

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2020

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 29 septembre 2020 à Poitiers
par **Monsieur Hugues MAGNE**, PhD

Étude de la croissance post-traumatique
chez les victimes de violences conjugales dans la Vienne :
une étude pilote

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nématollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA
Monsieur le Professeur Jean XAVIER
Madame le Docteur Nelly GOUTAUDIER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Mélanie VOYER

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2020

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 29 septembre 2020 à Poitiers
par **Monsieur Hugues MAGNE**, PhD

Étude de la croissance post-traumatique
chez les victimes de violences conjugales dans la Vienne :
une étude pilote

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nématollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA
Monsieur le Professeur Jean XAVIER
Madame le Docteur Nelly GOUTAUDIER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Mélanie VOYER

Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULET Claire, cardiologie (**absente jusqu'au début mars 2020**)
- BRIDoux Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGAUD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

Remerciements

A notre jury de thèse :

Monsieur le Professeur Nématollah JAAFARI,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Psychiatrie

Vous avez accepté de présider ce jury de thèse et de juger ce travail, et je vous en remercie.

Je vous remercie également pour votre dynamisme permanent et votre présence auprès des internes.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Psychiatrie

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie.

J'ai le plus profond respect pour vous depuis mon externat réalisé à Clermont-Ferrand et je suis très honoré de votre participation à ce jury.

Soyez assuré de mon respect le plus profond et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean XAVIER,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Pédopsychiatrie

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie.

J'ai pu vous côtoyer au cours de ma formation en pédopsychiatrie et apprécier votre amour de la clinique et de la recherche en pédopsychiatrie.

Soyez assuré de mon respect le plus profond.

Madame le Docteur Nelly GOUTAUDIER,

Maître de Conférences des Universités en Psychologie clinique et Psychopathologie, Docteure en Psychopathologie

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie.

C'est un honneur pour moi de pouvoir bénéficier au cours de ce jury de thèse de votre expertise en matière de trouble de stress post-traumatique et de croissance post-traumatique.

Soyez assurée de mon respect le plus profond.

Madame le Docteur Mélanie VOYER,

Praticien Hospitalier, Psychiatrie, Médecine Légale,

Cette thèse est issue d'une proposition que tu m'as faite très tôt au cours de mon internat, et je t'en remercie. Merci pour ta disponibilité, tes enseignements en Psychotraumatologie et en Médecine Légale, pour ta bonne humeur en toute circonstance, et surtout pour tes conseils et ton soutien dans le cadre de ce travail. Trouve dans ces quelques mots l'expression de ma reconnaissance.

Aux patients :

Merci à tous ceux et celles que j'ai pu croiser depuis vingt ans déjà et qui m'ont donné envie d'exercer ce métier. C'est à vous que je pense tout particulièrement en ce jour, en espérant me montrer digne de vos attentes.

A nos collègues :

Merci à tous les anciens collègues que j'ai rencontrés : à l'université Clermont Auvergne, à l'INRA de Clermont-Theix, au CHU de Clermont-Ferrand, dans l'industrie à Lausanne et Bâle, puis au CHU de Poitiers et dans les CH de Niort et de Poitiers. Chacun d'entre vous a joué un rôle décisif dans mes choix professionnels et je vous en remercie.

A toutes les équipes que j'ai croisées, qu'elles soient médicales, paramédicales ou administratives, merci pour tout ce que vous avez pu m'apporter. Je remercie tout particulièrement les secrétaires pour leur aide et leur sympathie (Nelly, Anne-Do, Marie, notamment).

Merci aux équipes du Centre de Psychotraumatologie et du service de Médecine Légale sans qui cette thèse n'aurait pas été possible.

Au Docteur Damien Mallet, qui m'avait fait l'honneur de réfléchir avec moi à un sujet de thèse, j'exprime mes sincères remerciements. Ta sérénité, tes compétences et ta pédagogie sont pour beaucoup dans mon parcours actuel. Je t'en suis profondément reconnaissant.

Enfin, merci au Docteur Alexia Delbreil. Tes conseils m'ont aidé à choisir entre la Médecine Légale et la Psychiatrie, il y a déjà trois ans, et je pense avoir fait le bon choix. Je te remercie pour ton accueil dans le service de Médecine Légale et ton soutien en toute circonstance. J'ai pu apprécier tes qualités humaines et pédagogiques qui marqueront mon exercice professionnel pour très longtemps.

A nos proches :

Merci à ma famille et tout particulièrement à mes parents pour le soutien qu'ils ont pu m'apporter tout au long de ces nombreuses années. Cette deuxième thèse devrait être la dernière... Merci pour vos encouragements indéfectibles et pour m'avoir toujours laissé libre de mes choix.

Mes pensées se tournent tout particulièrement vers Chantal et Jean-François, d'abord mes enseignants puis aujourd'hui mes amis. Ces remerciements vont ressembler à ceux de ma première thèse, mais c'est réellement grâce à vous deux que j'en suis là aujourd'hui.

Merci aux amis de longue date, Sabrina, Dorothée, Marie-Laure.

Merci aux amis de très longue date qui ne sont plus là. J'ai une pensée toute particulière pour toi en ce jour. Il y a près de trente ans, nous nous étions promis que nous deviendrions médecins et écrivains... La première partie est remplie.

A ceux qui sont entrés plus récemment dans ma vie, merci de votre soutien, tout particulièrement à toi Morgan, avec lequel je partage tellement et qui aura fait de cet internat un épisode (un feuilleton-fleuve, plutôt...) de bonheur dans ma vie.

A tous ceux et toutes celles que j'aurai oublié(e)s : tout simplement, merci.

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
ÉTUDE BIBLIOGRAPHIQUE.....	14
Premier article : La croissance post-traumatique, un concept méconnu de la psychiatrie française.....	15
Deuxième article : La croissance post-traumatique chez les victimes de violences conjugales : une revue de la littérature.....	46
ÉTUDE PILOTE : ÉTUDE DE LA CROISSANCE POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LA VIENNE.....	68
Protocole d'étude	69
Résultats	75
Discussion	83
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	92
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	95
ANNEXE.....	105

INTRODUCTION

Les violences conjugales constituent un problème de santé publique majeur à travers le monde. En France, selon les dernières données statistiques officielles, 295 000 personnes âgées de 18 à 75 ans auraient été victimes de violences conjugales en moyenne chaque année sur la période 2011-2018. Les femmes seraient majoritairement concernées, à hauteur de 75 %. Seules 14 % des victimes déposeraient une plainte. Pour une victime sur huit, les violences sont exclusivement sexuelles ; elles sont à la fois physiques et sexuelles pour une autre victime sur huit (Ministère de l'Intérieur 2019).

