignette : “Je vérifie la porte 20 fois ; si je pars, une image s’impose : incendie, cambriolage.” Messages clés : le TOC n’est pas un trait de personnalité, c’est un trouble de l’anxiété avec une logique d’apprentissage et de renforcement ; le traitement de référence est l’exposition avec prévention de la réponse (EPR) en TCC, souvent associée à ISRS à dose efficace (souvent plus élevées que pour la dépression, sous contrôle médical). Côté pharmacien : vigilance sur l’observance et la durée (réponse souvent lente), repérer l’auto-médication anxiolytique qui masque mais ne traite pas, et soutenir l’alliance thérapeutique (“les pensées intrusives ne disent pas qui vous êtes”).

SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION



Dépression

Dépression

Sur le plan clinique, on parle de dépression quand il y a une rupture durable du fonctionnement habituel, avec une tonalité émotionnelle abaissée ou une perte d'élan (anhédonie) qui "contamine" la pensée, le corps et le comportement. Le cœur du tableau, ce n'est pas seulement la tristesse : c'est l'appauvrissement de la capacité à éprouver du plaisir, la baisse d'énergie, le ralentissement ou l'agitation, la vision négative de soi et de l'avenir, et la perte de flexibilité cognitive.

Dépression

Dépression

La dépression peut être mélancolique (plus “biologique”, ralentissement, anhédonie massive), atypique (réactivité émotionnelle, hypersomnie, hyperphagie), anxieuse (rumination, tension, attaques), saisonnière, du post-partum, ou associée à une pathologie somatique. Message clé à faire passer à des pharmaciens : la dépression est hétérogène, et ce sont les combinaisons symptôme–durée–retentissement–risque suicidaire qui guident l’orientation et la prise en charge.

Dépression

Dépression

Côté critères diagnostiques (cadre DSM-5), l'épisode dépressif caractérisé repose sur un ensemble de symptômes présents la majeure partie du temps pendant au moins deux semaines, avec retentissement : humeur dépressive et/ou perte d'intérêt/plaisir, auxquels s'ajoutent typiquement des troubles du sommeil, de l'appétit/poids, une fatigue marquée, un ralentissement ou une agitation psychomotrice, des difficultés de concentration, une culpabilité excessive ou une dévalorisation, et des idées de mort.

Dépression

Dépression

Illustration clinique : “Je ne ressens plus rien, même les choses que j’aime. Je me traîne, je dors mal, je rumine et je me sens inutile.”

Messages pratiques : repérer d’emblée le risque suicidaire (idéation, scénario, accès aux moyens, isolement), distinguer deuil vs dépression (dans le deuil l’estime de soi est souvent préservée, la tristesse peut être fluctuante), et ne pas rater un trouble bipolaire masqué (antécédents d’hypomanie, agitation, réduction du sommeil, épisodes récurrents, histoire familiale), car cela change radicalement la stratégie médicamenteuse.

Dépression

Dépression

La “dépression masquée” n’est pas un diagnostic officiel, c’est un concept clinique utile : la souffrance dépressive est là, mais l’expression dominante n’est pas “je suis triste”. La plainte principale devient corporelle (douleurs diffuses, céphalées, troubles digestifs, oppression, fatigue), comportementale (irritabilité, retrait, conduites d’évitement, addictions), ou anxieuse (tension, insomnie, somatisations), et la personne consulte pour “un truc physique” ou “un épuisement”. T
ypiquement, l’anhédonie, la perte d’élan et la fatigue sont centrales, mais la tristesse n’est pas verbalisée, parfois par style de coping, parfois par représentation sociale (ne pas “se plaindre”), parfois parce que le sujet est surtout en mode “survie”

Burn-out

Burn-out

Le burn-out est un phénomène lié au travail, correspondant à un état d'épuisement résultant d'un stress professionnel chronique insuffisamment régulé. Cliniquement, il s'organise autour d'un triptyque très pédagogique : l'épuisement (fatigue intense, non récupérable, troubles du sommeil, "batterie à plat"), la distance mentale vis-à-vis du travail (détachement, cynisme, irritabilité, perte d'empathie professionnelle) et la baisse du sentiment d'efficacité (impression de ne plus y arriver, erreurs, lenteur, évitement). Le point clé à faire passer : ce n'est pas "un coup de mou", c'est une dynamique de dégradation progressive où la récupération ne compense plus la dépense.

Burn-out

Burn-out

On voit souvent des marqueurs associés : ruminations centrées travail, hypervigilance, plaintes somatiques (céphalées, douleurs, troubles digestifs), conduites de compensation (caféine/stimulants pour tenir, alcool/ benzodiazépines pour dormir). Drapeaux rouges : idées suicidaires, effondrement fonctionnel, consommations problématiques, symptômes psychotiques ou mélancoliques → orientation médicale

Burn-out

Burn-out

Différencier burn-out, dépression, stress (repères pratiques)

Le stress professionnel est une réponse d'adaptation : il peut être aigu ou chronique, et se manifeste par tension, irritabilité, hyperactivation physiologique, troubles du sommeil et de la concentration. Il devient problématique quand il est durable et qu'il entraîne un retentissement, mais il n'implique pas forcément la triade burn-out ni la perte d'intérêt généralisée de la dépression.

Burn-out

Burn-out

Le burn-out est centré sur le travail : les symptômes et les ruminations sont “aimantés” par le contexte professionnel, et l’amélioration peut être nette lors d’un retrait du facteur (repos, arrêt, réaménagement), même si ce n’est pas magique. La dépression, elle, déborde plus volontiers tous les domaines : anhédonie globale (plus rien n’a de goût), ralentissement ou agitation, culpabilité/dévalorisation, vision négative de l’avenir, parfois idées de mort ; le travail peut être un déclencheur, mais le trouble ne se limite pas au travail.

Burn-out

Burn-out

En pratique, le plus fréquent est le mix : stress chronique → burn-out → bascule dépressive chez certains. Donc message clinique simple : stress = état d'alerte ; burn-out = effondrement centré travail avec épuisement + distanciation + inefficacité ; dépression = syndrome thymique global avec anhédonie/dévalorisation et risque suicidaire à dépister systématiquement.



Chez les plus jeunes

Ces tendances sont confirmées par les données médicales qui montrent une augmentation des recours aux soins d'urgence pour troubles de l'humeur, idées et gestes suicidaires chez les 11-24 ans depuis 2021 et qui restent à des niveaux élevés en 2023.





Une combinaison de facteurs psychologiques, sociaux et physiques peut contribuer au risque de suicide d'un individu. La crise suicidaire correspond à leur conjonction, à un instant t de vulnérabilité psychique. C'est en quelque sorte la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Chez les plus jeunes



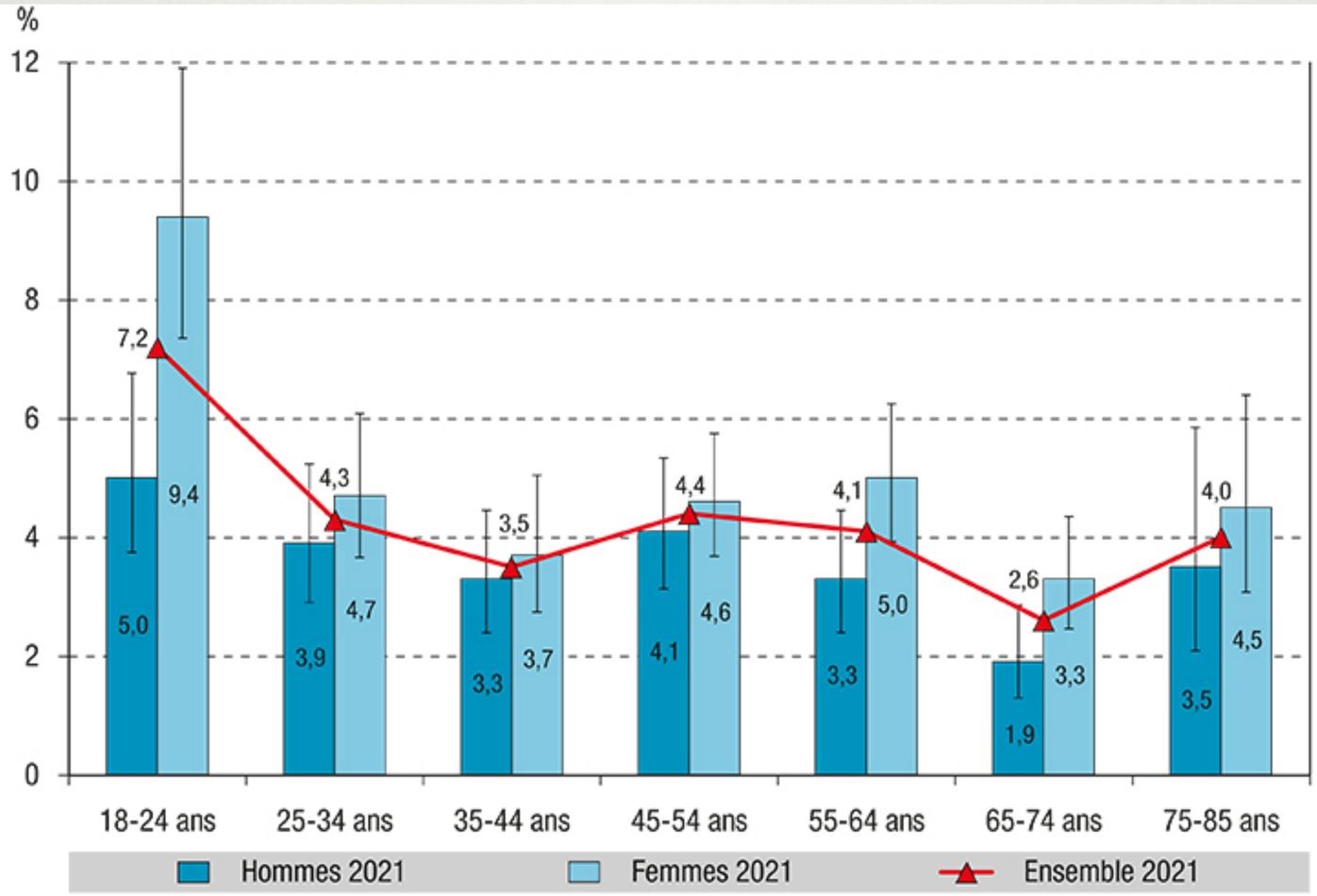


Les filles ont davantage, dans l'expression de leur souffrance psychique ou de leur détresse, recours aux tentatives de suicide, avec souvent des moyens qui engagent moins le pronostic vital, des prises médicamenteuses, alors que pour les suicides qu'on dit "complétés", c'est-à-dire suivis d'un décès, ce sont plus les garçons et les hommes.



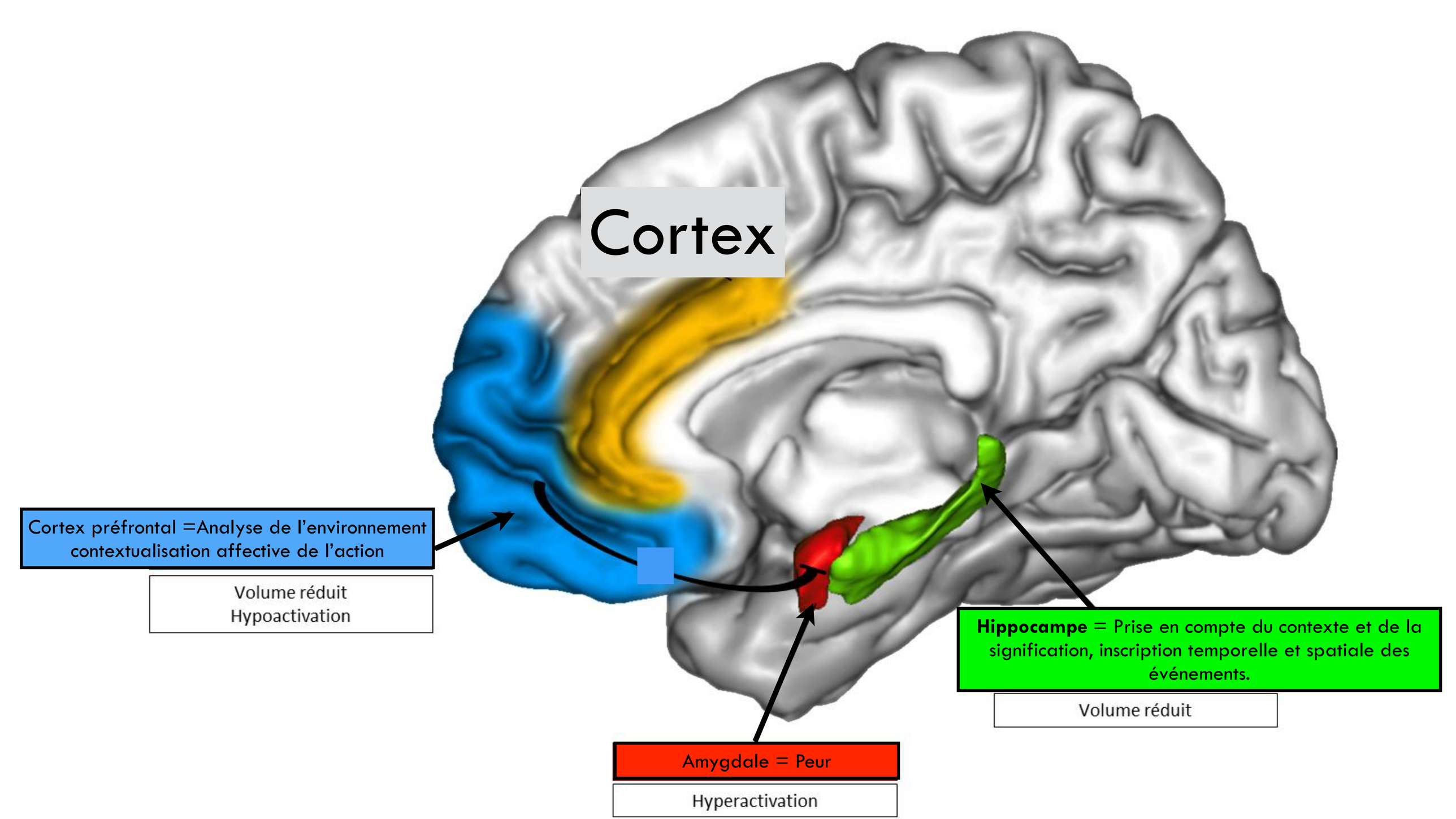
Chez les plus jeunes

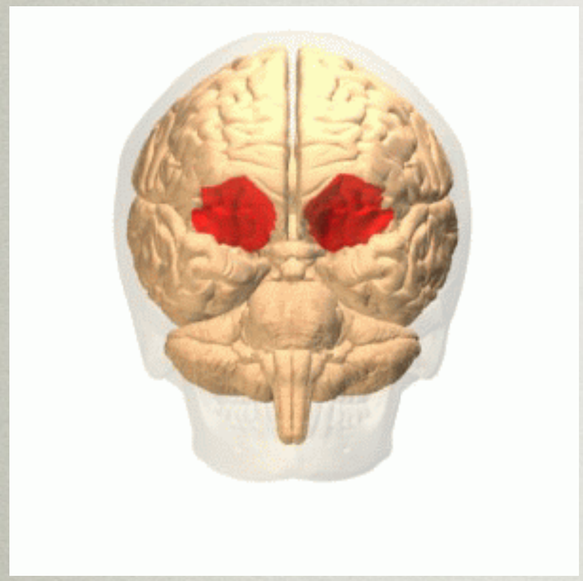
Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des 12 derniers mois chez les 18-85 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en 2021, France métropolitaine



Note : les bornes de l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 3,7% et 6,8%.
Note de lecture : 5,0% des hommes âgés de 18-24 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois *vs* 9,4% des femmes du même âge.
Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

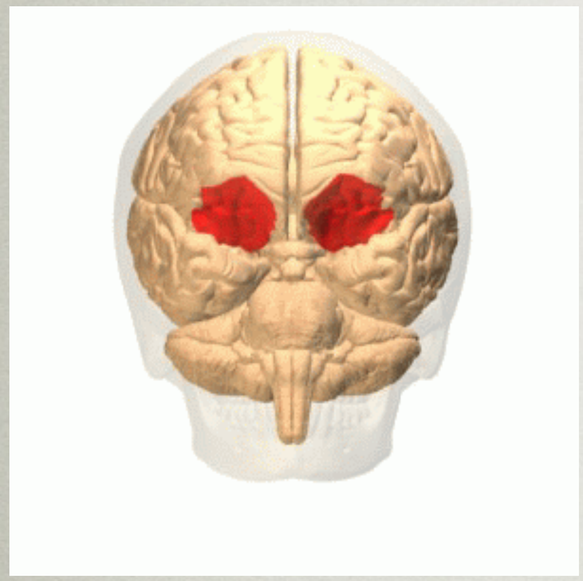
4. Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!


Cortex
Cortex préfrontal =Analyse de l'environnement contextualisation affective de l'action
Volume réduit
Hypoactivation
Amygdale = Peur
Hyperactivation
Hippocampe = Prise en compte du contexte et de la signification, inscription temporelle et spatiale des événements.
Volume réduit





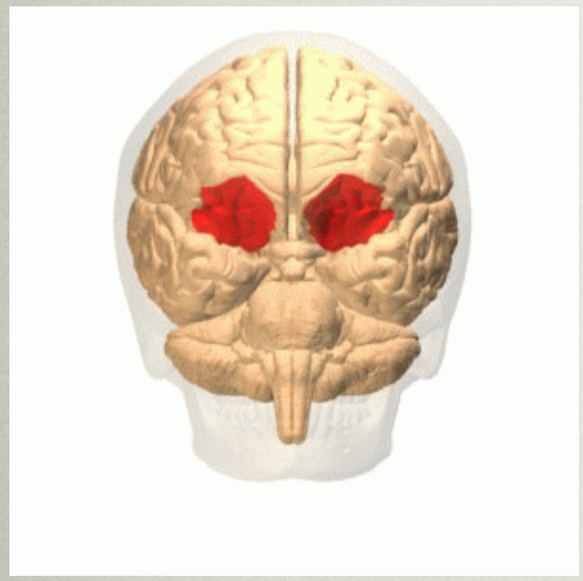
En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent





En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent

Focus sur le cortex orbito-frontal



Régulation des comportements émotionnels et sociaux

Capacités d'affection, d'empathie…

Aptitude à prendre des décisions

Régulation émotions

Développement sens moral



Le cortex préfrontal et les connections avec le cerveau émotionnel ne sont pas du tout matures

En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent

Focus sur le cortex orbito-frontal

Régulation des comportements émotionnels et sociaux

Capacités d'affection, d'empathie…

Aptitude à prendre des décisions

Régulation émotions

Développement sens moral





Le cortex préfrontal et les connections avec le cerveau émotionnel ne sont pas du tout matures

L'enfant petit
se contrôle difficilement (colère pour obtenir ce qu'il aime, peurs incontrôlées, véritables angoisses, très grands chagrins,…)

La maturation est achevée à l'âge adulte

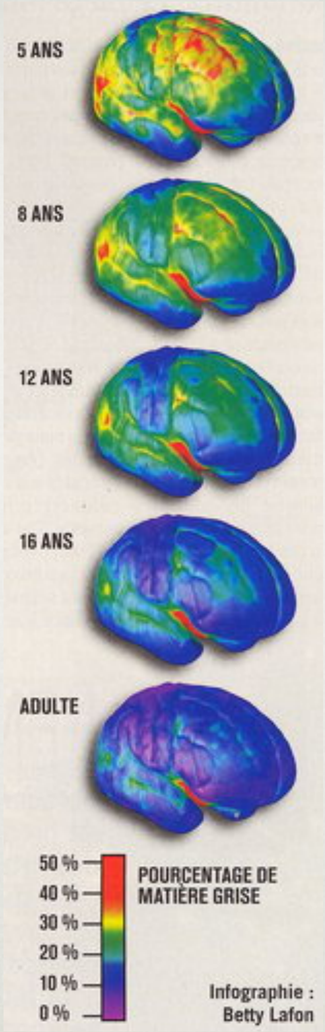
En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant

Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

Des émotions, réactions violentes

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant



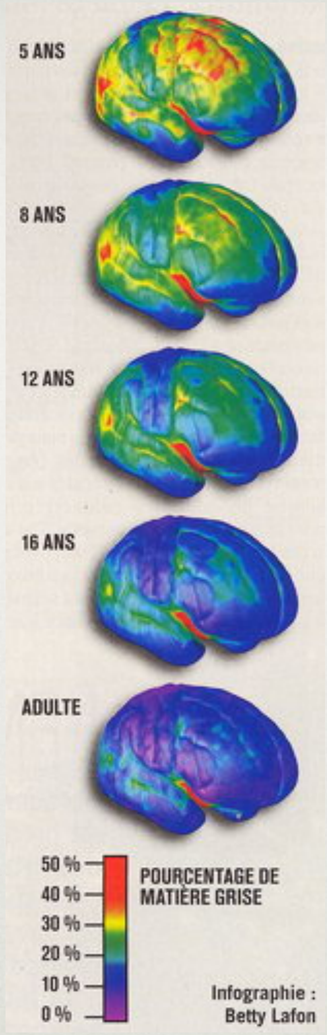
Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

Des émotions, réactions violentes

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant

Parents soutenant, chaleureux

Développement des connexions cérébrales nécessaires



Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

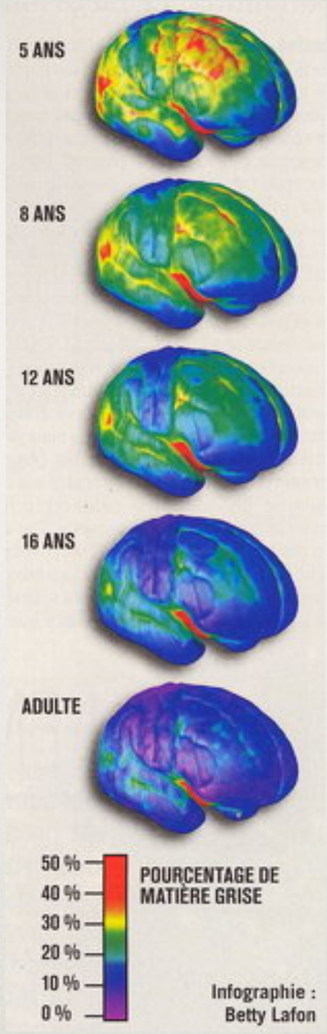
Non développement des connexions cérébrales nécessaires

