2. Vivre sous la menace : comprendre le trauma complexe

Pourquoi parler de trauma complexe ?

Une évolution des connaissances et de la clinique

Des limites du TSPT classique…

- Conçu initialement pour des **adultes** exposés à un **événement unique** (Military veterans, accidents, agressions).
- Accent mis surtout sur **la menace à l'intégrité physique.**
- Insuffisant pour rendre compte des conséquences de traumatismes **répétés, précoces et interpersonnels.**
- Conduisait souvent à **multiplier les diagnostics** pour décrire la réalité clinique.

> De nombreuses victimes – en particulier des enfants – présentaient des difficultés qui dépassaient le cadre du TSPT.

… vers une compréhension plus large

- Dès les années 80-90, des cliniciens et chercheurs (J. Herman, L. Terr, B. van der Kolk…) soulignent la nécessité de mieux décrire la clinique des traumatismes chroniques et développementaux.
- Les travaux sur l'adversité et les **ACEs** montrent l'importance de **l'accumulation** d'événements au cours de l'enfance.
- Les typologies de traumatismes se diversifient (Terr, 1991 : type I et type II ; Solomon & Heide, 1999 : type III).
- La **CIM-11** (2019) introduit le diagnostic de **TSPT complexe (TSPT-C),** intégrant des perturbations de l'organisation de soi.

> Le trauma complexe permet une meilleure compréhension des trajectoires cliniques, psychologiques, relationnelles et physiques des victimes.

Quelques repères historiques



Années 80
Travaux de J. Herman, L. Terr, B. van der Kolk

1991
L. Terr : trauma de type I et II

1998
ACES (Felitti et al.)

1999
Solomon & Heide : trauma de type III

DSM-5 (2013)
Élargissement de la définition du trauma

CIM-11 (2019)
Introduction du TSPT complexe

Le trauma complexe est né de la rencontre entre la recherche, la clinique et les réalités des victimes, pour dépasser les limites du TSPT classique.

Références clés :
Herman, 1992 ; Terr, 1991 ; Solomon & Heide, 1999 ; Felitti et al., 1998 ; Tarquinio & Montel, 2014 ; CIM-11, OMS, 2019.

Pourquoi parler de trauma complexe ?

Une évolution des connaissances et de la clinique

Des limites du TSPT classique…

- Conçu initialement pour des **adultes** exposés à un **événement unique** (Military veterans, accidents, agressions).
- Accent mis surtout sur **la menace à l'intégrité physique.**
- Insuffisant pour rendre compte des conséquences de traumatismes **répétés, précoces et interpersonnels.**
- Conduisait souvent à **multiplier les diagnostics** pour décrire la réalité clinique.

> De nombreuses victimes – en particulier des enfants – présentaient des difficultés qui dépassaient le cadre du TSPT.



Le trauma complexe ne se résume pas à un événement, mais à une histoire qui s'inscrit dans le temps et dans les liens.

… vers une compréhension plus large

- Dès les années 80-90, des cliniciens et chercheurs (J. Herman, L. Terr, B. van der Kolk…) soulignent la nécessité de mieux décrire la clinique des traumatismes chroniques et développementaux.
- Les travaux sur l'adversité et les **ACEs** montrent l'importance de **l'accumulation** d'événements au cours de l'enfance.
- Les typologies de traumatismes se diversifient (Terr, 1991 : type I et type II ; Solomon & Heide, 1999 : type III).
- La **CIM-11** (2019) introduit le diagnostic de **TSPT complexe (TSPT-C),** intégrant des perturbations de l'organisation de soi.

> Le trauma complexe permet une meilleure compréhension des trajectoires cliniques, psychologiques, relationnelles et physiques des victimes.

Quelques repères historiques

- **Années 80** — Travaux de J. Herman, L. Terr, B. van der Kolk
- **1991** — L. Terr : trauma de type I et II
- **1998** — ACES (Felitti et al.)
- **1999** — Solomon & Heide : trauma de type III
- **DSM-5 (2013)** — Élargissement de la définition du trauma
- **CIM-11 (2019)** — Introduction du TSPT complexe

Le trauma complexe est né de la rencontre entre la recherche, la clinique et les réalités des victimes, pour dépasser les limites du TSPT classique.

Références clés :
Herman, 1992 ; Terr, 1991 ; Solomon & Heide, 1999 ; Felitti et al., 1998 ; Tarquinio & Montel, 2014 ; CIM-11, OMS, 2019.

Des expositions typiquement associées au trauma complexe

Les configurations les plus à risque combinent précocité, répétition, interpersonnalité et dépendance.

Ces expositions n'imposent pas à elles seules un TSPT complexe, mais elles en augmentent la probabilité.

Courtois & Ford, 2013 · WHO CIM-11, 2024

Des expositions typiquement associées au trauma complexe

Les configurations les plus à risque combinent précocité, répétition, interpersonnalité et dépendance.

Précocité



Survient souvent dans l'enfance ou l'adolescence.

Répétition / chronicité



La menace s'inscrit dans le temps.

Victimisation interpersonnelle



Violences, négligences, humiliations, emprise.

Perturbation de l'attachement



Atteinte des liens de sécurité et de confiance.



Ces expositions n'imposent pas à elles seules un TSPT complexe, mais elles en augmentent la probabilité.

Courtois & Ford, 2013 · WHO CIM-11, 2024

Les perturbations de l'organisation de soi

Le cœur du TSPT complexe dans la CIM-11.

Dysrégulation affective



émotions intenses ou anesthésie

Concept de soi négatif



honte, culpabilité, indignité

Relations perturbées



difficultés à faire confiance
et à rester proche

Ces trois dimensions s'ajoutent aux symptômes du TSPT et altèrent durablement le fonctionnement.

WHO CIM-11, 2024

Les perturbations de l'organisation de soi

Le cœur du TSPT complexe dans la CIM-11.

Dysrégulation affective



émotions intenses ou anesthésie

Concept de soi négatif



honte, culpabilité, indignité



POS /
organisation de soi

Relations perturbées



difficultés à faire confiance
et à rester proche

Ces trois dimensions s'ajoutent aux symptômes du TSPT et altèrent durablement le fonctionnement.

WHO CIM-11, 2024

Dysrégulation affective

La difficulté n’est pas seulement de ressentir ; c’est aussi de moduler, tolérer et récupérer.

Hyperactivation



- détresse intense
- colère ou panique
- hypervigilance
- retour difficile au calme

Hypoactivation



- engourdissement émotionnel
- retrait
- ralentissement
- impression d’être coupé de soi

La dysrégulation peut prendre la forme d’un débordement ou d’une extinction apparente.

WHO CIM-11, 2024 · Cloitre et al.

Dysrégulation affective

La difficulté n’est pas seulement de ressentir ; c’est aussi de moduler, tolérer et récupérer.

Hyperactivation



- détresse intense
- colère ou panique
- hypervigilance
- retour difficile au calme

Hypoactivation



- engourdissement émotionnel
- retrait
- ralentissement
- impression d’être coupé de soi

La dysrégulation peut prendre la forme d’un débordement ou d’une extinction apparente.

WHO CIM-11, 2024 · Cloitre et al.

Concept de soi négatif

La souffrance ne porte pas seulement sur ce qui est arrivé,
mais aussi sur ce que la personne en déduit sur elle-même.

Honte persistante



« Je me sens sale, inférieur·e,
indigne. »

Culpabilité



« Je me sens responsable
de ce qui s'est passé. »



Sentiment d'échec



« C'est ma faute.
Je n'ai pas été assez fort·e. »

Impression d'être abîmé



« Il y a quelque chose
de cassé en moi. »

Concept de soi négatif

La souffrance ne porte pas seulement sur ce qui est arrivé,
mais aussi sur ce que la personne en déduit sur elle-même.

Honte persistante



« Je me sens sale, inférieur·e, indigne. »

Culpabilité



« Je me sens responsable de ce qui s'est passé. »



Sentiment d'échec



« C'est ma faute. Je n'ai pas été assez fort·e. »

Impression d'être abîmé



« Il y a quelque chose de cassé en moi. »



Le soi n'est pas seulement fragilisé : il peut être vécu comme défectueux ou indigne.

WHO CIM-11, 2024 · Karatzias et al.

Concept de soi négatif

La souffrance ne porte pas seulement sur ce qui est arrivé,
mais aussi sur ce que la personne en déduit sur elle-même.

Honte persistante



« Je me sens sale, inférieur·e, indigne. »

Culpabilité



« Je me sens responsable de ce qui s'est passé. »



Sentiment d'échec



« C'est ma faute.
Je n'ai pas été assez fort·e. »

Impression d'être abîmé



« Il y a quelque chose de cassé en moi. »

L'expérience traumatique interpersonnelle peut contaminer durablement l'identité et la manière de se juger soi-même.

Le soi n'est pas seulement fragilisé : il peut être vécu comme défectueux ou indigne.

WHO CIM-11, 2024 · Karatzias et al.

Relations perturbées

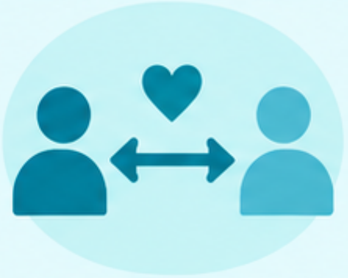
Le lien peut devenir simultanément recherché, craint, évité ou conflictuel.

Difficulté à faire confiance



Attente de déception, méfiance, hypervigilance.

Alternance rapprochement / évitement



Désir de lien et besoin de distance.



RELATIONS PERTURBÉES

Peur de la proximité



Crainte d'être blessé·e, envahi·e ou abandonné·e.

Sentiment chronique d'insécurité relationnelle



Doute, instabilité, peur de l'abandon.

Conflits ou dépendance possibles



Relations intenses, instables ou marquées par la dépendance.

Relations perturbées

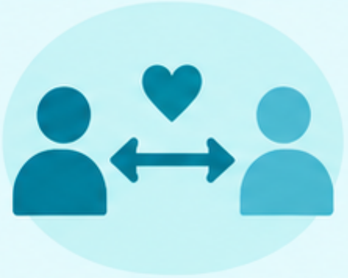
Le lien peut devenir simultanément recherché, craint, évité ou conflictuel.

Difficulté à faire confiance



Attente de déception, méfiance, hypervigilance.

Alternance rapprochement / évitement



Désir de lien et besoin de distance.



RELATIONS PERTURBÉES

Peur de la proximité



Crainte d'être blessé·e, envahi·e ou abandonné·e.

Sentiment chronique d'insécurité relationnelle



Doute, instabilité, peur de l'abandon.

Conflits ou dépendance possibles



Relations intenses, instables ou marquées par la dépendance.



Le problème n'est pas seulement social : il touche la capacité même à se sentir en sécurité avec autrui.

WHO CIM-11, 2024

Relations perturbées

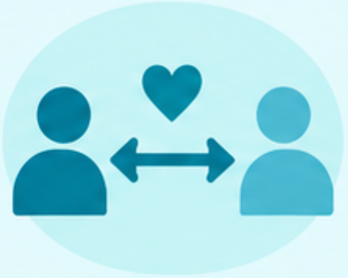
Le lien peut devenir simultanément recherché, craint, évité ou conflictuel.

Difficulté à faire confiance



Attente de déception, méfiance, hypervigilance.

Alternance rapprochement / évitement



Désir de lien et besoin de distance.



RELATIONS PERTURBÉES



Les figures supposées protectrices ayant parfois été sources de peur, la sécurité relationnelle devient difficile à stabiliser.

Peur de la proximité



Crainte d'être blessé·e, envahi·e ou abandonné·e.

Sentiment chronique d'insécurité relationnelle



Doute, instabilité, peur de l'abandon.

Conflits ou dépendance possibles



Relations intenses, instables ou marquées par la dépendance.



Le problème n'est pas seulement social : il touche la capacité même à se sentir en sécurité avec autrui.

WHO CIM-11, 2024

Au-delà des critères : manifestations associées

Le tableau clinique déborde souvent les six dimensions diagnostiques centrales.



Ces éléments peuvent être fréquents sans constituer à eux seuls les critères du TSPT complexe ; ils annoncent nos questions sur la dissociation et la santé physique.

WHO CIM-11, 2024 · littérature clinique sur le trauma complexe

Au-delà des critères : manifestations associées

Le tableau clinique déborde souvent les six dimensions diagnostiques centrales.

Manifestations associées fréquentes

Somatisation
douleurs chroniques, plaintes physiques, troubles fonctionnels

Troubles du sommeil
endormissement difficile, cauchemars, réveils nocturnes

Anxiété / dépression
peur, humeur dépressive, désespoir

Conduites de protection ou d'évitement
évitement de personnes, lieux, situations ou émotions

Difficultés attentionnelles
concentration, mémoire de travail, distractibilité



Ces éléments peuvent être fréquents sans constituer à eux seuls les critères du TSPT complexe ; ils annoncent nos questions sur la dissociation et la santé physique.

WHO CIM-11, 2024 · littérature clinique sur le trauma complexe

Au-delà des critères : manifestations associées

Le tableau clinique déborde souvent les six dimensions diagnostiques centrales.

Manifestations associées fréquentes

Somatisation
douleurs chroniques, plaintes physiques, troubles fonctionnels

Troubles du sommeil
endormissement difficile, cauchemars, réveils nocturnes

Anxiété / dépression
peur, humeur dépressive, désespoir

Conduites de protection ou d'évitement
évitement de personnes, lieux, situations ou émotions

Difficultés attentionnelles
concentration, mémoire de travail, distractibilité



Points d'attention pour la suite

Dissociation
états d'absence, dépersonnalisation, déréalisation, coupure émotionnelle

Santé physique
fatigue, douleurs persistantes, troubles digestifs, vulnérabilités cardio-métaboliques et inflammatoires

Parcours de soins compliqués
errance diagnostique, consultations multiples, accès difficile à des soins adaptés

Ces éléments peuvent être fréquents sans constituer à eux seuls les critères du TSPT complexe ; ils annoncent nos questions sur la dissociation et la santé physique.

WHO CIM-11, 2024 · littérature clinique sur le trauma complexe

3. L’adversité s’arrête-t-elle à l’enfance ?

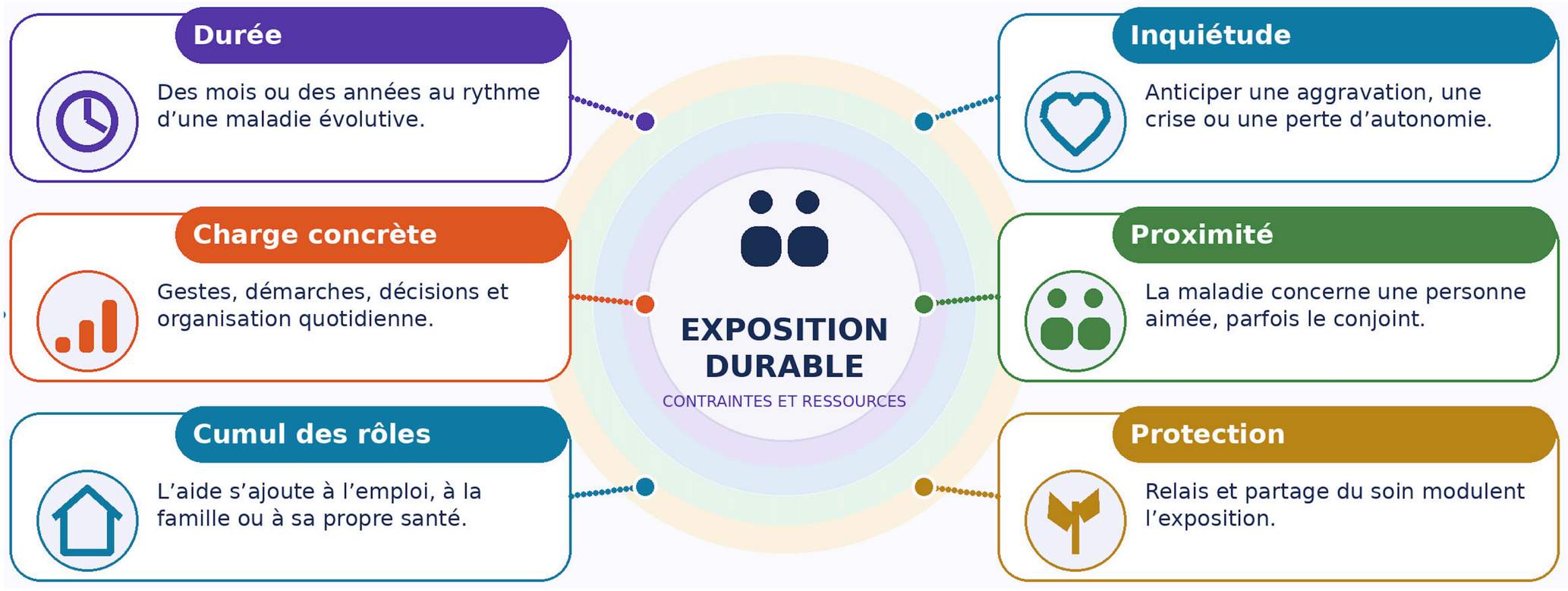
Les aidants

Question clinique : à quel moment l’aide devient-elle une exposition durable ?

Pearlin et al., 1990 · doi:10.1093/geront/30.5.583

Adversité à l’âge adulte : quand le soin s’installe

La durée, l’inquiétude et la charge peuvent faire du soin un milieu de vie éprouvant.



Question clinique : à quel moment l’aide devient-elle une exposition durable ?

Pearlin et al., 1990 · doi:10.1093/geront/30.5.583

Une adversité chronique plutôt qu'un événement traumatique

L'aidance ne ressemble pas à une effraction ponctuelle. Sa dureté tient à la durée, à l'imprévisibilité et à l'absence d'issue heureuse attendue.

Des moments potentiellement traumatiques existent (réanimation : symptômes post-traumatiques chez environ un tiers des proches). Mais étendre le trauma à toute l'aidance dilue le concept.

Pearlin et al., 1990, *Gerontologist*, 30:583 ; Boss, 1999, *Ambiguous loss* ; Ricœur, 1990, *Soi-même comme un autre* ; Azoulay et al., 2005, *Am J Respir Crit Care Med*, 171:987 ; Davidson et al., 2012, *Crit Care Med*, 40:618 ; Haslam, 2016, *Psychol Inq*, 27:1 ; Brown et al., 2009, *Psychol Sci*, 20:488 ; Roth et al., 2018, *Psychol Aging*, 33:619

Une adversité chronique plutôt qu'un événement traumatique

L'aidance ne ressemble pas à une effraction ponctuelle. Sa dureté tient à la durée, à l'imprévisibilité et à l'absence d'issue heureuse attendue.

Stresseurs primaires
dépendance, troubles du comportement du proche

›

Prolifération
conflits familiaux, travail, restriction sociale

›

Tensions intrapsychiques
captivité de rôle, perte de soi

›

Issues
détresse, dépression, sommeil

> Des moments potentiellement traumatiques existent (réanimation : symptômes post-traumatiques chez environ un tiers des proches). Mais étendre le trauma à toute l'aidance dilue le concept.

Pearlin et al., 1990, *Gerontologist*, 30:583 ; Boss, 1999, *Ambiguous loss* ; Ricœur, 1990, *Soi-même comme un autre* ; Azoulay et al., 2005, *Am J Respir Crit Care Med*, 171:987 ; Davidson et al., 2012, *Crit Care Med*, 40:618 ; Haslam, 2016, *Psychol Inq*, 27:1 ; Brown et al., 2009, *Psychol Sci*, 20:488 ; Roth et al., 2018, *Psychol Aging*, 33:619

Une adversité chronique plutôt qu'un événement traumatique

L'aidance ne ressemble pas à une effraction ponctuelle. Sa dureté tient à la durée, à l'imprévisibilité et à l'absence d'issue heureuse attendue.

Stresseurs primaires
dépendance, troubles du comportement du proche

›

Prolifération
conflits familiaux, travail, restriction sociale

›

Tensions intrapsychiques
captivité de rôle, perte de soi

›

Issues
détresse, dépression, sommeil

Perte ambiguë

Le proche est présent physiquement, absent psychiquement : le deuil est à la fois empêché et anticipé.

Réciprocité perdue

Quand la reconnaissance mutuelle s'effondre, l'aide au conjoint pèse plus qu'une aide équivalente à un tiers (lecture interprétative, Ricœur).

Obligation morale

Aide assumée par devoir ou faute d'alternative : un « choix contraint ».

> Des moments potentiellement traumatiques existent (réanimation : symptômes post-traumatiques chez environ un tiers des proches). Mais étendre le trauma à toute l'aidance dilue le concept.

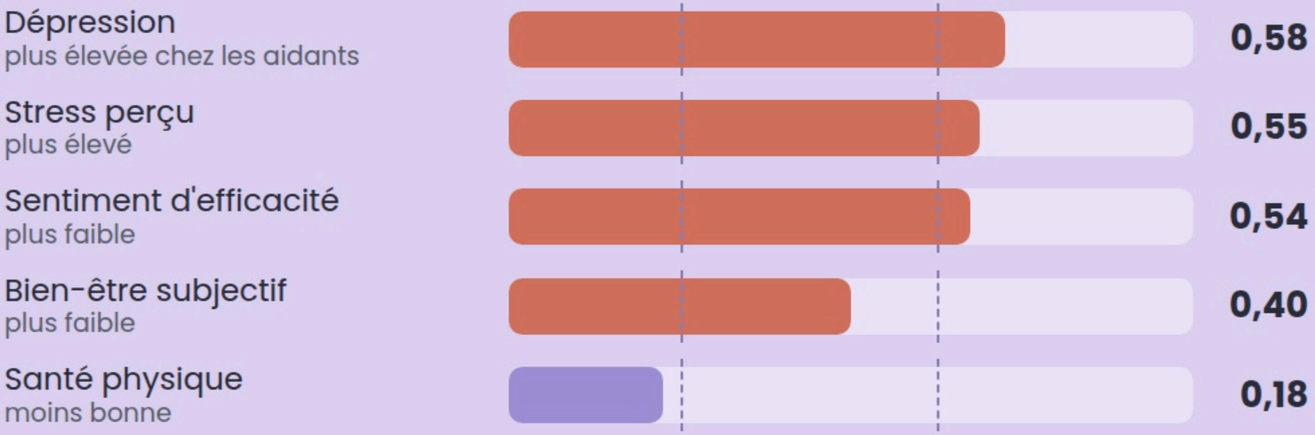
Pearlin et al., 1990, *Gerontologist*, 30:583 ; Boss, 1999, *Ambiguous loss* ; Ricœur, 1990, *Soi-même comme un autre* ; Azoulay et al., 2005, *Am J Respir Crit Care Med*, 171:987 ; Davidson et al., 2012, *Crit Care Med*, 40:618 ; Haslam, 2016, *Psychol Inq*, 27:1 ; Brown et al., 2009, *Psychol Sci*, 20:488 ; Roth et al., 2018, *Psychol Aging*, 33:619

Aider un proche : une épreuve psychique

Ce que disent les méta-analyses

Comparés à des non-aidants, les aidants vont nettement moins bien sur le plan psychique, et un peu moins bien sur le plan physique.