Les conséquences des violences conjugales sont multiples, à la fois d'ordre physique et d'ordre psychologique. Sur le plan psychique, les violences conjugales sont fréquemment associées à l'apparition de troubles anxieux, de dépression, d'une idéation suicidaire voire de tentatives de suicide, d'abus de substances, de troubles du sommeil, de troubles alimentaires, de troubles psychosomatiques, d'une mésestime de soi, de sentiments de honte ou de culpabilité, d'un trouble de stress post-traumatique (Cocker *et al.* 2002, Stith *et al.* 2004, Nathanson *et al.* 2012). Il est donc essentiel que les victimes de violences conjugales puissent être accompagnées sur le plan médico-psycho-social pendant la période de violence lorsque cela est possible, mais aussi une fois la relation violente terminée afin d'améliorer leur santé mentale.

Les phénomènes psychiques impliqués dans la reconstruction d'une victime à la suite d'un traumatisme sont multiples et ont donné lieu à de nombreux concepts en psychologie. Parmi ceux-ci, le concept de croissance post-traumatique reste assez confidentiel dans les pays francophones. Ce modèle postule qu'un individu soumis à un événement traumatique sera capable non seulement de dépasser les conséquences négatives découlant du traumatisme, mais également d'en tirer des bénéfices positifs (Tedeschi & Calhoun 1996, 2004, Linley & Joseph 2004, Magne *et al.* 2020). Il nous a paru intéressant de travailler sur cette idée totalement paradoxale qu'une victime de violences conjugales puisse en tirer des

bénéfices positifs, d'autant plus que peu d'études existent dans ce domaine. **Les objectifs de ce travail étaient donc (1) de présenter le concept de croissance post-traumatique et (2) de déterminer l'existence d'une croissance post-traumatique chez des victimes de violences conjugales dans la Vienne.** Bien qu'impactée par la survenue de la pandémie de Covid-19, cette étude pilote a pu inclure un nombre de sujets conséquent.

Ce sujet de thèse était également l'occasion pour moi de faire le lien entre plusieurs de mes centres d'intérêt, à savoir la Psychiatrie et la Médecine Légale, ayant longuement hésité à l'issue de l'Examen National Classant à choisir l'une ou l'autre de ces spécialités. Au cours d'un semestre en Médecine Légale, j'ai été amené à examiner fréquemment des victimes de violences conjugales. Mes différents semestres en Psychiatrie m'ont permis d'initier ou de poursuivre un travail de reconstruction psychique avec ces victimes.

Ma directrice de thèse et moi-même avons choisi de présenter la première partie bibliographique de ce travail sous formes d'articles de revue de la littérature (un article accepté pour publication dans *L'Encéphale*, un article soumis à *La Presse Médicale*). La deuxième partie sera consacrée à la présentation de notre étude pilote. Nous poursuivrons par une synthèse de nos résultats afin d'y apporter une conclusion.

ÉTUDE BIBLIOGRAPHIQUE

Premier article

La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française

Hugues MAGNE, Nématollah JAAFARI, Mélanie VOYER

Article accepté pour publication dans L'Encéphale (mail d'acceptation en Annexe).

Introduction :

Le modèle de croissance post-traumatique (CPT) est un concept de psychologie positive relativement peu connu en France, bien qu'il ait été proposé et étudié depuis les années 1990 dans les pays anglo-saxons. Selon la définition fournie par deux psychologues nord-américains en 1995, la croissance post-traumatique désigne l'ensemble « *des changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu* » (Tedeschi & Calhoun 1996, 2004). Ce modèle postule qu'un individu confronté à une situation grave mettant en jeu sa survie parviendrait non seulement à dépasser la crise entraînée par le trauma, mais également à en tirer des changements intérieurs majeurs et positifs. Ceci l'amènerait alors à dépasser son niveau de fonctionnement psychologique pré-traumatique (Tedeschi & Calhoun 1996, 2004, Linley & Joseph 2004).

L'objectif de cet article est de décrire ce modèle de CPT sous tous ses aspects : définition et historique du concept, évaluation, mécanismes sous-jacents et épidémiologie.

Méthode :

Nous avons réalisé une synthèse de la littérature internationale via la base de données Pubméd sans restriction de date, en utilisant les mots clés suivants : *post-traumatic growth*, *posttraumatic growth*, *stress-related growth*, *adversarial growth*, *resilience*.

Principaux résultats :

Plusieurs modèles ont été proposés pour désigner l'ensemble des changements pouvant survenir à la suite d'une exposition à un traumatisme majeur. Développé dès 1987 à la suite d'un naufrage, le modèle de CPT se démarque de ses homologues en ce qu'il décrit non seulement un retour à l'état psychologique pré-traumatique, mais également un dépassement de ce fonctionnement basal (Tedeschi 1999, Calhoun & Tedeschi 2001). Dans les pays francophones, le concept de CPT a probablement été dépassé et écrasé par celui de résilience. Les deux modèles sont différents, mais probablement liés.

La CPT peut être évaluée à l'aide d'un outil psychométrique spécifique, l'inventaire de croissance post-traumatique (Tedeschi & Calhoun 1996), qui a été validé en français (Lelorain *et al.* 2010). Cet outil permet d'évaluer la CPT dans cinq domaines : l'appréciation de la vie, les relations aux autres, le développement d'une force personnelle, les nouvelles possibilités, le développement d'une certaine spiritualité.

Les mécanismes psychologiques sous-jacents menant à la CPT ont été bien décrits (Tedeschi & Calhoun 1996, 2004, Linley & Joseph 2004). Brièvement, l'évènement traumatique est suivi par trois étapes : *la compréhension*, qui permet à l'individu de comprendre ce qui lui est arrivé au travers de ruminations involontaires ; *la gestion* voit l'émergence de ruminations volontaires permettant la gestion et le traitement des émotions pénibles et de la détresse émotionnelle ; *la signification* marquée par des ruminations réfléchies sur la façon de reconstruire son monde, de trouver un sens à l'évènement, de remplacer les schémas antérieurs pour des schémas actuels plus adaptés. Différents facteurs permettent la mise en place de ce modèle : des *facteurs pré-traumatiques* comme le sexe, l'âge ou des variables personnelles (Powel *et al.* 2003, Tedeschi & Calhoun 2004, Linley & Joseph 2004, Joseph & Linley 2005, Helgeson *et al.* 2006, Prati & Pietrantonio 2008) ; des *facteurs liés aux traumatismes* comme les sentiments ressentis au moment de l'évènement (Armeli *et al.* 2001, Linley & Joseph 2004, 2008, Davis & MacDonald 2004,

Morris *et al.* 2005) ; des *facteurs post-traumatiques* dont les ruminations, les stratégies d'adaptation personnelles et le soutien social reçu (Calhoun & Tedeschi 2000, Armeli *et al.* 2001, Linley & Joseph 2004, Tedeschi & Calhoun 2004, Helgeson *et al.* 2006, Dekel *et al.* 2012, Joseph *et al.* 2012).