Des émotions, réactions violentes

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant

Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

Parents soutenant, chaleureux



Développement des connexions cérébrales nécessaires

Non développement des connexions cérébrales nécessaires

Maitrise

Non-Maitrise

Sécrétion d'Ocytocine, favorise l'empathie, favorise l'attachement sécure, procure du bien-être, diminue le stress, puissant anxiolytique

McCloskey & al., (2016), indiquent que les adultes violents montrent un lien hypoactif entre le cortex frontal et le système limbique

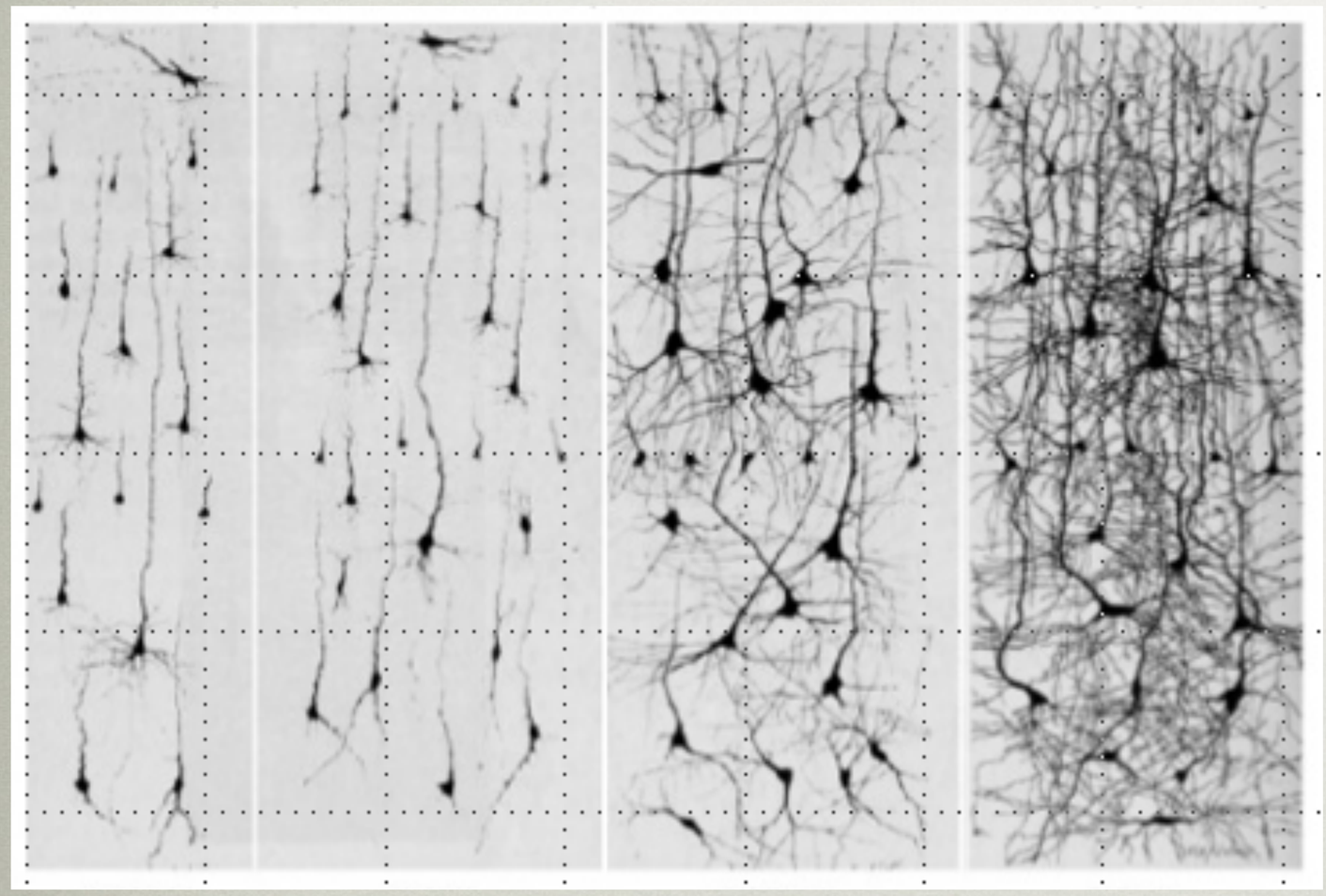
Des émotions, réactions violentes

La formation de synapses dépend des premières expériences

Nouveau né | 1 mois | 6 mois | 2 ans

700 par seconde dans les premières années

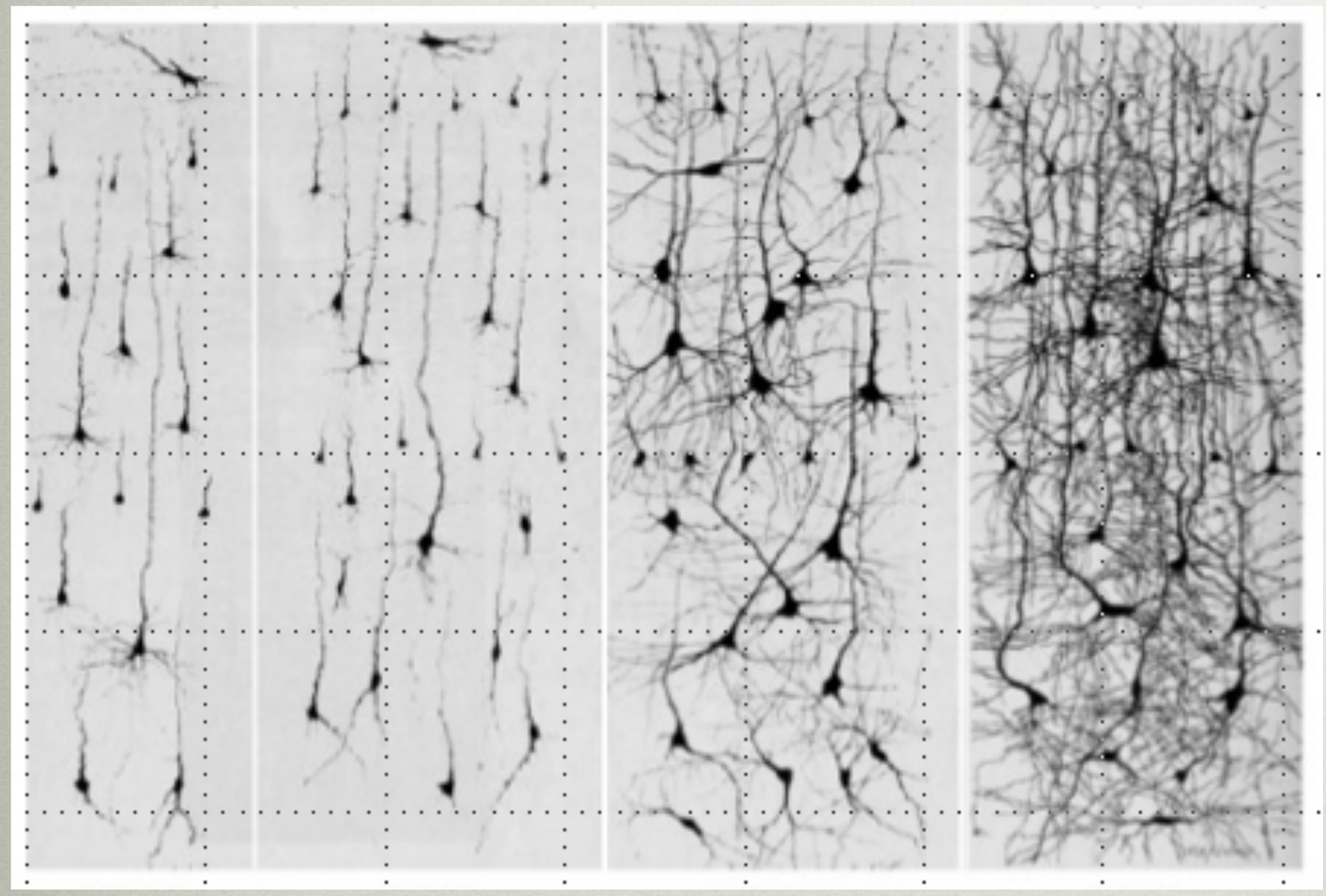
La formation de synapses dépend des premières expériences



Nouveau né | 1 mois | 6 mois | 2 ans

700 par seconde dans les premières années

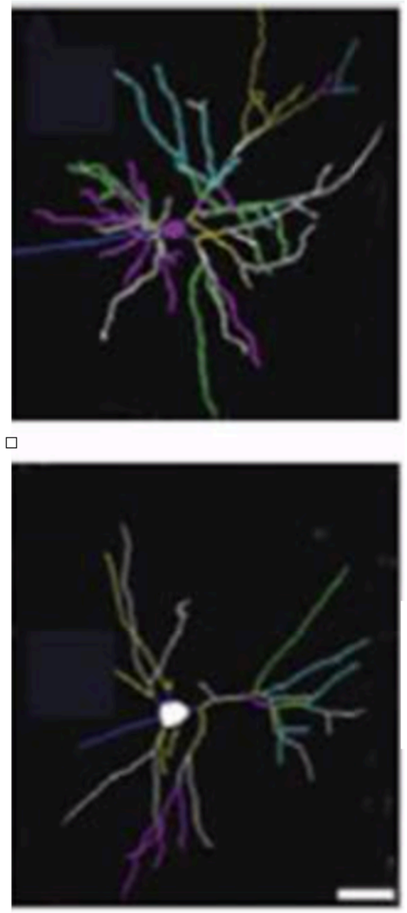
La formation de synapses dépend des premières expériences



Nouveau né | 1 mois | 6 mois | 2 ans

700 par seconde dans les premières années

Développement d'une synapse



Controle

Stress Chronique

Cortex préfrontal

La plasticité cérébrale

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone

Réseaux de neurones
avant l'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 semaines
d'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 mois
d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone

Réseaux de neurones
avant l'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 semaines
d'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 mois
d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone

Réseaux de neurones avant l'entrainement

Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone



Réseaux de neurones avant l'entrainement

Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

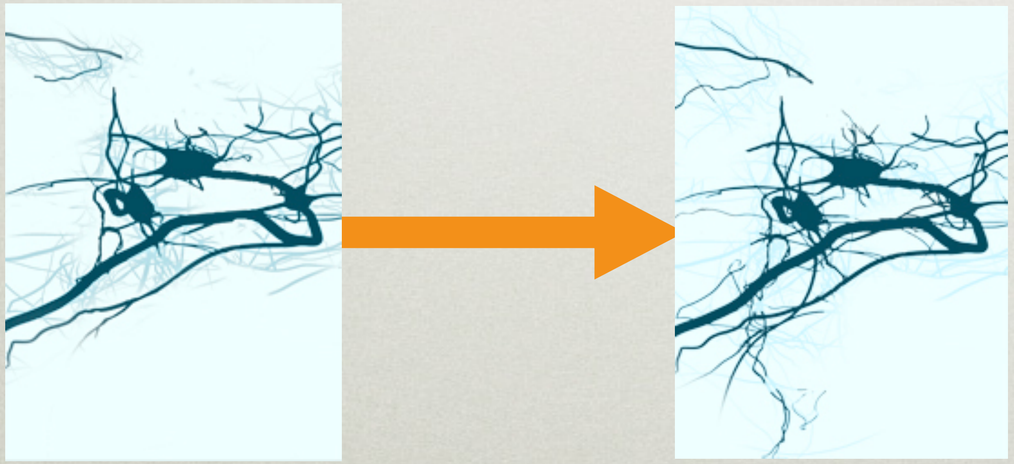
Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone



Réseaux de neurones avant l'entrainement

Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

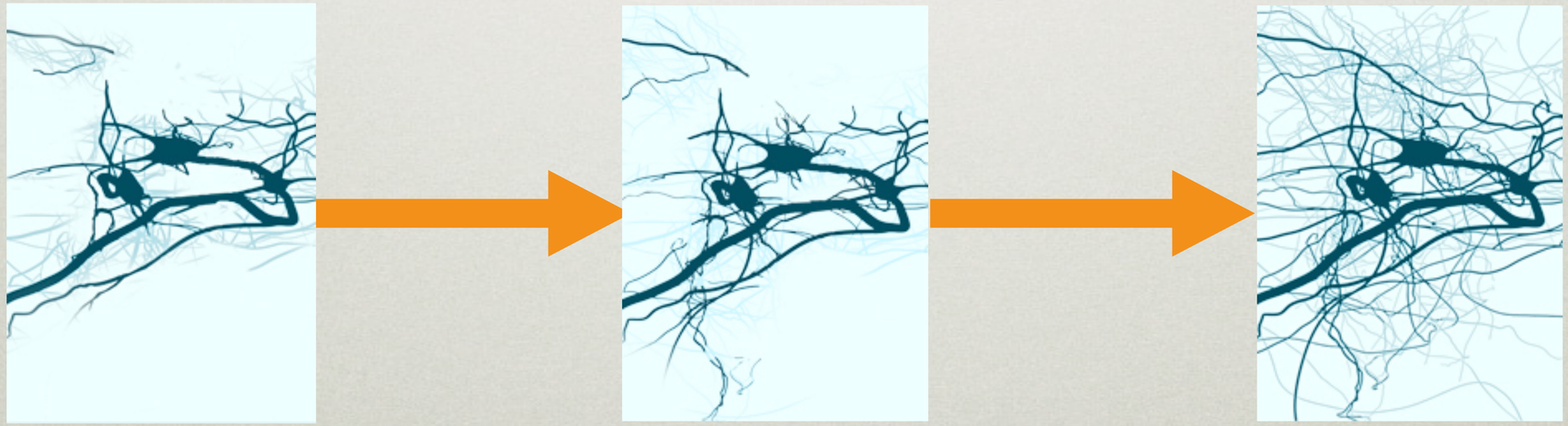
Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

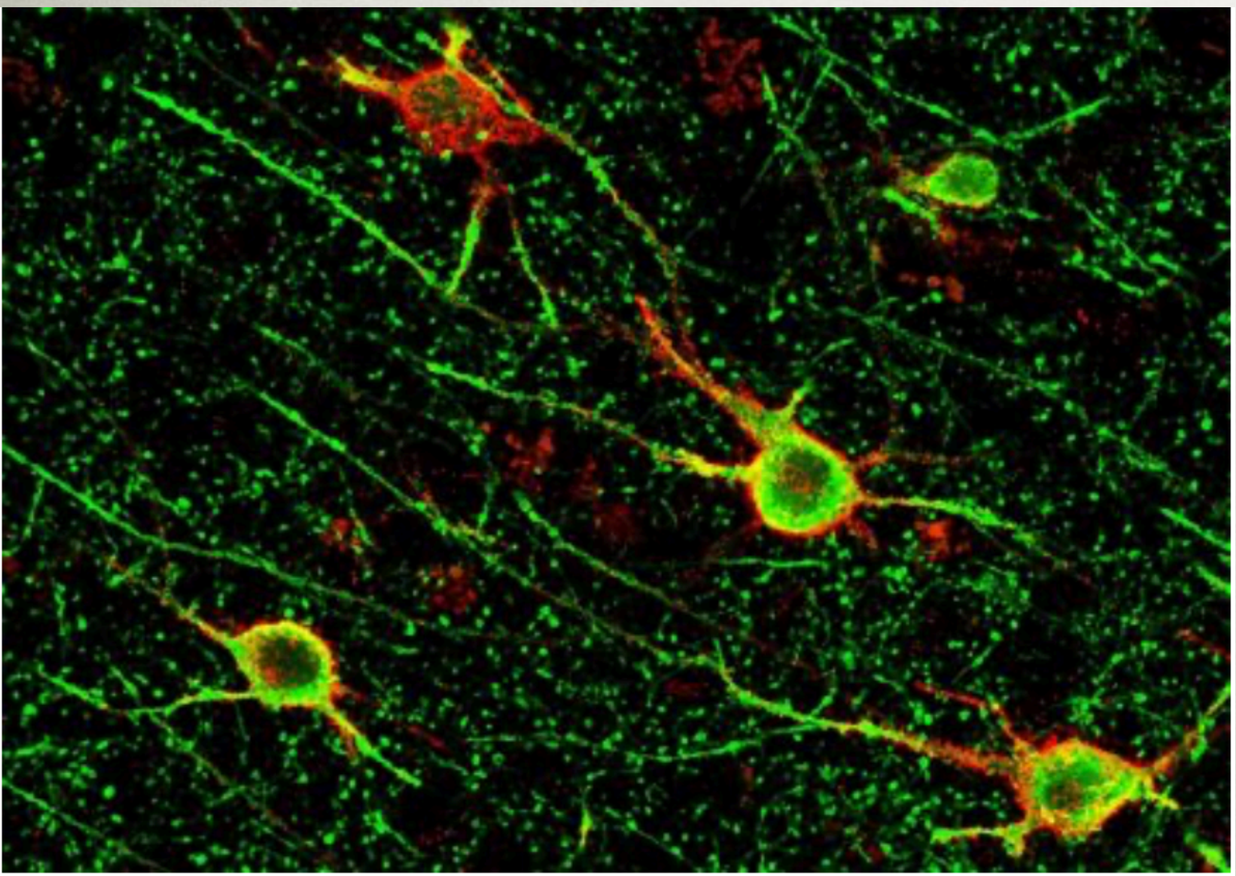
Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone



Réseaux de neurones avant l'entrainement

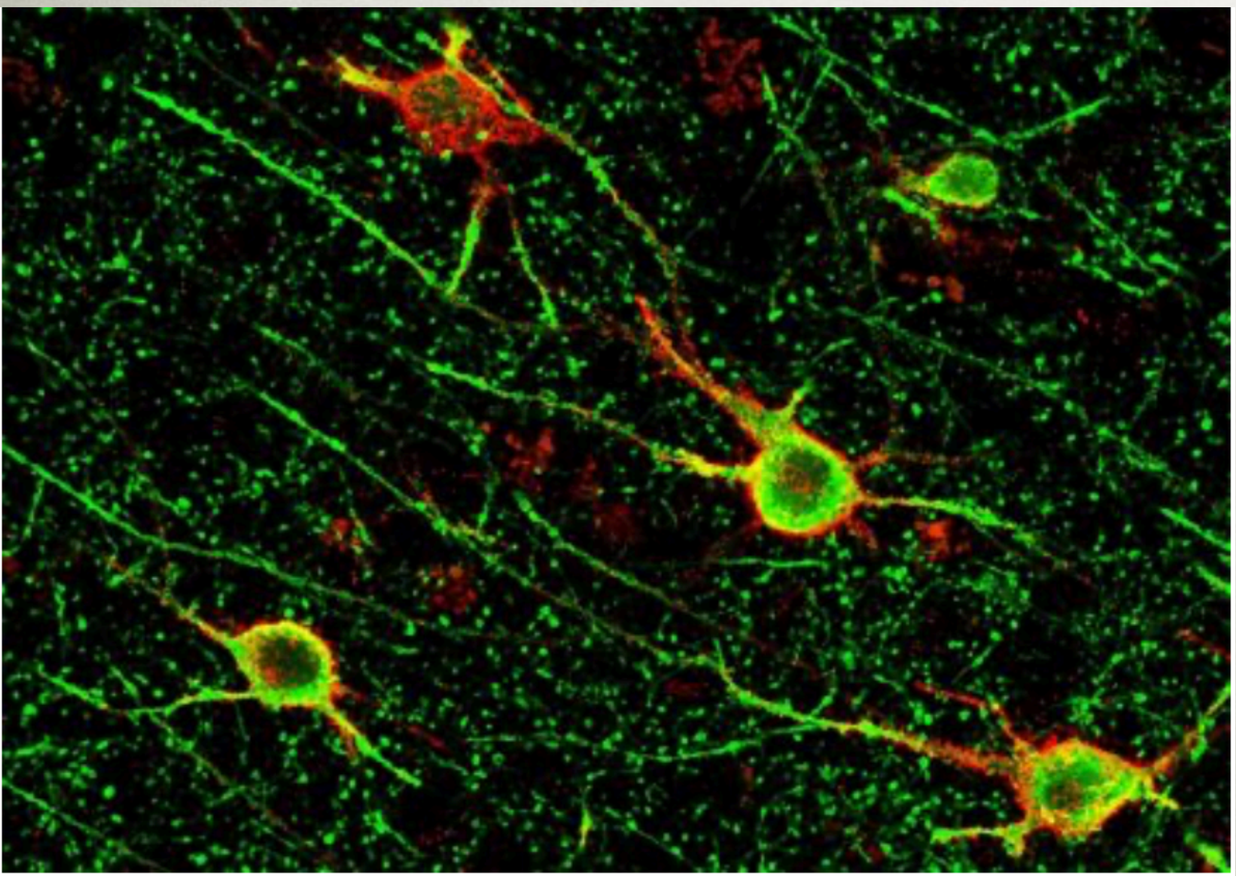
Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement



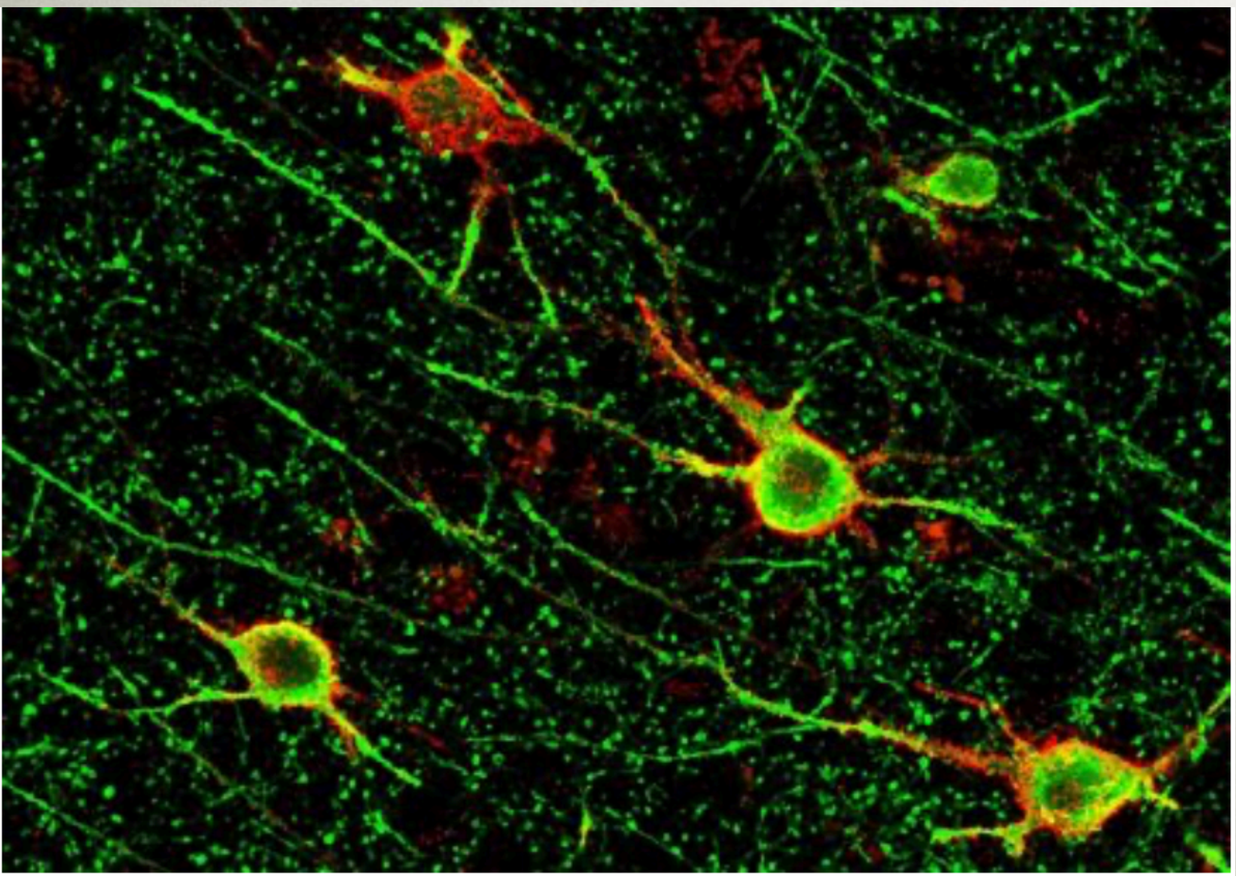
Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