Aidants vs non-aidants : taille de l'écart (g)



Lire g : l'écart entre deux groupes, en écarts-types. Repères : 0,2 faible · 0,5 moyen · 0,8 fort (traits pointillés : 0,2 et 0,5).

84 études (Pinquart & Sörensen, 2003). Écarts plus grands chez les aidants de personnes démentes ; ils varient selon la qualité des études, le lien avec l'aidé, le sexe et l'âge.

Vitaliano et al., 2003

23 études, 11 indicateurs de santé : un risque **légèrement plus élevé** chez les aidants de personnes démentes.

Écart le plus net sur les **hormones de stress**, les **anticorps** et la **santé perçue** ; il varie selon le sexe.

Pinquart & Sörensen, 2007

Ce qui abîme la santé physique de l'aidant, ce sont surtout les **troubles du comportement** du proche, plus que l'effort physique.

Les conjoints et les aidants jeunes ont une meilleure santé physique, mais plus de charge et de dépression.

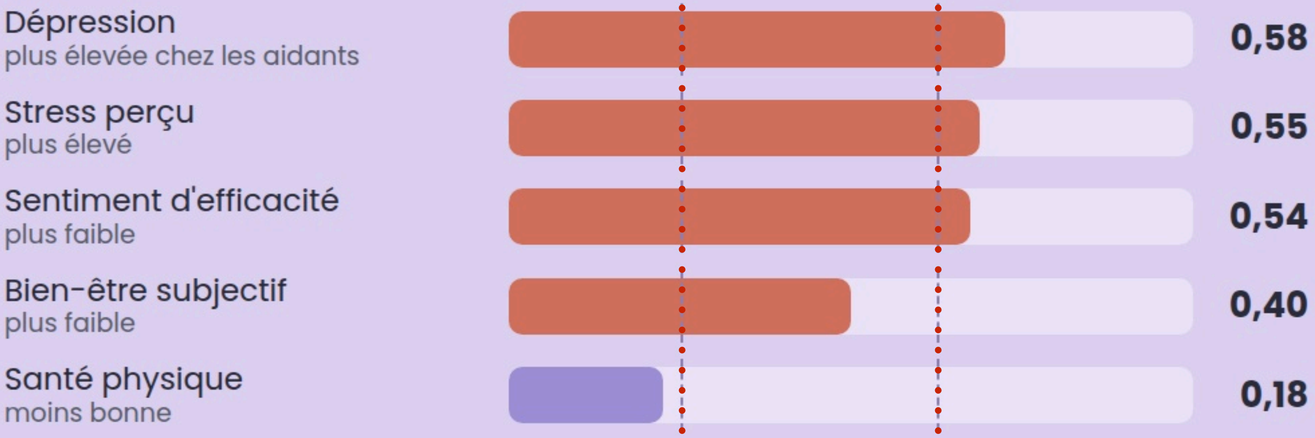
Pinquart & Sörensen, 2003, *Psychol Aging*, 18(2):250-267 ; Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003, *Psychol Bull*, 129(6):946-972 ; Pinquart & Sörensen, 2007, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(2):P126-P137

Aider un proche : une épreuve psychique

Ce que disent les méta-analyses

Comparés à des non-aidants, les aidants vont nettement moins bien sur le plan psychique, et un peu moins bien sur le plan physique.

Aidants vs non-aidants : taille de l'écart (g)



Lire g : l'écart entre deux groupes, en écarts-types. Repères : 0,2 faible · 0,5 moyen · 0,8 fort (traits pointillés : 0,2 et 0,5).

84 études (Pinquart & Sörensen, 2003). Écarts plus grands chez les aidants de personnes démentes ; ils varient selon la qualité des études, le lien avec l'aidé, le sexe et l'âge.

Vitaliano et al., 2003

23 études, 11 indicateurs de santé : un risque **légèrement plus élevé** chez les aidants de personnes démentes.

Écart le plus net sur les **hormones de stress**, les **anticorps** et la **santé perçue** ; il varie selon le sexe.

Pinquart & Sörensen, 2007

Ce qui abîme la santé physique de l'aidant, ce sont surtout les **troubles du comportement** du proche, plus que l'effort physique.

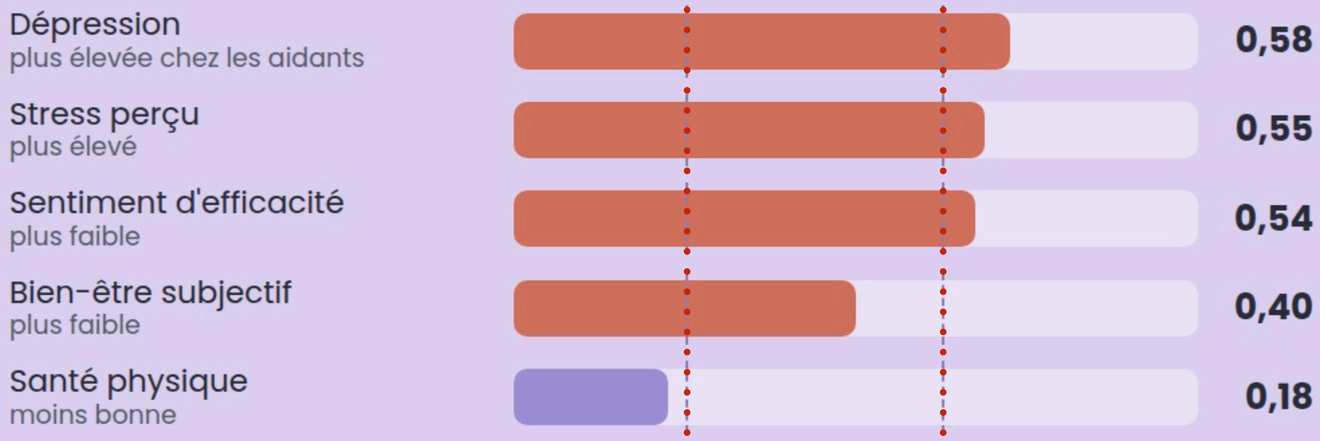
Les conjoints et les aidants jeunes ont une meilleure santé physique, mais plus de charge et de dépression.

Pinquart & Sörensen, 2003, *Psychol Aging*, 18(2):250-267 ; Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003, *Psychol Bull*, 129(6):946-972 ; Pinquart & Sörensen, 2007, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(2):P126-P137

Ce que disent les méta-analyses

Comparés à des non-aidants, les aidants vont nettement moins bien sur le plan psychique, et un peu moins bien sur le plan physique.

Aidants vs non-aidants : taille de l'écart (g)



Lire g : l'écart entre deux groupes, en écarts-types. Repères : 0,2 faible · 0,5 moyen · 0,8 fort (traits pointillés : 0,2 et 0,5).

84 études (Pinquart & Sörensen, 2003). Écarts plus grands chez les aidants de personnes démentes ; ils varient selon la qualité des études, le lien avec l'aidé, le sexe et l'âge.

Vitaliano et al., 2003

23 études, 11 indicateurs de santé : un risque **légèrement plus élevé** chez les aidants de personnes démentes.

Écart le plus net sur les **hormones de stress**, les **anticorps** et la **santé perçue** ; il varie selon le sexe.

Pinquart & Sörensen, 2007

Ce qui abîme la santé physique de l'aidant, ce sont surtout les **troubles du comportement** du proche, plus que l'effort physique.

Les conjoints et les aidants jeunes ont une meilleure santé physique, mais plus de charge et de dépression.

Pinquart & Sörensen, 2003, *Psychol Aging*, 18(2):250-267 ; Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003, *Psychol Bull*, 129(6):946-972 ; Pinquart & Sörensen, 2007, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(2):P126-P137

Aider un proche : une épreuve psychique

Ce que l'aide fait au corps

Des effets réels mais d'ampleur variable : nets sur le sommeil, l'inflammation et le cœur quand l'aide est intense ; plus incertains pour les addictions.

Sommeil — méta-analyse

−2,4 à −3,5 h / semaine

35 études, 3 268 aidants de personnes démentes : ils dorment moins que des adultes du même âge (g = -0,29, effet faible à modéré).

Gao, Chapagain & Scullin, 2019, *JAMA Netw Open*

Cœur — cohortes prospectives

×2 · ×1,35 · ×1,95

Aider un conjoint ≥ 9 h/semaine : risque coronarien presque doublé (54 412 femmes). Aider un conjoint : risque cardiovasculaire ×1,35 ; ×1,95 si l'aide dure (8 472 adultes, 8 ans).

Lee et al., 2003, *Am J Prev Med* ; Capistrant et al., 2012, *J Epidemiol Community Health*

Vieillissement biologique — cohortes

IL-6 : ×4 plus vite

Inflammation qui monte 4 fois plus vite en 6 ans (119 aidants, 106 témoins), et reste élevée après la fin de l'aide. Télomères plus courts à mesure que l'aide dure (58 mères, r = -0,40). Cicatrisation plus lente, moins bonne réponse aux vaccins.

Kiecolt-Glaser et al., 2003, *PNAS* ; Epel et al., 2004, *PNAS* ; Kiecolt-Glaser et al., 1995, *Lancet*

Comportements et addictions — transversal

Tabac ×1,34 · Obésité ×1,14

Plus de tabagisme et de surpoids chez les aidants (odds ratios, BRFSS). Pendant la COVID-19 : 4 fois plus d'usage de drogues autres que le cannabis chez les parents aidants. Aucune méta-analyse sur l'alcool ou les addictions.

Int J Public Health, 2020 ; étude COVID-19 (PubMed 39436314)

Preuves inégales : méta-analyse (sommeil), cohortes prospectives (cœur, inflammation), études transversales (comportements). Associations : l'aide n'est pas seule en cause, et l'effet dépend de son intensité et de sa durée.

Aider un proche : une épreuve psychique

Ce que l'aide fait au corps

Des effets réels mais d'ampleur variable : nets sur le sommeil, l'inflammation et le cœur quand l'aide est intense ; plus incertains pour les addictions.

Sommeil

méta-analyse

−2,4 à −3,5 h / semaine

35 études, 3 268 aidants de personnes démentes : ils dorment moins que des adultes du même âge (g = -0,29, effet faible à modéré).

Gao, Chapagain & Scullin, 2019, *JAMA Netw Open*

Cœur

cohortes prospectives

×2 · ×1,35 · ×1,95

Aider un conjoint ≥ 9 h/semaine : risque coronarien presque doublé (54 412 femmes). Aider un conjoint : risque cardiovasculaire ×1,35 ; ×1,95 si l'aide dure (8 472 adultes, 8 ans).

Lee et al., 2003, *Am J Prev Med* ; Capistrant et al., 2012, *J Epidemiol Community Health*

Vieillissement biologique

cohortes

IL-6 : ×4 plus vite

Inflammation qui monte 4 fois plus vite en 6 ans (119 aidants, 106 témoins), et reste élevée après la fin de l'aide. Télomères plus courts à mesure que l'aide dure (58 mères, r = -0,40). Cicatrisation plus lente, moins bonne réponse aux vaccins.

Kiecolt-Glaser et al., 2003, *PNAS* ; Epel et al., 2004, *PNAS* ; Kiecolt-Glaser et al., 1995, *Lancet*

Comportements et addictions

transversal

Tabac ×1,34 · Obésité ×1,14

Plus de tabagisme et de surpoids chez les aidants (odds ratios, BRFSS). Pendant la COVID-19 : 4 fois plus d'usage de drogues autres que le cannabis chez les parents aidants. Aucune méta-analyse sur l'alcool ou les addictions.

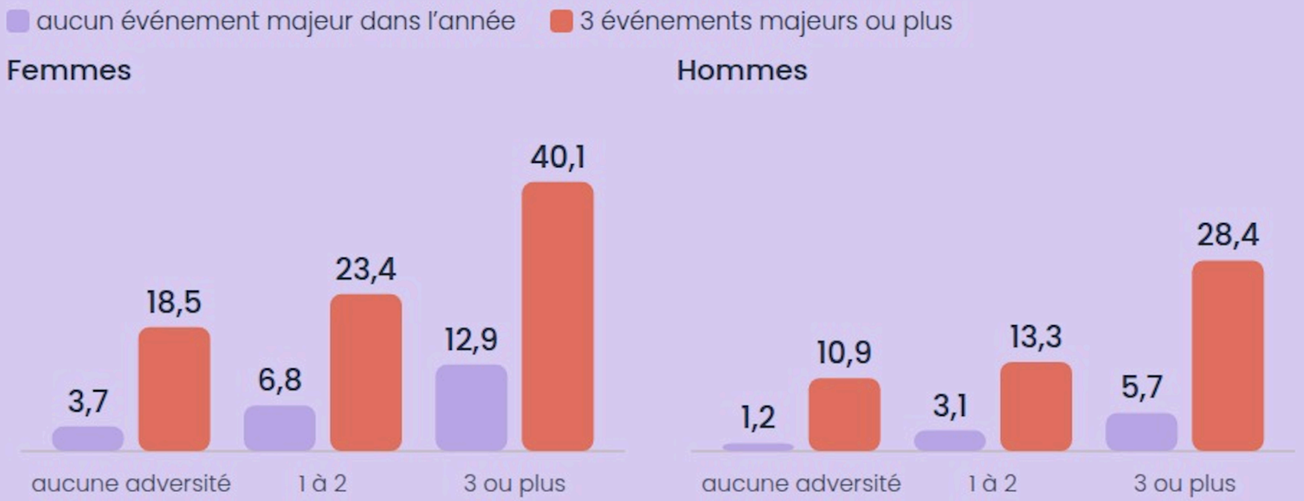
Int J Public Health, 2020 ; étude COVID-19 (PubMed 39436314)

Preuves inégales : méta-analyse (sommeil), cohortes prospectives (cœur, inflammation), études transversales (comportements). Associations : l'aide n'est pas seule en cause, et l'effet dépend de son intensité et de sa durée.

Quand le passé abaisse le seuil de réaction au stress

C'est la sensibilisation : une adversité vécue dans l'enfance rend plus vulnérable aux épreuves de l'âge adulte, et le même choc déclenche plus souvent une dépression.

Dépression dans l'année (%), selon les adversités de l'enfance



Enquête nationale américaine NESARC : 34 653 adultes interrogés en 2004–2005. Pourcentages ajustés sur l'âge, l'origine et le pays de naissance.

Comment lire le graphique

Femmes sans adversité infantile : 3 événements graves dans l'année font passer la dépression de 3,7 % à 18,5 %, soit **+15 points**.

Femmes ayant connu 3 adversités ou plus : de 12,9 % à 40,1 %, soit **+27 points**. Le même choc produit presque deux fois plus d'effet.

Un effet de seuil

L'amplification apparaît surtout **à partir de 3 adversités**, pour la dépression, l'ESPT et les troubles anxieux, chez les femmes comme chez les hommes.

Réserve : l'adversité précoce rend aussi plus probables certains stress adultes, dont peut-être l'entrée dans l'aide. L'effet peut donc passer en partie par là.

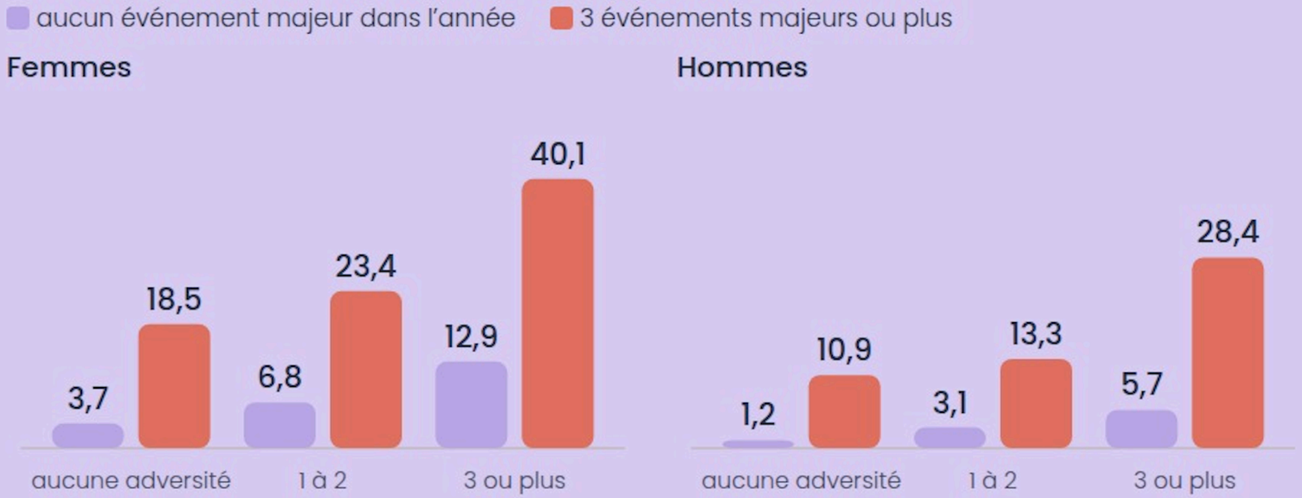
McLaughlin et al., 2010, *Psychol Med*, 40:1647 (tableaux 2 et 3) ; Hammen et al., 2000, *J Consult Clin Psychol*, 68:782 ; Hammen, 1991, *J Abnorm Psychol*, 100:555 ; Post, 1992, *Am J Psychiatry*, 149:999 ; Monroe & Harkness, 2005, *Psychol Rev*, 112:417

ou augmente

Quand le passé abaisse le seuil de réaction au stress

C'est la sensibilisation : une adversité vécue dans l'enfance rend plus vulnérable aux épreuves de l'âge adulte, et le même choc déclenche plus souvent une dépression.

Dépression dans l'année (%), selon les adversités de l'enfance



Enquête nationale américaine NESARC : 34 653 adultes interrogés en 2004–2005. Pourcentages ajustés sur l'âge, l'origine et le pays de naissance.

Comment lire le graphique

Femmes sans adversité infantile : 3 événements graves dans l'année font passer la dépression de 3,7 % à 18,5 %, soit **+15 points**.

Femmes ayant connu 3 adversités ou plus : de 12,9 % à 40,1 %, soit **+27 points**. Le même choc produit presque deux fois plus d'effet.

Un effet de seuil

L'amplification apparaît surtout **à partir de 3 adversités**, pour la dépression, l'ESPT et les troubles anxieux, chez les femmes comme chez les hommes.

Réserve : l'adversité précoce rend aussi plus probables certains stress adultes, dont peut-être l'entrée dans l'aide. L'effet peut donc passer en partie par là.

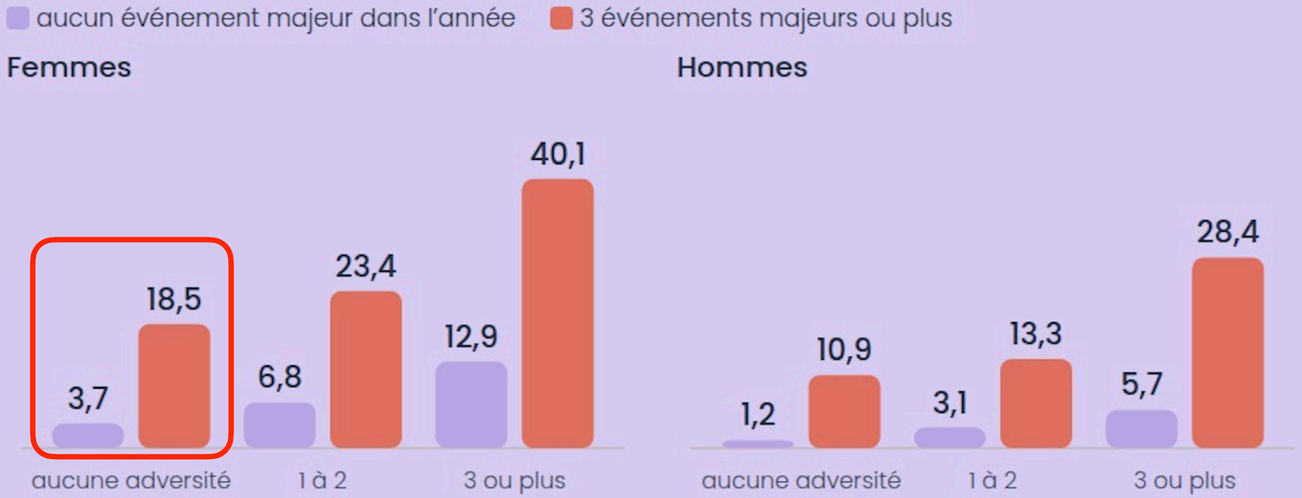
McLaughlin et al., 2010, *Psychol Med*, 40:1647 (tableaux 2 et 3) ; Hammen et al., 2000, *J Consult Clin Psychol*, 68:782 ; Hammen, 1991, *J Abnorm Psychol*, 100:555 ; Post, 1992, *Am J Psychiatry*, 149:999 ; Monroe & Harkness, 2005, *Psychol Rev*, 112:417

ou augmente

Quand le passé abaisse le seuil de réaction au stress

C'est la sensibilisation : une adversité vécue dans l'enfance rend plus vulnérable aux épreuves de l'âge adulte, et le même choc déclenche plus souvent une dépression.

Dépression dans l'année (%), selon les adversités de l'enfance



Enquête nationale américaine NESARC : 34 653 adultes interrogés en 2004–2005. Pourcentages ajustés sur l'âge, l'origine et le pays de naissance.

Comment lire le graphique

Femmes sans adversité infantile : 3 événements graves dans l'année font passer la dépression de 3,7 % à 18,5 %, soit **+15 points**.

Femmes ayant connu 3 adversités ou plus : de 12,9 % à 40,1 %, soit **+27 points**. Le même choc produit presque deux fois plus d'effet.

Un effet de seuil

L'amplification apparaît surtout **à partir de 3 adversités**, pour la dépression, l'ESPT et les troubles anxieux, chez les femmes comme chez les hommes.

Réserve : l'adversité précoce rend aussi plus probables certains stress adultes, dont peut-être l'entrée dans l'aide. L'effet peut donc passer en partie par là.