Tous les types d'événements traumatiques sont concernés par la CPT : les accidents de transport (Joseph *et al.* 1993), les catastrophes naturelles (Lowe *et al.* 2013), les violences interpersonnelles (Kılıç *et al.* 2015, Ulloa *et al.* 2016, Elderton *et al.* 2017), les maladies et affections médicales (Casellas-Grau *et al.* 2017) et d'autres expériences négatives de la vie (rupture sentimentale, divorce des parents, deuil, immigration (Linley & Joseph 2004). Les enfants seraient également concernés par la CPT (Joseph *et al.* 2007).

La prévalence de la CPT est considérablement variable, avec un taux allant de 3 à 98 % selon l'évènement considéré (Joseph *et al.* 1991, 2007, 2010, Lelorain *et al.* 2010, Jin *et al.* 2014). Cette variation peut s'expliquer par la diversité des traumatismes étudiés, mais aussi par des biais méthodologiques majeurs : défaut d'harmonisation des populations cliniques étudiées, diversité des outils de mesures employés, délai écoulé depuis l'évènement traumatique, différences interculturelles dans le ressenti et la verbalisation des émotions, notamment.

Les études des mécanismes neurophysiologiques sous-tendant l'apparition de la CPT restent encore anecdotiques.

Conclusion :

Le concept de CPT a été développé et largement étudié depuis près de trente ans dans les pays anglo-saxons. Le modèle de CPT postule qu'il est possible de tirer des bénéfices psychologiques à la suite d'un événement traumatique. Ces bénéfices se manifestent dans cinq domaines : l'appréciation de la vie, les relations aux autres, le développement d'une force personnelle, les nouvelles possibilités et le développement d'une certaine spiritualité.

Les mécanismes conduisant à la CPT sont complexes et impliquent une véritable modification des croyances fondamentales propres à chaque individu, conduisant à la remise en question de ses buts. Des outils d'évaluation spécifiques ont été développés, comme l'inventaire de croissance post-traumatique.

Les études de bonne qualité méthodologique autour de la CPT font défaut. Il paraît indispensable de développer une recherche visant à préciser les mécanismes, mais également les déterminants de la CPT. Ceci permettrait de mettre en évidence les facteurs externes ou internes qui faciliteront l'évolution d'une personne traumatisée vers une CPT plutôt que vers un état de stress post-traumatique.

La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française

Posttraumatic growth: some conceptual considerations

Hugues MAGNE ¹*, Nématollah JAAFARI ^{1,2}, Mélanie VOYER ¹

¹ *Centre de Psychotraumatologie, Pavillon Pierre Janet, Centre Hospitalier Henri-Laborit, BP 587, 370, avenue Jacques-Cœur, 86021 Poitiers cedex, France*

² *Unité de recherche clinique intersectorielle en psychiatrie à vocation régionale Pierre-Deniker, centre hospitalier Henri-Laborit, CS 10587, 370, avenue Jacques-Coeur, 86021 Poitiers cedex, France*

* Auteur correspondant : hugues.magne@ch-poitiers.fr

Résumé :

Objectif : Le modèle de croissance post-traumatique (CPT) est un concept de psychologie positive relativement peu étudié en France, bien qu'il ait été proposé et étudié depuis les années 1990 dans les pays anglo-saxons. L'objectif de cet article est de décrire ce modèle de CPT sous tous ses aspects : définition et historique du concept, évaluation, mécanismes sous-jacents et épidémiologie.

Méthode : Les auteurs ont réalisé une synthèse de la littérature internationale via la base de données Pubméd.

Résultats : La CPT désigne tous les changements psychologiques positifs qui apparaissent à la suite d'une exposition à un traumatisme majeur. Ce modèle postule qu'il est possible de ressortir grandi, et donc plus fort, à la suite d'un événement de vie particulièrement négatif. La CPT se manifeste dans cinq domaines : l'appréciation de la vie, les relations aux autres, le développement d'une force personnelle, les nouvelles possibilités et le développement d'une certaine spiritualité. Une échelle d'autoévaluation de la CPT a été développée, la PTGI (Post-Traumatic Growth Inventory).

L'existence de la CPT a été démontrée après la survenue d'évènements traumatiques tels qu'un accident, des catastrophes naturelles, les violences interpersonnelles ou la maladie. Sa prévalence a été estimée entre 3 et 98 %, selon l'évènement traumatique considéré.

Discussion : L'omniprésence du concept de résilience ou des biais d'évaluation ont pu freiner l'émergence du concept de CPT. La recherche française autour de la CPT doit être développée. Il est nécessaire d'en identifier les déterminants précis dans le but de favoriser l'émergence de la croissance. Ainsi, une nouvelle forme de thérapie centrée sur la facilitation de la CPT pourrait être proposée dans le cadre de la prise en charge d'un psychotraumatisme.

Abstract:

Objective: Posttraumatic growth (PTG) is a quite new concept of positive psychology proposed in the mid-1990s which is still rather confidential in France. This article aims at proposing a full description of this concept, from a historical view to epidemiological data through underlying mechanisms and evaluation.

Methods: a literature search identifying relevant results was performed through the Pubmed database.

Results: PTG refers to positive psychological changes experienced as a result of a traumatic life event in order to rise to a higher level of functioning. That is to say that people experiencing psychological struggle following adversity may often see positive outcomes in the aftermath of trauma. Domains of PTG include appreciation of life, relationships with others, new possibilities in life, personal strength and spiritual change. A self-report scale, the Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI), has been developed to evaluate PTG. PTG has been demonstrated after various traumatic events such as transport accidents, natural disasters, interpersonal violence or medical problems, with a prevalence ranging from 3 to 98 % depending on the type of trauma.

Discussion: The concept of resilience and some evaluation bias may have been deleterious for the

development of PTG concept in the French-speaking world. There is a need to consolidate data to understand the pathway leading to PTG, noticeably to identify factors contributing to PTG that can help to promote the growth as a new therapy for trauma.