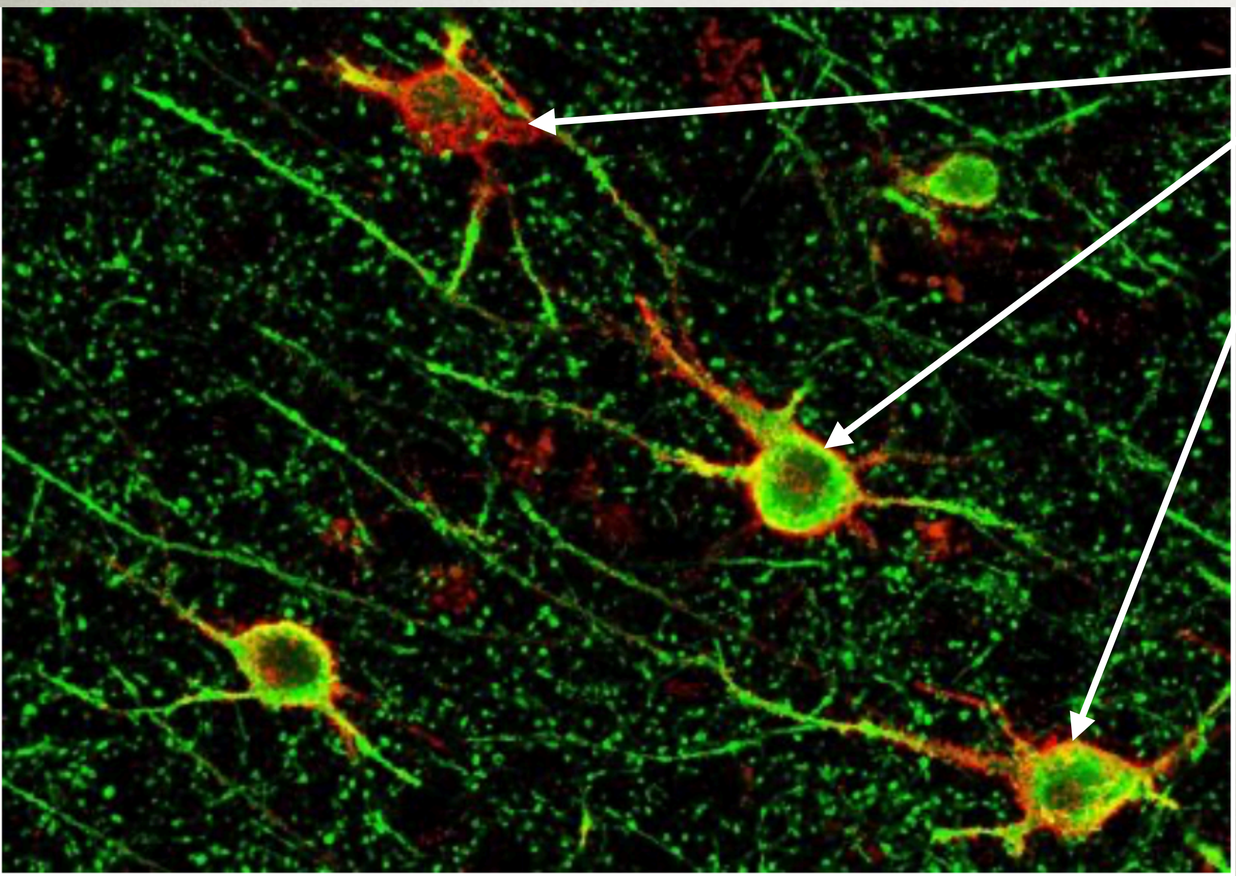
Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale

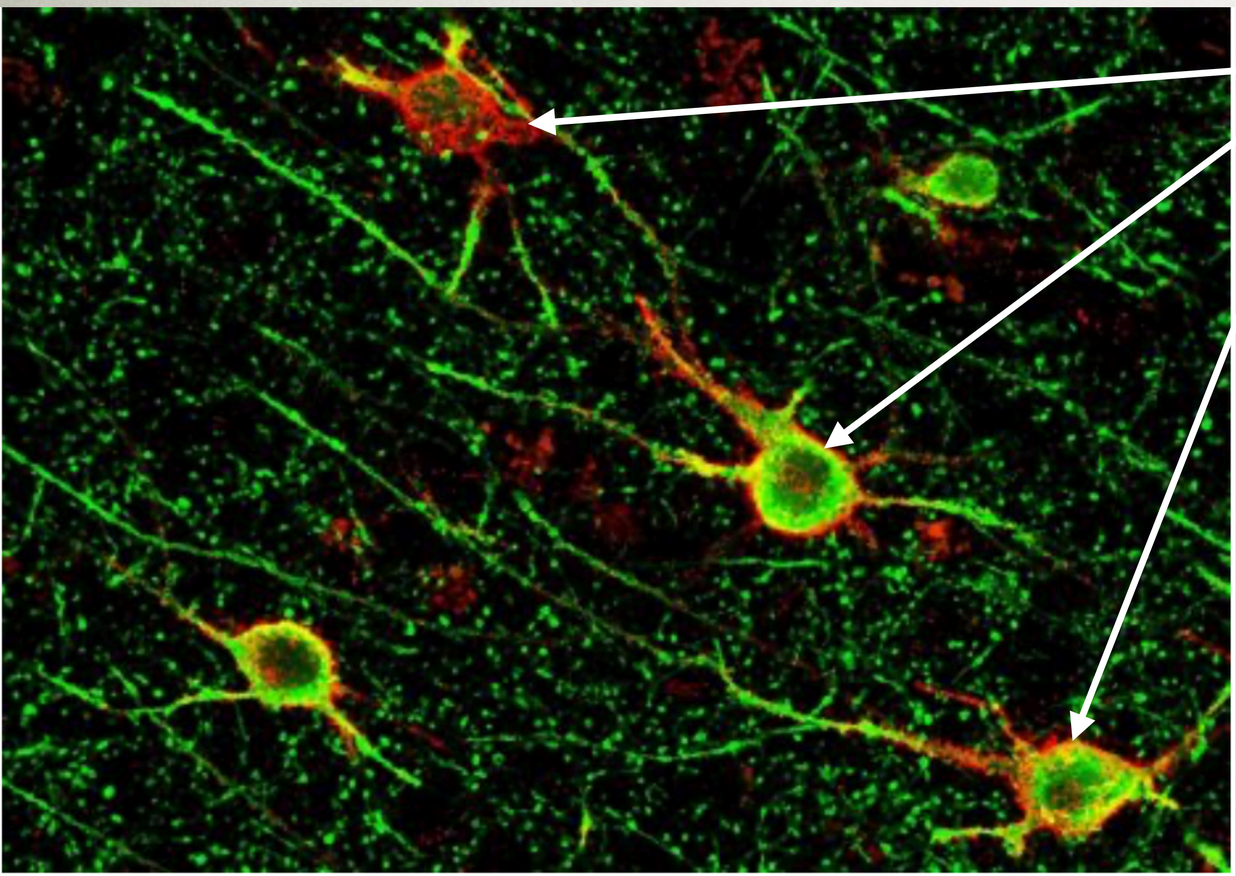
Formation de « filets péri-neuronaux » (PNN) extracellulaires (protéines et de sucres complexes liés entre eux), vont former une toile dense qui va encercler certains neurones et limiter leur plasticité



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale

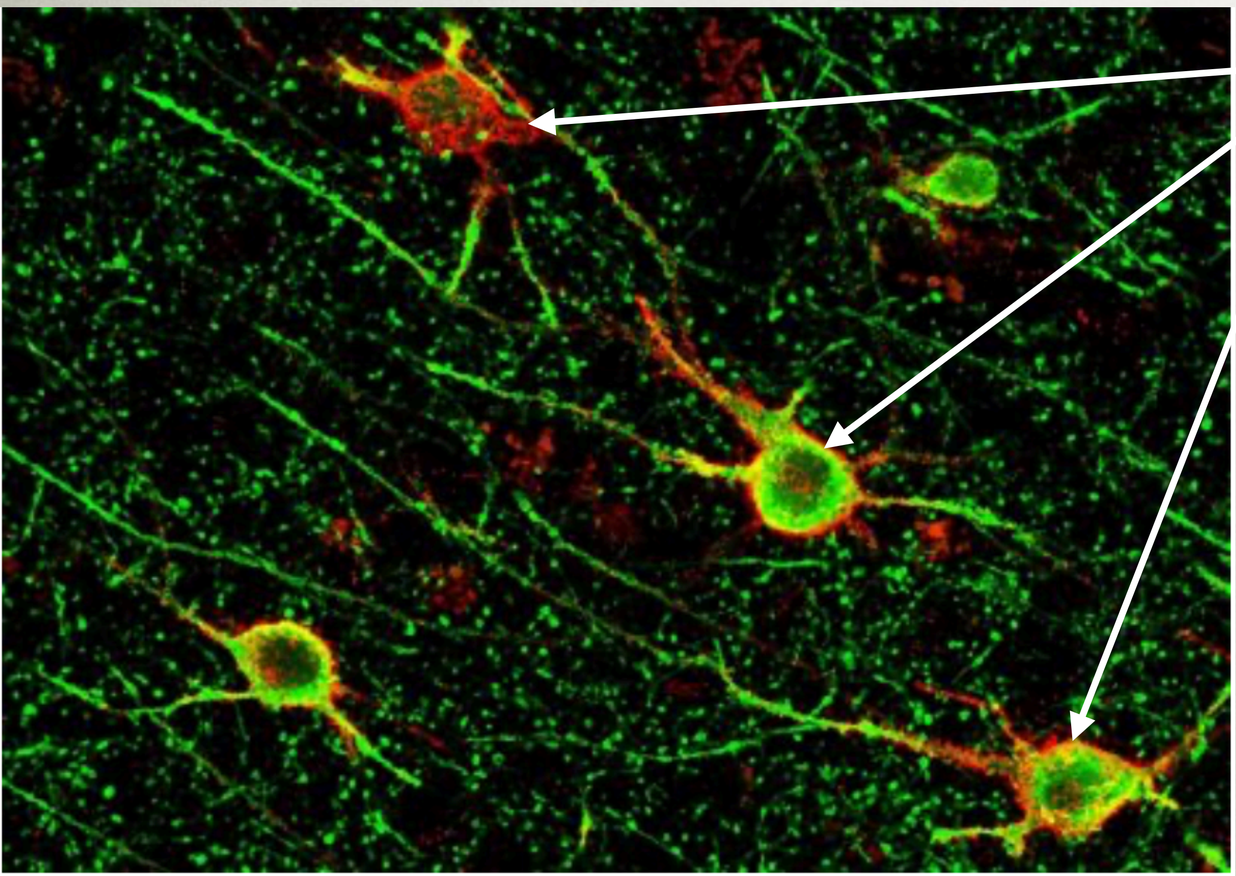
Formation de « filets péri-neuronaux » (PNN) extracellulaires (protéines et de sucres complexes liés entre eux), vont former une toile dense qui va encercler certains neurones et limiter leur plasticité



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale

Formation de « filets péri-neuronaux » (PNN) extracellulaires (protéines et de sucres complexes liés entre eux), vont former une toile dense qui va encercler certains neurones et limiter leur plasticité

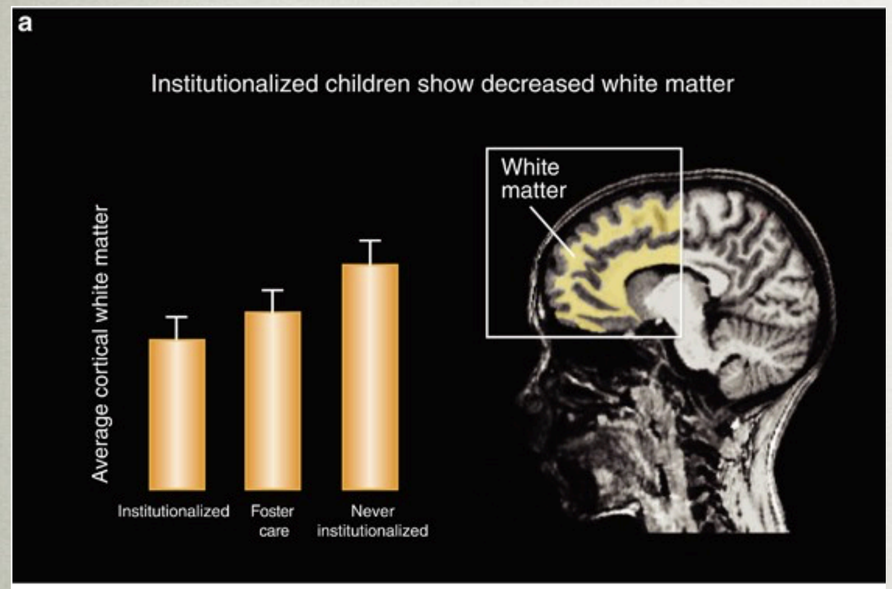


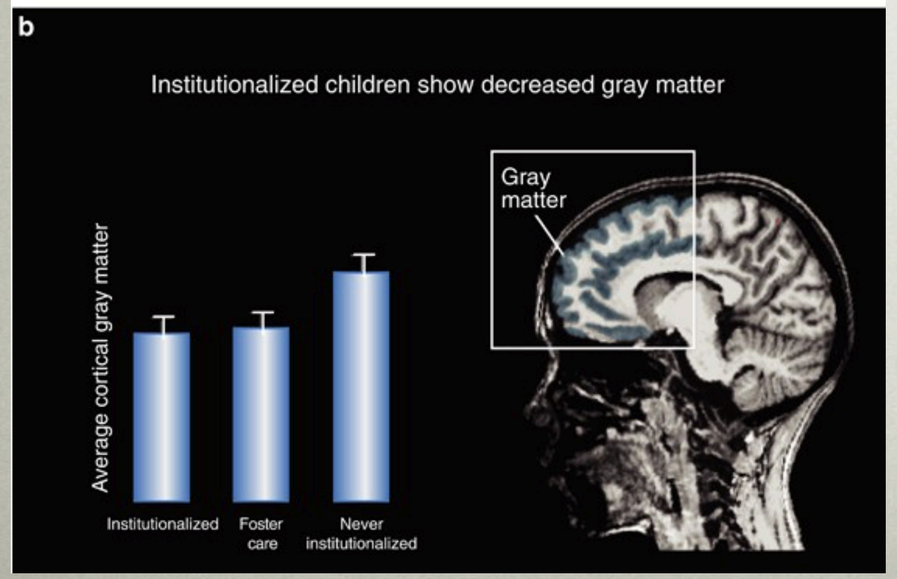
Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Ces « filets périneuronaux » pourraient jouer un rôle en cas de traumatisme pendant l'enfance, en figeant les réseaux neuronaux associés à ces souvenirs, prédisposant à des troubles dépressifs ou comportementaux.

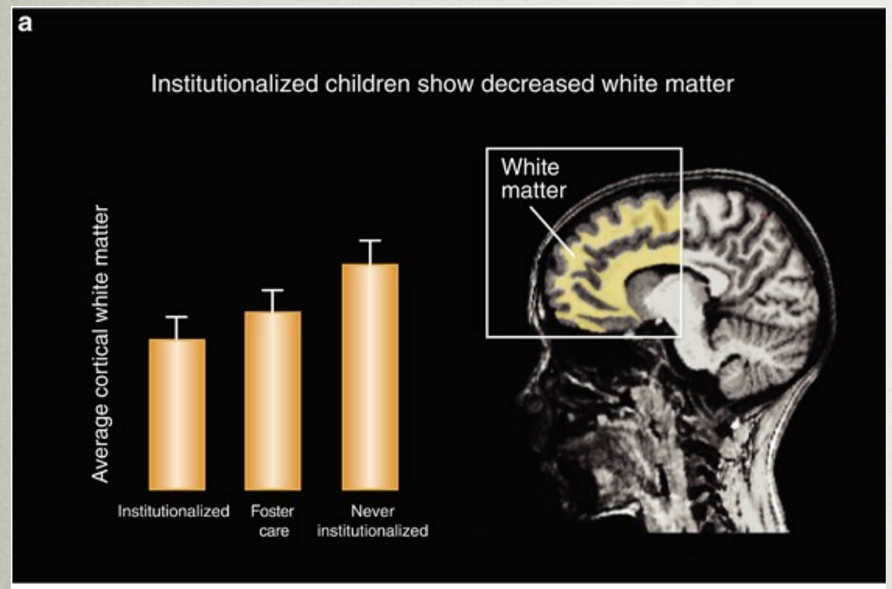
Réduction des matières grise et blanche

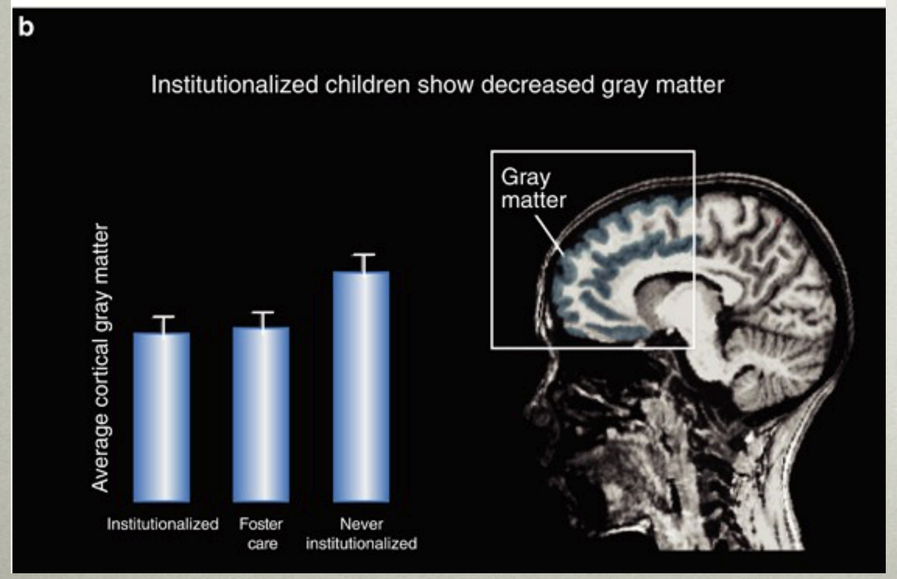
Réduction des matières grise et blanche





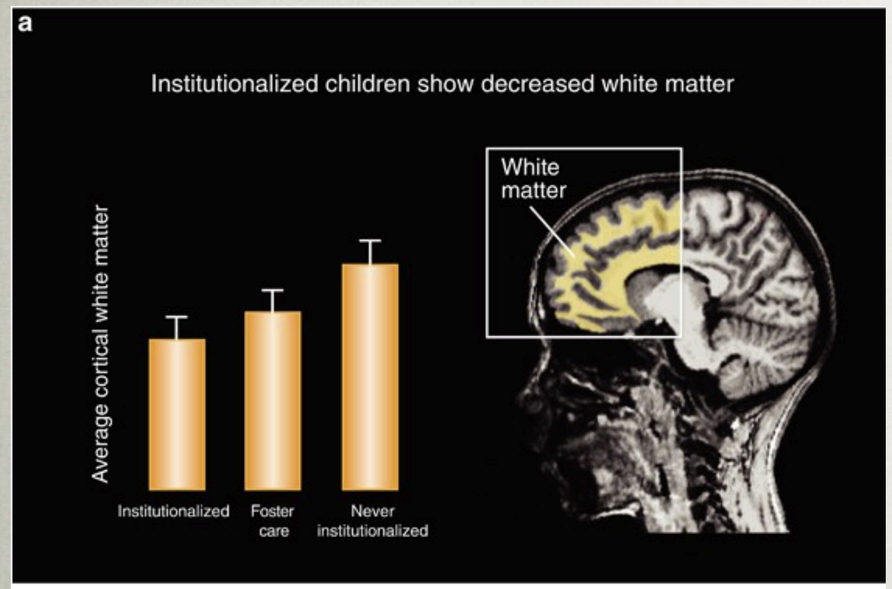
Réduction des matières grise et blanche

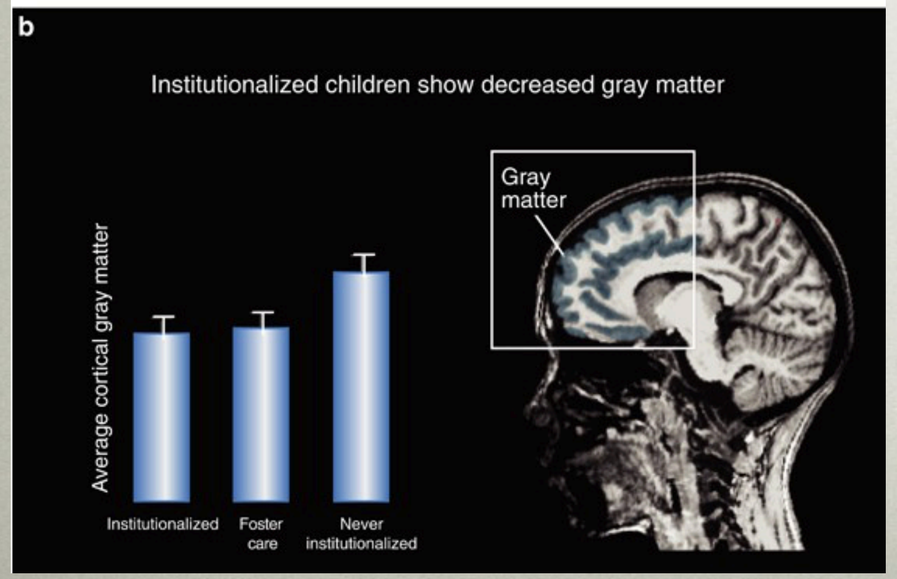




Une étude (Sheridan & al., 2012) réalisée auprès d'orphelins roumains ayant passé les premières années de leur vie dans des conditions très dures, recevant peu d'attention et d'affection, révélait une réduction de la matière grise du cerveau, où siègent les noyaux des neurones, ainsi que de la matière blanche.