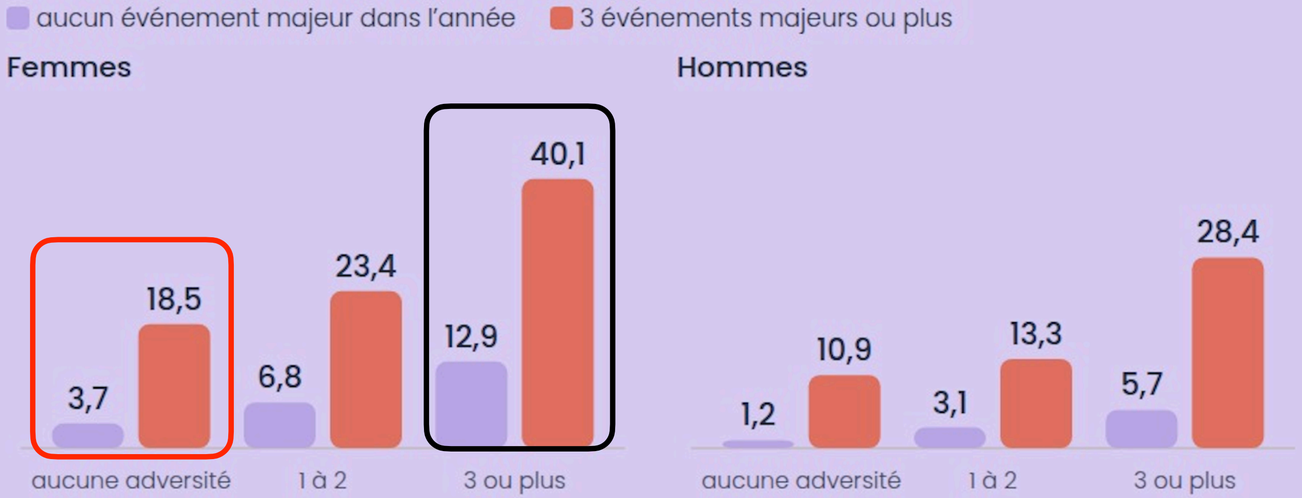
McLaughlin et al., 2010, *Psychol Med*, 40:1647 (tableaux 2 et 3) ; Hammen et al., 2000, *J Consult Clin Psychol*, 68:782 ; Hammen, 1991, *J Abnorm Psychol*, 100:555 ; Post, 1992, *Am J Psychiatry*, 149:999 ; Monroe & Harkness, 2005, *Psychol Rev*, 112:417

ou augmente

Quand le passé abaisse le seuil de réaction au stress

C'est la sensibilisation : une adversité vécue dans l'enfance rend plus vulnérable aux épreuves de l'âge adulte, et le même choc déclenche plus souvent une dépression.

Dépression dans l'année (%), selon les adversités de l'enfance



Enquête nationale américaine NESARC : 34 653 adultes interrogés en 2004–2005. Pourcentages ajustés sur l'âge, l'origine et le pays de naissance.

Comment lire le graphique

Femmes sans adversité infantile : 3 événements graves dans l'année font passer la dépression de 3,7 % à 18,5 %, soit **+15 points**.

Femmes ayant connu 3 adversités ou plus : de 12,9 % à 40,1 %, soit **+27 points**. Le même choc produit presque deux fois plus d'effet.

Un effet de seuil

L'amplification apparaît surtout **à partir de 3 adversités**, pour la dépression, l'ESPT et les troubles anxieux, chez les femmes comme chez les hommes.

Réserve : l'adversité précoce rend aussi plus probables certains stress adultes, dont peut-être l'entrée dans l'aide. L'effet peut donc passer en partie par là.

McLaughlin et al., 2010, *Psychol Med*, 40:1647 (tableaux 2 et 3) ; Hammen et al., 2000, *J Consult Clin Psychol*, 68:782 ; Hammen, 1991, *J Abnorm Psychol*, 100:555 ; Post, 1992, *Am J Psychiatry*, 149:999 ; Monroe & Harkness, 2005, *Psychol Rev*, 112:417

Aider un proche : une épreuve psychique

Soigner le parent qui a maltraité

Une situation longtemps ignorée : l'enfant devenu adulte prend en charge le corps et la dépendance du parent dont il a subi la violence.

9 à 26 %

des enfants aidants rapportent une maltraitance infligée par le parent qu'ils soignent (grandes enquêtes américaines MIDUS et Wisconsin Longitudinal Study). Ils présentent plus de symptômes dépressifs, en lien avec une estime de soi plus basse et une moindre proximité avec ce parent.

- Avec **3 adversités infantiles ou plus**, les émotions négatives montent les jours où l'on aide.
- Un **soutien familial** fort amortit cet effet ; des **tensions familiales** l'aggravent.
- L'effet n'apparaît que dans l'aide **au parent**, pas au conjoint ni à l'enfant.

Résultat encore fragile : seulement 55 personnes aidaient un parent.

Lecture clinique (hypothèses)

Réactivation. Toilette, contention, agressivité du proche : la proximité corporelle peut rejouer, inversées, les scènes de l'enfance — les « idées fixes » non intégrées décrites par Janet.

Loyautés invisibles. La dette filiale coexiste avec une injustice non réparée : l'aide devient le lieu d'un conflit entre obligation et légitimité (Boszormenyi-Nagy).

L'aidance agit moins comme un facteur de risque uniforme que comme un **révélateur** : elle rend manifeste ce qu'une histoire a préparé.

Kong & Moorman, 2015, *Gerontologist*, 55:656 ; Kong, 2018, *Gerontologist*, 58:456 ; Kong et al., 2021, *Aging Ment Health*, 26:1541 ; Liu et al., 2018, *J Gerontol B*, 73:e59 ; Kong et al., 2025, *Adv Life Course Res*, 66:100704 ; Janet, 1889, *L'automatisme psychologique* ; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973, *Invisible loyalties*

Aider un proche : une épreuve psychique

Soigner le parent qui a maltraité

Une situation longtemps ignorée : l'enfant devenu adulte prend en charge le corps et la dépendance du parent dont il a subi la violence.

9 à 26 %

des enfants aidants rapportent une maltraitance infligée par le parent qu'ils soignent (grandes enquêtes américaines MIDUS et Wisconsin Longitudinal Study). Ils présentent plus de symptômes dépressifs, en lien avec une estime de soi plus basse et une moindre proximité avec ce parent.

Lecture clinique (hypothèses)

Réactivation. Toilette, contention, agressivité du proche : la proximité corporelle peut rejouer, inversées, les scènes de l'enfance — les « idées fixes » non intégrées décrites par Janet.

Loyautés invisibles. La dette filiale coexiste avec une injustice non réparée : l'aide devient le lieu d'un conflit entre obligation et légitimité (Boszormenyi-Nagy).

- Avec **3 adversités infantiles ou plus**, les émotions négatives montent les jours où l'on aide.
- Un **soutien familial** fort amortit cet effet ; des **tensions familiales** l'aggravent.
- L'effet n'apparaît que dans l'aide **au parent**, pas au conjoint ni à l'enfant.

Résultat encore fragile : seulement 55 personnes aidaient un parent.

L'aidance agit moins comme un facteur de risque uniforme que comme un **révélateur** : elle rend manifeste ce qu'une histoire a préparé.

Aidance = Déclencheur

Kong & Moorman, 2015, *Gerontologist*, 55:656 ; Kong, 2018, *Gerontologist*, 58:456 ; Kong et al., 2021, *Aging Ment Health*, 26:1541 ; Liu et al., 2018, *J Gerontol B*, 73:e59 ; Kong et al., 2025, *Adv Life Course Res*, 66:100704 ; Janet, 1889, *L'automatisme psychologique* ; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973, *Invisible loyalties*

…de manière plus générale

L’adversité ne s’arrête pas à 18 ans

L’enfance compte dans la trajectoire, mais les expositions de la vie adulte ont leur propre histoire.

Un événement isolé, une situation répétée ou une contrainte durable ne posent pas la même question clinique. La chronologie permet de distinguer les expositions des conséquences.

Événement

Un décès ou un licenciement possède une date. Ses effets peuvent durer bien après.

Répétition

Des violences ou humiliations récurrentes rendent l’anticipation elle-même éprouvante.

Contexte durable

La précarité ou l’aide à un proche restreignent parfois les choix chaque jour.

En entretien : quelles adversités sont terminées et lesquelles restent actives ?

Hammen et al., 2000, doi:10.1037/0022-006X.68.5.782 · McLaughlin et al., 2010, doi:10.1017/S0033291709992121

Quels effets mesurer ?

La santé psychologique et la santé physique sont deux domaines distincts qui peuvent se rencontrer.

La recherche mobilise des indicateurs différents. Une association avec la dépression ne démontre pas un mécanisme biologique, et un risque cardiovasculaire ne résume pas la souffrance vécue.

Psychologique

Symptômes dépressifs, anxiété, TSPT, sommeil et qualité de vie. Les échelles ne valent pas toujours diagnostic.

Physique

Douleurs, santé perçue, maladie incidente ou mortalité. Les niveaux de preuve varient selon l’issue.

Contexte

Durée, revenus, accès aux soins, soutien et santé avant l’événement comptent dans l’interprétation.

En entretien : que mesure précisément l’étude, dans quel groupe et à quelle échéance ?

Pascoe & Smart Richman, 2009, doi:10.1037/a0016059 · Roelfs et al., 2011, doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.005

Perte d’emploi : au-delà du revenu

Le chômage affecte les routines, le statut social et parfois la santé à plus long terme.

Une différence de santé mentale

Dans la synthèse de Paul et Moser, la proportion moyenne de problèmes psychologiques rapportés diffère entre groupes :



Interprétation

La méta-analyse sur la mortalité réunit 42 études et plus de 20 millions de personnes. Le HR ajusté moyen est de 1,63 chez les personnes sans emploi. Sélection par la santé et comportements expliquent une partie du lien. Le HR et les proportions proviennent de deux synthèses distinctes.

En entretien : qu’a changé la perte d’emploi pour cette personne et quelle est sa situation matérielle actuelle ?

Paul & Moser, 2009, doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001 · Roelfs et al., 2011, doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.005

Précarité et logement

La menace de perdre son logement peut devenir une préoccupation quotidienne.

Ce qui se joue

Retards de loyer, surpeuplement, déménagements contraints ou risque d’expulsion ne décrivent pas la même exposition. Il faut documenter la durée, les ressources disponibles et les possibilités concrètes de sortie.

La souffrance psychique peut aussi compliquer la recherche de solutions, créant une relation dans les deux sens.

Deux domaines de santé

Mental + physique

Les revues identifient des liens avec la détresse, la dépression et une santé physique moins bonne.

La revue sur la menace d’expulsion rapporte aussi des associations avec une pression artérielle élevée. L’hétérogénéité des définitions empêche une estimation unique.

En entretien : la personne est-elle aujourd’hui en sécurité dans son logement ?

Vásquez-Vera et al., 2017, doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.010 · Singh et al., 2019, doi:10.1016/j.amepre.2019.03.018

Séparation et divorce

La rupture peut cumuler perte relationnelle, réorganisation familiale et contraintes économiques.

Santé physique après divorce

Méta-analyse de 94 études (N = 1 384 507) : odds ratios, personnes divorcées comparées aux personnes mariées.



Interprétation

Le résultat global regroupant toutes les pathologies n’était pas significatif. Les variations de santé psychologique après rupture sont fortes et dépendent notamment de la qualité de la relation antérieure. Un OR ne signifie pas « 20 % de cas en plus » chez une personne.

En entretien : qu’a perdu, mais aussi éventuellement gagné, cette personne dans la séparation ?

Pellón-Elexpuru et al., 2024, doi:10.1016/j.socscimed.2024.117005 · Luhmann et al., 2012, doi:10.1037/a0025948

Deuil : un risque aigu, des parcours variés

L’intensité de la peine et les conséquences somatiques ne suivent pas une trajectoire unique.

Ce qui se joue

La relation au défunt, les circonstances du décès et les responsabilités qui suivent modulent l’expérience. La peine est fréquente et n’est pas en soi un trouble. Il faut distinguer le deuil, une dépression caractérisée et un deuil prolongé.

Sommeil, alimentation, accès aux soins et solitude peuvent aussi évoluer pendant cette période.

Étude sur le risque somatique aigu

× 21,1

Taux relatif d’infarctus dans les 24 h après le décès d’une personne importante.

Étude cas croisés chez 1 985 patients hospitalisés pour infarctus. Le risque relatif décroît ensuite. Ce chiffre concerne une courte fenêtre, pas le risque absolu de chaque endeuillé.

En entretien : quelle relation a été perdue et quelle aide pratique est aujourd’hui disponible ?

Mostofsky et al., 2012, doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.061770 · Stroebe et al., 2007, doi:10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Violences dans le couple

L’exposition peut être psychologique, physique ou sexuelle et se prolonger après la rupture.

Ce qui se joue

L’évaluation commence par les faits, la répétition, le contrôle exercé et la sécurité actuelle. La séparation ne fait pas nécessairement cesser les menaces.

Les blessures visibles ne résument pas les effets. Douleurs chroniques, comportements de santé et accès aux soins peuvent être touchés.

Méta-analyse et revue physique

201 études

250 599 femmes incluses dans la synthèse sur la santé mentale.

Selon les analyses, OR de 2,04 à 3,14 pour la dépression et de 2,15 à 2,66 pour le TSPT. Une revue de 52 études décrit douleurs et diverses atteintes physiques, avec données cardiovasculaires moins cohérentes.

En entretien : le danger est-il toujours présent, et que juge-t-elle possible pour se protéger ?

White et al., 2024, doi:10.1177/15248380231155529 · Stubbs & Szoeke, 2022, doi:10.1177/1524838020985541

Harcèlement au travail

La répétition des faits agit aussi par l’anticipation et la perte de contrôle.

Études longitudinales

La méta-analyse prospective suit les personnes exposées à des conduites répétées :



Interprétation

La santé mentale initiale prédit aussi une exposition ultérieure au harcèlement (OR 1,74). La direction des relations doit donc rester discutée. Pour comprendre un cas, décrire les actes, la hiérarchie, la fréquence, le sommeil et les symptômes physiques.

En entretien : quels faits se répètent, et existe-t-il une voie crédible de protection ?

Nielsen et al., 2014, doi:10.4045/tidsskr.13.0880 · Verkuil et al., 2015, doi:10.1371/journal.pone.0135225

Catastrophes et accidents graves

Le danger immédiat se conjugue aux pertes et aux contraintes qui suivent.

Ce qui se joue

La proximité du danger, les blessures, la mort de proches et le déplacement modifient l’exposition. La santé psychique évolue ensuite selon les ressources, le logement et l’accès aux soins.

Il faut distinguer TSPT, dépression et atteintes somatiques directement liées à l’événement.

Après ouragans et inondations

$g = 0,44$

Association avec les symptômes post-traumatiques dans 5 études.

Pour la dépression, 9 études donnent g = 0,28. La dispersion des résultats est importante. Ces moyennes ne signifient pas que toute personne exposée développera un TSPT.

En entretien : qu’a-t-elle vécu pendant l’événement, et qu’est-ce qui reste instable maintenant ?

Bonanno et al., 2010, doi:10.1177/1529100610387086 · Miller et al., 2025, doi:10.1017/dmp.2024.327

Discrimination, racisme et exil

L’adversité peut se produire dans plusieurs institutions à la fois.

Ce qui se joue

Une discrimination ponctuelle, la répétition de refus ou l’incertitude administrative ne se vivent pas de la même manière. Après l’exil, logement, statut juridique, famille séparée et obstacles d’accès aux soins peuvent prolonger l’adversité.

La personne peut aussi disposer de liens et de ressources solides que le clinicien doit identifier.

Deux synthèses

134 échantillons

Discrimination perçue associée à une moins bonne santé mentale et physique.

Une autre revue rassemble 22 études européennes sur les facteurs de stress après migration et la santé mentale. Les mesures sont hétérogènes : pas de « dose » unique d’exil.

En entretien : quels faits précis sont encore vécus comme injustes ou menaçants ?

Pascoe & Smart Richman, 2009, doi:10.1037/a0016059 · Gleeson et al., 2020, doi:10.1080/20008198.2020.1793567

Maladie chronique : une adversité actuelle

Une maladie peut imposer des limitations durables et modifier l’horizon des projets.

Ce qui se joue

Symptômes, soins répétés et incertitude pèsent sur la vie quotidienne. La maladie peut aussi donner un sens nouveau à des expériences antérieures, mais cette réactivation ne peut pas être présumée.

Distinguer le fardeau médical, la qualité du soutien et la façon dont la personne comprend son état.

Multimorbidité et dépression

RR = 2,13

Trouble dépressif en présence de multimorbidité, comparée à l’absence de multimorbidité.

Méta-analyse. Comparée à l’absence de toute maladie chronique physique, l’estimation atteint RR = 2,97. Il s’agit de risques relatifs groupés, pas d’une causalité directe.

En entretien : qu’est-ce qui pèse maintenant : symptômes, traitements, incertitude ou changements de rôle ?

Read et al., 2017, doi:10.1016/j.jad.2017.06.009 · de Ridder et al., 2008, doi:10.1016/S0140-6736(08)61078-8

Aider un proche au long cours

L’aide peut mobiliser le temps, le corps et la disponibilité psychique.

Ce qui se joue

Les tâches, leur intensité et le lien avec la personne aidée sont essentiels. Aider peut avoir du sens tout en épuisant. Les contraintes de sommeil, de mobilité et de coordination des soins peuvent s’ajouter aux autres rôles.

Éviter de déduire une mauvaise santé de la seule identité d’aidant.

84 articles comparatifs

$$g = 0{,}58$$

Écart moyen de symptômes dépressifs entre aidants et non-aidants.

Une autre méta-analyse observe un écart physique plus modeste. L’intensité de la charge, la détresse et les ressources disponibles expliquent une partie des différences.

En entretien : quelles tâches pèsent, et qui peut prendre le relais de façon concrète ?

Pinquart & Sörensen, 2003, doi:10.1037/0882-7974.18.2.250 · Vitaliano et al., 2003, doi:10.1037/0033-2909.129.6.946

Isolement et solitude

Le nombre de relations, leur qualité et le sentiment de solitude doivent être distingués.

Santé cardiovasculaire

Méta-analyse d’études longitudinales : relations sociales faibles et nouveaux événements cardiovasculaires.



Interprétation

La littérature longitudinale relie également la solitude ressentie à des difficultés psychiques ultérieures, notamment dépressives. Les définitions d’isolement et de solitude varient. L’association cardiovasculaire ne prouve pas qu’une relation supplémentaire réduirait mécaniquement le risque.

En entretien : de qui peut-elle attendre une présence utile dans la situation actuelle ?

Valtorta et al., 2016, doi:10.1136/heartjnl-2015-308790 · Mann et al., 2022, doi:10.1007/s00127-022-02261-7

Enfance et âge adulte : penser les deux

L’adversité précoce peut rencontrer des stress ultérieurs, sans dicter une trajectoire individuelle.

Des études de vie quotidienne et des enquêtes populationnelles examinent conjointement expositions précoces, stress récents et état de santé. Les modèles sont statistiques, pas des prédictions cliniques.

Avant

Les expériences de l’enfance ont leur temporalité, leur intensité et leur contexte relationnel.

Maintenant

La fréquence des difficultés ordinaires et la sécurité matérielle actuelle comptent aussi.

Santé

Les études relient cette rencontre à davantage d’affect négatif, de symptômes dépressifs et de conditions physiques chroniques.

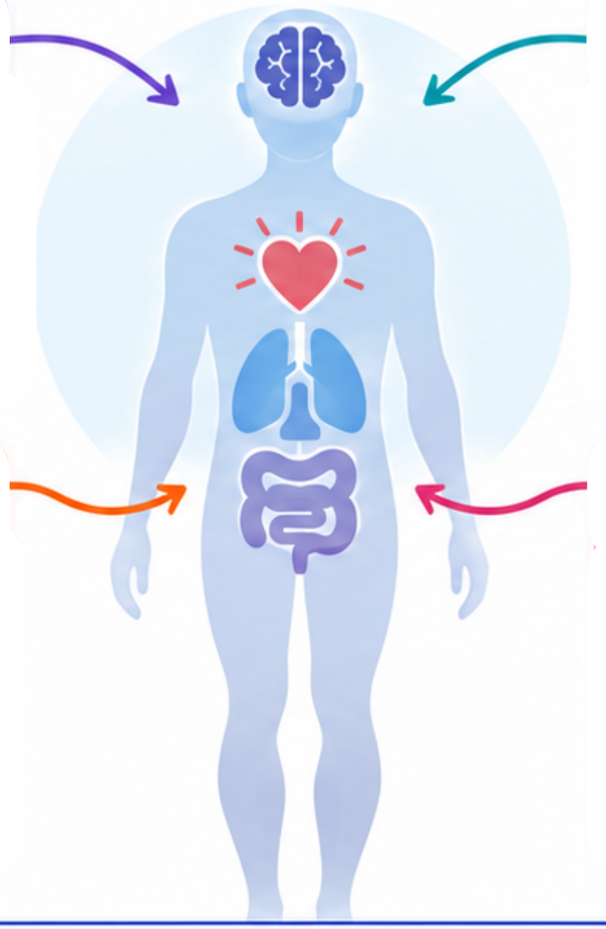
En entretien : la personne elle-même établit-elle un lien entre son histoire et l’épreuve actuelle ?