Introduction

Chaque individu vivant un événement traumatique ou fortement douloureux (maladie, deuil, catastrophe naturelle) en subit les conséquences psychologiques néfastes telles qu'une perte de l'estime de soi, une tristesse, des pensées intrusives se rapportant à l'évènement ou la situation traumatique. Les psychologues se sont donc d'abord intéressés à ces conséquences négatives. Ce n'est que tardivement, dans les années 1980-1990, que les chercheurs en psychologie ont pu mettre en évidence des changements positifs rapportés par les personnes ayant vécu des événements traumatiques [1, 2].

Cette idée paradoxale d'associer souffrance et détresse à des changements positifs n'est pourtant pas nouvelle, comme en témoigne l'Histoire des religions. La littérature scientifique regorge également de concepts très proches décrivant ces changements positifs : *growth* [3, 4], *adversarial growth* [5], *posttraumatic growth* [6], *stress-related growth* [2], *thriving* [7, 8], *benefit-finding* [9, 10], termes que l'on peut traduire en français respectivement par *développement*, *développement par l'adversité*, *développement post-traumatique*, *développement lié à un stress*, *épanouissement*, *le fait de trouver des bénéfices*.

Le sujet de la croissance post-traumatique a gagné en intérêt dans les années 1990-2000 avec le développement de la psychologie positive. La psychologie positive peut être définie comme l'étude scientifique des forces et des valeurs humaines favorisant son propre bien-être ou sa propre résilience [11]. En accord avec ce courant de pensée, le concept de croissance post-traumatique postule que l'expérience de la confrontation à un événement traumatique pourrait être enrichissante et vécue positivement sur certaines dimensions psychologiques [12].

Cet article propose de faire une synthèse des connaissances actuelles concernant le concept de croissance post-traumatique, encore peu connu en France. Nous avons effectué une revue sélective de la littérature internationale sans restriction de date, à partir des outils de Medline via Pubméd en utilisant les mots clés suivants : post-traumatic growth, posttraumatic growth, stress-related growth, adversarial growth, resilience. Des références supplémentaires ont été recherchées à partir des tables bibliographiques des articles pertinents.

Définition de la croissance post-traumatique

L'expression *croissance post-traumatique* (CPT), parfois aussi dénommée *développement post-traumatique*, a été traduite de l'anglais *posttraumatic growth*. Elle désigne l'ensemble « *des changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu* » [6, 12].

Cette définition conceptualise l'idée qu'un individu confronté à une situation grave mettant en jeu sa survie (accident, maladie grave, catastrophe naturelle ou agression) parviendrait non seulement à dépasser la crise entraînée par le trauma, mais également à en tirer des changements intérieurs majeurs et positifs. Ceci l'amènerait alors à dépasser son niveau de fonctionnement psychologique pré-traumatique [5, 6, 12]. En d'autres termes, la confrontation à une expérience traumatique permettrait une croissance personnelle par un processus adaptatif continue de réévaluation et de redéfinition des systèmes de croyances et des valeurs individuelles [6]. Lorsque le processus aboutit, l'individu considère alors que l'évènement vécu a été d'un apport indéniable et qu'il constitue un tournant dans sa vie d'homme ou de femme. Ainsi, les individus ayant expérimenté la CPT rapportent de profonds changements dans leurs « *relations, ainsi que dans le regard qu'ils portaient sur eux-mêmes et leur philosophie de vie* » [13].

Historique du concept

L'idée que des événements de vie graves peuvent avoir des conséquences positives n'est pas nouvelle, puisqu'elle est présente depuis longtemps dans les mythologies et dans les religions telles que le Christianisme, l'Hindouisme, le Bouddhisme [12]. Vivre une épreuve, l'affronter et la traverser permettrait aux hommes de grandir et d'accéder à une nouvelle forme de compréhension de ce qu'ils sont, mais aussi à une nouvelle conception du monde.

Plus récemment, le philosophe Nietzsche (1888) écrivait dans son ouvrage *Le crépuscule des idoles ou Comment on philosophe avec un marteau*, le célèbre adage : « *A l'école de guerre de la vie, ce qui ne me tue pas me rend plus fort* ». Cette allégation bien connue peut être considérée comme l'une des bases bien involontaire de la CPT, à travers l'idée qu'un développement de vie positif peut découler d'événements de vie dramatiques.

Un drame est à l'origine du concept *per se* de CPT. Le 6 mars 1987, le ferry *Herald of Free Enterprise*, qui assurait la liaison trans-Manche entre Zeebruges et Douvres, chavire au large du port de Zeebruges, faisant 193 morts. Le psychologue Stephen Joseph travaille alors sur le stress post-traumatique chez les survivants de ce drame dans le cadre de sa thèse de doctorat, sous la supervision de William Yule et Ruth Williams. Le groupe observe que les survivants rapportent à la fois des changements positifs (43 % des survivants) et négatifs [14, 15]. Un instrument psychométrique mesurant ces changements positifs et négatifs, le questionnaire des changements de vision (*Changes in Outlook Questionnaire - CiOQ*) est développé à la suite de ces observations [16].

Dans les mêmes temps, d'autres modèles très proches décrivant la survenue d'événements positifs à la suite d'un trauma sont développés. Le modèle d'assimilation et d'accommodation d'Horowitz (1986) postule que le trauma peut créer toute une série de réactions psychologiques propres comme une rupture au cours de l'existence, des réactions émotionnelles intenses, du déni ou des pensées intrusives [17]. Selon le modèle des croyances fondamentales de Janoff-Bulman

(1992), la confrontation à des événements graves entraînerait la perturbation de trois croyances fondamentales : les êtres humains sont fondamentalement bienveillants ; les événements n'arrivent pas par hasard, ont du sens et sont contrôlables ; je me perçois comme quelqu'un de bien et d'honorable. La remise en cause de ces croyances en situation post-traumatique permettrait à l'individu de se transformer lui-même pour remettre en question ses propres schémas fondateurs [18]. Aldwin (1994) suggère dans un modèle nommé *transformational coping* (*adaptation transformationnelle*) que l'adaptation pourrait être soit de nature homéostatique, soit de nature transformationnelle, cette dernière étant soit négative soit positive [19]. O'Leary *et al.* (1996), dans leur modèle du *thriving*, envisagent trois conséquences possibles au traumatisme : le rétablissement (retour au niveau pré-traumatique), la survie (niveau de fonctionnement inférieur à l'état antérieur) et le développement (niveau de fonctionnement supérieur) [20].