Réduction des matières grise et blanche





Une étude (Sheridan & al., 2012) réalisée auprès d'orphelins roumains ayant passé les premières années de leur vie dans des conditions très dures, recevant peu d'attention et d'affection, révélait une réduction de la matière grise du cerveau, où siègent les noyaux des neurones, ainsi que de la matière blanche.

Il existe des preuves que les altérations de l'épaisseur corticale, consécutives à la négligence, permettent de prédire le risque d'inattention et d'hyperactivité (McLaughlin et al, 2013).

5. Ces événements de vie qui nous abîment!

Les événements adverses

Les événements adverses

Evénements vécus durant l'enfance, de sévérité variable, la plupart du temps chroniques, survenant dans l'environnement familial et/ou social d'un enfant ou d'un adolescent, qui génèrent stress, détresse, anxiété et psychotraumatisme (au sens large) et qui perturbent la santé et le développement physique ou psychologique de l'enfant avec des répercutions sur toute la vie (inspirée de Kalmakis & Chandler, 2014).

Dans la littérature internationale on parle

d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Dans la littérature internationale on parle d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Violences



Physiques



Emotionelles



Sexuelles

Négligences



Physiques



Emotionelles



Verbales

Difficultés au sein du foyer



Physiques



Décès



Maladies graves



Verbales



Violences fratrie



Séparation longue/ immigration



Santé psy parent



Violences conjugales



Séparation des parents



Incarceration parent



Abus de substances



Fessée

Dans la littérature internationale on parle

d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Dans la littérature internationale on parle d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Victimisation par les pairs



Physiques



Verbales



harcèl. physi/verb



Rejet des pairs



Violences sexuelles



Cyberharcèlement

Violences communautaires



Témoin de bagarres/ combats physiques

Témoin de coups donnés avec une arme



Témoin de coups de feu

American Journal of
Preventive Medicine

FROM THE ARCHIVE: RESEARCH ARTICLE

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP,[1] Robert F. Anda, MD, MS,[2] Dale Nordenberg, MD,[3] David F. Williamson, MS, PhD,[2] Alison M. Spitz, MS, MPH,[2] Valerie Edwards, BA,[2] Mary P. Koss, PhD,[4] James S. Marks, MD, MPH[2]

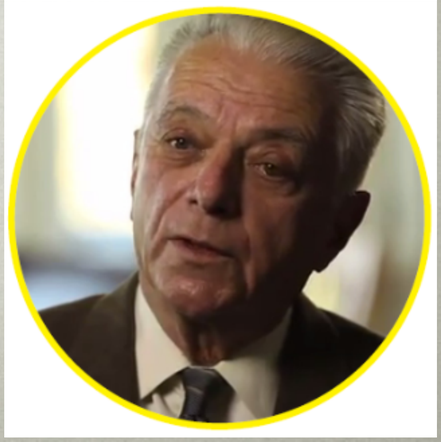
American Journal of
Preventive Medicine

FROM THE ARCHIVE: RESEARCH ARTICLE

1998 republié en 2019

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP,[1] Robert F. Anda, MD, MS,[2] Dale Nordenberg, MD,[3] David F. Williamson, MS, PhD,[2] Alison M. Spitz, MS, MPH,[2] Valerie Edwards, BA,[2] Mary P. Koss, PhD,[4] James S. Marks, MD, MPH[2]



American Journal of
Preventive Medicine

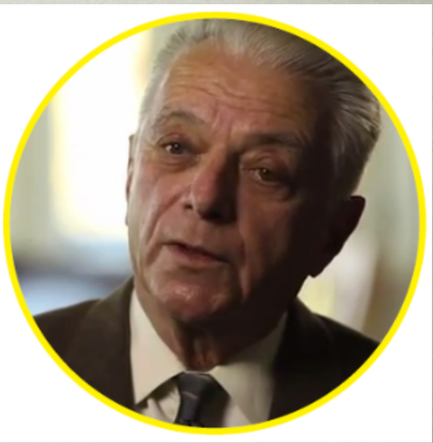
FROM THE ARCHIVE: RESEARCH ARTICLE

1998 republié en 2019

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP,[1] Robert F. Anda, MD, MS,[2] Dale Nordenberg, MD,[3] David F. Williamson, MS, PhD,[2] Alison M. Spitz, MS, MPH,[2] Valerie Edwards, BA,[2] Mary P. Koss, PhD,[4] James S. Marks, MD, MPH[2]

Dose → Effet



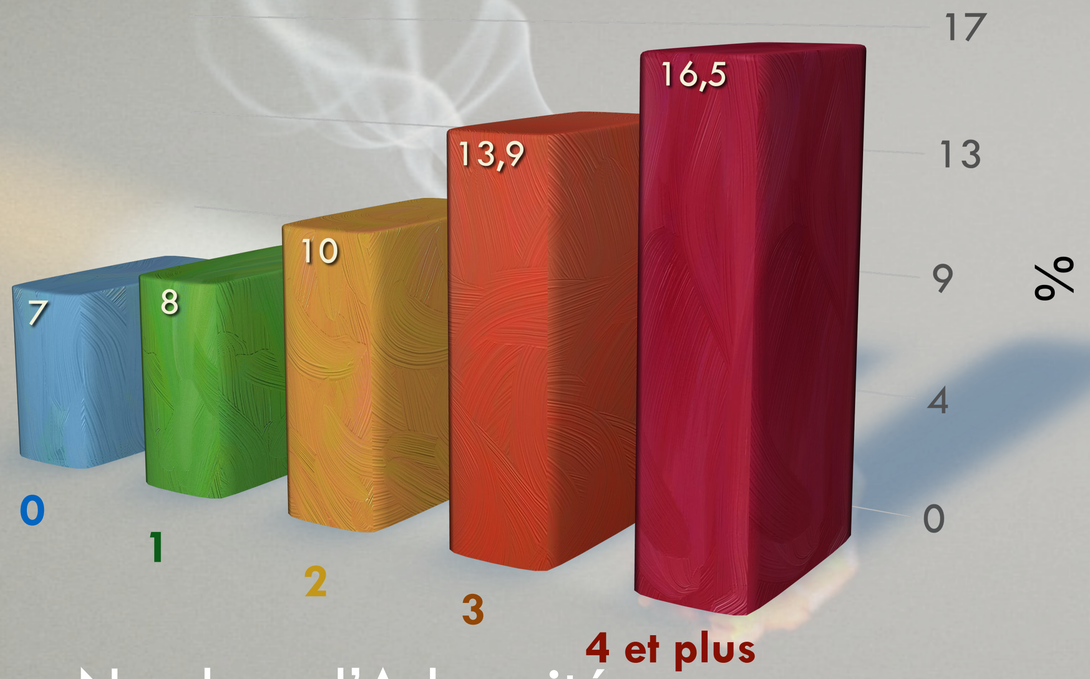
Conduites tabagiques



Obésité (IMC ≥ 35)

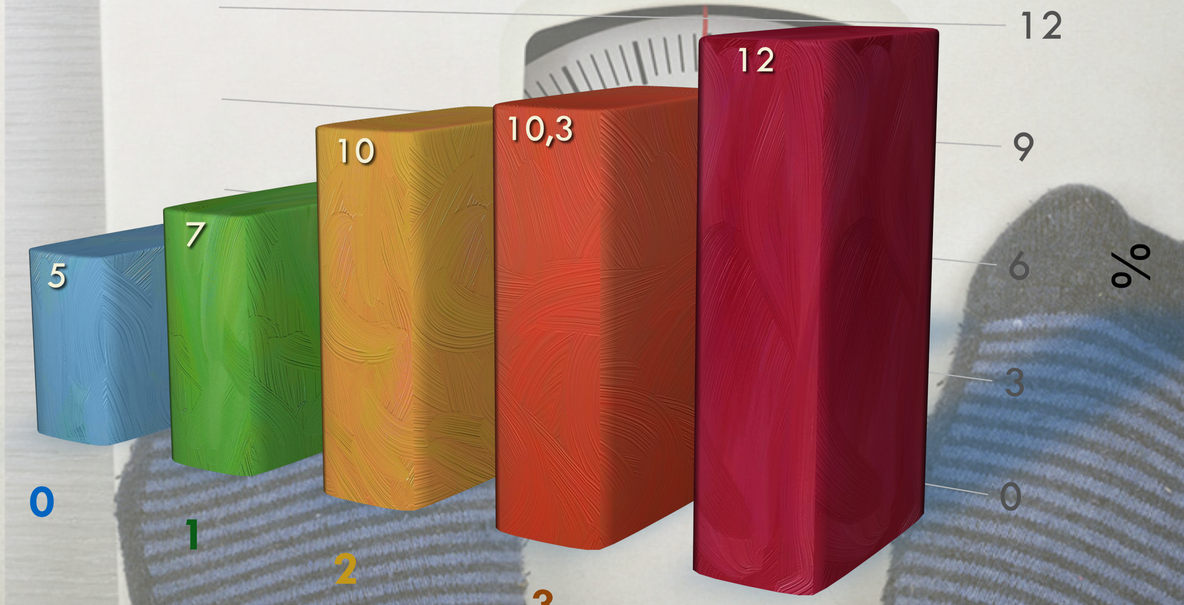


Conduites tabagiques



Nombre d'Adversités

Obésité (IMC ≥ 35)