Kong et al., 2021, doi:10.1016/j.chiabu.2021.105337 · McLaughlin et al., 2010, doi:10.1017/S0033291709992121

4. Le corps se souvient-il ? Stress chronique, inflammation et santé

Quand le corps reste en alerte

Le psychotraumatisme mobilise aussi des systèmes corporels de régulation



Le trauma ne laisse pas seulement des traces psychiques :
il peut **recalibrer durablement plusieurs systèmes biologiques.**

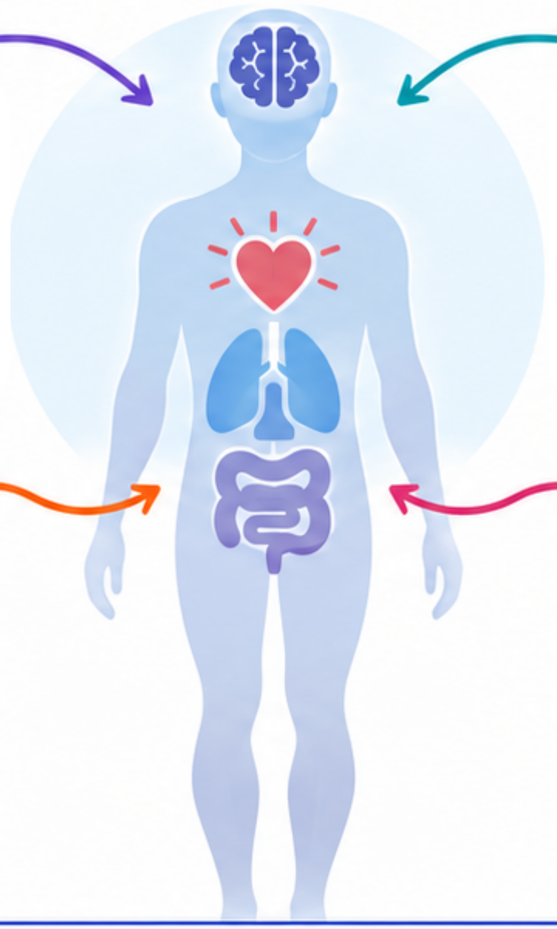
Danese & McEwen, 2012 ; Finlay et al., 2022

Quand le corps reste en alerte

Le psychotraumatisme mobilise aussi des systèmes corporels de régulation

Système nerveux autonome

Axe HHS / HPA



Immunité / inflammation

Métabolisme, sommeil et comportements

Le trauma ne laisse pas seulement des traces psychiques :
il peut **recalibrer durablement plusieurs systèmes biologiques.**

Danese & McEwen, 2012 ; Finlay et al., 2022

Quand le corps reste en alerte

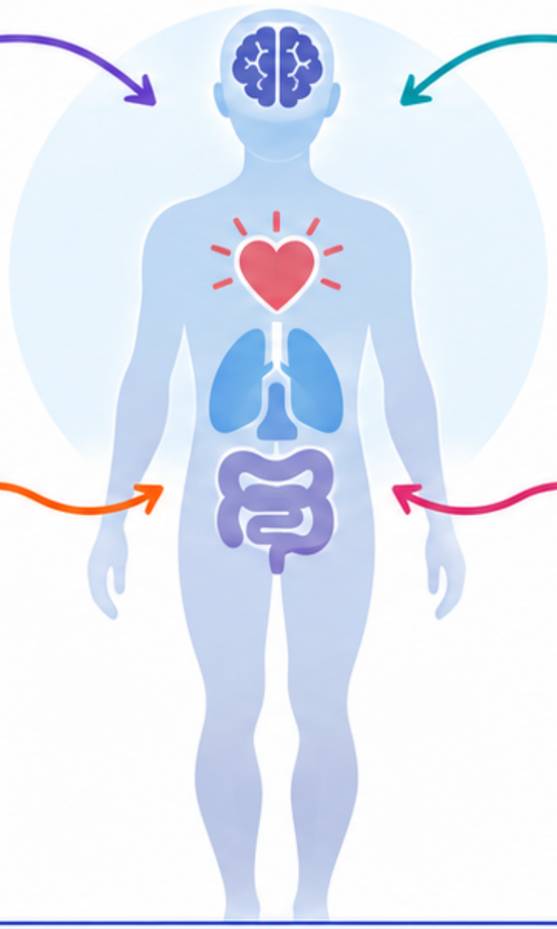
Le psychotraumatisme mobilise aussi des systèmes corporels de régulation

Système nerveux autonome

- Alerte
- Vigilance
- Fréquence cardiaque

Axe HHS / HPA

- Cortisol
- Adaptation
- Feedback



Immunité / inflammation

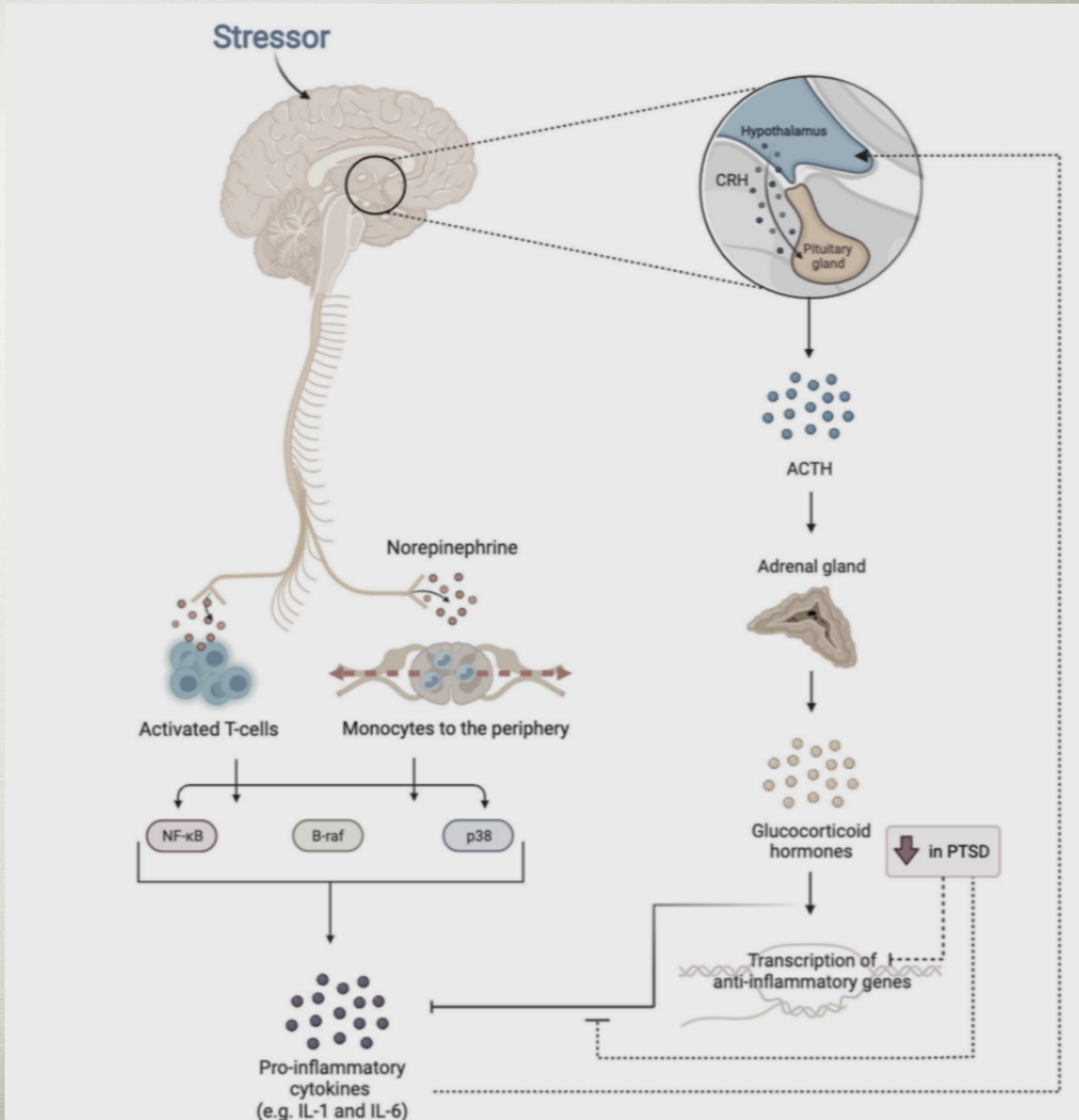
- Cytokines
- Défense
- Régulation

Métabolisme, sommeil et comportements

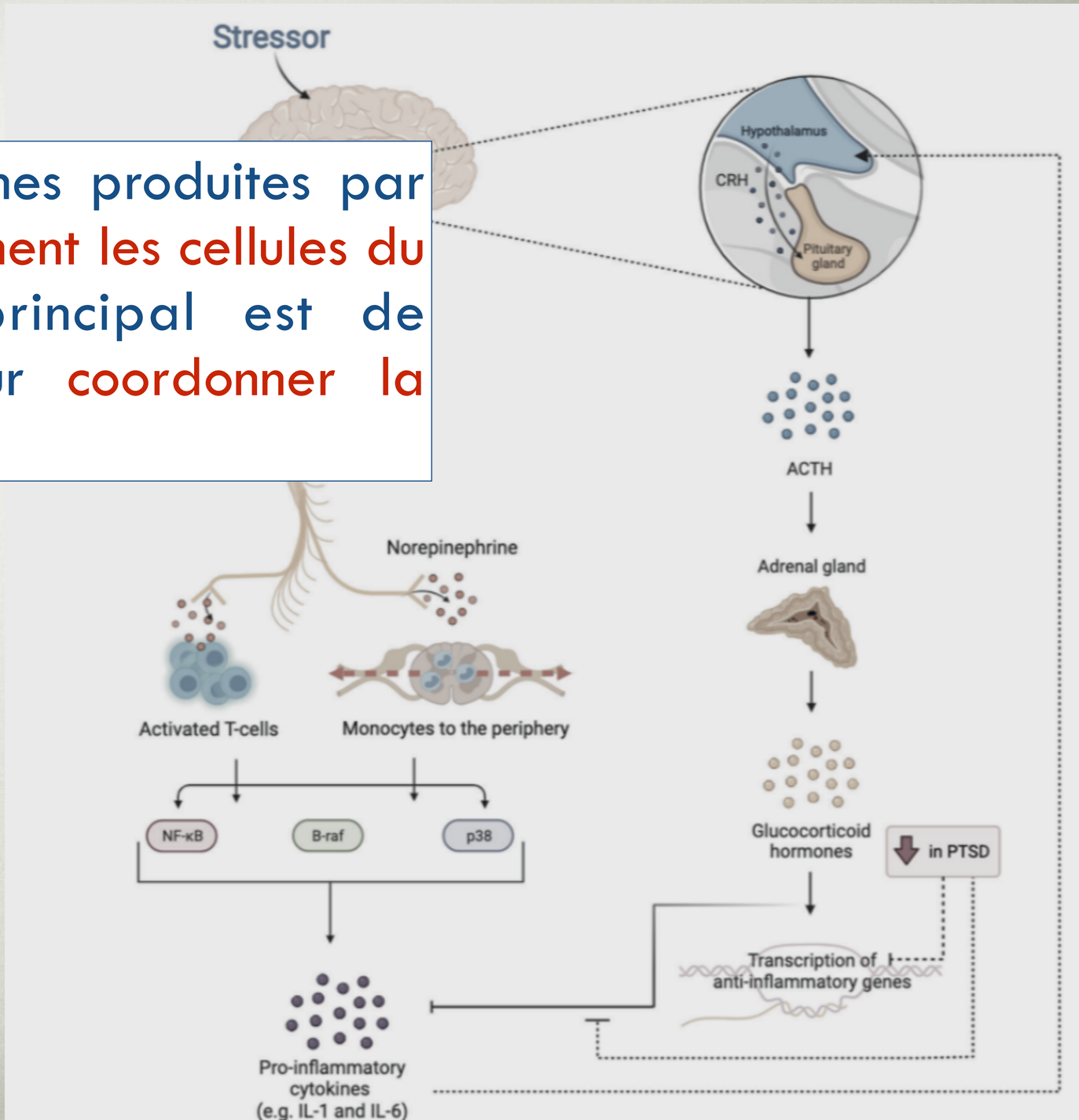
- Fatigue
- Appétit
- Activité
- Sommeil

Le trauma ne laisse pas seulement des traces psychiques :
il peut **recalibrer durablement plusieurs systèmes biologiques.**

Danese & McEwen, 2012 ; Finlay et al., 2022


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)

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…

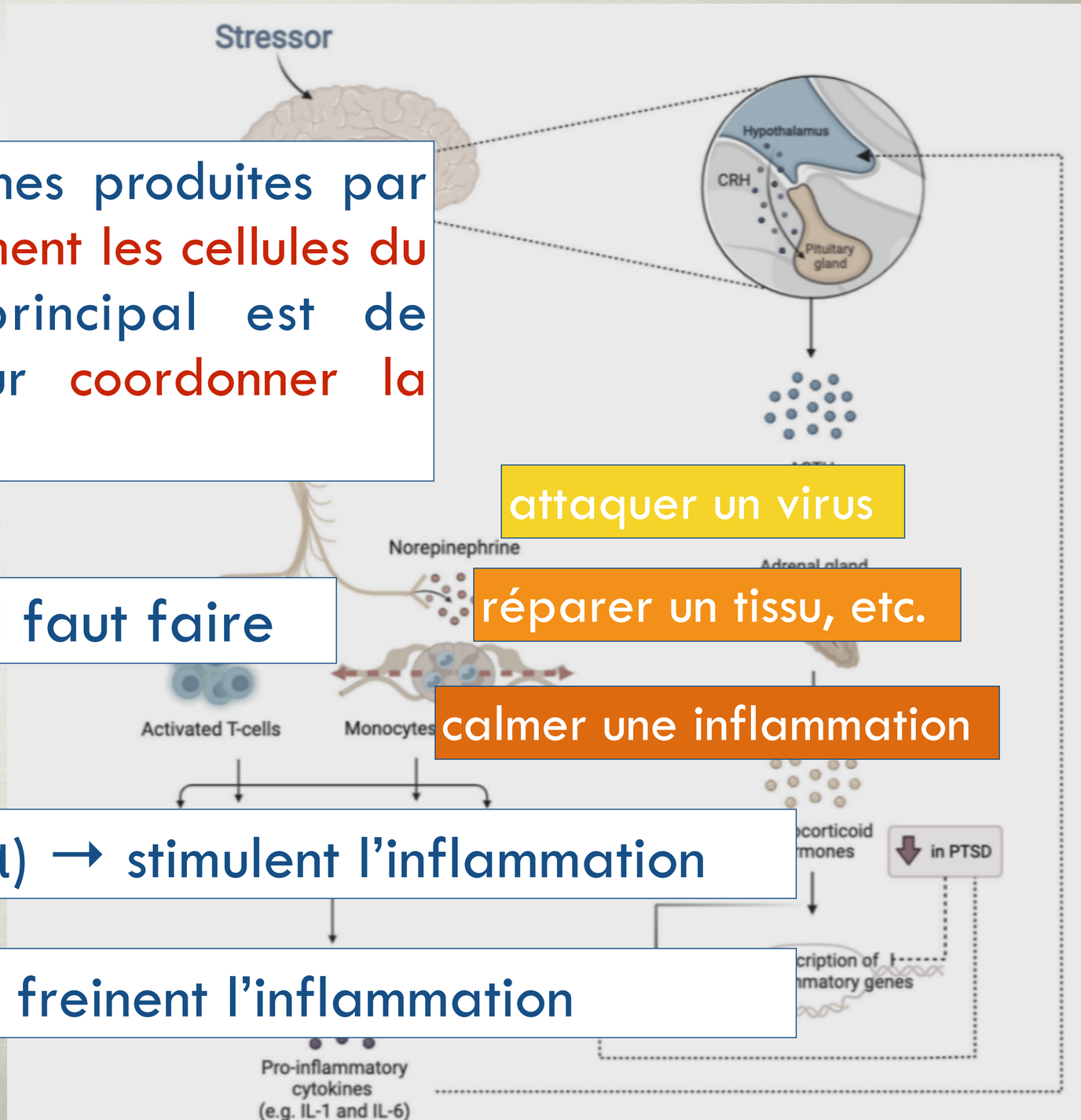


Les cytokines sont des petites protéines produites par les cellules de l'organisme, principalement les cellules du système immunitaire. Leur rôle principal est de communiquer entre les cellules pour coordonner la réponse immunitaire…

… elles disent aux cellules ce qu'il faut faire

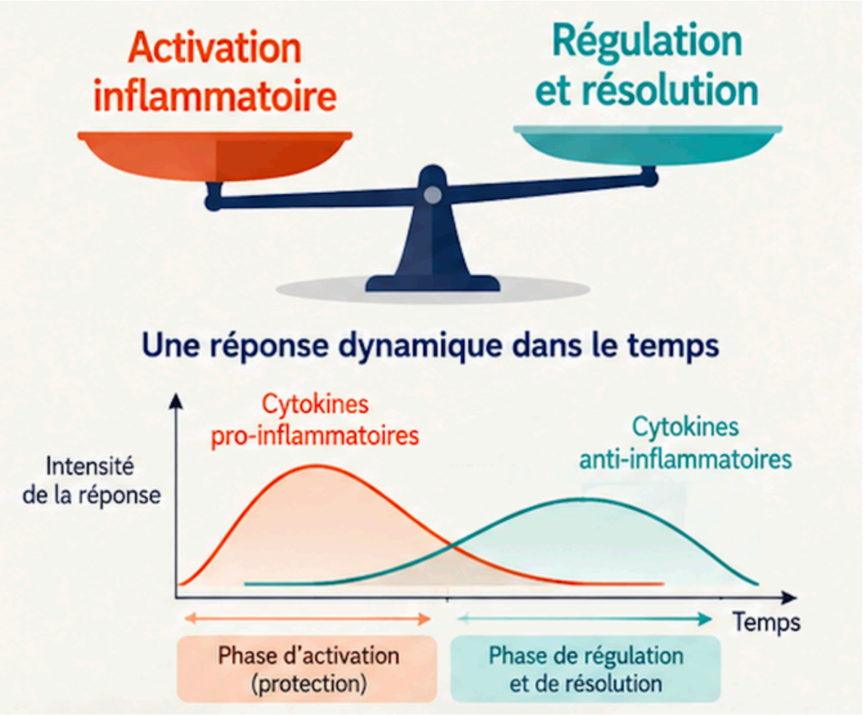
Pro-inflammatoires (IL-1β, IL-6, TNF-α) → stimulent l'inflammation

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



Cytokines : un équilibre à maintenir

L'enjeu n'est pas seulement d'éviter l'inflammation, mais de permettre sa régulation et sa résolution



Cytokines : un équilibre à maintenir

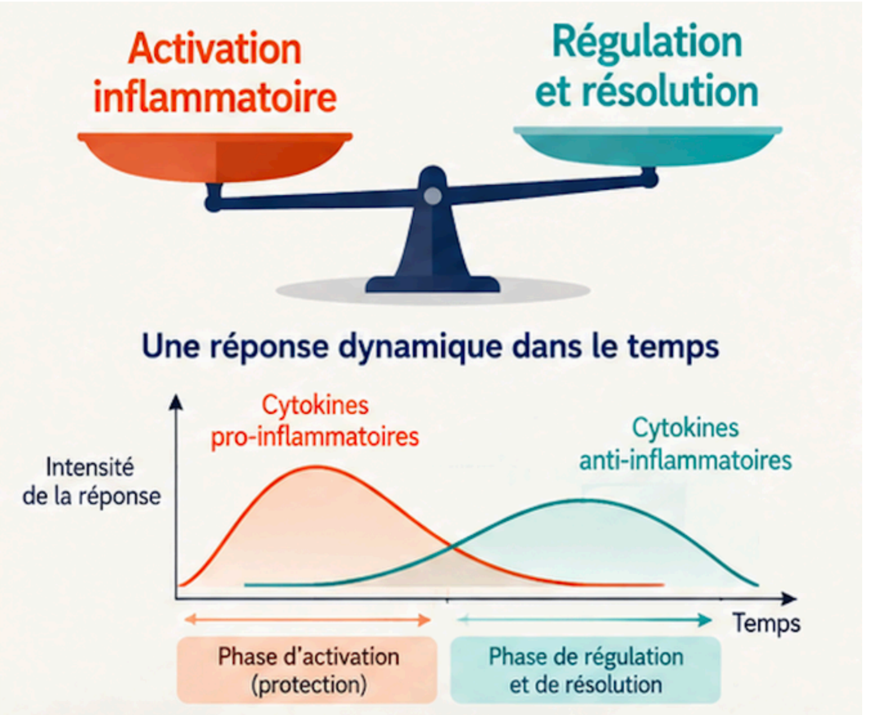
L'enjeu n'est pas seulement d'éviter l'inflammation, mais de permettre sa régulation et sa résolution

Cytokines anti-inflammatoires
Freiner et permettre le retour à l'équilibre

- IL-10
- TGF-β
- Autres médiateurs de résolution
  (ex. : interleukines régulatrices, médiateurs pro-résolutifs)

- Limitent la production de cytokines pro-inflammatoires
- Réduisent l'activation excessive des cellules immunitaires
- Favorisent la résolution de l'inflammation
- Protègent les tissus et contribuent au retour à l'homéostasie

« La menace est contrôlée : diminuons la réponse et réparons »



Cytokines pro-inflammatoires
Activer la réponse de défense

- IL-1β
- TNF-α
- IL-6 (effets contextuels)

- Mobilisation rapide des cellules immunitaires
- Amplification du signal de danger
- Induction des réponses comportementales et métaboliques

« Il y a une menace : mobilisons les défenses »

Cytokines : un équilibre à maintenir

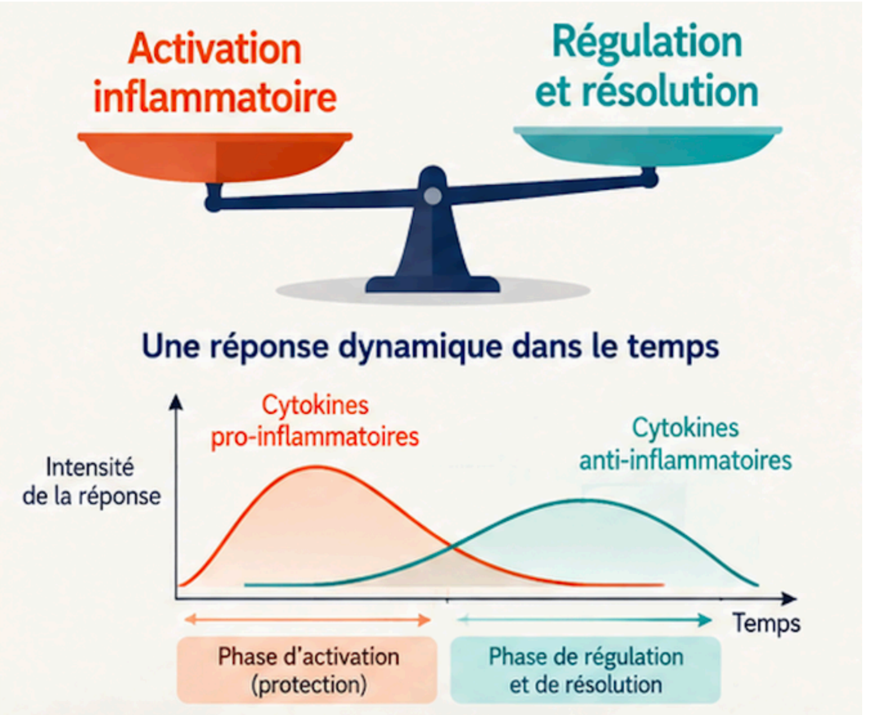
L'enjeu n'est pas seulement d'éviter l'inflammation, mais de permettre sa régulation et sa résolution

Cytokines anti-inflammatoires
Freiner et permettre le retour à l'équilibre

- IL-10
- TGF-β
- Autres médiateurs de résolution
  (ex. : interleukines régulatrices, médiateurs pro-résolutifs)

- Limitent la production de cytokines pro-inflammatoires
- Réduisent l'activation excessive des cellules immunitaires
- Favorisent la résolution de l'inflammation
- Protègent les tissus et contribuent au retour à l'homéostasie

« La menace est contrôlée : diminuons la réponse et réparons »



Cytokines pro-inflammatoires
Activer la réponse de défense

- IL-1β
- TNF-α
- IL-6 (effets contextuels)

- Mobilisation rapide des cellules immunitaires
- Amplification du signal de danger
- Induction des réponses comportementales et métaboliques

« Il y a une menace : mobilisons les défenses »

Lorsque l'équilibre est respecté
- Réponse adaptée et proportionnée
- Extinction progressive de l'inflammation
- Réparation tissulaire et retour à l'homéostasie

Stress chronique, trauma, adversité

→

Peuvent perturber les mécanismes de régulation

Lorsque la régulation est insuffisante
- Persistance de cytokines pro-inflammatoires
- Réponse anti-inflammatoire insuffisante ou tardive
- Inflammation chronique de bas grade
- Augmentation du risque de troubles psychiques et de maladies somatiques

Comment le stress dialogue avec l'immunité

Le stress module la réponse inflammatoire par plusieurs voies

Stresseurs



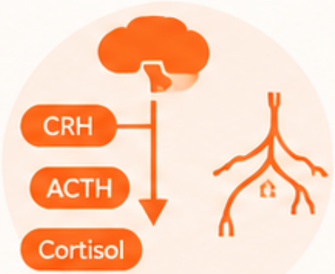
Contraintes psychologiques, sociales ou physiques (aiguës ou chroniques)

Cerveau



Perception et évaluation du stress par des régions cérébrales (ex. : amygdale, hippocampe, cortex préfrontal)

Axe HHS / système sympathique



Activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) et du système nerveux sympathique

Cortisol et catécholamines



Libération de cortisol et de catécholamines (adrénaline, noradrénaline) dans la circulation

Cellules immunitaires



Interaction avec les récepteurs sur les cellules immunitaires (ex. : lymphocytes, monocytes, macrophages)

Le stress n'active pas seulement l'émotion : il influence aussi la communication neuro-immunitaire.