C'est en 1995 que Richard Tedeschi et Lawrence Calhoun, deux psychologues nord-américains, décrivent le concept de CPT pour la première fois. Ce modèle découle de celui de Janoff-Bulman. Les deux auteurs postulent que le trauma est à l'origine de « *changements psychologiques positifs qui résultent du vécu d'un profond conflit lié à des événements de vie graves* » [21, 22]. La CPT s'intéressait initialement à toutes les situations qui entraînent une crise majeure pour l'individu, c'est-à-dire remettant en cause sa survie : violences, abus sexuels, deuils, catastrophes naturelles ou conflits armés. La définition a ensuite été élargie à la santé et à la maladie grave, dans la mesure où ces situations entraînent une interrogation sur le sens de la vie.

En 2004, Linley & Joseph ont défini le modèle de *croissance contradictoire* (*adversarial growth*). Ce modèle, très proche de celui de la CPT, explique comment les gens grandissent et changent positivement sur le plan psychique à travers la lutte contre les traumatismes et autres adversités [5]. Le *benefit-finding* (*recherche de bénéfices*) de Helgeson *et al.* (2006) est également un concept très proche [4].

La particularité du modèle de la CPT réside dans le fait qu'elle prend en compte la notion de

changement positif (croissance) sans omettre de le lier à un traumatisme (post-traumatique), ce que ne font pas d'autres modèles comme le *benefit-finding* ou le *thriving*, par exemple.

Évaluation de la CPT

Plusieurs outils psychométriques ont été développés pour évaluer les capacités individuelles à initier des changements positifs dans l'adversité, parmi lesquels peuvent être cités le questionnaire des changements de vision (*Changes in Outlook Questionnaire* ou *CiOQ*, 26 items dont 11 items mesurant les changements positifs et 15 items mesurant les changements négatifs) [16], l'échelle de la croissance liée au stress (*Stress-Related Growth Scale* ou *SRGS*, 50 items ou 15 items dans la forme simplifiée [2], l'échelle des bénéfices perçus (*Perceived Benefits Scale* ou *PBS*, 38 items) [23], l'échelle d'épanouissement (*Thriving Scale* ou *TS*, 20 items) [7] et l'inventaire de développement post-traumatique (*Posttraumatic Growth Inventory* ou *PTGI*, 21 items) [12]. Plusieurs de ces outils ont été modifiés par la suite, par exemple pour ajouter la notion de bénéfices économiques (échelle des bénéfices perçus) ou celles de changements négatifs (échelle de la croissance liée au stress). Il n'est pas possible de lister ici de façon exhaustive les différences qui existent entre ces différents outils, et qui tiennent probablement en partie au fait que des populations très différentes ont été utilisées pour développer ces outils (étudiants de premier cycle, communautés religieuses, patients douloureux chroniques ou survivants d'un naufrage). Notons simplement que l'échelle de la croissance liée au stress et le questionnaire des changements de vision produisent un score unique, tandis que les autres échelles sont des mesures multidimensionnelles de la croissance post-traumatique.

L'outil le plus utilisé et donc le mieux documenté est probablement l'inventaire de croissance post-traumatique développé par Tedeschi & Calhoun (1996) [12]. La version française a été proposée et validée par Lelorain *et al.* (2010) chez des patientes traitées pour un cancer du sein [24]. Cette échelle évalue cinq dimensions de la CPT (Tableau 1) :

- L'appréciation de la vie, soit le fait d'apprécier chaque jour plus amplement la vie, de se sentir chanceux d'être en vie ;
- Les relations aux autres, qui deviennent plus riches, plus intimes, plus appréciées, plus investies ;
- Le développement d'une force personnelle, soit le sentiment de se sentir plus fort après l'épreuve, plus apte à gérer les difficultés, plus confiant en ses propres ressources adaptatives ;
- Les nouvelles possibilités, soit les actions et comportements dont l'avènement a été créé ou catalysé par la situation de crise vécue ;
- Le développement d'une certaine spiritualité.

Ces cinq domaines sont issus d'une analyse factorielle réalisée à partir d'items écrits sur la base d'entretiens et de revues de la littérature sur ce sujet, items visant à décrire au mieux la CPT. Chacun des 21 items est noté de 0 (aucun changement positif expérimenté) à 5 (fort changement positif expérimenté). La somme des 21 items fournit un score global de CPT allant de 0 à 105, les scores les plus élevés indiquant une CPT plus importante. Cobb *et al.* (2006) suggèrent l'interprétation suivante du score global : 0 à 20 = absence de croissance, 21 à 41 = très faible degré de croissance, 42 à 62 = faible degré de croissance, 63 à 83 = degré de croissance modéré, 84 à 104 = croissance importante, 105 = croissance très importante [25]. Les 21 items peuvent également être regroupés en cinq sous-échelles comprenant les cinq domaines précédemment décrits : la relation aux autres (0 à 35), les nouvelles possibilités (0 à 25), les forces personnelles (0 à 20), l'appréciation de la vie (0 à 15) et les changements spirituels (0 à 10).

Plusieurs auteurs reprochent à cet outil psychométrique d'être trop restrictif et de n'explorer que cinq domaines de CPT qui peut, selon eux, se traduire également par plus de patience, d'acceptation, ou davantage d'aide aux autres [26, 27].

Description du modèle de CPT

Tout individu fonctionne psychiquement avec des schémas pré-établis, que l'on peut définir comme ses propres croyances fondamentales. La survenue d'un événement traumatique peut être considérée comme un véritable « *séisme psychologique* », selon les termes de Tedeschi & Calhoun (2004) [6], en ce sens qu'il vient ébranler ces croyances fondamentales et donc remettre en question ses buts. Il ne reste alors que les fondations à partir desquelles la reconstruction sera possible si l'individu parvient à gérer la détresse à laquelle il est en proie.

Les auteurs décrivent trois étapes dans le processus cognitif permettant la mise en place de la CPT (Figure 1).

La première étape est celle de la compréhensibilité, par laquelle la personne cherche à comprendre ce qui lui est arrivé. L'individu repense délibérément ou malgré lui à l'événement traumatique, sa vie passée et présente, sa façon de se voir et de voir les autres. En se rappelant des événements, l'individu pourra résoudre les problèmes et essayer de leur donner un sens. Calhoun *et al.* (2000) [28] utilisent le terme de « *ruminations* » pour désigner ces processus cognitifs intrusifs et automatiques, mais pour eux le terme ne comporte aucune connotation péjorative. Dans ce contexte, les ruminations doivent être considérées comme un véritable traitement cognitif. Les ruminations sont des processus centraux dans la CPT. Leur présence chez un sujet dans les suites immédiates d'un traumatisme permet de prédire trois ans plus tard l'apparition de la CPT chez ce même sujet [29]. D'autres auteurs ont également souligné l'existence de ces pensées intrusives et automatiques [17, 30]. Plus le processus de compréhensibilité avance, plus la gestion du traumatisme devient facile.