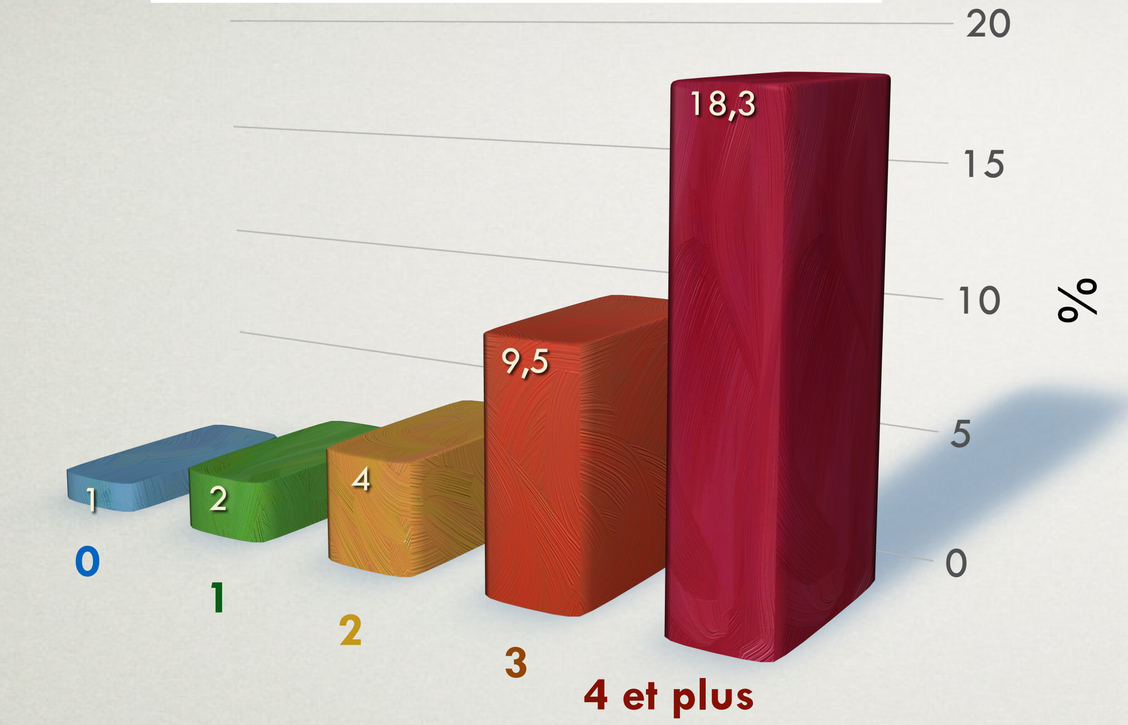


Nombre d'Adversités

Tentatives de suicides

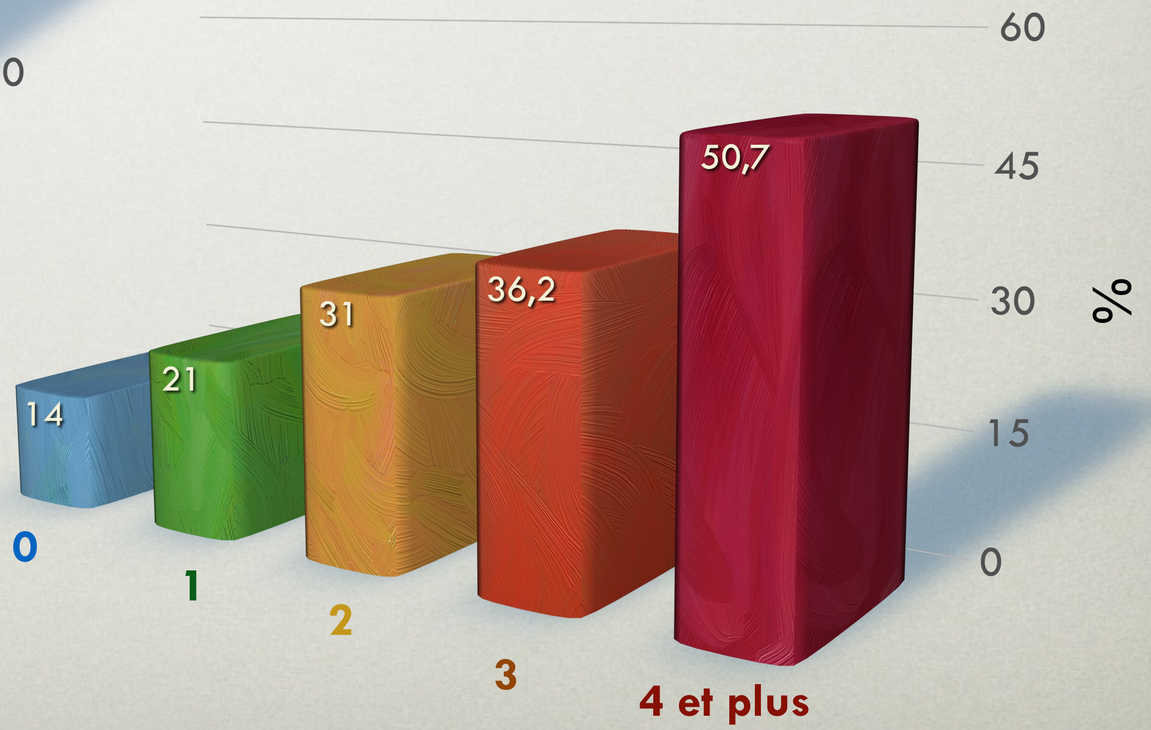
Périodes dépressives

Tentatives de suicides

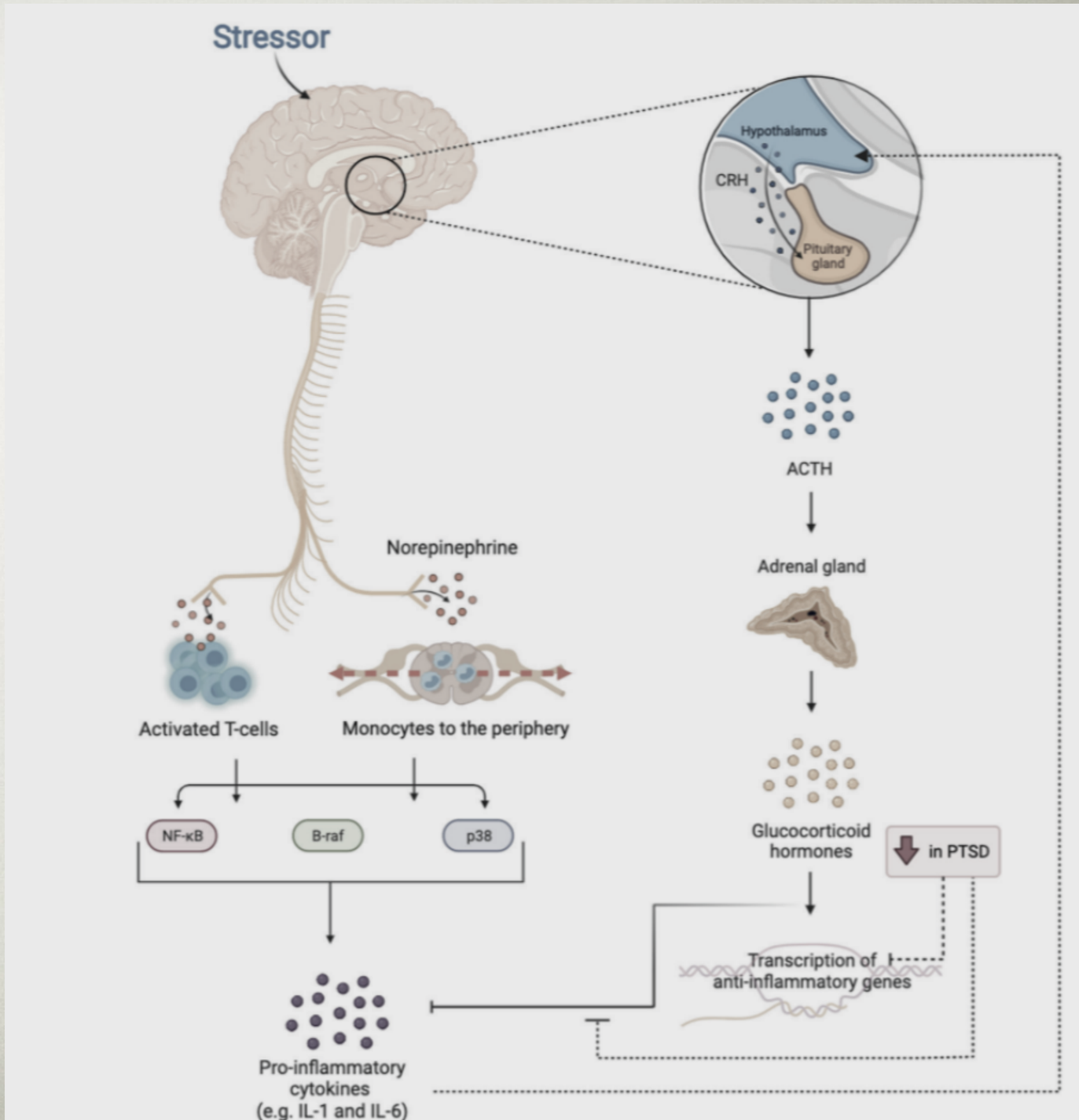


Nombre d'Adversités

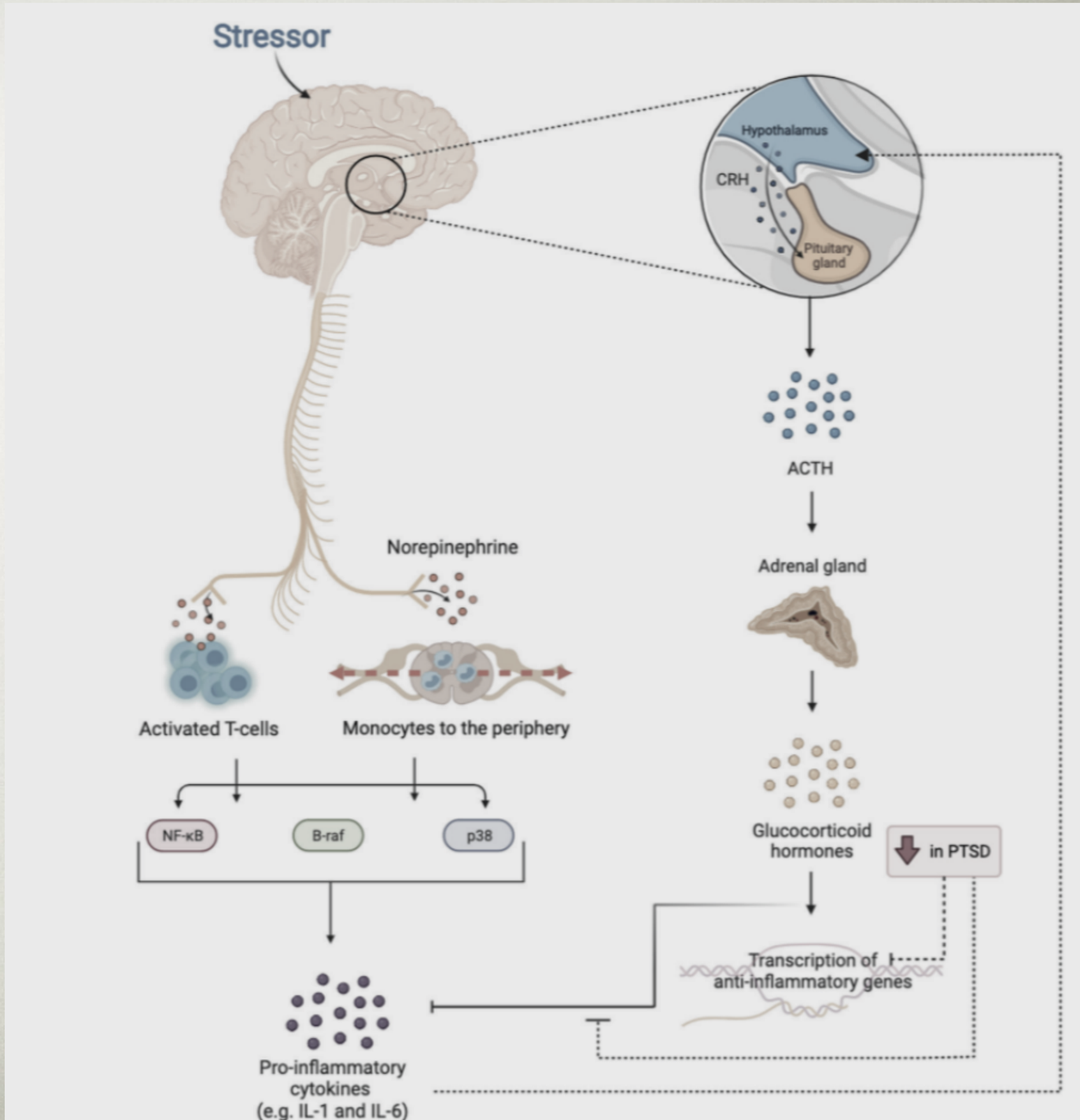
Périodes dépressives



Nombre d'Adversités

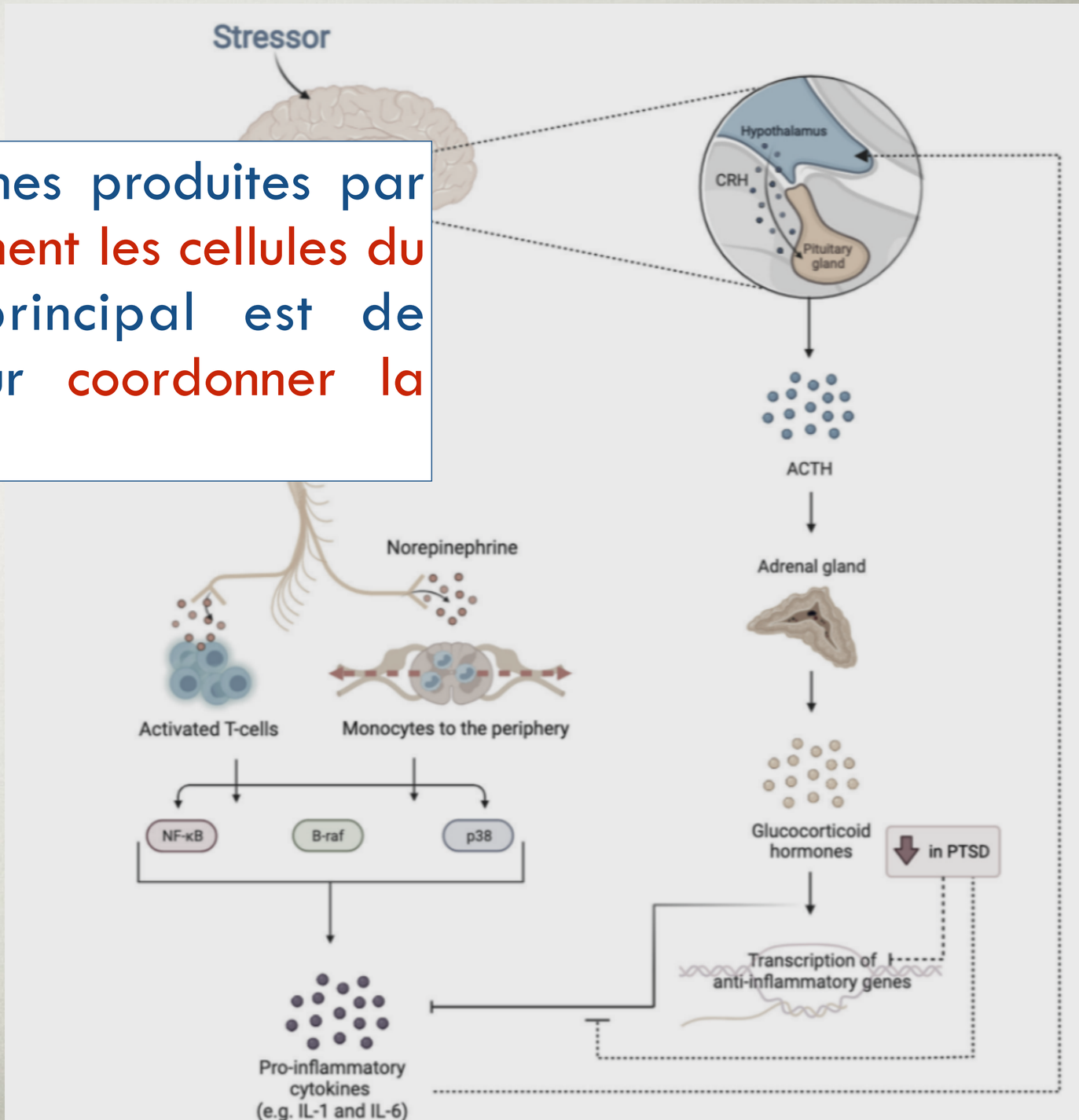

Stressor
Hypothalamus
CRH
Pituitary gland
ACTH
Adrenal gland
Norepinephrine
Activated T-cells
Monocytes to the periphery
NF-κB
B-raf
p38
Glucocorticoid hormones
in PTSD
Transcription of anti-inflammatory genes
Pro-inflammatory cytokines (e.g. IL-1 and IL-6)

Petit Rappel



Petit Rappel

Les cytokines sont des petites protéines produites par les cellules de l'organisme, principalement les cellules du système immunitaire. Leur rôle principal est de communiquer entre les cellules pour coordonner la réponse immunitaire…



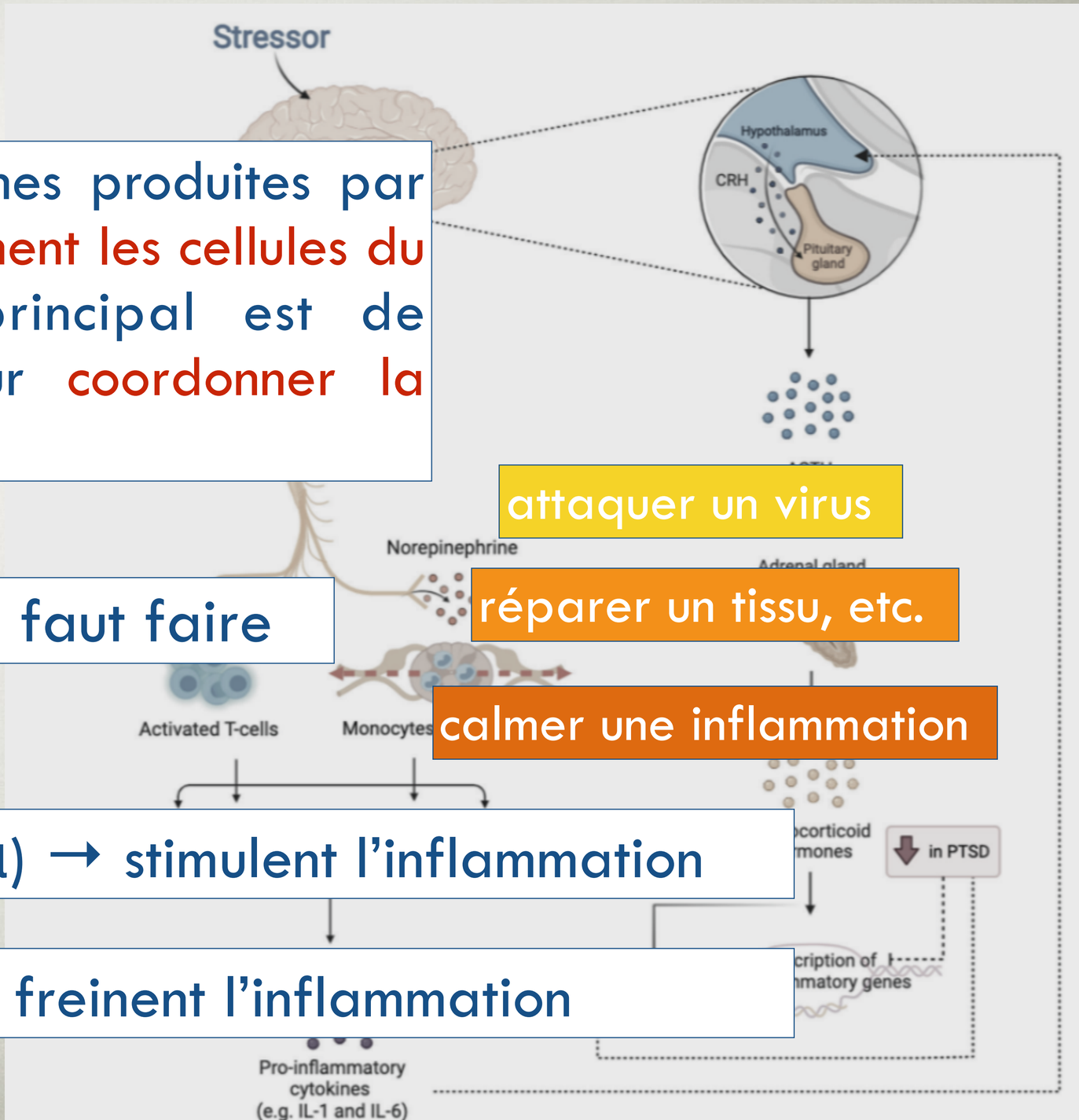
Petit Rappel

Les cytokines sont des petites protéines produites par les cellules de l'organisme, principalement les cellules du système immunitaire. Leur rôle principal est de communiquer entre les cellules pour coordonner la réponse immunitaire…

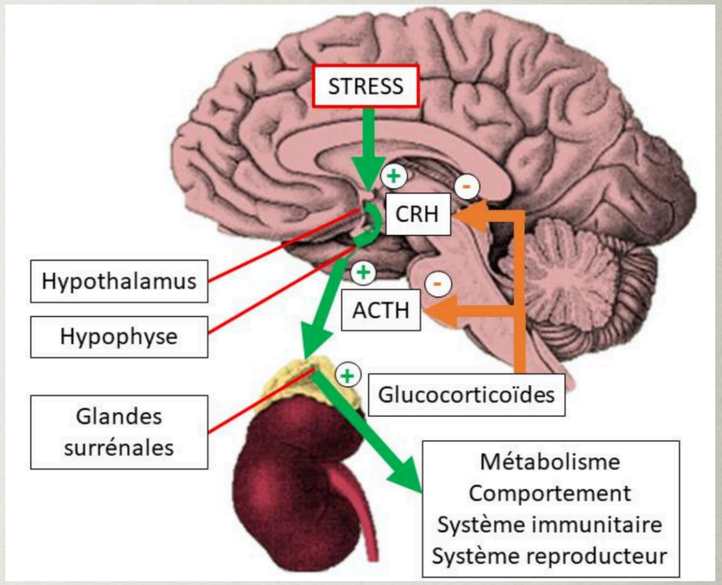
… elles disent aux cellules ce qu'il faut faire

Pro-inflammatoires (IL-1β, IL-6, TNF-α) → stimulent l'inflammation

Anti-inflammatoires (IL-10, TGF-β) → freinent l'inflammation

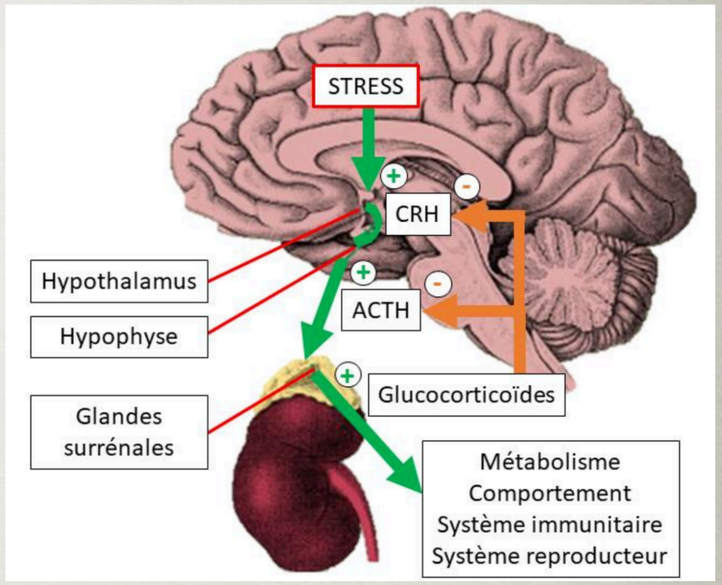


Les ACEs——> une composante immuno-inflammatoire persistante



Les ACEs——> une composante immuno-inflammatoire persistante

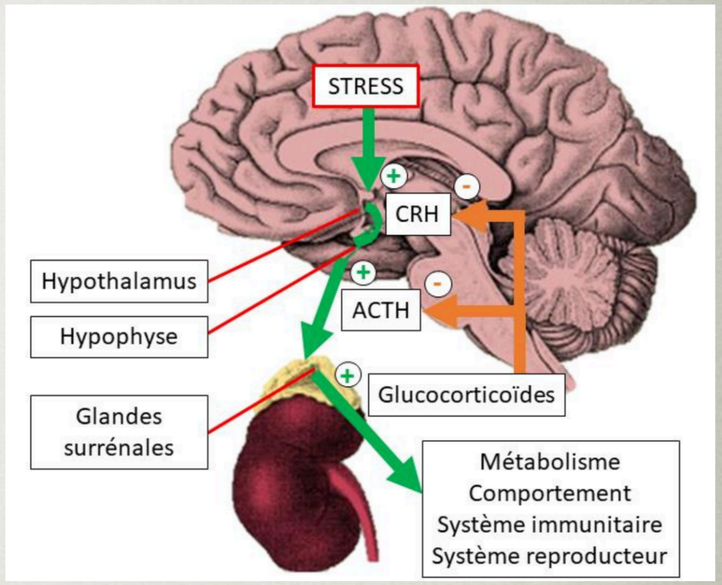
le cortisol supprime l'inflammation



Les ACEs——> une composante immuno-inflammatoire persistante

le cortisol supprime l'inflammation

… inhibe la production des cytokines pro-inflammatoires



Le cortisol fonctionne normalement comme un « pompier » de l'inflammation : il empêche la production excessive de molécules inflammatoires (cytokines), stimule la production de substances anti-inflammatoires, et calme l'activité des cellules immunitaires

↓ l'activation des cellules immunitaires

↓ la réponse immunitaire excessive

Répétition ACE——> la production de cortisol s'effondre après une période (6 à 12 mois, parfois moins) d'hyperactivité.

Répétition ACE——> la production de cortisol s'effondre après une période (6 à 12 mois, parfois moins) d'hyperactivité.

Il n'y a plus assez de cortisol pour moduler l'inflammation



le cortisol ne limite plus l'action des cytokines pro-inflammatoires

Répétition ACE——> la production de cortisol s'effondre après une période (6 à 12 mois, parfois moins) d'hyperactivité.

Il n'y a plus assez de cortisol pour moduler l'inflammation

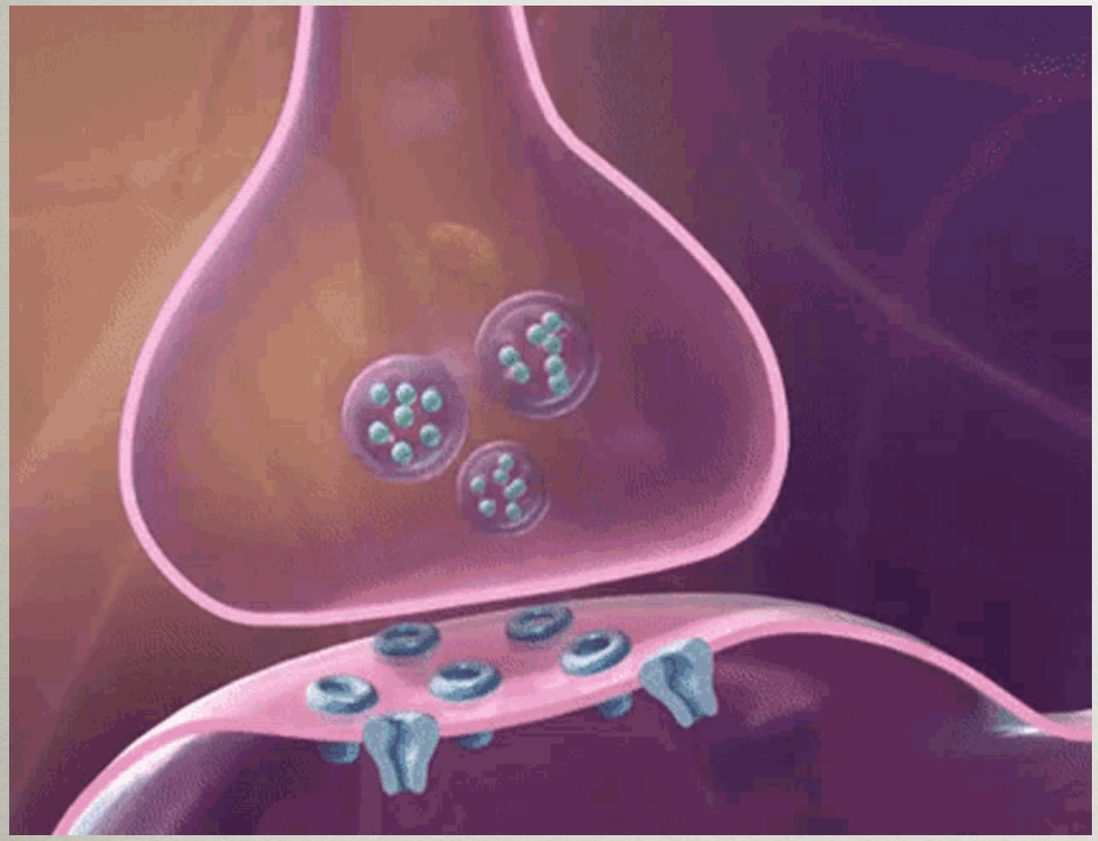


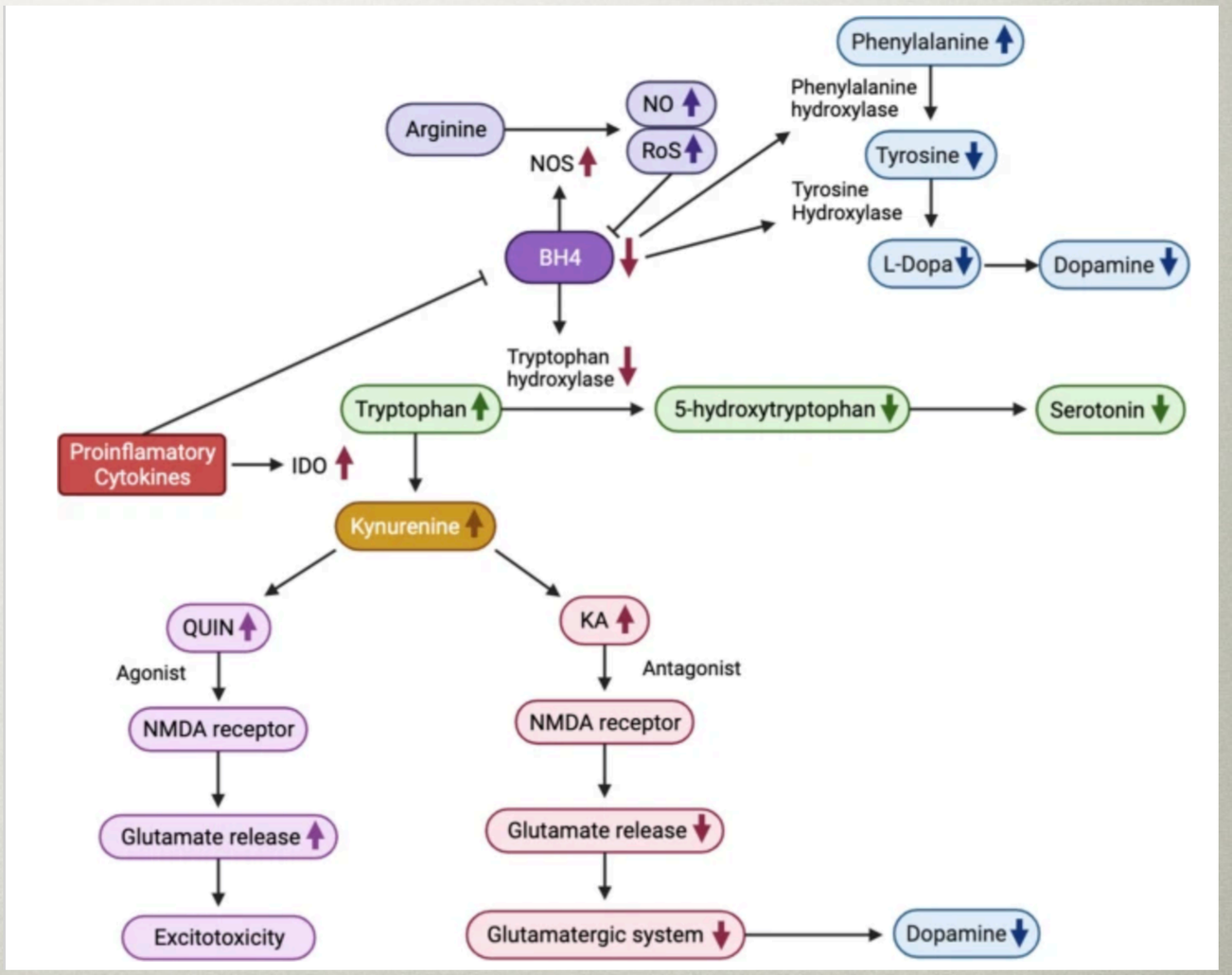
le cortisol ne limite plus l'action des cytokines pro-inflammatoires