Miller, Chen & Parker, 2011 ; Slavich & Irwin, 2014

Comment le stress dialogue avec l'immunité

Le stress module la réponse inflammatoire par plusieurs voies

Stresseurs



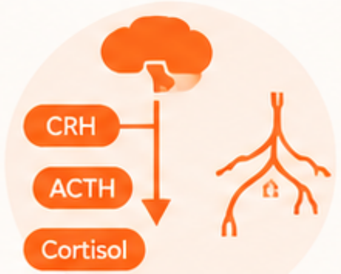
Contraintes psychologiques, sociales ou physiques (aiguës ou chroniques)

Cerveau



Perception et évaluation du stress par des régions cérébrales (ex. : amygdale, hippocampe, cortex préfrontal)

Axe HHS / système sympathique



Activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) et du système nerveux sympathique

Cortisol et catécholamines



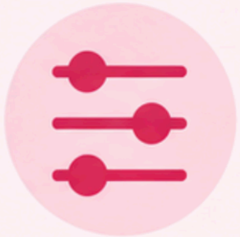
Libération de cortisol et de catécholamines (adrénaline, noradrénaline) dans la circulation

Cellules immunitaires



Interaction avec les récepteurs sur les cellules immunitaires (ex. : lymphocytes, monocytes, macrophages)

Modulation ≠ interrupteur on/off



Le stress peut augmenter ou diminuer l'inflammation selon sa nature, sa durée, son intensité et le contexte de l'individu.

Le stress n'active pas seulement l'émotion : il influence aussi la communication neuro-immunitaire.

Miller, Chen & Parker, 2011 ; Slavich & Irwin, 2014

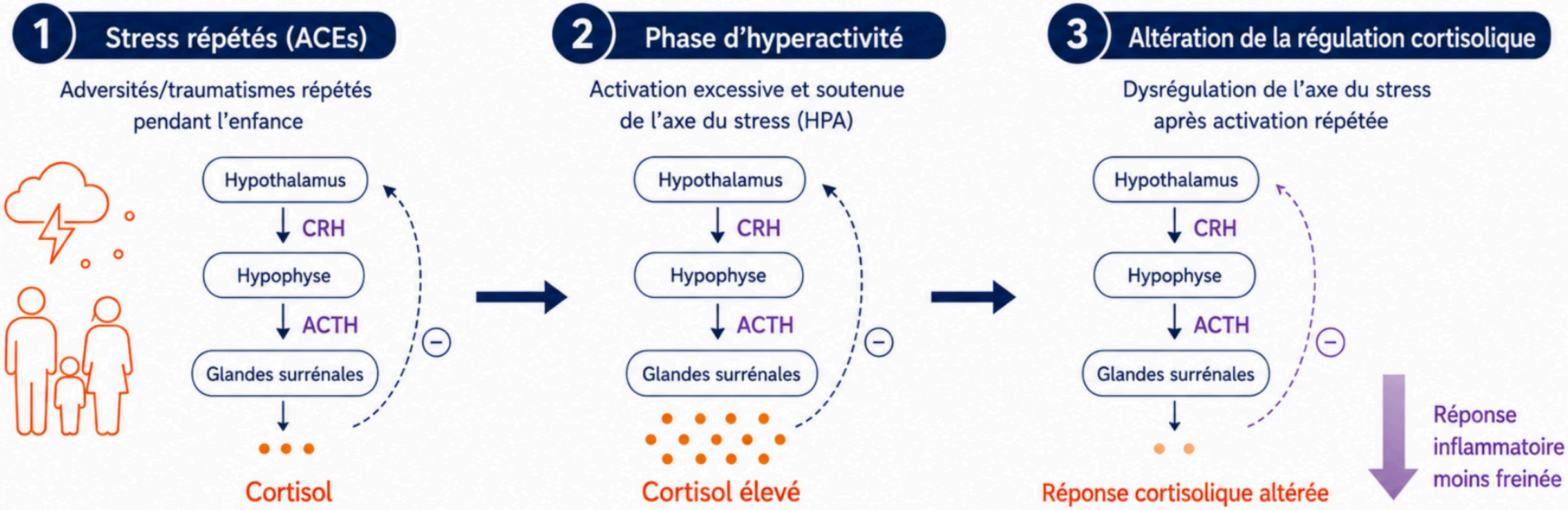
Répétition des ACEs → la régulation cortisolique peut s’altérer

après une phase d’hyperactivité (6 à 12 mois, parfois moins)

Après une phase initiale d’hyperactivité,
la répétition des ACEs peut conduire à une altération de la régulation cortisolique.

Répétition des ACEs → la régulation cortisolique peut s'altérer

après une phase d'hyperactivité (6 à 12 mois, parfois moins)



Après une phase initiale d'hyperactivité,
la répétition des ACEs peut conduire à une altération de la régulation cortisolique.

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

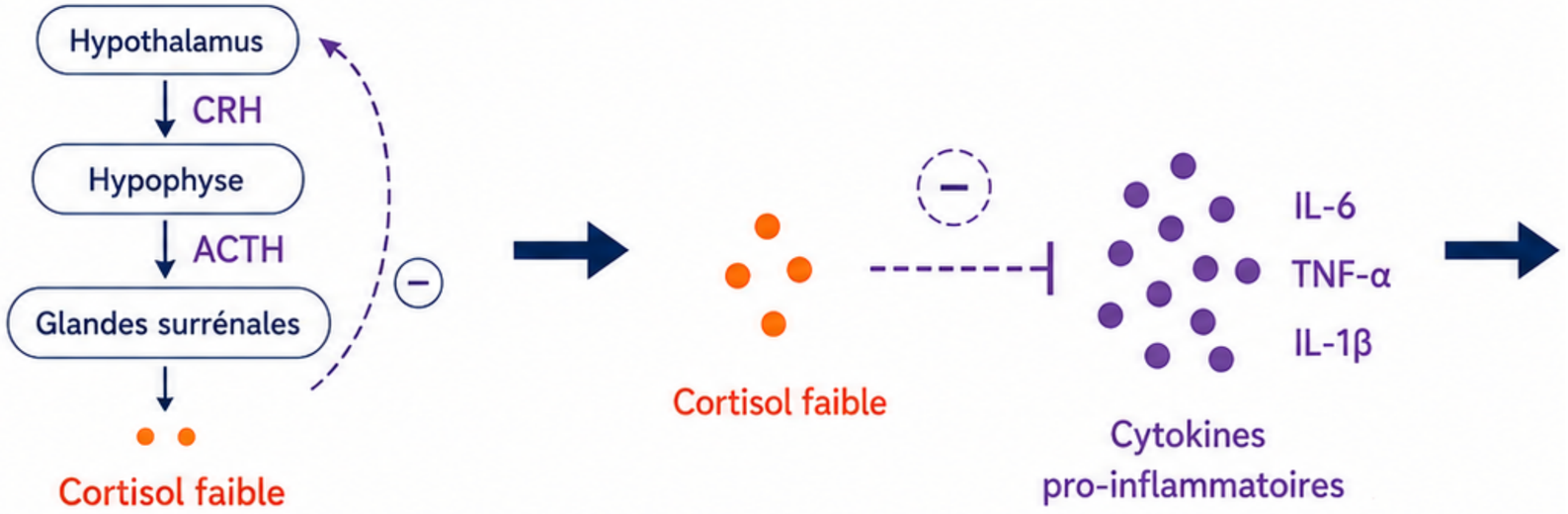
Le frein anti-inflammatoire devient insuffisant

1 Cortisol insuffisant

Après l'effondrement de l'axe du stress, le cortisol devient trop faible.

2 Le frein anti-inflammatoire cède

Le cortisol ne limite plus efficacement les cytokines pro-inflammatoires.



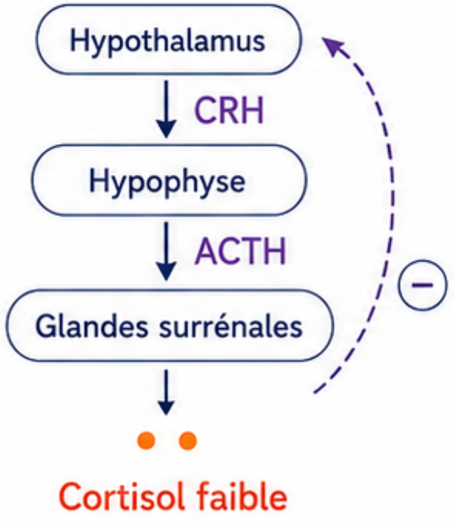
Quand le cortisol devient insuffisant, il freine moins efficacement les cytokines pro-inflammatoires, ce qui favorise une hyperactivité inflammatoire persistante.

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

Le frein anti-inflammatoire devient insuffisant

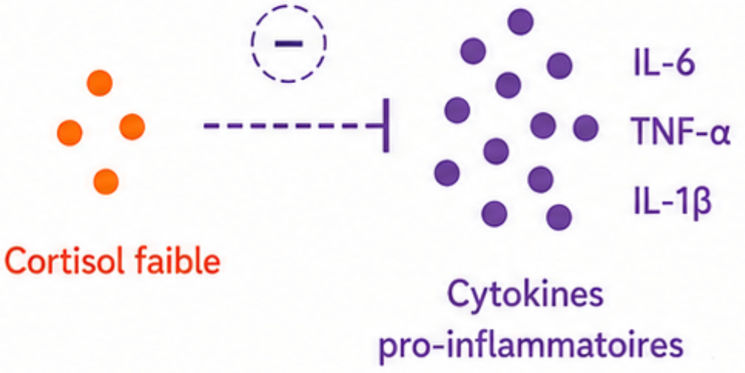
1 Cortisol insuffisant

Après l'effondrement de l'axe du stress, le cortisol devient trop faible.



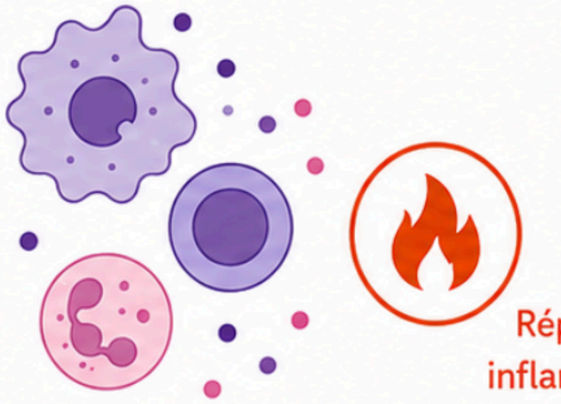
2 Le frein anti-inflammatoire cède

Le cortisol ne limite plus efficacement les cytokines pro-inflammatoires.



3 Hyperactivité inflammatoire persistante

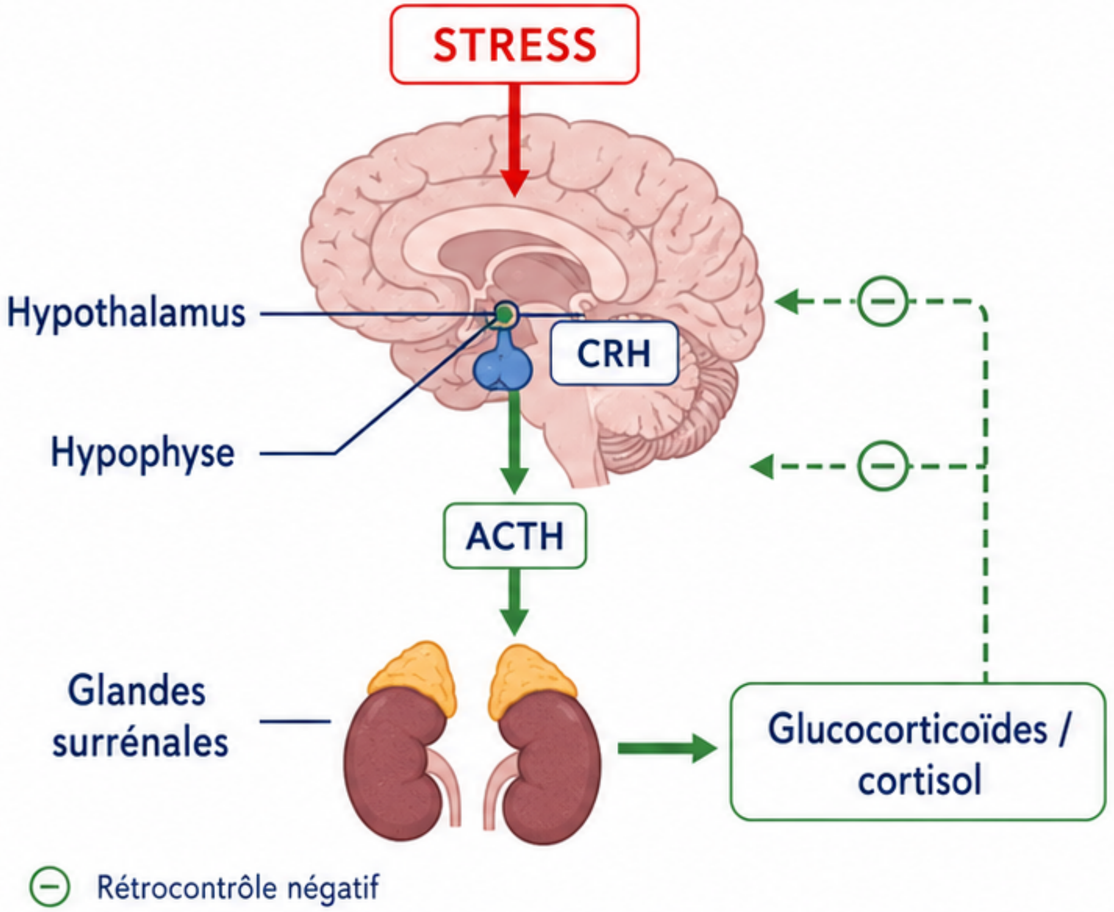
Activation immunitaire prolongée et inflammation chronique de bas grade.



Quand le cortisol devient insuffisant, il freine moins efficacement les cytokines pro-inflammatoires, ce qui favorise une hyperactivité inflammatoire persistante.

Les ACEs → une composante immuno-inflammatoire persistante

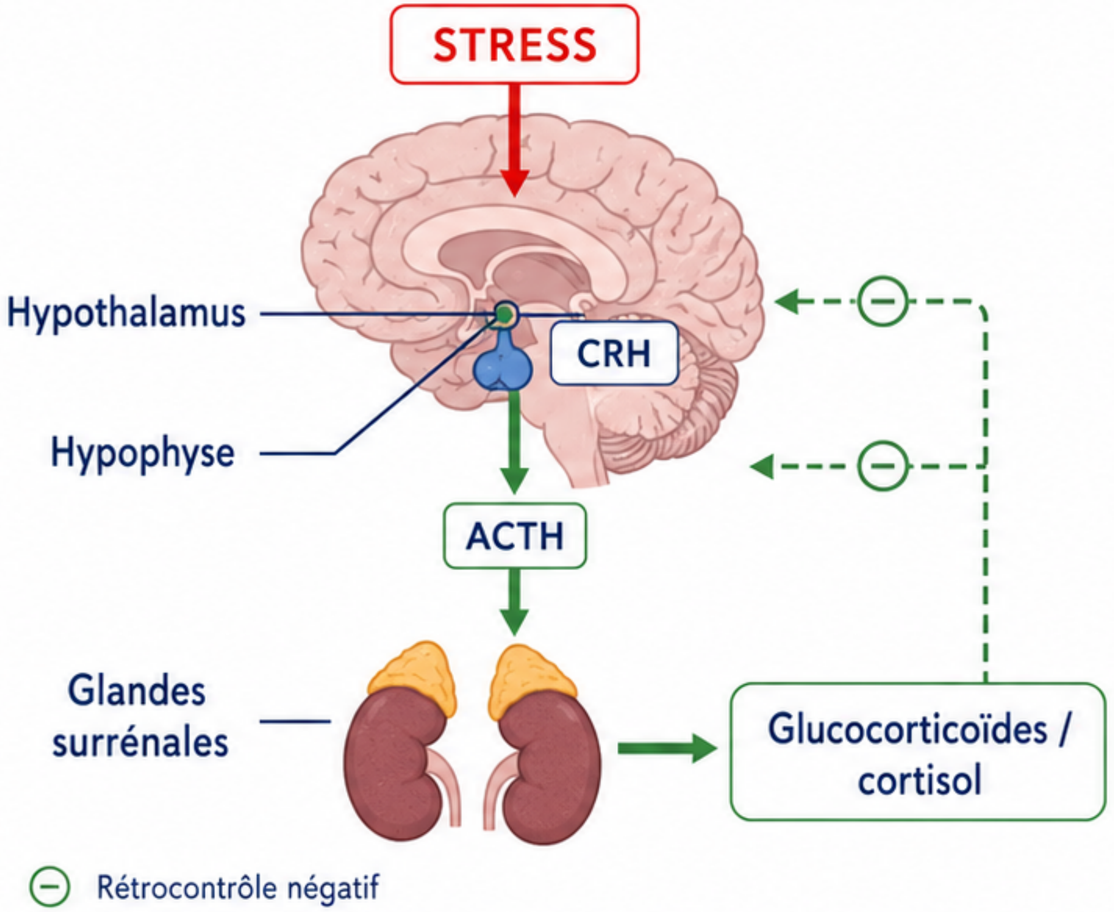
Le cortisol supprime l'inflammation



Dans les ACEs, la dérégulation durable de l'axe du stress contribue à une inflammation persistante de bas grade.