La gestion constitue la deuxième étape du processus. Elle implique la gestion des ruminations automatiques, qui deviennent davantage volontaires, ainsi que le développement de moyens pour traiter les émotions pénibles et donc la détresse émotionnelle. L'individu parvient à mobiliser des ressources intérieures pour dépasser cet état mental de détresse. Il revoit

progressivement son mode de vie, ses croyances et se dégage des buts qu'ils s'était fixés avant le traumatisme.

La troisième étape de signification peut commencer si la gestion de la situation est au moins modérément pénible. Cette étape implique de s'engager dans des ruminations réfléchies sur la façon de reconstruire son monde, de trouver un sens à l'évènement, de changer les schémas antérieurs pour des schémas plus adaptés. Cette étape implique de pouvoir restructurer le récit de sa vie pour y incorporer l'évènement traumatique qui mène à la CPT.

Il est fondamental de noter l'importance du soutien social reçu, dont le rôle est de favoriser la remise en question du soi et des ruminations volontaires.

Les bénéfices de la CPT peuvent être évalués dans les cinq dimensions précédemment décrites : l'appréciation de la vie, les relations aux autres, le développement d'une force personnelle, les nouvelles possibilités, et le développement d'une certaine spiritualité.

Il est important de souligner que Tedeschi & Calhoun (2004) ne nient jamais l'existence d'effets négatifs à la suite d'un traumatisme, mais qu'ils évoquent très précisément le « *paradoxe* » de la coexistence de ces effets négatifs avec des effets positifs [6]. Ainsi, les personnes qu'ils ont interrogées se déclarent, par exemple, à la fois plus vulnérables mais aussi plus fortes à la suite d'un événement traumatique.

Déterminants de la croissance

La CPT nécessite un stress et des émotions fortes qui sont nécessaires mais pas suffisants à l'apparition de la croissance [6]. L'apparition et le bon déroulement du processus de CPT, tels que décrits précédemment, sont soumis à plusieurs facteurs propres à l'individu ayant vécu le traumatisme. Ces facteurs peuvent être classés en trois catégories principales : pré-traumatiques, traumatiques et post-traumatiques.

Concernant les facteurs pré-traumatiques, les revues de Linley & Joseph (2004) [5] et

Joseph & Linley (2005) [31], de même que les travaux d'autres auteurs, rapportent une CPT plus importante chez les femmes que chez les hommes. Les victimes les plus jeunes semblent plus sujettes à développer une CPT [4, 5, 32]. D'autres facteurs comme les revenus ou le niveau d'éducation ont été étudiés mais les conclusions de ces travaux restent contradictoires [5, 33, 34]. Des variables personnelles, c'est-à-dire directement liées à la personnalité de l'individu, sont également associées à la CPT. Ainsi, l'optimisme [4, 5, 35], l'estime de soi [5, 10], la joie et l'ouverture d'esprit [5, 6] sont fortement corrélés à la mise en place du processus de CPT. Les sujets se sentant le plus en sécurité dans leur fonctionnement pré-traumatique sont moins touchés par les événements indésirables tels que les traumatismes [36] et affichent une CPT plus importante [34].

Parmi les facteurs liés aux traumatismes, certaines études ont mis en évidence une relation positive entre la gravité de l'événement traumatique et la CPT ultérieure [2]. Cependant, le type d'événement traumatique ne semble pas relié à l'apparition de la CPT. Ainsi, la CPT serait davantage influencée par les sentiments ressentis au moment de l'événement (par exemple un sentiment d'impuissance ou la perception de la menace) que l'événement lui-même [5]. Lorsque la menace et le préjudice perçus lors de l'événement sont élevés, la croissance est plus importante lorsqu'elle se met en place [37, 38, 39]. Néanmoins, cette relation entre niveau de trauma et CPT ne serait pas linéaire mais curvilinéaire : les bénéfices psychologiques seraient donc plus importants pour des niveaux de trauma intermédiaires que pour les niveaux les plus faibles ou les plus forts [5, 32]. Parmi les sentiments ressentis lors de l'événement traumatique susceptibles d'influencer la CPT, l'apparition d'une détresse semble jouer un rôle majeur. Bien que traditionnellement perçue comme un échec dans le traitement d'un traumatisme [40], la détresse émotionnelle est considérée comme un moteur de la CPT ultérieure dans le modèle de CPT [5] : les individus ressentant le plus de détresse au moment de leur traumatisme seraient donc plus sujets à la CPT [9, 41].

Concernant les facteurs post-traumatiques, l'importance des ruminations dans la mise en place de la CPT a été explicitée précédemment : les ruminations facilitent la formation d'une

nouvelle perspective dans la vie. Selon Calhoun *et al.* (2000), les personnes qui ont déclaré ruminer davantage après un événement traumatique développent plus de CPT [29]. En outre, les niveaux de CPT les plus élevés seraient observés chez les individus ressentant le plus de détresse et manifestant le plus de symptômes d'un trouble de stress post-traumatique après l'évènement [4, 42]. L'adaptation de l'individu à la situation traumatique est déterminante dans le processus : les attitudes de réévaluation positive et d'acceptation [4] ou de *coping* centré sur le problème [6, 43] facilitent la mise en place de la CPT. De même, adopter une attitude positive centrée sur la religion favoriserait l'émergence de la CPT [37]. La disponibilité des ressources de soutien social et le réseau relationnel revêtent une importance particulière pour faciliter la CPT, comme expliqué précédemment dans le modèle de CPT [5]. Le soutien social reçu permet en effet une réduction de la détresse émotionnelle ressentie après l'évènement traumatique et le passage à des ruminations plus volontaires. Il est donc important que l'individu puisse faire le récit de ce qu'il a vécu à des personnes bienveillantes [12, 44, 45, 46]. Ces récits l'obligent à se confronter à la question du sens et à envisager la manière de se reconstruire [44]. L'individu se sent soutenu, ce qui le motive davantage, donc l'oriente vers de nouvelles perspectives de vie. Le partage des émotions et du vécu resserre les liens avec certains proches, amenant l'individu à se recentrer sur des valeurs liées à la dimension de la relation (par exemple partage ou confiance). La personne doit donc être en capacité d'exprimer ses émotions : plus elle possède cette capacité, plus la CPT pourra se mettre en place [35, 47, 48]. Enfin, des niveaux importants de dépression et d'anxiété ont été identifiés comme des freins à la CPT [4, 49].