Hyperactivité inflammatoire persistante

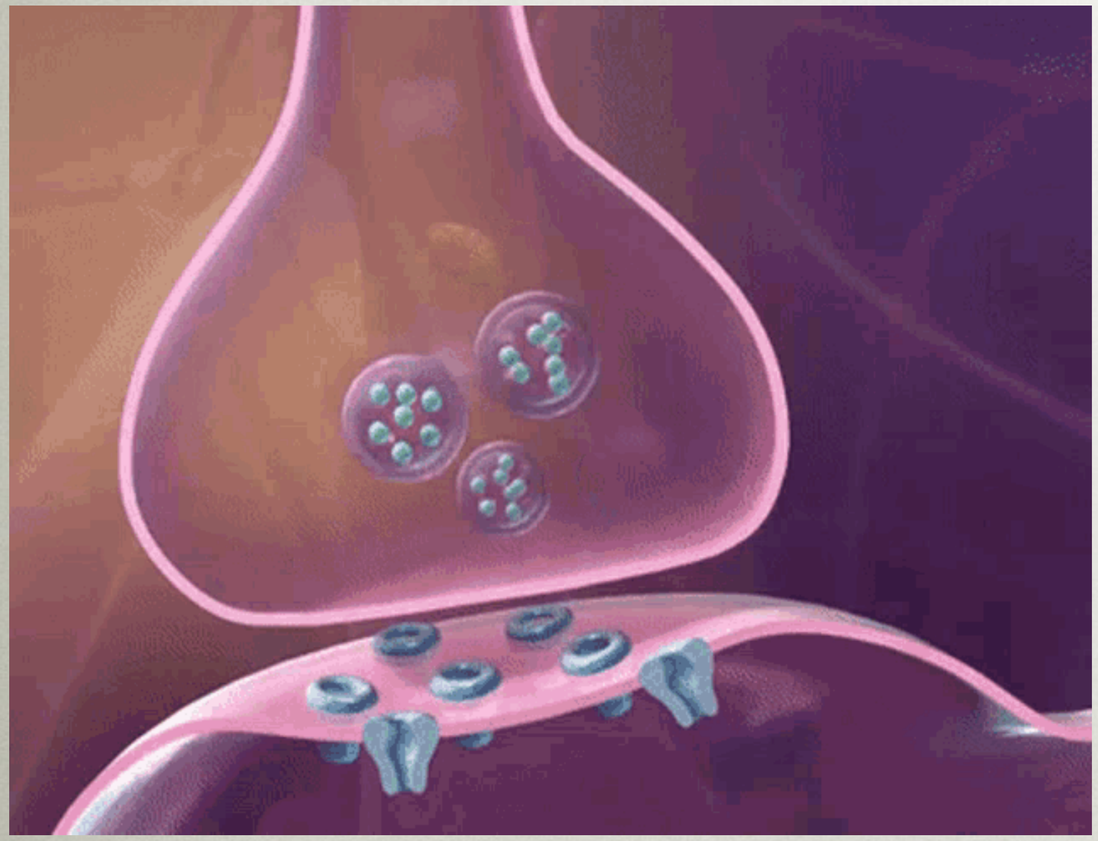
Cette inflammation persistante se caractérise par une augmentation substantielle des cytokines pro-inflammatoires : les niveaux d'IL-1β augmentent de 40-60%, l'IL-6 de 50-80%, et le TNF-α de 30-50% chez les individus ayant vécu des ACEs multiples

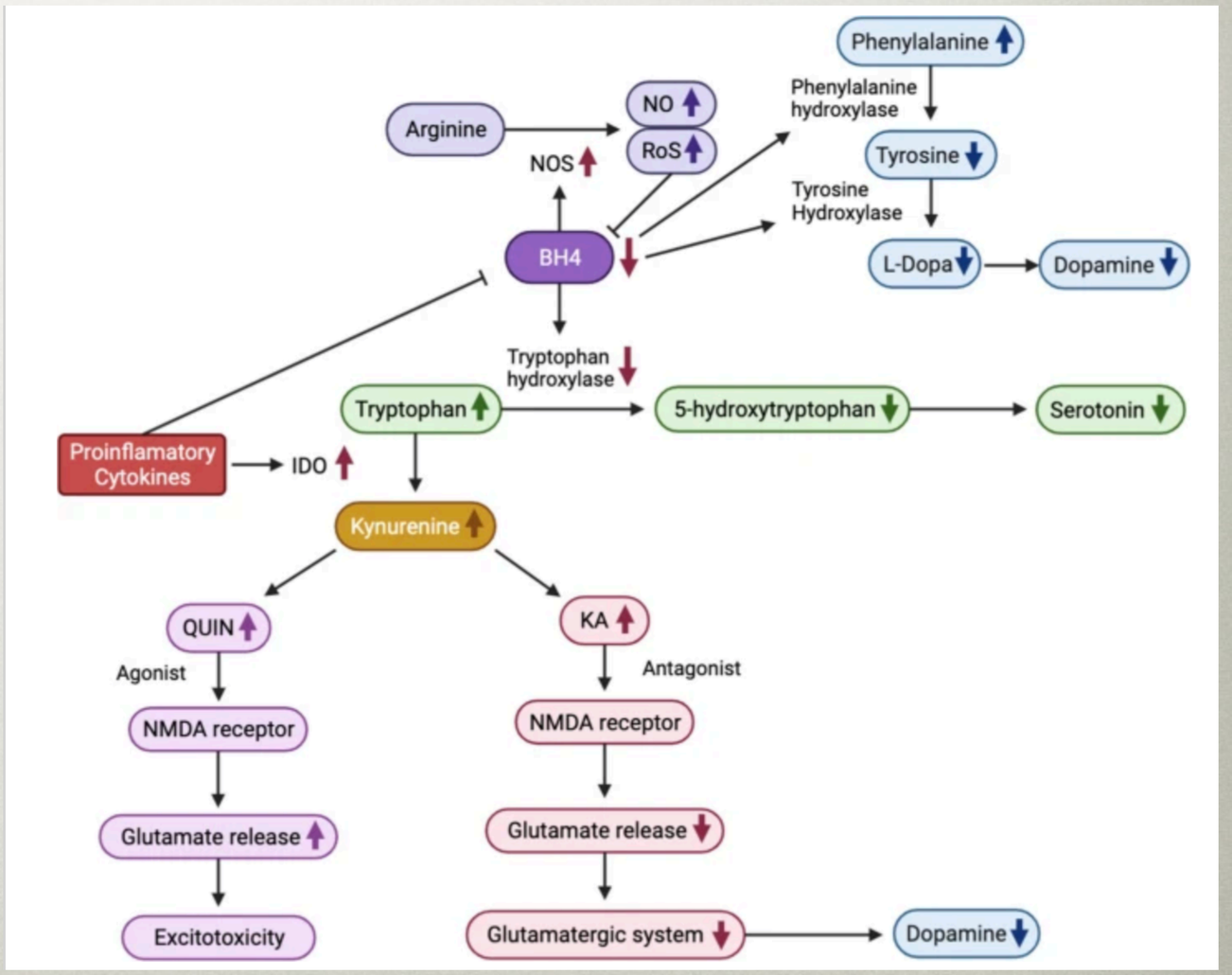
Mécanismes par lesquels les cytokines pro-inflammatoires affectent la synthèse des neurotransmetteurs monoamines c'est-à-dire la sérotonine et la dopamine



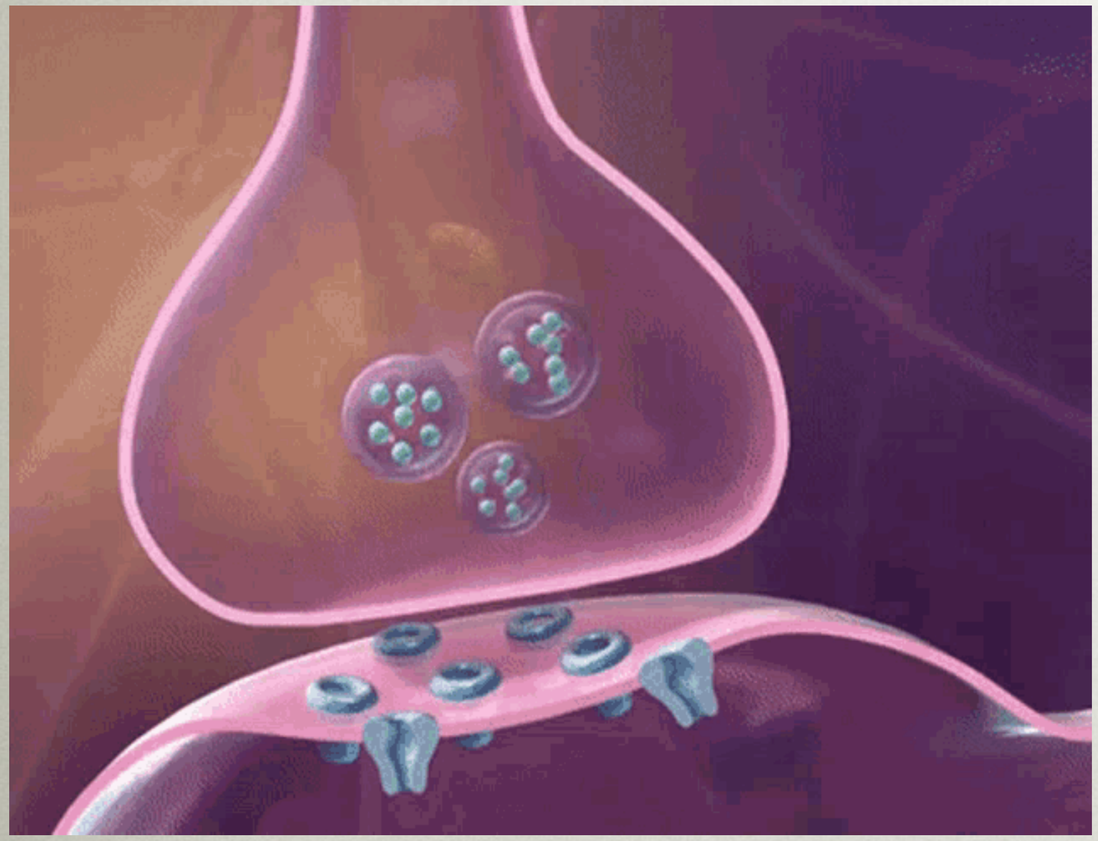


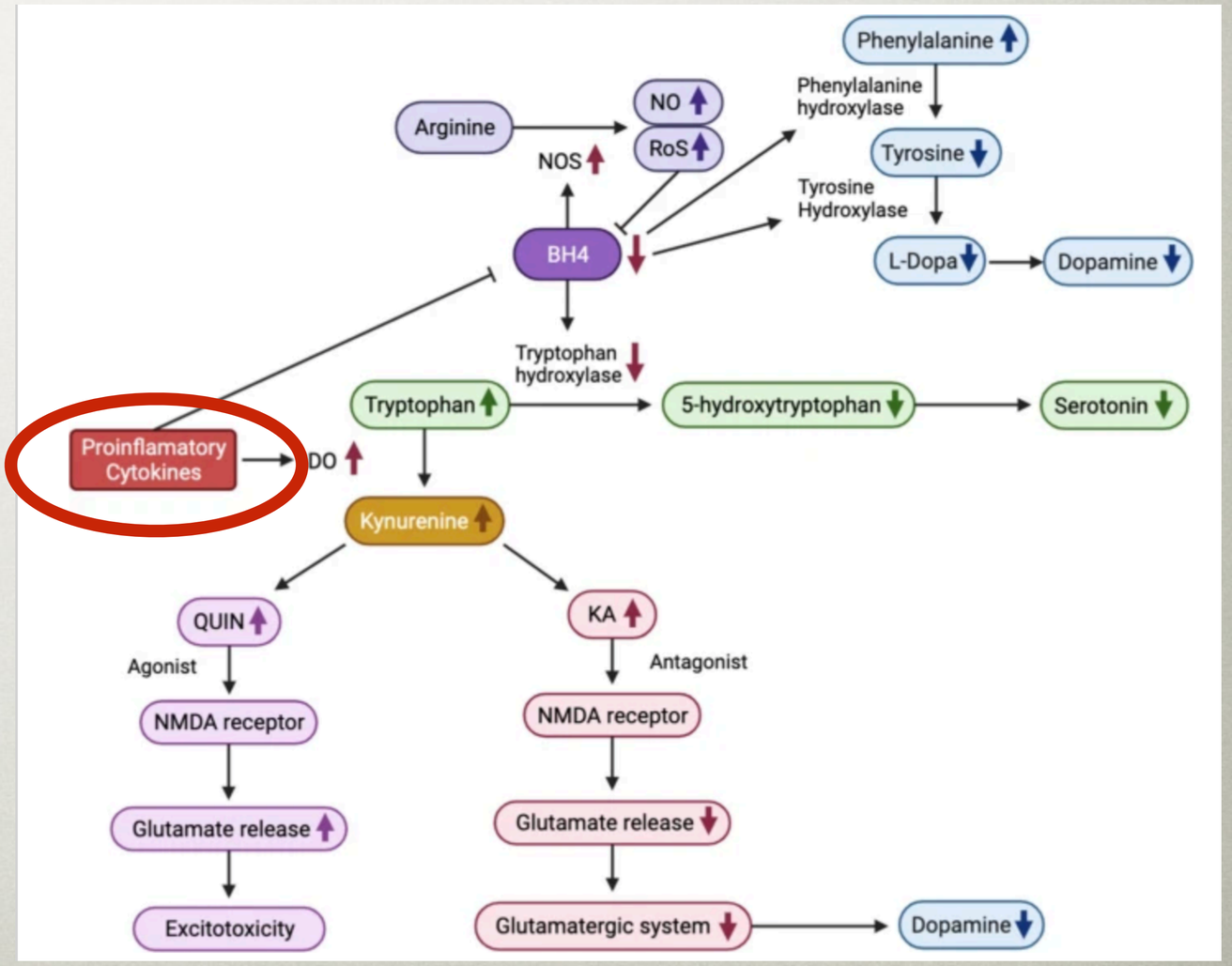
Mécanismes par lesquels les cytokines pro-inflammatoires affectent la synthèse des neurotransmetteurs monoamines c'est-à-dire la sérotonine et la dopamine





Mécanismes par lesquels les cytokines pro-inflammatoires affectent la synthèse des neurotransmetteurs monoamines c'est-à-dire la sérotonine et la dopamine

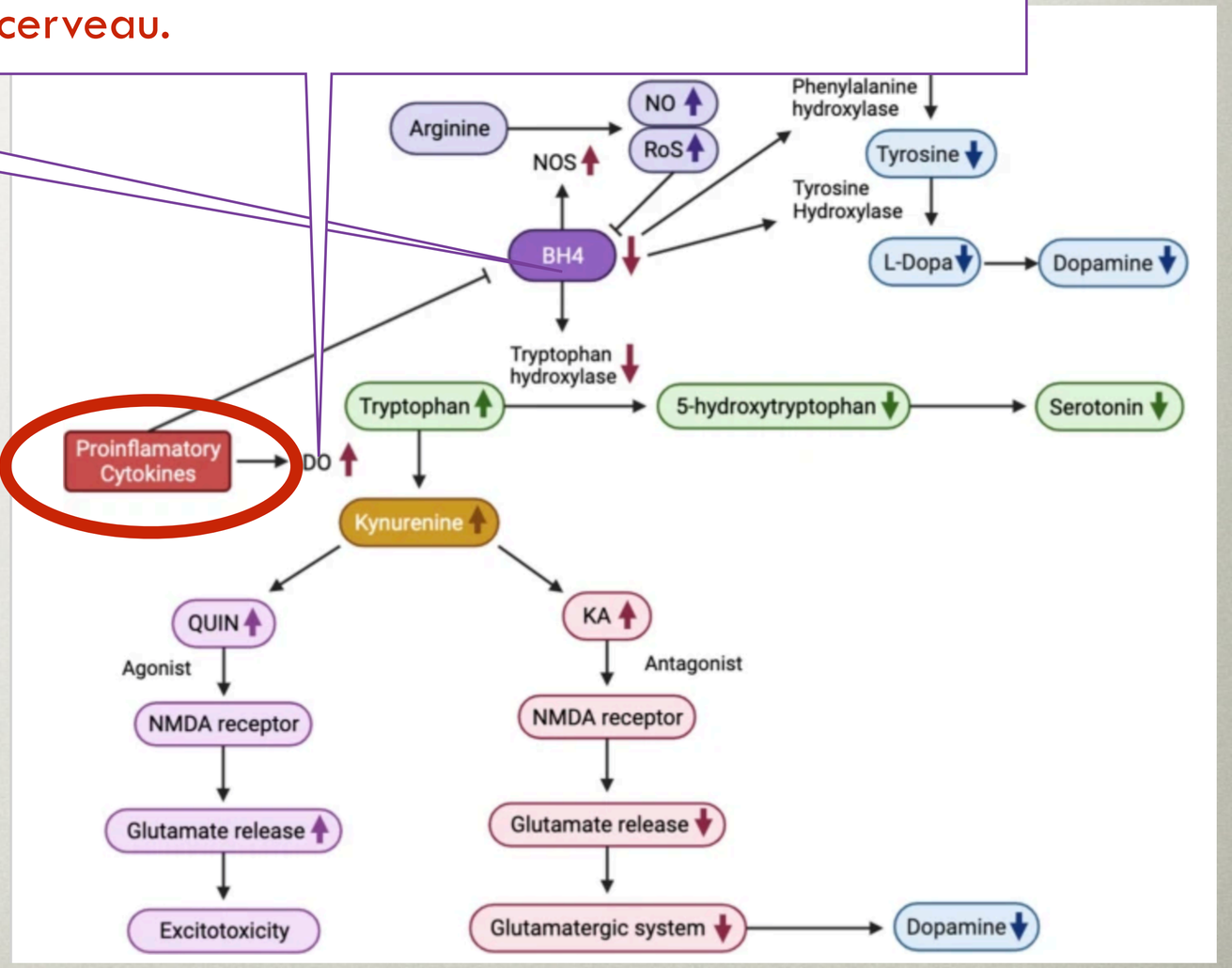




BH4 (tétrahydrobioptérine) : un cofacteur enzymatique essentiel à la synthèse de la sérotonine et de la dopamine.

IDO (indoleamine 2,3-dioxygénase), une enzyme activée par les cytokines inflammatoires qui détourne la voie normale de synthèse de la sérotonine → baisse de sérotonine dans le cerveau.





Lien avec la santé mentale

Dépression

Lien avec la santé mentale

Dépression

- Les patients dépressifs présentent des taux élevés de cytokines pro-inflammatoires (Miller & Raison, 2016; Passos & al., 2025)

Lien avec la santé mentale

Dépression

TSPT

- Les patients dépressifs présentent des taux élevés de cytokines pro-inflammatoires (Miller & Raison, 2016; Passos & al., 2025)

- BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) sorte de « fertilisant cérébral », son taux est souvent effondré chez les patients déprimés ou traumatisés

Maladies auto-imunes

Maladies cardiovasculaires

Vieillissement

Lien avec la santé physique

Maladies auto-imunes

Maladies cardiovasculaires

Vieillissement

Lien avec la santé physique

Maladies auto-imunes

Les personnes exposées à des adversités précoces présentent un risque environ deux fois plus élevé de développer une affection auto-immune (Dube et al., 2009) - la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, la sclérose en plaques et les maladies inflammatoires intestinales, avec des valeurs comprises entre 1,5 et 3 fois selon les études.

Maladies cardiovasculaires

Vieillissement

Lien avec la santé physique

Maladies auto-imunes

Les personnes exposées à des adversités précoces présentent un risque environ deux fois plus élevé de développer une affection auto-immune (Dube et al., 2009) - la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, la sclérose en plaques et les maladies inflammatoires intestinales, avec des valeurs comprises entre 1,5 et 3 fois selon les études.

Maladies cardiovasculaires

L'inflammation chronique augmente le risque d'athérosclérose, d'infarctus, d'AVC. Les troubles psychiatriques (dépression, TSPT) multiplient le risque cardiovasculaire indépendamment des facteurs classiques (Vaccarino et al., 2021)

Vieillissement

Lien avec la santé physique

Maladies auto-imunes

Les personnes exposées à des adversités précoces présentent un risque environ deux fois plus élevé de développer une affection auto-immune (Dube et al., 2009) - la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, la sclérose en plaques et les maladies inflammatoires intestinales, avec des valeurs comprises entre 1,5 et 3 fois selon les études.

Maladies cardiovasculaires

L'inflammation chronique augmente le risque d'athérosclérose, d'infarctus, d'AVC. Les troubles psychiatriques (dépression, TSPT) multiplient le risque cardiovasculaire indépendamment des facteurs classiques (Vaccarino et al., 2021)

Vieillissement

L'inflammation accélère le vieillissement cellulaire. Les télomères - sortes de « capuchons protecteurs » au bout de nos chromosomes qui raccourcissent naturellement avec l'âge - s'usent prématurément. Les victimes d'ACEs présentent des télomères correspondant à un vieillissement biologique de 7 à 10 ans supérieur à leur âge réel.

Cancer

Diabète

Lien avec la santé physique

Cancer

Diabète

Lien avec la santé physique

Cancer

Le cancer : les méta-analyses montrent un risque accru d'environ 1,5 à 2 fois chez les personnes ayant vécu quatre adversités précoces ou plus (Holman et al., 2016). Cette hausse du risque concerne surtout les cancers hormono-dépendants (sein, ovaire, endomètre) et certains cancers associés à l'inflammation chronique (côlon, foie, poumon chez les non-fumeurs).

Diabète

Lien avec la santé physique

Cancer

Le cancer : les méta-analyses montrent un risque accru d'environ 1,5 à 2 fois chez les personnes ayant vécu quatre adversités précoces ou plus (Holman et al., 2016). Cette hausse du risque concerne surtout les cancers hormono-dépendants (sein, ovaire, endomètre) et certains cancers associés à l'inflammation chronique (côlon, foie, poumon chez les non-fumeurs).

Diabète

Risque multiplié par 1,8 (Huang et al., 2015) : Une augmentation de 80% du risque de diabète représente un enjeu majeur de santé publique quand on sait que cette pathologie touche déjà 8-10% de la population adulte. Ce risque accru n'est pas uniquement lié aux comportements (alimentation, sédentarité) mais résulte directement des modifications métaboliques induites par le trauma :

Douleur chronique

Lien avec la santé physique

Douleur chronique

Lien avec la santé physique

Douleur chronique

La persistance de cytokines pro-inflammatoires dans le système nerveux central contribue à la pérennisation de la douleur indépendamment de la lésion initiale.

Lien avec la santé physique

Douleur chronique

La persistance de cytokines pro-inflammatoires dans le système nerveux central contribue à la pérennisation de la douleur indépendamment de la lésion initiale.

Les victimes de violences sexuelles dans l'enfance présentent un risque multiplié par 2 à 3 de développer des troubles tels que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique ou les troubles fonctionnels intestinaux (Afari et al., 2014).

1. Une tempête inflammatoire silencieuse - cet état inflammatoire chronique de bas grade, souvent invisible aux examens standards, constitue le chaînon manquant entre l'expérience traumatique et l'émergence de pathologies somatiques multiples.

1. Une tempête inflammatoire silencieuse - cet état inflammatoire chronique de bas grade, souvent invisible aux examens standards, constitue le chaînon manquant entre l'expérience traumatique et l'émergence de pathologies somatiques multiples.