Les ACEs → une composante immuno-inflammatoire persistante

Le cortisol supprime l'inflammation



… inhibe la production des cytokines pro-inflammatoires

↓

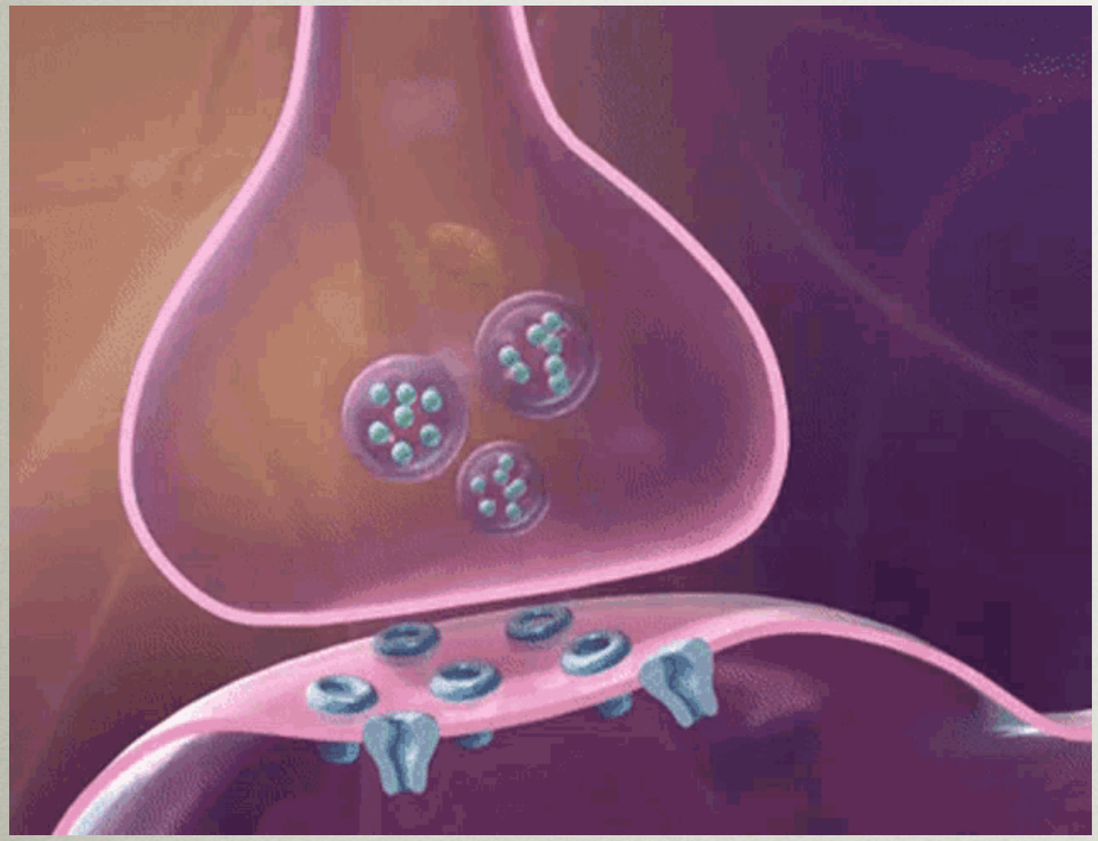
l'activation des cellules immunitaires

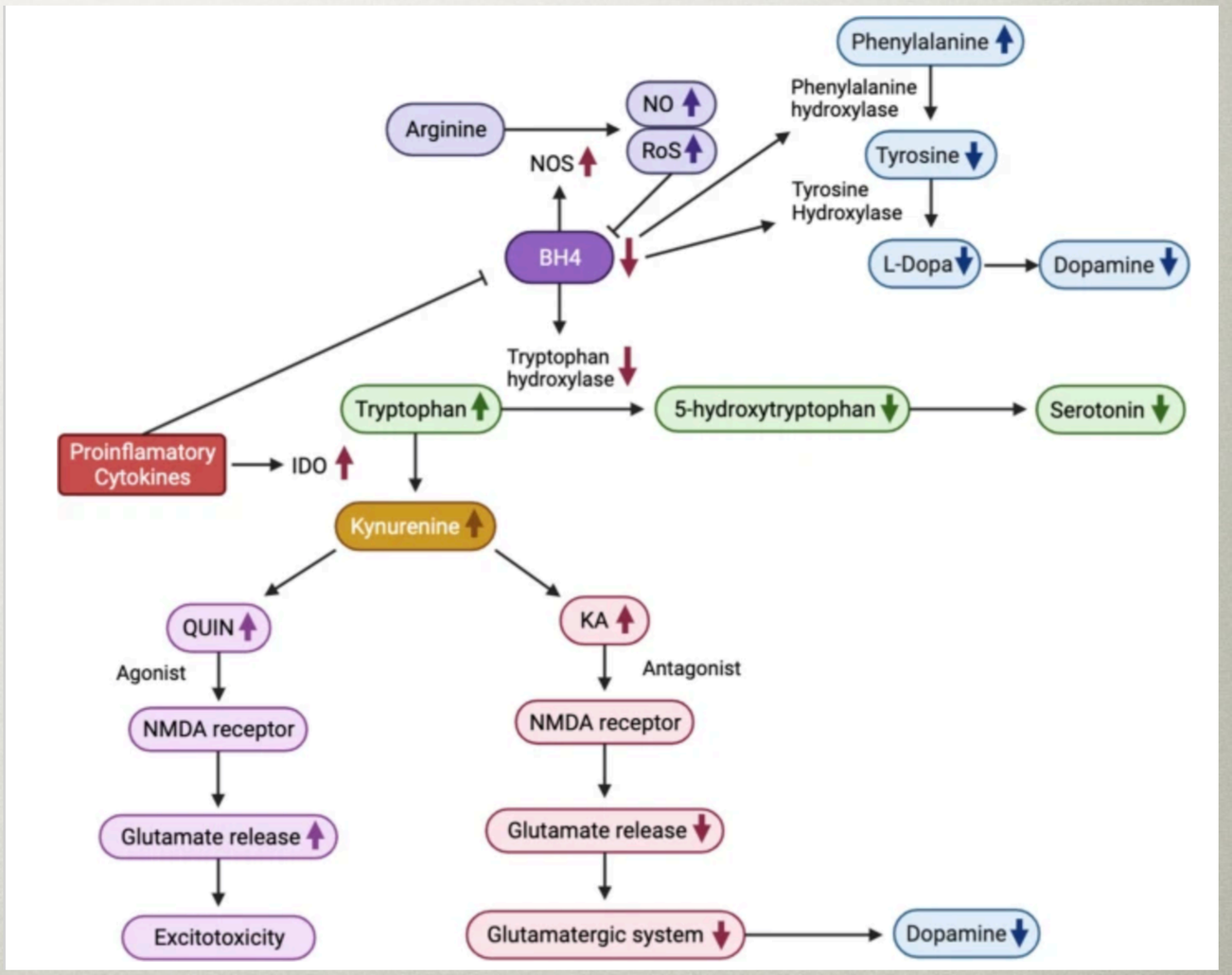
↓

la réponse immunitaire excessive

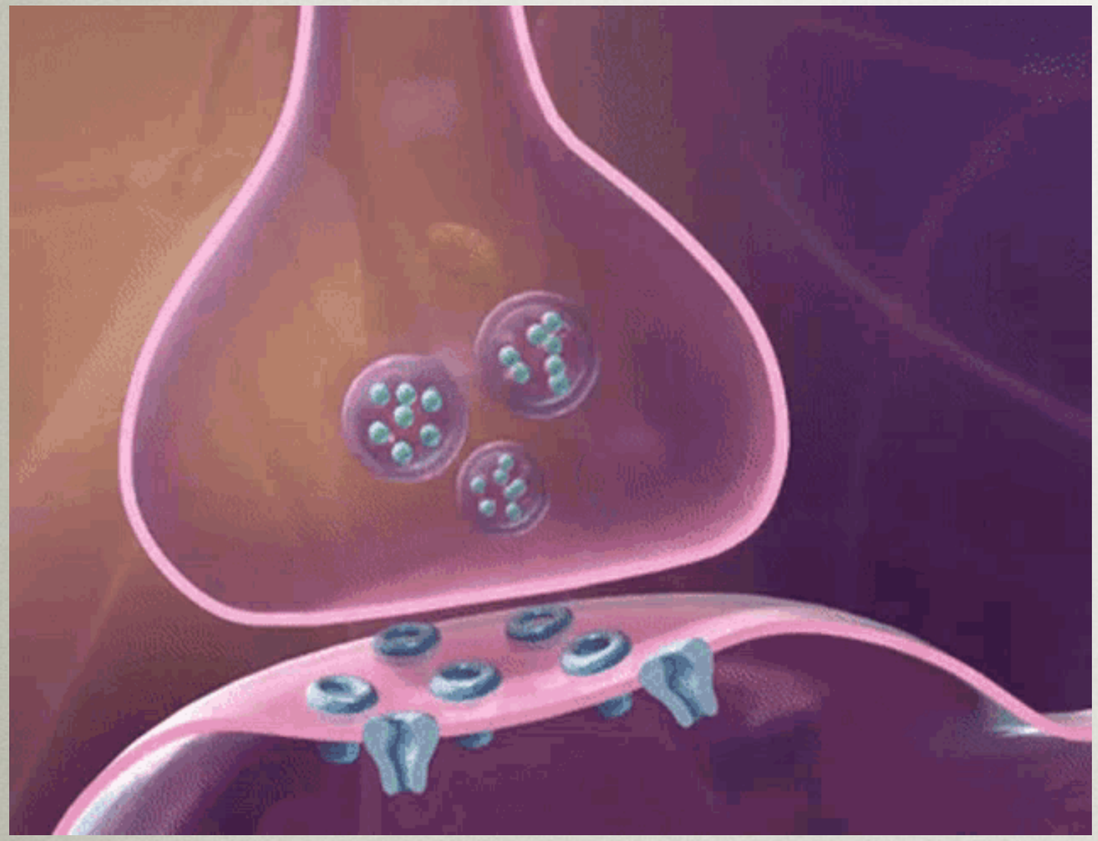
Dans les ACEs, la dérégulation durable de l'axe du stress contribue à une inflammation persistante de bas grade.

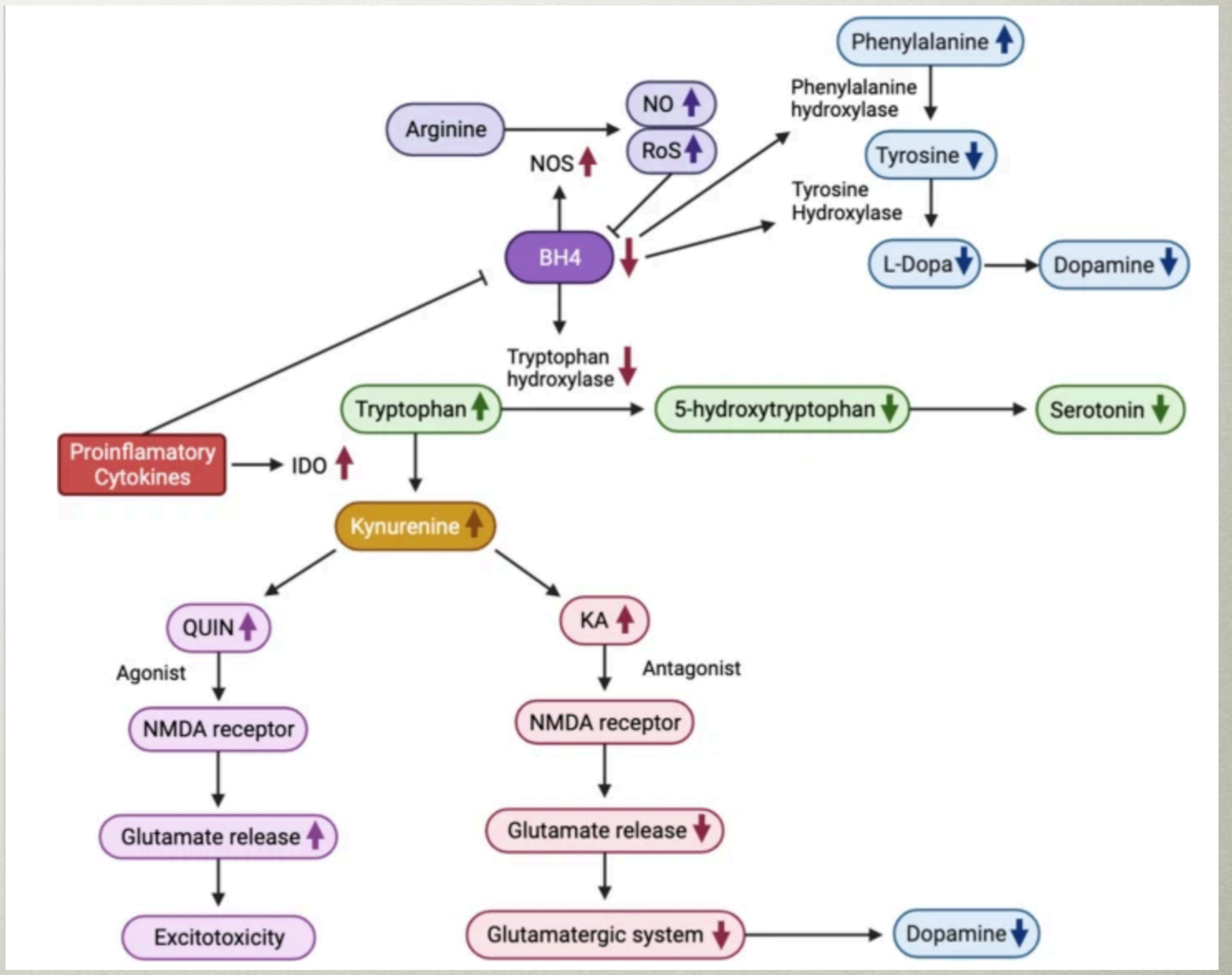
Mécanismes par lesquels les cytokines pro-inflammatoires affectent la synthèse des neurotransmetteurs monoamines c'est-à-dire la sérotonine et la dopamine



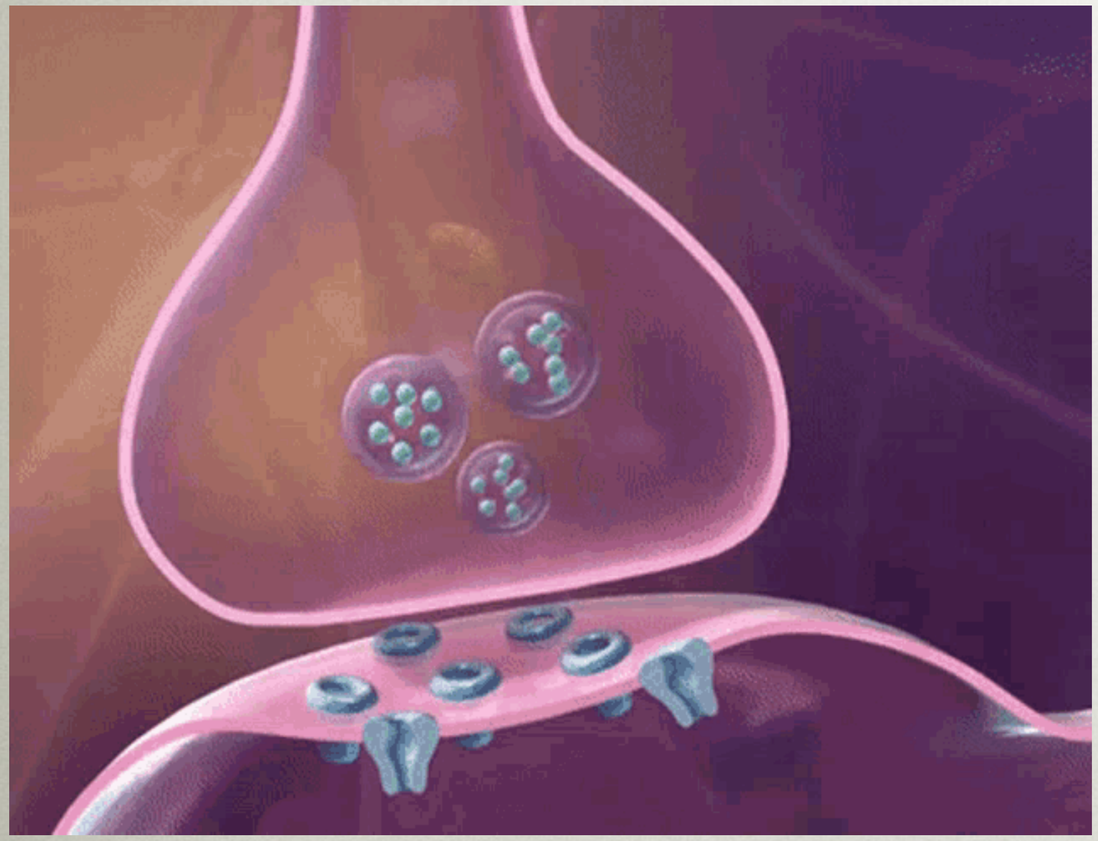


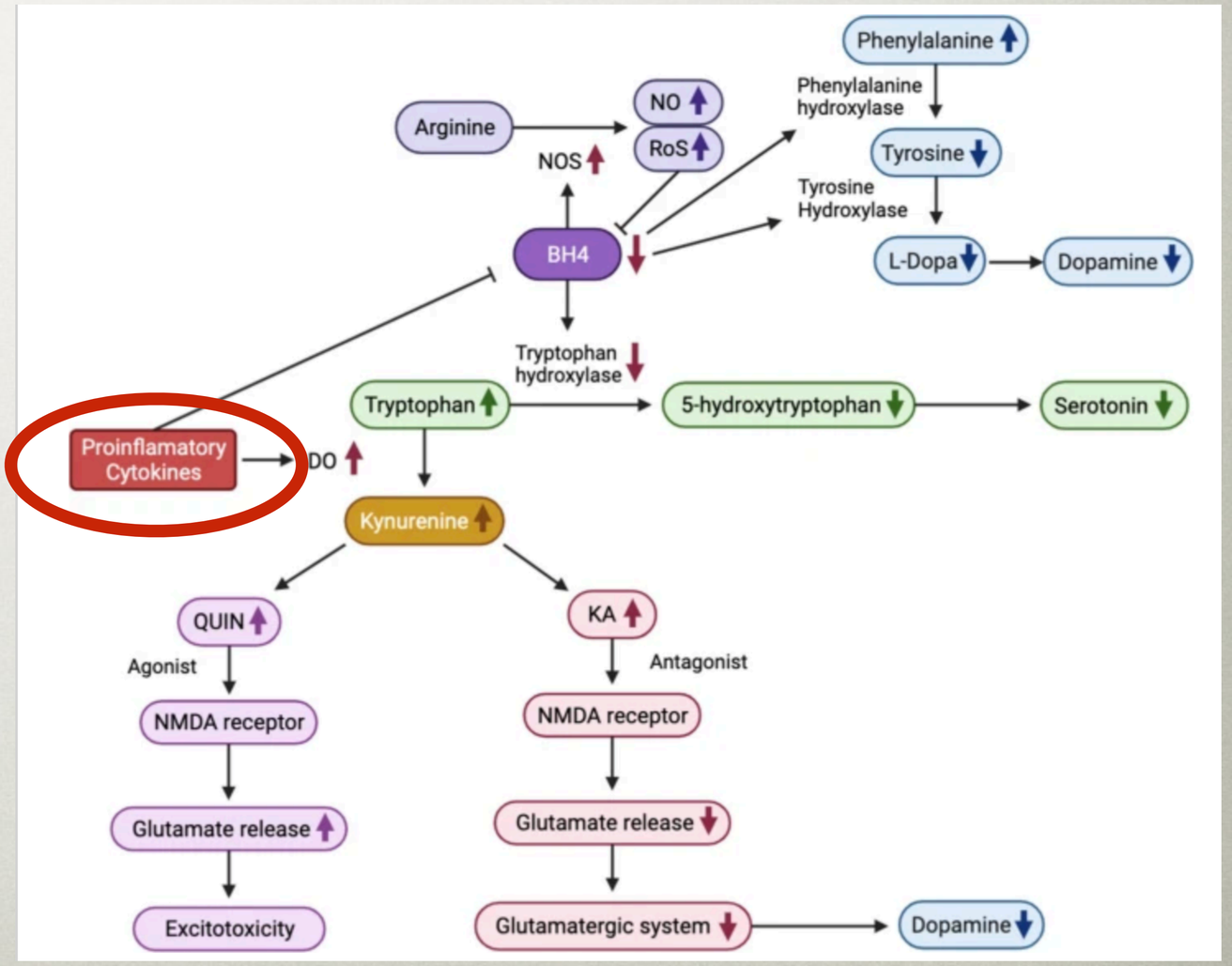
Mécanismes par lesquels les cytokines pro-inflammatoires affectent la synthèse des neurotransmetteurs monoamines c'est-à-dire la sérotonine et la dopamine





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

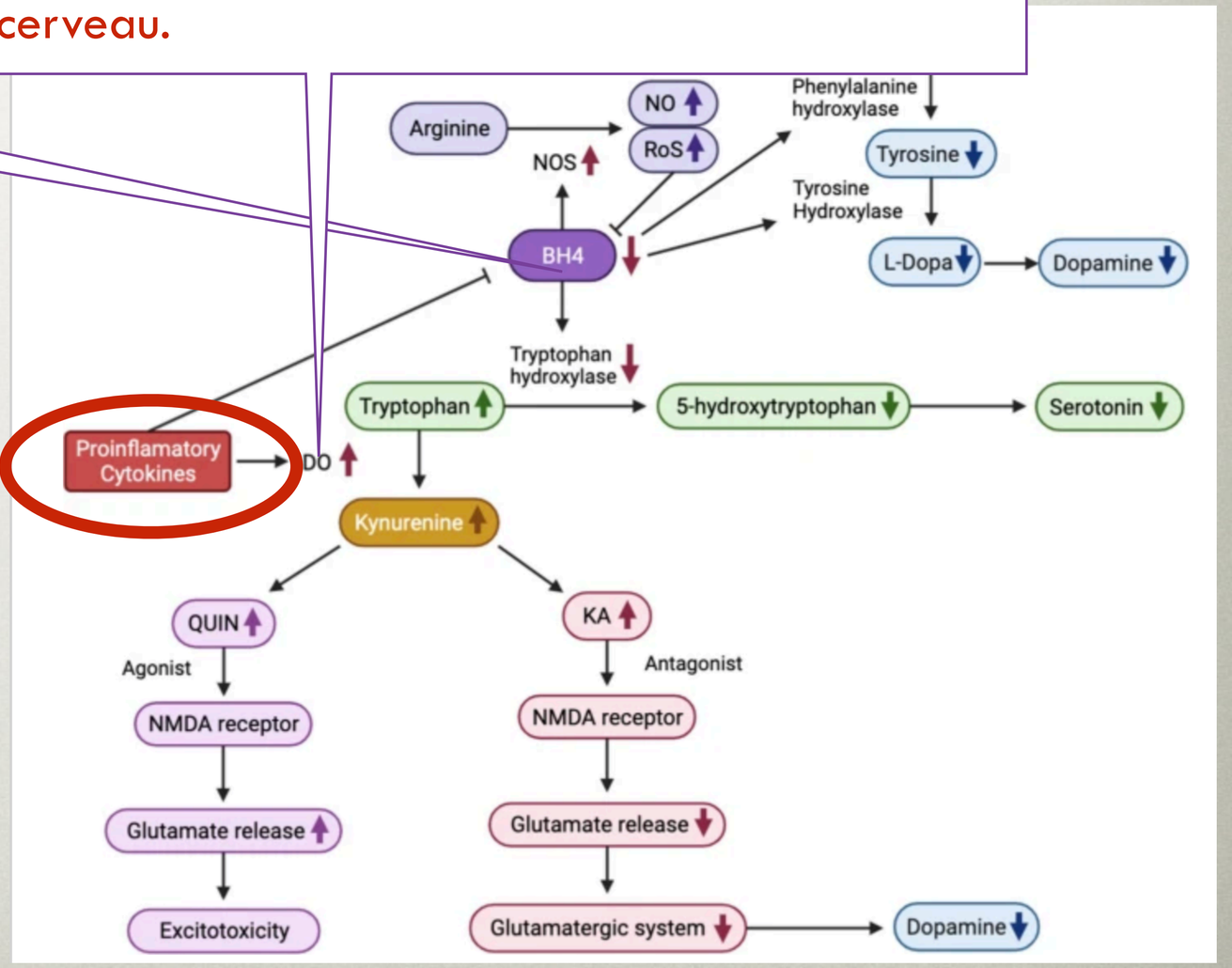




BH4 (tétrahydrobioptérine) : un cofacteur enzymatique essentiel à la synthèse de la sérotonine et de la dopamine.

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 physique



Douleur chronique

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

Elle peut favoriser des douleurs diffuses et persistantes, comme dans la fibromyalgie ou certains syndromes de fatigue chronique.



Maladies auto-immunes

Une inflammation chronique de bas grade et une dérégulation immunitaire sont associées à un risque accru de maladies auto-immunes.

Exemples : lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, *maladie de Crohn*, rectocolite hémorragique.



Maladies cardiovasculaires

L'inflammation chronique favorise l'athérosclérose et augmente le risque cardiovasculaire.

Dépression et TSPT majorent également le risque d'infarctus, d'AVC et d'événements cardiovasculaires.



Métabolisme et santé générale

Les trajectoires traumatiques peuvent aussi être associées à des perturbations métaboliques, à une fatigue chronique et à une vulnérabilité somatique accrue.



Idée centrale : les troubles somatiques ne sont pas seulement des comorbidités secondaires ; ils peuvent constituer des expressions corporelles durables d'une dérégulation psycho-neuro-immunitaire.

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, parfois indépendamment de la lésion initiale.

Elle peut favoriser des douleurs diffuses et persistantes, comme dans la fibromyalgie ou certains syndromes de fatigue chronique.