Croissance *versus* résilience

La résilience est définie comme la capacité de maintenir un « *niveau de fonctionnement physique et psychologique relativement stable face aux pertes ou aux évènements menaçants qui surviennent au cours de la vie* » [50, 51]. La résilience serait donc le fait, après un événement douloureux, de revenir psychologiquement au même niveau qu'avant l'évènement. Comme dit

précédemment, la CPT permet de dépasser le niveau de fonctionnement psychologique précédant le traumatisme, d'où le terme de *croissance post-traumatique* : il s'agit non seulement de la capacité à résister à des événements négatifs pour le psychisme, mais également de faire l'expérience d'un niveau plus élevé d'adaptations et de transformations positives [6]. Le concept de CPT va donc au-delà de celui de résilience, en cela qu'il postule une véritable restructuration cognitive. La résilience permet un retour à l'équilibre et n'est pas synonyme de croissance. Des recherches suggèrent qu'il existe une association entre la CPT et une tolérance accrue dans la capacité à gérer l'adversité [52]. Les individus résilients, eux, possèdent déjà les capacités nécessaires pour faire face à l'adversité et seraient donc moins enclins à une CPT [53].

Plusieurs questions peuvent être posées, notamment sur l'existence d'un lien entre résilience et CPT. Les recherches semblent s'accorder sur l'existence d'un tel lien, mais sans parvenir à en clarifier la nature. Pour certains auteurs il s'agirait d'une association négative (*i.e.* qu'une personne résiliente ne pourrait accéder à la CPT [54]), tandis que pour d'autres il s'agirait d'une association positive (*i.e.* qu'un faible niveau de résilience permettrait d'accéder à la CPT [53]).

Événements traumatiques concernés par la CPT

Les événements pour lesquels une CPT a été rapportée incluent les accidents de transport (catastrophes maritimes, accidents d'avion, accidents de voiture [16]), les catastrophes naturelles (ouragans, tremblements de terre [55]), les violences interpersonnelles (terrorisme, combat, viol, violence sexuelle, violence sexuelle envers les enfants [56, 57, 58]), les maladies et affections médicales (cancer, crise cardiaque, lésion de la moelle épinière, VIH / SIDA, leucémie, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques [59]) et d'autres expériences négatives de la vie (rupture sentimentale, divorce des parents, deuil, immigration [5]). En outre, des expériences de CPT par procuration ont été décrites chez des populations n'ayant pas directement souffert mais ayant été exposées à la souffrance d'autrui : conjoints et parents d'enfants atteints d'un cancer, directeurs

funéraires, conseillers, thérapeutes, psychologues cliniciens [60]. Cette CPT par procuration a pu être mise en évidence chez des personnes ayant observé les événements du 11 septembre à la télévision [61].

La majorité des recherches a été conduite auprès d'adultes. Une littérature scientifique de plus en plus abondante a démontré l'existence de la CPT chez les sujets plus jeunes [62].

Épidémiologie de la CPT

L'étude de la prévalence de la CPT a fait l'objet de nombreux travaux et a montré une variabilité considérable. Le groupe de Joseph (1991, 2007), qui s'est intéressé à la CPT à la suite de la catastrophe maritime du *Herald of Free Enterprise* en 1987, a répertorié 43 % des survivants qui estimaient que leur vie avait changé en mieux [62, 63]. La revue de la littérature de Linley & Joseph (2004) a recensé 39 études [5] ayant permis aux auteurs d'estimer la prévalence globale de la CPT de 3 à 98 %. Le taux de prévalence le plus faible (3 %) était retrouvé chez des personnes endeuillées et le taux le plus fort (98 %) était retrouvé chez des malades atteints de cancer du sein. Des études isolées ultérieures ont retrouvé des résultats similaires [24, 64, 65].

Discussion

Le modèle de CPT s'inscrit dans la mouvance de la psychologie positive. Il conceptualise l'idée qu'un individu pourrait sortir grandi de son exposition à un événement traumatique majeur.

Il est légitime de s'interroger sur les raisons de la méconnaissance de ce concept en France, alors même qu'il est largement étudié dans les pays anglo-saxons depuis près de trente ans. Il n'est pas possible de répondre à cette question avec certitude sans réaliser une analyse chronologique fine de la littérature scientifique, qui constituerait en soit une étude. Il serait aisé de céder à la tentation de penser que si le concept n'a pas pris, c'est parce que nous avons réalisé que la CPT n'existe pas. Effectivement, chacun peut un jour éprouver plus de spiritualité, se tourner davantage vers les

autres ou s'ouvrir à de nouvelles possibilités. Cependant, la CPT est bien *post-traumatique*, c'est-à-dire déclenchée à la suite d'un événement de vie traumatique. Il ne s'agit donc pas d'un simple processus évolutif chez les individus, ni d'une simple réponse à une pression sociale (aujourd'hui, il faut *aller bien*), comme plusieurs études l'ont démontré [2, 12, 66]. Les changements positifs déclarés par les individus ont également été confirmés par des personnes de leur entourage [2, 67]. Alors, pourquoi cette méconnaissance du concept ? De façon probablement assez simpliste, nous pensons que le concept de CPT a pu passer inaperçu de fait de l'omniprésence scientifique et médiatique du concept de résilience. Largement popularisé en France et dans les pays francophones depuis le début des années 1990 par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, enrichi de son histoire personnelle et de ses qualités pédagogiques, le concept de résilience ne pouvait alors que supplanter celui de CPT. Bien que les deux concepts soient différents, ils sont complémentaires voire inter-dépendants. La résilience devrait probablement être considérée comme un facteur favorisant la survenue d'un ou plusieurs changements qui composent la CPT en particulier les changements dans la perception de soi [68].

L'une des principales critiques du concept de CPT concerne son évaluation. Certains scientifiques pensent qu'il est pratiquement impossible de comparer réellement les niveaux de bien-être avant et après un traumatisme [69, 70]. Ces observations suggèrent donc que les individus sont susceptibles de rapporter une croissance illusoire, et posent donc la question de la fiabilité des outils d'évaluation. Des critiques habituelles concernant ces outils d'évaluation clinique peuvent être formulées : les différents outils mesurent-ils le même phénomène ? peut-on généraliser un outil développé dans une population spécifique à d'autres populations ? A titre d'exemple, il est fréquemment reproché au principal outil employé pour évaluer la CPT, l'inventaire de croissance post-traumatique, d'être utilisé dans les populations masculine, enfantine et adolescente alors qu'il est issu d'observations faites chez des femmes adultes [71]. De plus, ni les variables inter-individuelles ni les différences culturelles ne sont prises en compte par ces outils. Une même

dimension de la CPT peut ne pas représenter les mêmes affects chez deux personnes différentes : exprimer davantage ses émotions après un traumatisme (item 9 de l'inventaire de croissance post-traumatique) peut refléter une croissance positive chez un individu, mais représenter un changement négatif chez un autre sujet. Lorsque l'on s'intéresse à un événement traumatique comme le décès d'un proche, le rapport à la mort n'est pas vécu de la même manière selon la culture. Les cognitions qui s'y rapportent en période de deuil sont donc différentes. Ainsi, des valeurs de CPT différentes ont pu être mises en évidence entre les Japonais et les Américains [72].