2. Introduire (plus radicalement) le concept de « comorbidité inversée » - les maladies chroniques (auto-immunes, métaboliques, cardiovasculaires) ne sont pas des complications du trauma au même titre que les symptômes psychologiques. Cette reconceptualisation appelle à une approche…

1. Une tempête inflammatoire silencieuse - cet état inflammatoire chronique de bas grade, souvent invisible aux examens standards, constitue le chaînon manquant entre l'expérience traumatique et l'émergence de pathologies somatiques multiples.

2. Introduire (plus radicalement) le concept de « comorbidité inversée » - les maladies chroniques (auto-immunes, métaboliques, cardiovasculaires) ne sont pas des complications du trauma **mais ses manifestations primaires** au même titre que les symptômes psychologiques. Cette reconceptualisation appelle à une approche…

1. Une tempête inflammatoire silencieuse - cet état inflammatoire chronique de bas grade, souvent invisible aux examens standards, constitue le chaînon manquant entre l'expérience traumatique et l'émergence de pathologies somatiques multiples.

2. Introduire (plus radicalement) le concept de « comorbidité inversée » - les maladies chroniques (auto-immunes, métaboliques, cardiovasculaires) ne sont pas des complications du trauma **mais ses manifestations primaires** au même titre que les symptômes psychologiques. Cette reconceptualisation appelle à une approche…

« trauma-somatique intégrée ».

1. Une tempête inflammatoire silencieuse - cet état inflammatoire chronique de bas grade, souvent invisible aux examens standards, constitue le chaînon manquant entre l'expérience traumatique et l'émergence de pathologies somatiques multiples.

2. Introduire (plus radicalement) le concept de « comorbidité inversée » - les maladies chroniques (auto-immunes, métaboliques, cardiovasculaires) ne sont pas des complications du trauma **mais ses manifestations primaires** au même titre que les symptômes psychologiques. Cette reconceptualisation appelle à une approche…

« trauma-somatique intégrée ».

3. Envisager, les conséquences pour la pratique clinique et le saut épistémologique que cela suppose.

The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis

Lancet Public Health 2017; 2: e356–66

Karen Hughes, Mark A Bellis, Katherine A Hardcastle, Dinesh Sethi, Alexander Butchart, Christopher Mikton, Lisa Jones, Michael P Dunne



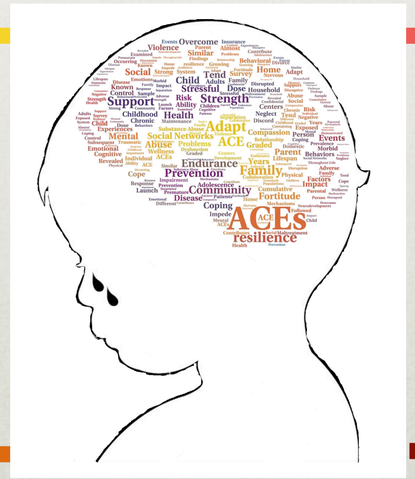
The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis

Lancet Public Health 2017; 2: e356–66

Karen Hughes, Mark A Bellis, Katherine A Hardcastle, Dinesh Sethi, Alexander Butchart, Christopher Mikton, Lisa Jones, Michael P Dunne

Par comparaison aux personnes sans aucune confrontation à des événements négatifs durant l'enfance, ceux qui en ont été confrontés à de l'adversité….

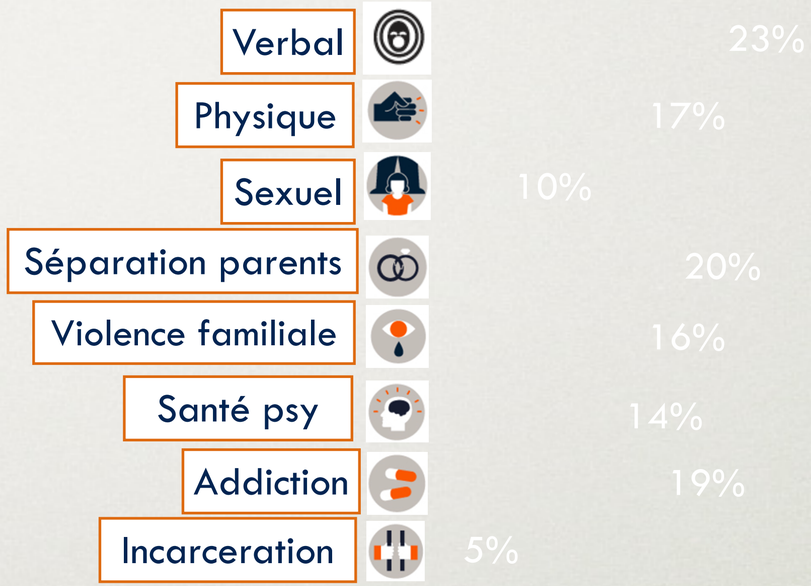
- Activité physique
- Surpoids
- Diabète
- Tabac
- Alcool
- Santé perçue
- Cancer
- MCV
- Respiratoires

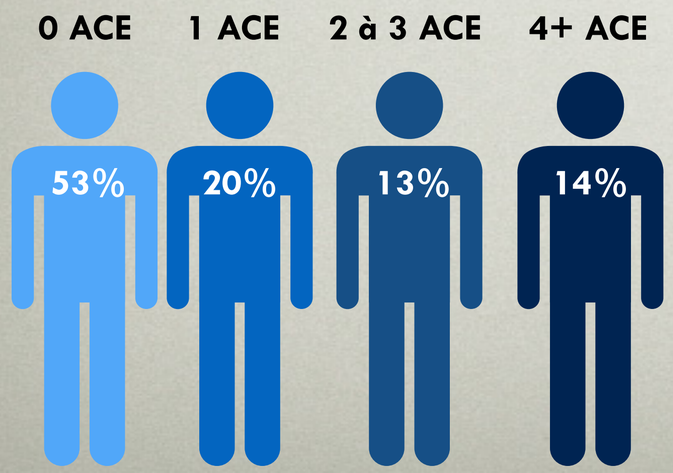


- Sexualité
- Santé mentale
- Drogue
- Violence inter
- Violence intra



Etude de Ashton et al. (2016) qui a portée sur 2000 adultes au Pays de Galles âgés de 18 ans à 69 ans

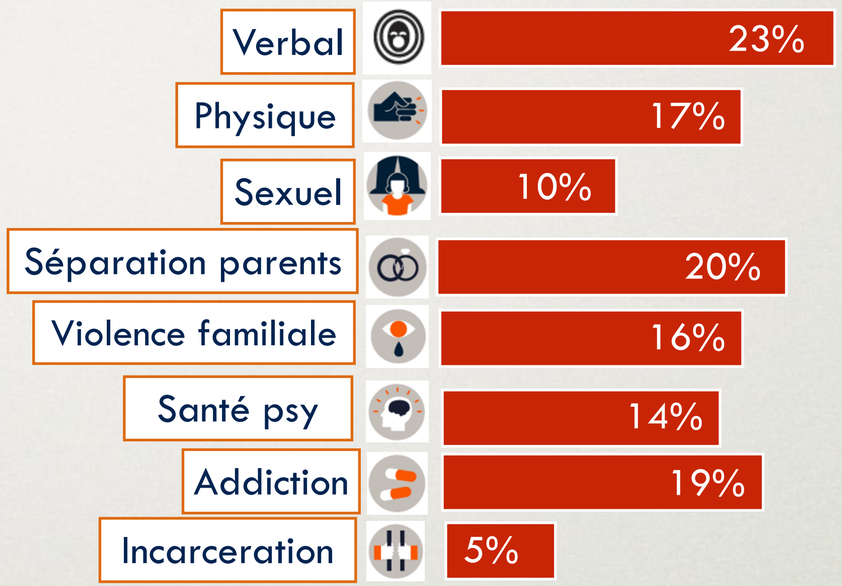


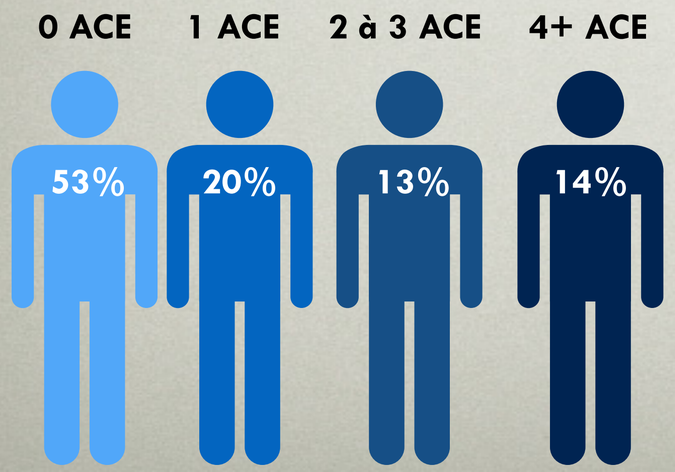


Jusqu'à 69 ans les personnes ayant vécu plus de 4 ACE sont **2 X** plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique que ceux qui n'en n'ont pas vécu.



Etude de Ashton et al. (2016) qui a portée sur 2000 adultes au Pays de Galles âgés de 18 ans à 69 ans





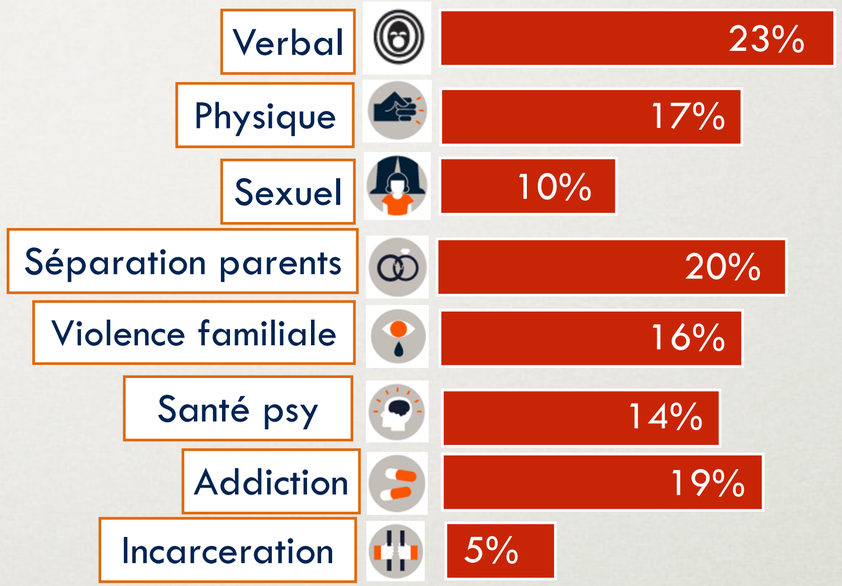
Jusqu'à 69 ans les personnes ayant vécu plus de 4 ACE sont **2 X** plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique que ceux qui n'en n'ont pas vécu.

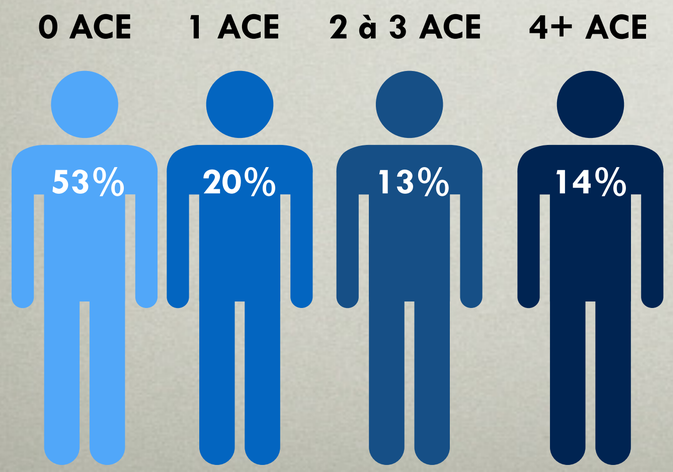
GIG CYMRU NHS WALES | Iechyd Cyhoeddus Cymru Public Health Wales

Adverse Childhood Experiences

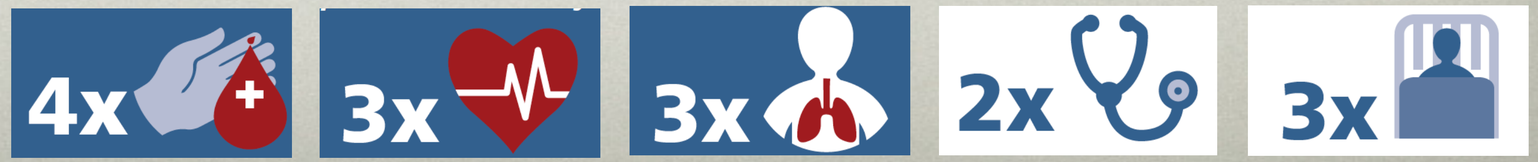
and their association with chronic disease and health service use in the Welsh adult population

Etude de Ashton et al. (2016) qui a portée sur 2000 adultes au Pays de Galles âgés de 18 ans à 69 ans

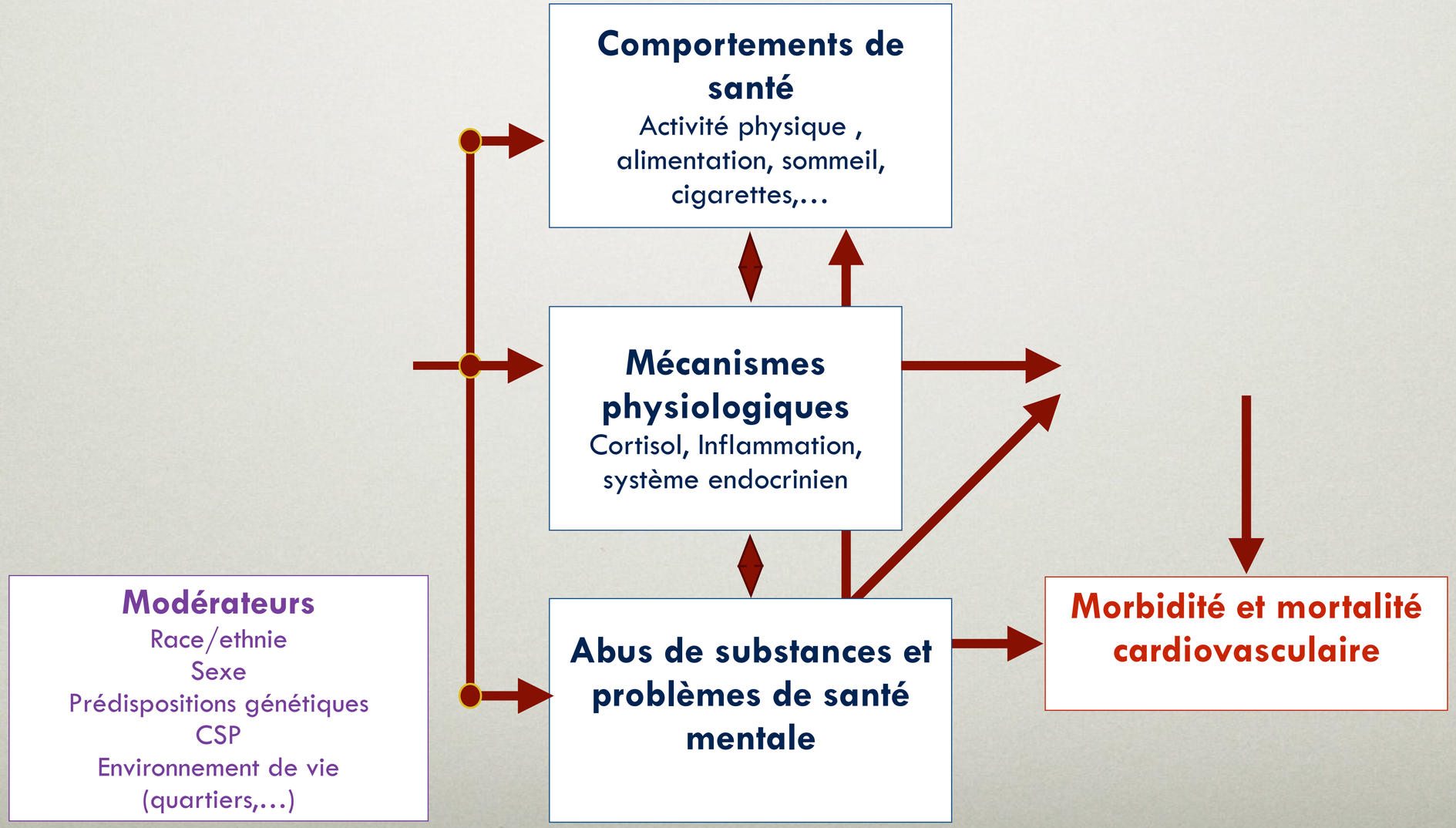




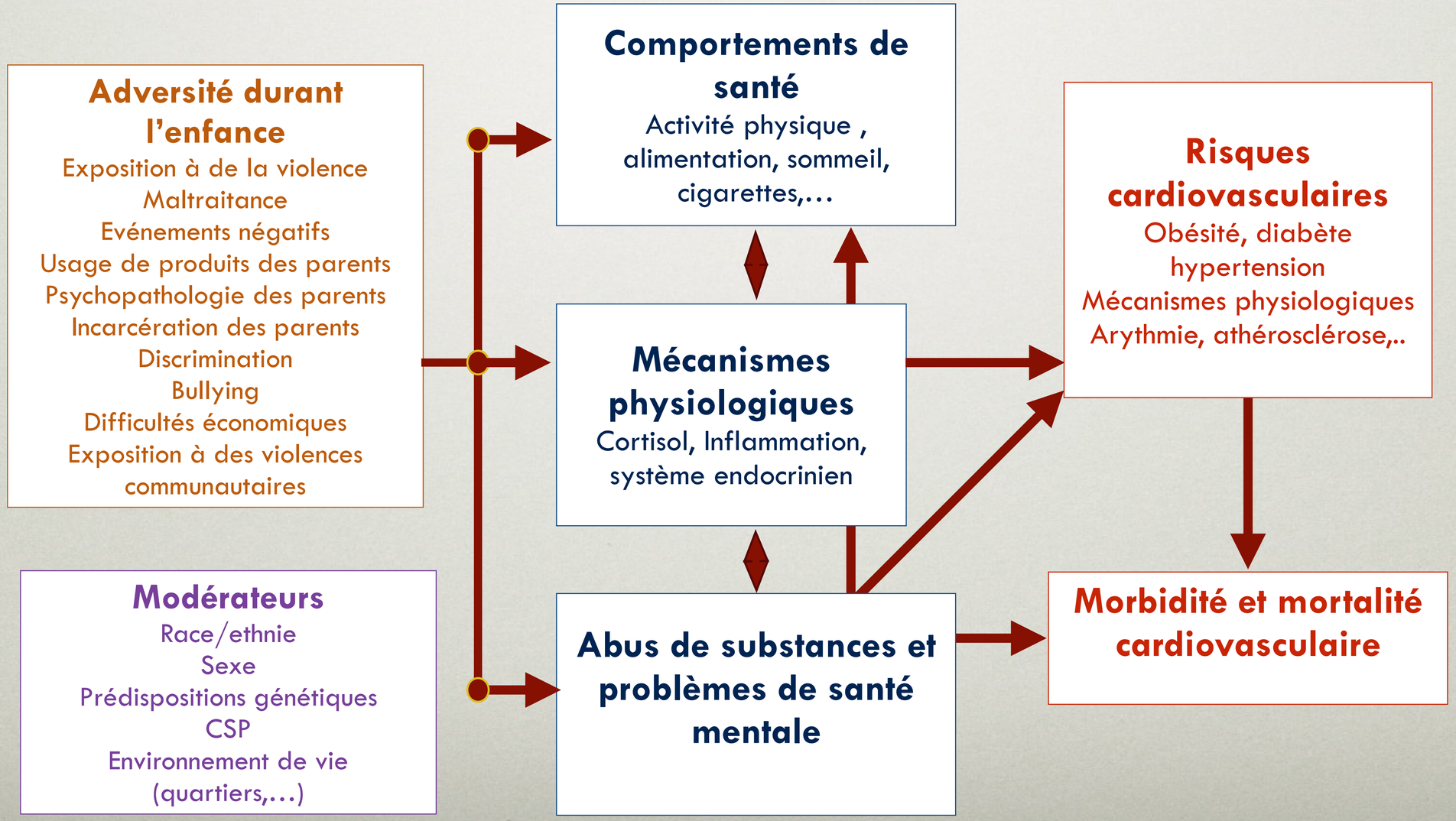
Jusqu'à 69 ans les personnes ayant vécu plus de 4 ACE sont **2 X** plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique que ceux qui n'en n'ont pas vécu.



Suglia & al. (2018) dans le journal « Circulation » ont publié un article clair…

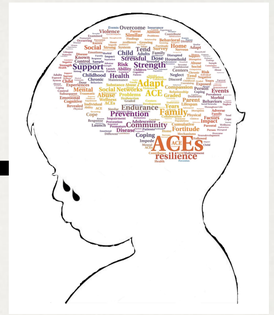


Suglia & al. (2018) dans le journal « Circulation » ont publié un article clair…



Pourquoi un tel lien?

Pourquoi un tel lien?



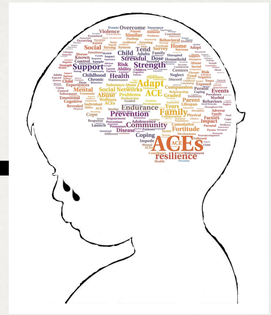
Pourquoi un tel lien?

Stress/ détresse

Anxiété

Dépression

TSPT



Pourquoi un tel lien?

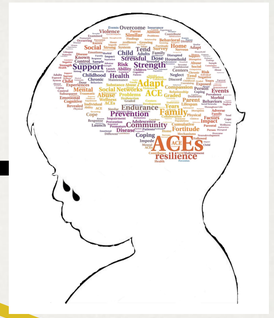
Stress/
détresse

Anxiété

Dépression

TSPT





Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

Pourquoi un tel lien?

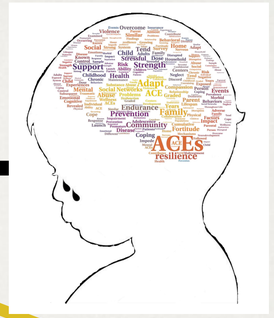
Stress/ détresse

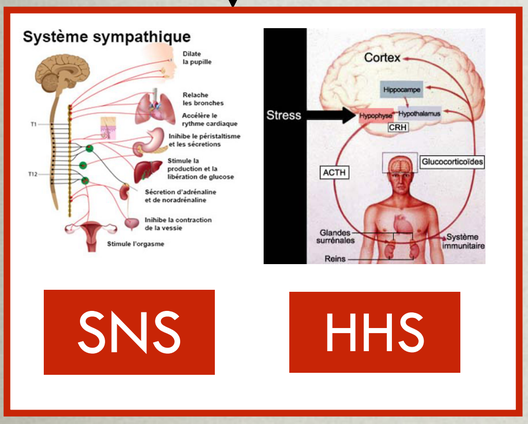
Anxiété

Dépression

TSPT







Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

Pourquoi un tel lien?