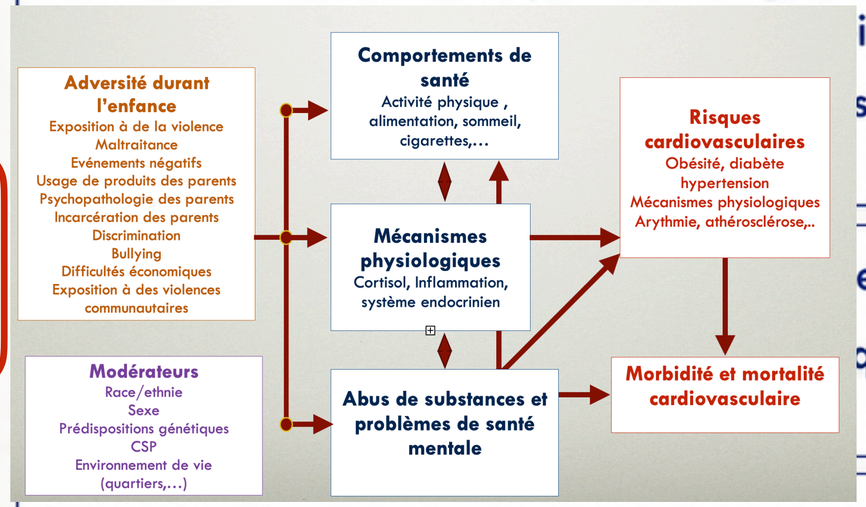
Maladies auto-immunes

Une inflammation chronique de bas grade et une dérégulation immunitaire sont

immunes.

sclérose en plaques, *maladie de Crohn*,

Maladies cardiovasculaires



e et augmente le risque cardiovasculaire.

que d'infarctus, d'AVC et d'événements

Métabolisme et santé générale

Les trajectoires traumatiques peuvent aussi être associées à des perturbations métaboliques, à une fatigue chronique et à une vulnérabilité somatique accrue.

Idée centrale : les troubles somatiques ne sont pas seulement des comorbidités secondaires ; ils peuvent constituer des expressions corporelles durables d'une dérégulation psycho-neuro-immunitaire.

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, parfois indépendamment de la lésion initiale.

Elle peut favoriser des douleurs diffuses et persistantes, comme dans la fibromyalgie ou certains syndromes de fatigue chronique.



Maladies auto-immunes

Une inflammation chronique de bas grade et une dérégulation immunitaire sont associées à un risque accru de maladies auto-immunes.

Exemples : lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, *maladie de Crohn*, rectocolite hémorragique.



Maladies cardiovasculaires

L'inflammation chronique favorise l'athérosclérose et augmente le risque cardiovasculaire.

Dépression et TSPT majorent également le risque d'infarctus, d'AVC et d'événements cardiovasculaires.



Métabolisme et santé générale

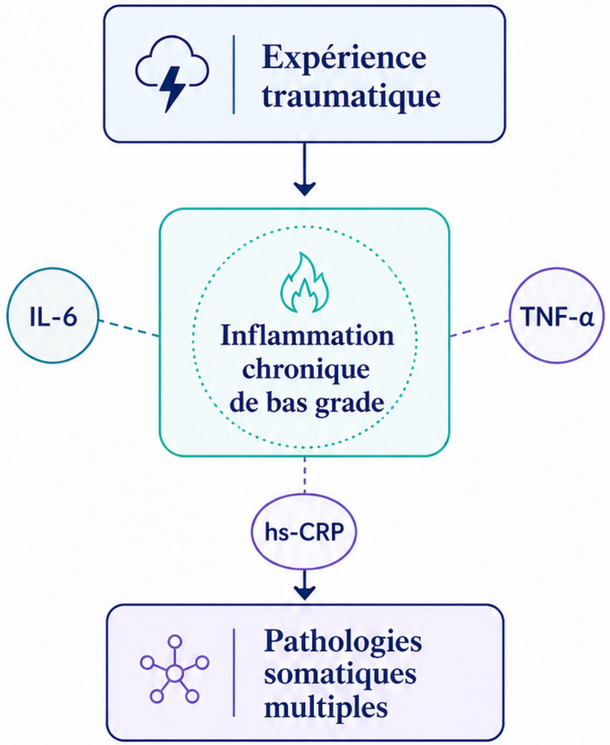
Les trajectoires traumatiques peuvent aussi être associées à des perturbations métaboliques, à une fatigue chronique et à une vulnérabilité somatique accrue.



Idée centrale : les troubles somatiques ne sont pas seulement des comorbidités secondaires ; ils peuvent constituer des expressions corporelles durables d'une dérégulation psycho-neuro-immunitaire.

1. Une tempête inflammatoire silencieuse

Chaînon biologique plausible

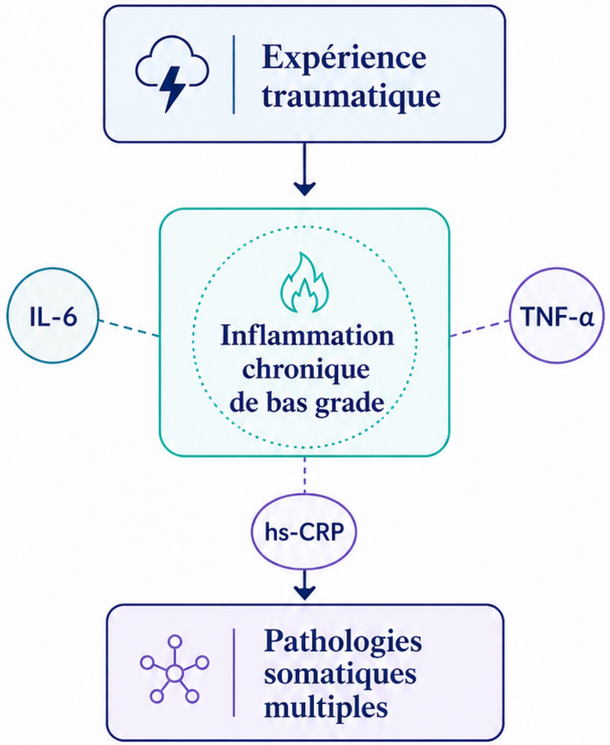


Cet état inflammatoire chronique de bas grade, souvent invisible aux examens standards, constitue le chaînon manquant entre l'expérience traumatique et l'émergence de pathologies somatiques multiples.

ⓘ Ici, la hs-CRP renvoie à la CRP ultrasensible, plus pertinente pour l'inflammation chronique de bas grade.

1. Une tempête inflammatoire silencieuse

Chaînon biologique plausible

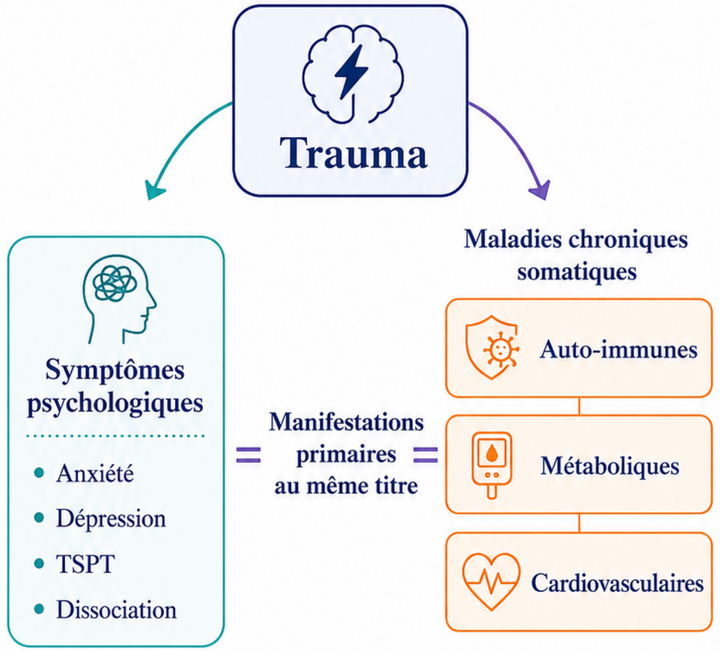


Cet état inflammatoire chronique de bas grade, souvent invisible aux examens standards, constitue le chaînon manquant entre l'expérience traumatique et l'émergence de pathologies somatiques multiples.

ⓘ Ici, la hs-CRP renvoie à la CRP ultrasensible, plus pertinente pour l'inflammation chronique de bas grade.

2. Introduire le concept de "comorbidité inversée"

Reconceptualisation trauma-somatique



Les maladies chroniques (auto-immunes, métaboliques, cardiovasculaires) ne sont pas de simples complications du trauma, mais peuvent en constituer des manifestations primaires, au même titre que les symptômes psychologiques.

Cette reconceptualisation appelle à une approche **"trauma-somatique intégrée"**.

1. Une tempête inflammatoire silencieuse

Chaînon biologique plausible

Expérience traumatique

↓

Inflammation chronique de bas grade

IL-6 — TNF-α

↓

hs-CRP

↓

Pathologies somatiques multiples

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.

ⓘ Ici, la hs-CRP renvoie à la CRP ultrasensible, plus pertinente pour l'inflammation chronique de bas grade.

2. Introduire le concept de "comorbidité inversée"

Reconceptualisation trauma-somatique

Trauma

Symptômes psychologiques

- Anxiété
- Dépression
- TSPT
- Dissociation

= **Manifestations primaires au même titre** =

Maladies chroniques somatiques

- Auto-immunes
- Métaboliques
- Cardiovasculaires

Les maladies chroniques (auto-immunes, métaboliques, cardiovasculaires) ne sont pas de simples complications du trauma, mais peuvent en constituer des manifestations primaires, au même titre que les symptômes psychologiques.

Cette reconceptualisation appelle à une approche **"trauma-somatique intégrée"**.

3. Conséquences pour la pratique clinique

Un saut épistémologique

Lecture classique

Psyché — Corps

→

Approche trauma-somatique intégrée

- Dépistage croisé
- Raisonnement intégratif
- Prise en charge interdisciplinaire

Repérer

Trauma, symptômes psychiques et atteintes somatiques

Relier

Mécanismes psychiques, biologiques et sociaux

Agir

Prévention, coordination, soins intégrés

Envisager les conséquences pour la pratique clinique suppose un changement de paradigme : penser ensemble psychotrauma, santé mentale et santé somatique, afin d'orienter le dépistage, l'évaluation et l'accompagnement vers une approche intégrée.

5. Sur lien adversité et addiction (ici)

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

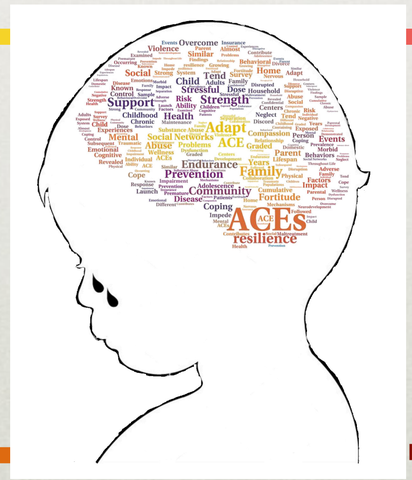
Par comparaison aux personnes sans aucune confrontation à des événements négatifs durant l'enfance, ceux qui en ont été confrontés à de l'adversité….

- Activité physique
- Surpoids
- Diabète

ORs moins de 2

ORs de 3 à 6

- Sexualité
- Santé mentale



- Tabac
- Alcool
- Santé perçue
- Cancer
- MCV
- Respiratoires

ORs de 2 à 3

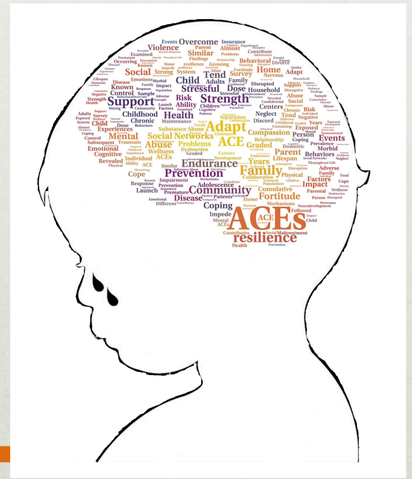
ORs sup à 7

- Drogue
- Violence inter
- Violence intra

Tabac

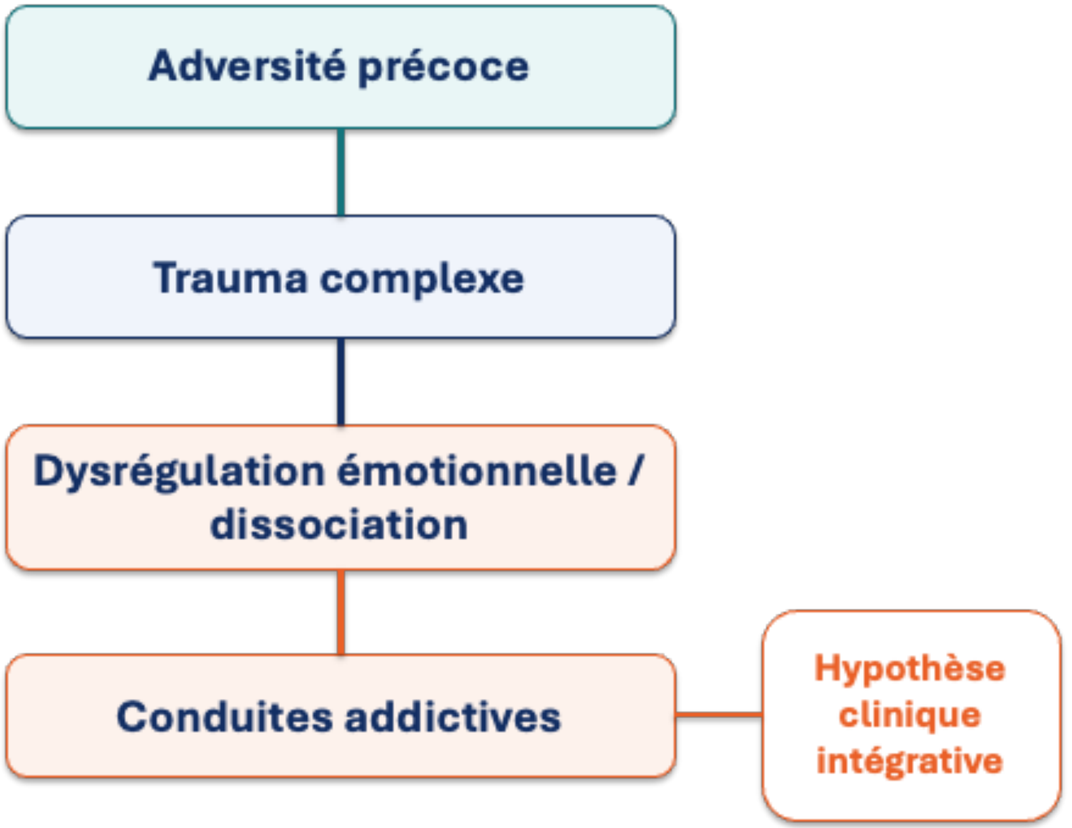
Alcool

ORs de 2 à 3



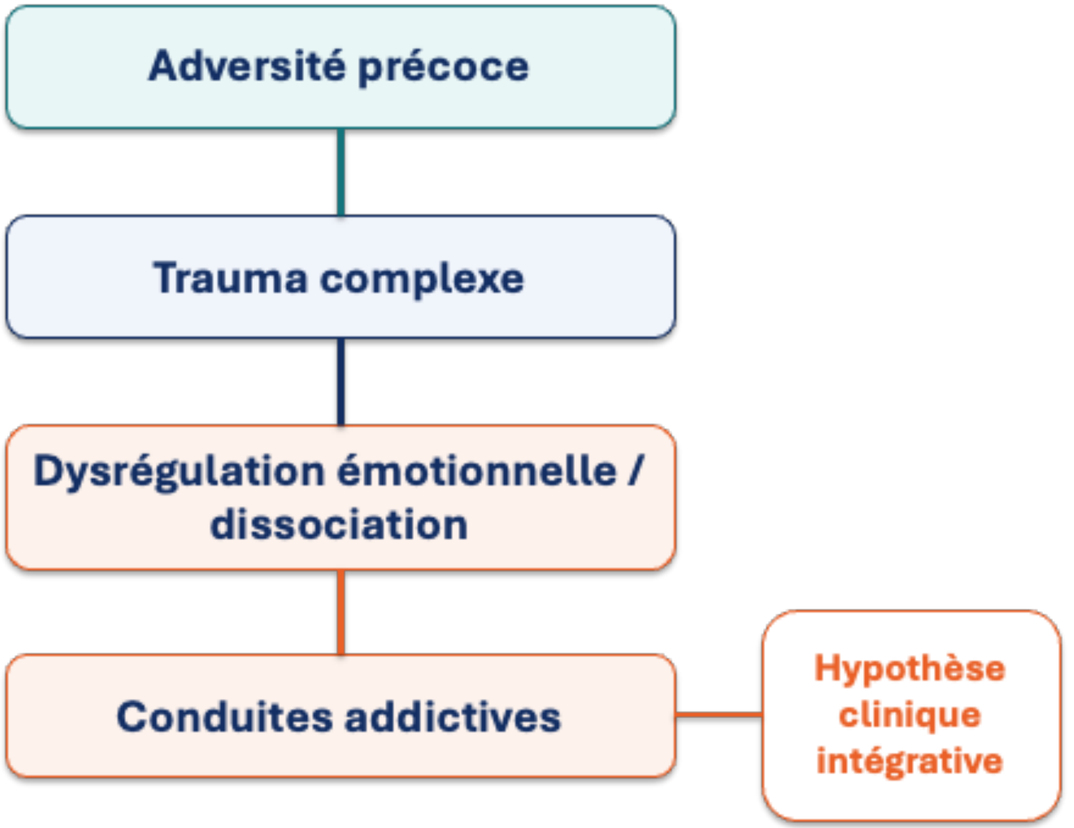
Pourquoi le lien adversité–addiction est-il central ?

- Les adversités précoces répétées altèrent la régulation émotionnelle et la tolérance aux affects.
- Elles fragilisent l'attachement, l'identité et les capacités d'intégration psychique.
- La dissociation peut devenir une modalité de survie psychique face à l'insoutenable.
- Les substances peuvent alors remplir une fonction d'anesthésie, de contrôle ou d'auto-apaisement.



Pourquoi le lien adversité–addiction est-il central ?

- Les adversités précoces répétées altèrent la régulation émotionnelle et la tolérance aux affects.
- Elles fragilisent l'attachement, l'identité et les capacités d'intégration psychique.
- La dissociation peut devenir une modalité de survie psychique face à l'insoutenable.
- Les substances peuvent alors remplir une fonction d'anesthésie, de contrôle ou d'auto-apaisement.



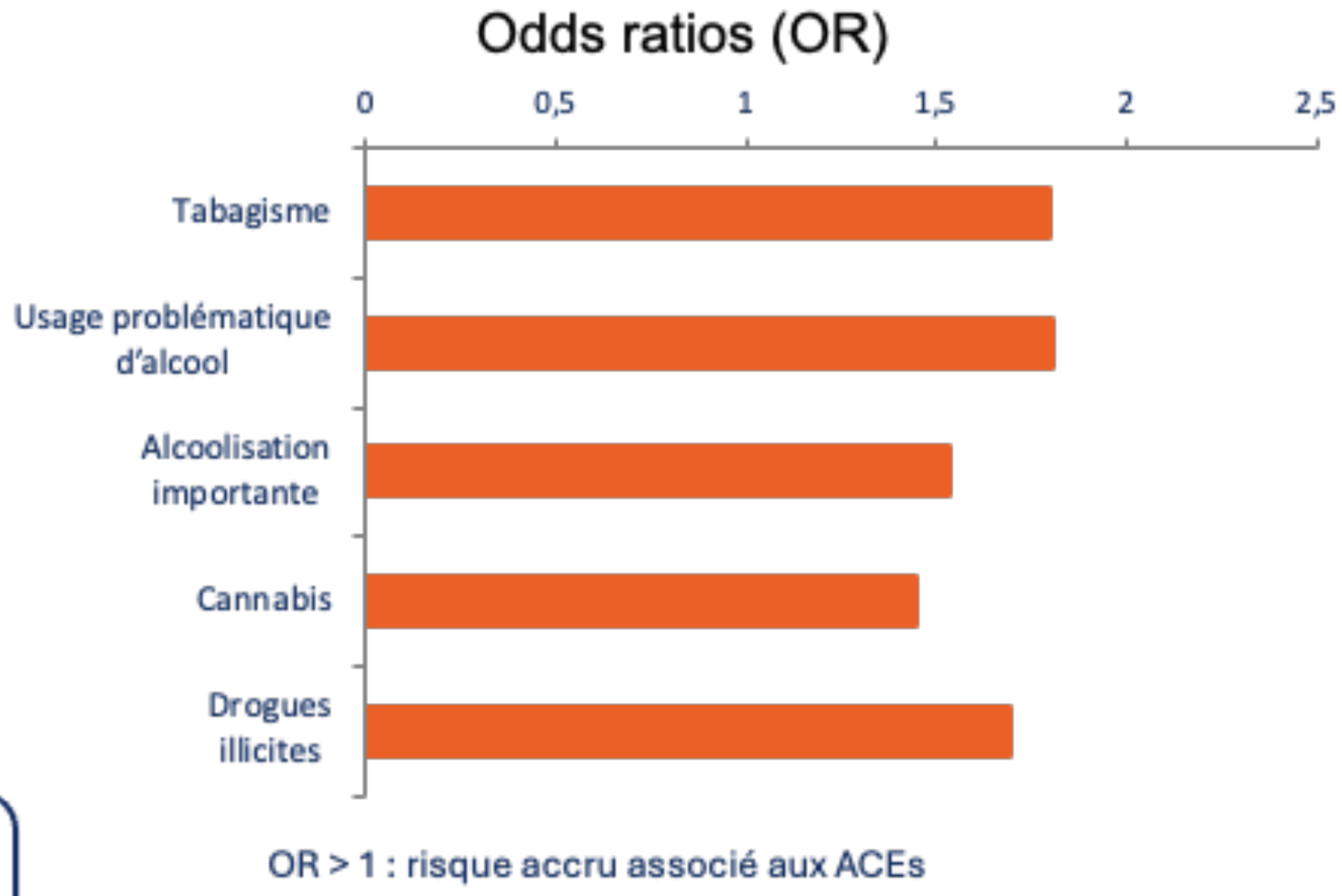
Zhu & al. (2023)

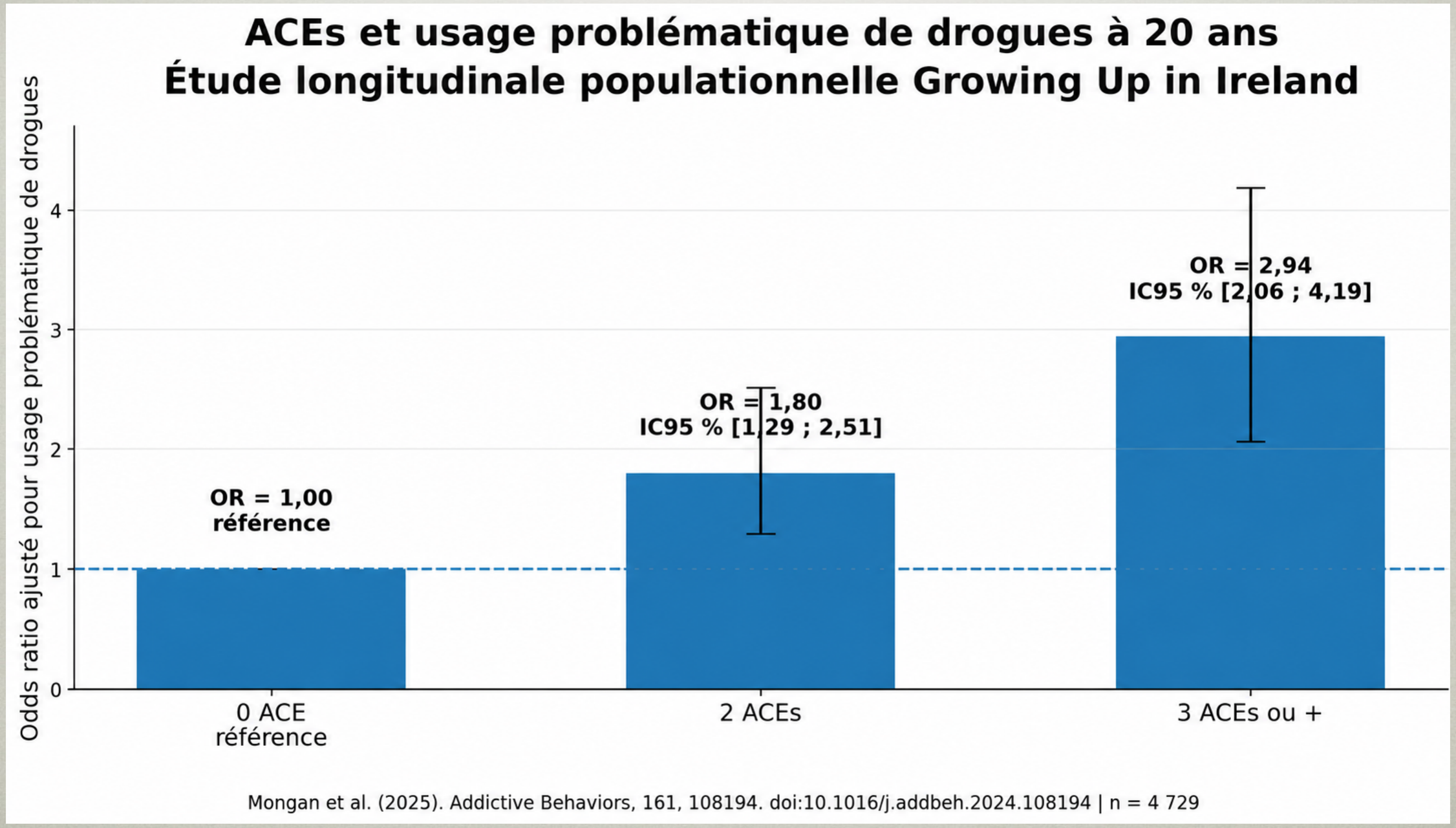
Résultats principaux

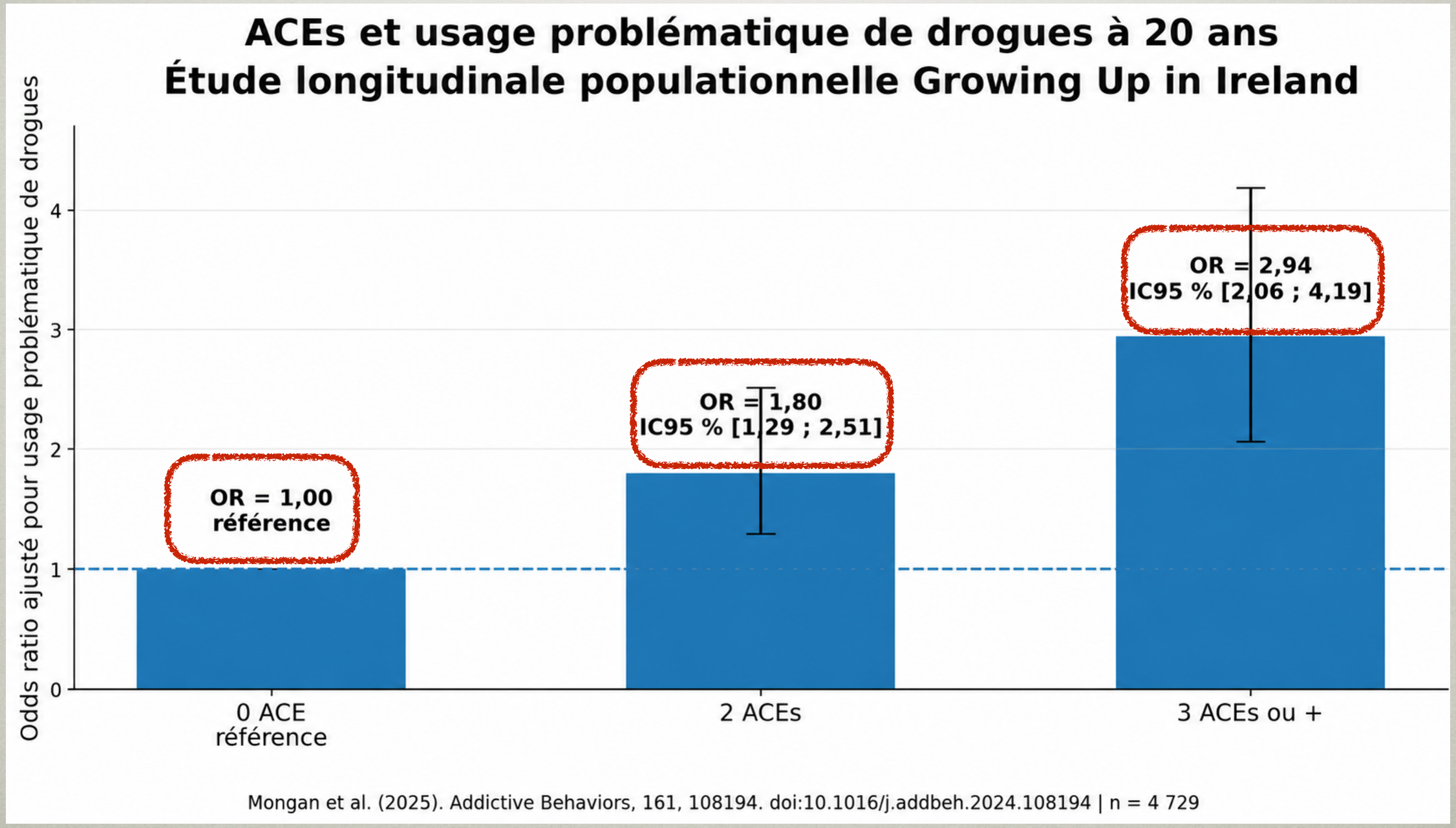
- Les ACEs sont associées à une augmentation significative du risque de consommation et d'usage problématique de substances.
- Les associations sont significatives pour l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues illicites.

Message clinique

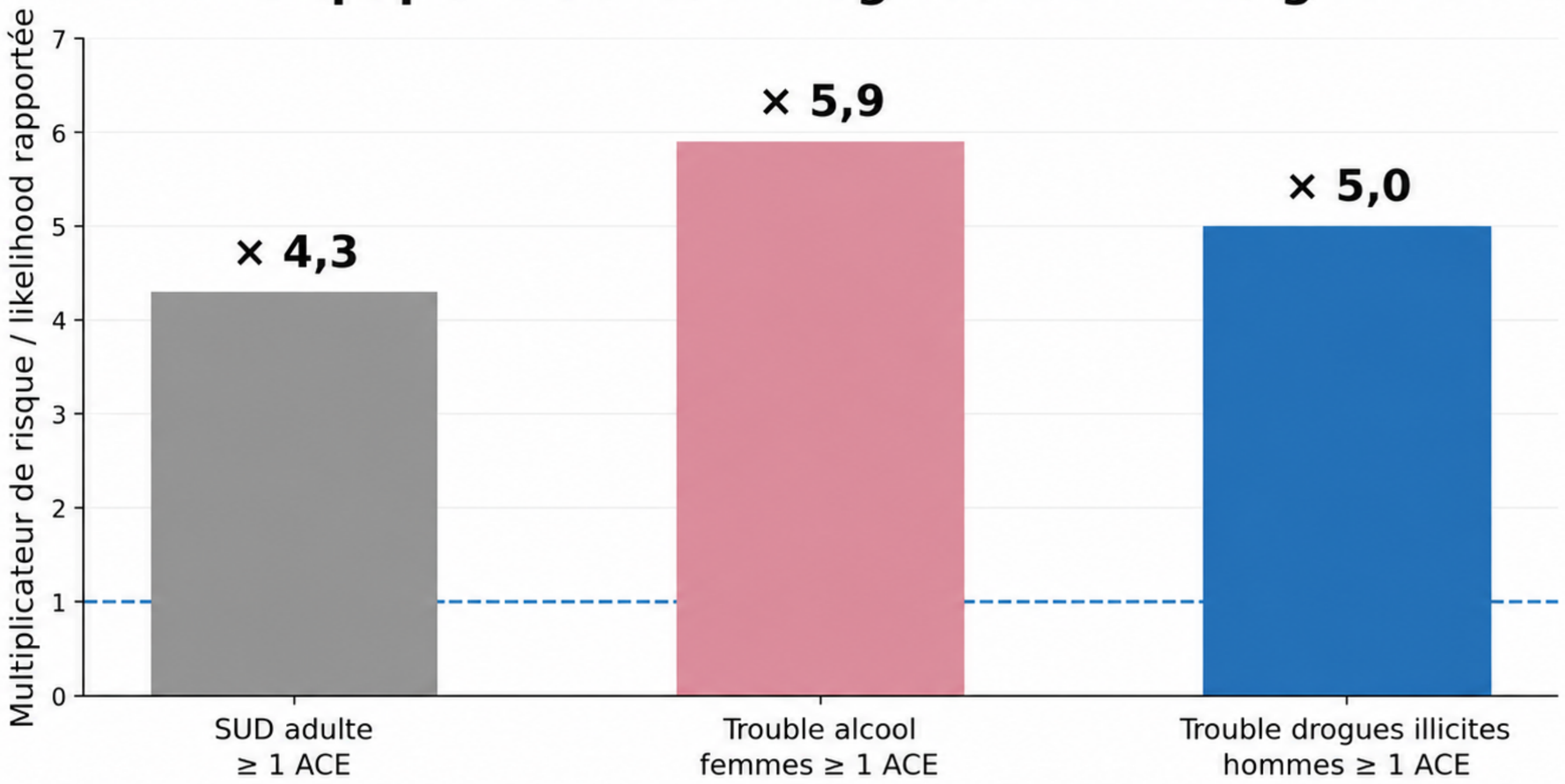
- L'adversité précoce constitue un facteur de vulnérabilité transdiagnostique pour les conduites addictives.




ACEs et usage problématique de drogues à 20 ans
Étude longitudinale populationnelle Growing Up in Ireland
Odds ratio ajusté pour usage problématique de drogues
0
1
2
3
4
OR = 1,00
référence
OR = 1,80
IC95 % [1,29 ; 2,51]
OR = 2,94
IC95 % [2,06 ; 4,19]
0 ACE
référence
2 ACEs
3 ACEs ou +
Mongan et al. (2025). Addictive Behaviors, 161, 108194. doi:10.1016/j.addbeh.2024.108194 | n = 4 729


ACEs et usage problématique de drogues à 20 ans
Étude longitudinale populationnelle Growing Up in Ireland
Odds ratio ajusté pour usage problématique de drogues
0
1
2
3
4
OR = 1,00
référence
OR = 1,80
IC95 % [1,29 ; 2,51]
OR = 2,94
IC95 % [2,06 ; 4,19]
0 ACE
référence
2 ACEs
3 ACEs ou +
Mongan et al. (2025). Addictive Behaviors, 161, 108194. doi:10.1016/j.addbeh.2024.108194 | n = 4 729

ACEs et troubles liés à l’usage de substances à l’âge adulte
Étude populationnelle longitudinale Young-HUNT



Lecture clinique : les ACEs prédisent fortement les troubles addictifs ultérieurs, avec des profils différenciés selon le genre et le type de substance.

Broekhof, R., Nordahl, H. M., Tanum, L., & Selvik, S. G. (2023). Addictive Behaviors Reports, 17, 100488. doi:10.1016/j.abrep.2023.100488

Chez les femmes, l'histoire d'ACEs



5,9×

probabilité plus élevée de trouble lié à l'usage d'alcool



Prédicteurs les plus forts



Négligence émotionnelle

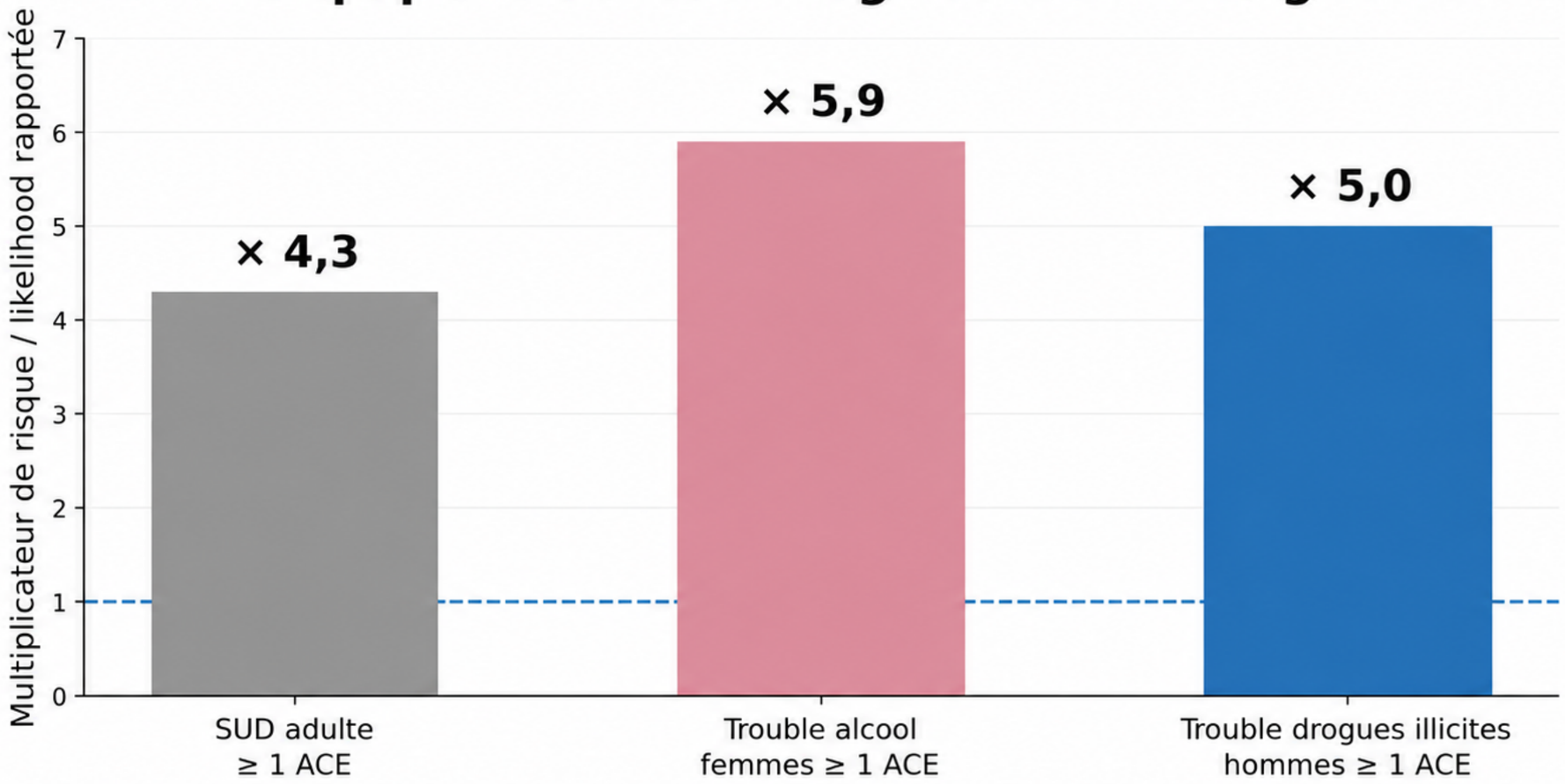


Violence sexuelle



Violence physique

ACEs et troubles liés à l’usage de substances à l’âge adulte
Étude populationnelle longitudinale Young-HUNT



Lecture clinique : les ACEs prédisent fortement les troubles addictifs ultérieurs, avec des profils différenciés selon le genre et le type de substance.

Broekhof, R., Nordahl, H. M., Tanum, L., & Selvik, S. G. (2023). Addictive Behaviors Reports, 17, 100488. doi:10.1016/j.abrep.2023.100488

Chez les hommes, l'histoire d'ACEs



5,0×

probabilité plus élevée de trouble lié aux drogues illicites





Prédicteurs les plus forts



Violence physique



Divorce parental



Exposition à la violence

ACEs et trajectoires addictives

ACEs

Adversités précoces



Adversité familiale, maltraitance, violences, instabilité, négligence, etc.

Fragilisation



Autorégulation



Attachements



Intégration psychique



Ressources sociales

Trajectoires addictives

Usage et mésusage de substances



Alcool



Cannabis



Tabac



Médicaments



Effet dose-dépendant

Plus les ACEs s'accumulent, plus le risque augmente.

Plusieurs substances concernées



Le lien ne concerne pas uniquement l'alcool ou les drogues illicites.



Médiateurs déterminants

Les médiateurs relationnels, émotionnels et sociaux jouent un rôle central.

ACEs et usage de substances chez les jeunes adultes (18–25 ans)

Revue systématique – Sebalo et al. (2023)

Substance Abuse: Research and Treatment, 17: 11782218231193914

Des expériences précoces peuvent laisser des traces jusqu'au début de l'âge adulte.

1 Objectif

- Synthétiser les études examinant l'association entre les Adverse Childhood Experiences (ACEs) et l'usage de substances chez les jeunes adultes (18–25 ans).

2 Méthode

- Revue systématique (PRISMA 2020).
- Bases de données : PubMed, Web of Science, PsycINFO.
- 7 178 références identifiées.
- 80 études incluses après sélection et contrôle qualité (88 mentionnées dans l'abstract).
- Études observationnelles : 53 transversales, 29 cohortes, 2 quasi-expérimentales.
- Population : jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans.

3 Principaux résultats

- La majorité des études rapportent une association entre ACEs et usage de substances (alcool, cannabis, autres drogues).
- Une relation dose–réponse est fréquemment observée : plus le nombre d'ACEs est élevé, plus la probabilité d'usage est importante.
- Les résultats varient selon le type d'ACEs, avec des associations plus hétérogènes pour certaines expériences (ex. abus sexuels, négligence).

4 Substances étudiées

Nombre d'études évaluant chaque type de substance (plusieurs catégories peuvent se chevaucher)

Alcool	55 études
Tabac (usage souvent étudié, mais non systématiquement)	Non précisé (globalement fréquent)
Cannabis	22 études
Autres drogues (stimulants, opioïdes, hallucinogènes, etc.)	48 études

5 Mécanismes intermédiaires *(rapportés dans certaines études)*

- Difficultés d'autorégulation et impulsivité
- Stratégies de coping (ex. évitement, régulation émotionnelle)
- Psychopathologie (anxiété, dépression, TSPT)
- Facteurs familiaux, sociaux et socio-économiques

Sebalo, I., Königová, M. P., Sebalo Vňuková, M., Anders, M., & Ptáček, R. (2023). The Associations of Adverse Childhood Experiences (ACEs) With Substance Use in Young Adults: A Systematic Review. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17: 11782218231193914. https://doi.org/10.1177/11782218231193914

« Comprendre les trajectoires, pour mieux prévenir. »)

ACEs et usage de substances chez les jeunes adultes (18–25 ans)

Revue systématique – Sebalo et al. (2023)

Substance Abuse: Research and Treatment, 17: 11782218231193914

Des expériences précoces peuvent laisser des traces jusqu'au début de l'âge adulte.

1 Objectif

- Synthétiser les études examinant l'[illegible] entre les Adverse Childhood Expe[illegible] et l'usage de substances chez les j[illegible] (18–25 ans).

2 Méthode

- Revue systématique (PRISMA 202[illegible]
- Bases de données : PubMed, Web[illegible] PsycINFO.
- 7 178 références identifiées.
- 80 études incluses après sélection (88 mentionnées dans l'abstract).
- Études observationnelles : 53 tran[illegible] 29 cohortes, 2 quasi-expérimental[illegible]
- Population : jeunes adultes âgés d[illegible]

3 Principaux résultats

- La majorité des études rapportent u[illegible] entre ACEs et usage de substances (alcool, cannabis, autres drogues).
- Une relation dose–réponse est fréquemment observée : plus le nombre d'ACEs est élevé, plus la probabilité d'usage est importante.
- Les résultats varient selon le type d'ACEs, avec des associations plus hétérogènes pour certaines expériences (ex. abus sexuels, négligence).

4 Substances étudiées

Nombre d'études évaluant chaque type de substance

Conclusion des auteurs

- Les ACEs, en particulier lorsqu'ils sont multiples, sont associés de manière robuste à un usage ultérieur de substances chez les jeunes adultes.
- Les résultats soutiennent l'importance du repérage des ACEs et le développement d'interventions précoces.
- Les mécanismes sous-jacents nécessitent davantage de recherches.

- Difficultés d'autorégulation et impulsivité
- Stratégies de coping (ex. évitement, régulation émotionnelle)
- Psychopathologie (anxiété, dépression, TSPT)
- Facteurs familiaux, sociaux et socio-économiques

Sebalo, I., Königová, M. P., Sebalo Vňuková, M., Anders, M., & Ptáček, R. (2023). The Associations of Adverse Childhood Experiences (ACEs) With Substance Use in Young Adults: A Systematic Review. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17: 11782218231193914. https://doi.org/10.1177/11782218231193914

« Comprendre les trajectoires, pour mieux prévenir. »)