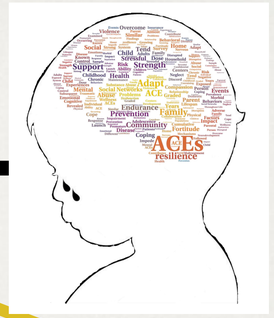
Stress/ détresse

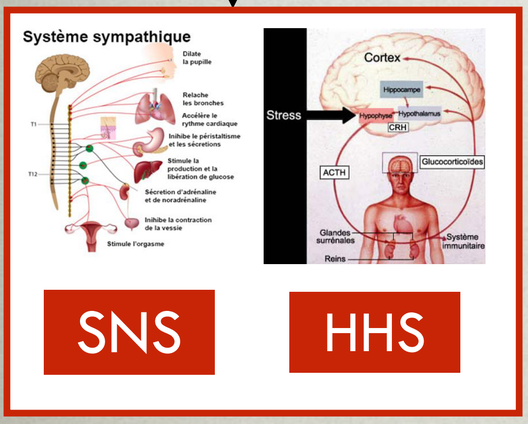
Anxiété

Dépression

TSPT







SNS

HHS

Etude
INTERHEART
(Yusuf & al., 2004)

24000 sujets, 52 pays
(1:ApoB/ApoA;
2. Cigarettes; **3. Stress**)

Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

Pourquoi un tel lien?

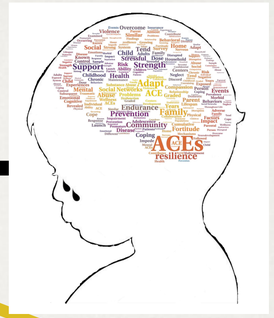
Stress/ détresse

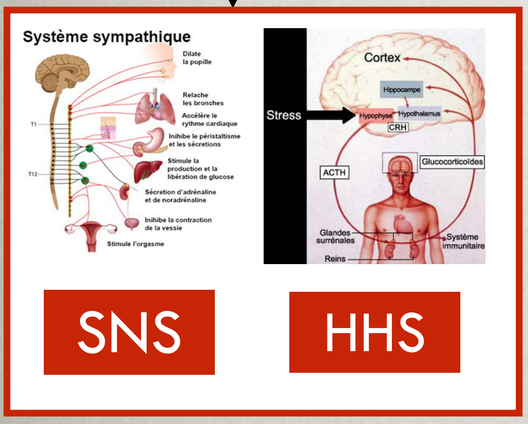
Anxiété

Dépression

TSPT







Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

Pourquoi un tel lien?

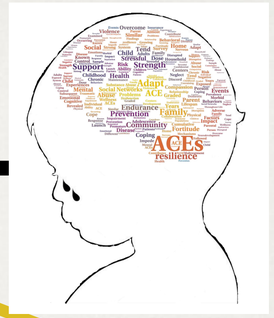
Stress/ détresse

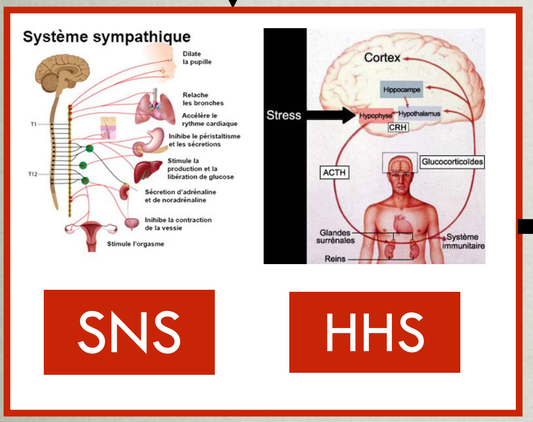
Anxiété

Dépression

TSPT







Maladies cardiovasculaires

Ischémie Myocardique

Arythmies

Tromboses

Infarctus

Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

Pourquoi un tel lien?

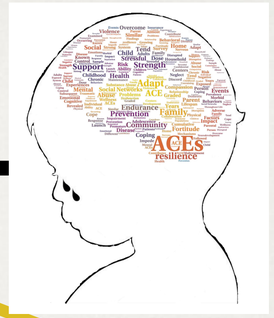
Stress/ détresse

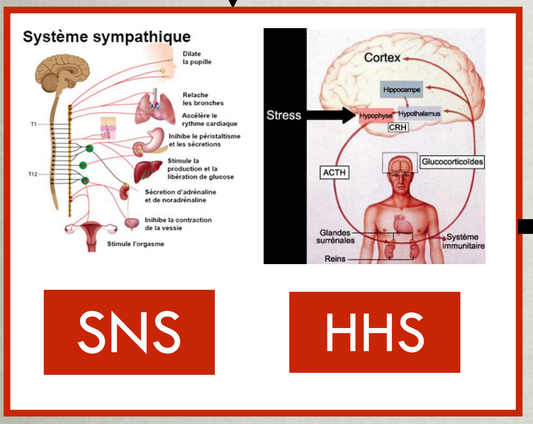
Anxiété

Dépression

TSPT







SNS

HHS

Maladies cardiovasculaires

Ischémie Myocardique

Arythmies

Tromboses

Infarctus

Tabagisme
Addiction
Sédentarité

Risque d'hypertension artérielle

Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

Pourquoi un tel lien?

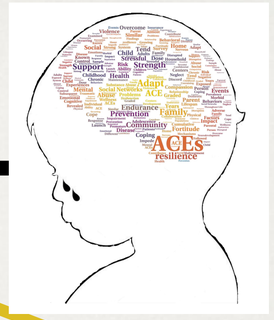
Stress/ détresse

Anxiété

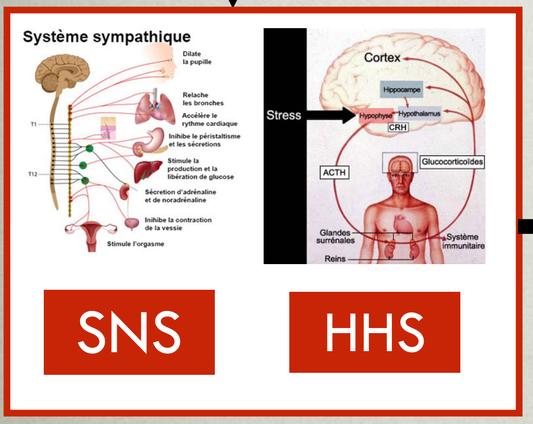
Dépression

TSPT









Maladies cardiovasculaires

Ischémie Myocardique

Arythmies

Tromboses

Infarctus

Tabagisme
Addiction
Sédentarité

Risque d'hypertension artérielle

Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

6. Sur la notion de psychotraumatisme

À l’origine était le traumatisme !

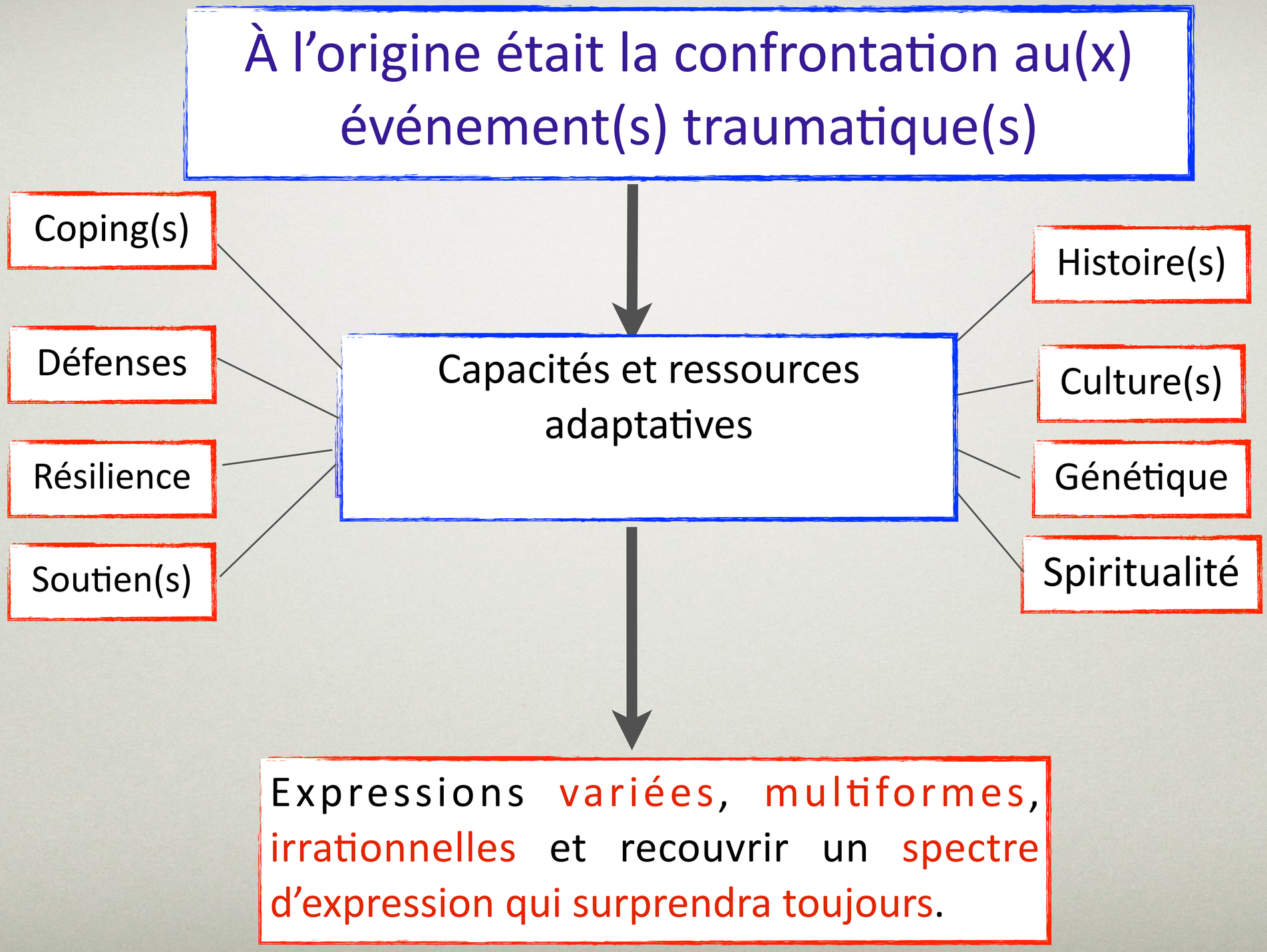
Débordent les limites du sujet.

Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d’expression qui surprendra toujours.

À l’origine était la confrontation au(x) événement(s) traumatique(s)

Capacités et ressources adaptatives

Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d’expression qui surprendra toujours.


À l'origine était la confrontation au(x) événement(s) traumatique(s)
Coping(s)
Défenses
Résilience
Soutien(s)
Capacités et ressources adaptatives
Histoire(s)
Culture(s)
Génétique
Spiritualité
Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d'expression qui surprendra toujours.

Evénement Traumatique

Incident critique



Evénement Traumatique



Trauma simple ou ESPT

Trauma complexe

Pseudo.Epileps

T. anxieux

Borderline

Dépression

Douleurs physiques

Dissociation

En 2003 Paley et Alpert ont publié un travail (méta-analyse) qui portait sur des enfants qui avaient été exposés à un événement traumatique avant l'âge de 24 mois.

En 2003 Paley et Alpert ont publié un travail (méta-analyse) qui portait sur des enfants qui avaient été exposés à un événement traumatique avant l'âge de 24 mois.

Ce travail confirma l'idée que l'existence d'une mémoire du trauma précoce était loin d'être une aberration comme on l'avait longtemps pensé. Les résultats mettaient alors en lumière la fiabilité d'une mémoire non verbale du trauma précoce, qui trouvait son expression à travers le jeu post-traumatique, les mises en actes comportementales ou certaines peurs post-traumatiques spécifiques.

une étude de grande envergure, incluant 2232 sujets et conduite au Royaume-Uni (Lewis et al., 2019), a confirmé l'importance de la problématique montrant que l'exposition à des évènements potentiellement traumatiques pouvait concerner jusqu'à 31.1 % des enfants et des adolescents et que le taux de TSPT à 18 ans atteignait 7.8 %

une étude de grande envergure, incluant 2232 sujets et conduite au Royaume-Uni (Lewis et al., 2019), a confirmé l'importance de la problématique montrant que l'exposition à des évènements potentiellement traumatiques pouvait concerner jusqu'à 31.1 % des enfants et des adolescents et que le taux de TSPT à 18 ans atteignait 7.8 %

Réalisée auprès d'adolescents cette fois, Pinto et al., (2017) ont, montré que 26.2 % des sujets répondaient aux critères d'un TSPT (Pinto et al., 2017).

La prévalence des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et chez l'adolescent s'avère donc être particulièrement élevée et peut concerner de 70 à 80 % des sujets après un événement potentiellement traumatique majeur (par exemple, après le tremblement de terre en Arménie en 1988 - Pynoos et al., 1993). Il convient de souligner qu'il existe une forte cormorbité entre la présence d'un TSPT, la consommation de substances, la dépression et/ou l'anxiété (Nooner et al., 2012).



Fletcher (2003) a par exemple effectué une méta-analyse à partir de 34 études. Il a ainsi mis en évidence que certains symptômes du DSM étaient plus présents que d'autres

- La détresse face à des stimuli qui rappellent le traumatisme l'événement (51%)
- La restriction des affects (47 %)
- La difficulté de concentration (41 %)
- La reconstitution mentale ou comportementale d'un aspect de l'événement (40 %)
- L'impression que cela va se reproduire (39 %)
- La perte d'intérêt pour certaines activités (36 %)
- Les souvenirs intrusifs (34 %)
- Le récit excessif de l'événement (31 %)
- L'évitement de stimuli qui rappellent l'événement (32 %)
- Les cauchemars (31 %)
- Les peurs spécifiques (31 %)

5. Focus…Le traumatisme complexe

À l’origine était le traumatisme !

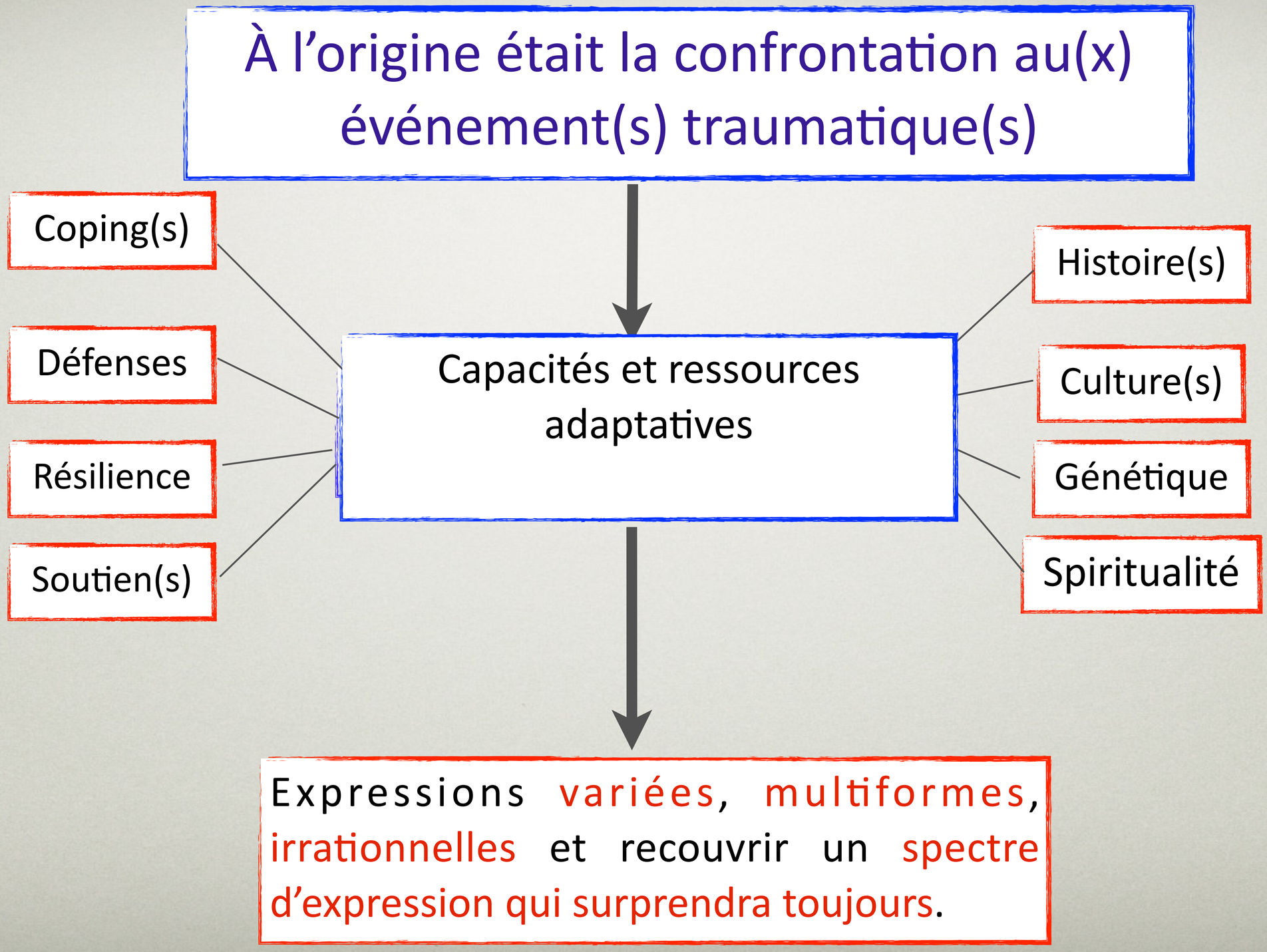
Débordent les limites du sujet.

Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d’expression qui surprendra toujours.

À l’origine était la confrontation au(x) événement(s) traumatique(s)

Capacités et ressources adaptatives

Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d’expression qui surprendra toujours.


À l'origine était la confrontation au(x) événement(s) traumatique(s)
Coping(s)
Défenses
Résilience
Soutien(s)
Capacités et ressources adaptatives
Histoire(s)
Culture(s)
Génétique
Spiritualité
Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d'expression qui surprendra toujours.

Evénement Traumatique

Incident critique



Evénement Traumatique



Trauma simple ou ESPT

Trauma complexe

Pseudo.Epileps

T. anxieux

Borderline

Dépression

Douleurs physiques

Dissociation

En 2003 Paley et Alpert ont publié un travail (méta-analyse) qui portait sur des enfants qui avaient été exposés à un événement traumatique avant l'âge de 24 mois.

En 2003 Paley et Alpert ont publié un travail (méta-analyse) qui portait sur des enfants qui avaient été exposés à un événement traumatique avant l'âge de 24 mois.

Ce travail confirma l'idée que l'existence d'une mémoire du trauma précoce était loin d'être une aberration comme on l'avait longtemps pensé. Les résultats mettaient alors en lumière la fiabilité d'une mémoire non verbale du trauma précoce, qui trouvait son expression à travers le jeu post-traumatique, les mises en actes comportementales ou certaines peurs post-traumatiques spécifiques.

une étude de grande envergure, incluant 2232 sujets et conduite au Royaume-Uni (Lewis et al., 2019), a confirmé l'importance de la problématique montrant que l'exposition à des évènements potentiellement traumatiques pouvait concerner jusqu'à 31.1 % des enfants et des adolescents et que le taux de TSPT à 18 ans atteignait 7.8 %

une étude de grande envergure, incluant 2232 sujets et conduite au Royaume-Uni (Lewis et al., 2019), a confirmé l'importance de la problématique montrant que l'exposition à des évènements potentiellement traumatiques pouvait concerner jusqu'à 31.1 % des enfants et des adolescents et que le taux de TSPT à 18 ans atteignait 7.8 %

Réalisée auprès d'adolescents cette fois, Pinto et al., (2017) ont, montré que 26.2 % des sujets répondaient aux critères d'un TSPT (Pinto et al., 2017).

La prévalence des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et chez l'adolescent s'avère donc être particulièrement élevée et peut concerner de 70 à 80 % des sujets après un événement potentiellement traumatique majeur (par exemple, après le tremblement de terre en Arménie en 1988 - Pynoos et al., 1993). Il convient de souligner qu'il existe une forte cormorbité entre la présence d'un TSPT, la consommation de substances, la dépression et/ou l'anxiété (Nooner et al., 2012).

Le TSPT - DSMV

TSPT – DSM-V

➢ **Critères A : Exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :**

- en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
- en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
- en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
- en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

TSPT – DSM-V

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

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés a l'événement/aux événement traumatiques. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
- Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience). NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;

TSPT – DSM-V

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

- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;

- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

TSPT – DSM-V

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

- Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse ;
- Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

TSPT – DSM-V

➢ **Critères D : Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivantes :**

- Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
- Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées concernant soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné ».

TSPT – DSM-V

- **Critères D : Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivantes :**

- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou les conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent l'individu à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes
- État émotionnel négatif persistant (par exemple, crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte)

TSPT – DSM-V

➢ **Critères D : Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivantes :**

- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien reduction de la participation à ces mêmes activités.
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

TSPT – DSM-V

- **Critères E : Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :**

- Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
- Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
- Hypervigilance.
- Réaction de sursaut exagérée.
- Problèmes de concentration.
- Perturbation du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

TSPT - DSM-V

- **F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) dure plus d'un mois.**

- **G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.**

- **H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.**

TSPT – DSM-V

Spécifier le type :

- **Avec symptômes dissociatifs :** Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :
- 1. *Dépersonnalisation* : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
- 2. *Déréalisation* : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

TSPT – DSM-V

Spécifier le type :

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

➤ **A expression retardée:**

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).


MERCI
ASANTE
THANK YOU
GRAZIE
DANK JE
DANKON
KIITOS
MATONDO
MATUR NUWUN
MOCHCHAKKERAM
OBRIGADO
SALAMAT
TERMA KASIH
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
MERCI
ARIGATO
OBRIGADO
MAAKE
GRAZIE
CAM ON BAN
MATUR NUWUN
JUSPAXAR
SPASIBO
KIA ORA
LALIN
NUWUN