Le taux de prévalence de la CPT est extrêmement variable selon les études [5, 24, 64, 65]. La difficulté d'évaluation de la CPT évoquée précédemment explique probablement en partie cette grande variabilité. L'utilisation d'outils d'évaluation différents, dont aucune étude n'a évalué la comparabilité, ne permet pas de définir un taux de prévalence précis de la CPT. De plus, si l'apparition de la CPT n'est pas corrélée au type de trauma, son intensité l'est probablement [5, 73]. Enfin, la méthodologie des études réalisées pour un même traumatisme diffère souvent considérablement, que ce soit concernant les caractéristiques de la population étudiée (âge, sexe, parfois ethnie ou stade de la maladie) ou le schéma des études (délai écoulé depuis le traumatisme). L'exemple d'études évaluant la CPT chez les victimes de violences conjugales est assez parlant : sept études ont été réalisées depuis 2002 [25, 74-79]. Ces études ont évalué la prévalence de la CPT chez 509 patientes de multiples origines ethniques et âgées de 18 à 75 ans. Le type de violences (physiques ou psychologiques) n'était pas pris en compte dans les analyses. Le temps écoulé depuis les violences s'étendait de 2 mois à 23 ans. L'évaluation de la croissance post-traumatique a été réalisée à l'aide du PTGI, par un auto-questionnaire ou par des entretiens. Il est évident que de telles différences méthodologiques ne peuvent donner que des taux de prévalence très différents (en l'occurrence 60 à 100 %).

Si cette CPT peut être mise en évidence plus ou moins précisément de façon empirique, est-elle sous-tendue par des mécanismes objectivables ? De façon tout à fait intéressante, des

chercheurs allemands ont étudié la CPT chez des survivants d'un accident de voiture : alors que l'inventaire de croissance post-traumatique leur était administré, un électroencéphalogramme (EEG) était réalisé simultanément. Une croissance a pu être mise en évidence dans toutes les dimensions à l'exception de la spiritualité, et elle était significativement corrélée à des modifications de l'EEG dans l'aire frontale gauche. Cette aire cérébrale étant liée aux émotions positives et aux comportements orientés vers des buts (par exemple se donner des défis ou faire face à un évènement), les auteurs ont conclu qu'elle devait être liée à la CPT [80], qui pouvait donc s'appuyer sur un substrat biologique. Bien qu'anecdotique, cette étude ouvre la voie à un champ de recherches qui reste encore à explorer.

Conclusion

Le concept de CPT a été développé et largement étudié depuis près de trente ans dans les pays anglo-saxons. Le modèle de CPT postule qu'il est possible de tirer des bénéfices psychologiques à la suite d'un événement traumatique. Ces bénéfices se manifestent dans cinq domaines : l'appréciation de la vie, les relations aux autres, le développement d'une force personnelle, les nouvelles possibilités et le développement d'une certaine spiritualité.

Les mécanismes conduisant à la CPT sont complexes, et ne peuvent être réduits à un simple mécanisme d'adaptation ou d'ajustement psychologique. La CPT nécessite une véritable modification des croyances fondamentales propres à chaque individu, conduisant à la remise en questions de ses buts. Ce n'est qu'au prix de la modification complète de ses schémas cognitifs pré-établis que l'individu pourra gérer la détresse entraînée par l'évènement traumatique. Les freins et les facteurs favorisant la CPT sont de mieux en mieux connus. Des outils d'évaluation spécifiques ont été développés, comme l'inventaire de croissance post-traumatique. Ils ont permis de rapporter l'existence d'une CPT à la suite de nombreux évènements de vie traumatiques.

La France s'est montrée relativement hermétique au concept de CPT jusqu'à présent. Le

concept de CPT a probablement été dépassé et écrasé par celui de résilience. Il paraît indispensable de développer des études de bonne qualité méthodologique autour de la CPT afin d'en préciser les mécanismes, mais également les déterminants et leur intrication avec des concepts proches comme celui de résilience. La connaissance des éléments prédictifs, voire des facteurs facilitateurs de la CPT, des facteurs externes ou internes chez les personnes traumatisées qui feront plus évoluer vers une CPT que vers un trouble de stress post-traumatique permettrait à terme de développer des stratégies thérapeutiques innovantes.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Taylor SE, Brown JD. Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. Psychol Bull 1994;116:21-7.
- [2] Park CL, Cohen LH, Murch R. Assessment and prediction of stress-related growth. J Pers 1996;64:71-105.
- [3] Park CL. Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. J Soc Issues 1998;54:267-77.
- [4] Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. J Consult Clin Psychol 2006;74:797-816.
- [5] Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. J Trauma Stress 2004;17:11-21.
- [6] Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq 2004;15:1-18.
- [7] Abraido-Lanza AF, Guier C, Colon RM. Psychological thriving among Latinas with chronic illness. J Soc Issues 1998;54:405-24.

- [8] Cohen LH, Cimboric K, Armeli SR, et al. Quantitative assessment of thriving. *J Soc Issues*. 1998;54:323-35.
- [9] Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol* 2004;23:16-23.
- [10] Lechner SC, Carver CS, Antoni MH, et al. Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:828-40.
- [11] Sheldon KM, King L. Why positive psychology is necessary. *Am Psychol* 2001;56:216-7.
- [12] Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996;9:455-71.
- [13] Joseph S, Linley AP. Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clin Psychol Rev* 2006;26:1041-53.
- [14] Joseph S, Williams R, Yule W. Understanding post-traumatic stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment. John Wiley, Chichester, England; 1997, pp. 6.
- [15] Joseph S, Williams R. Understanding posttraumatic stress: theory, reflections, context, and future. *Behav Cogn Psychother* 2005;33:423-41.
- [16] Joseph S, Williams R, Yule W. Changes in outlook following disaster: the preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *J Trauma Stress* 1993;6:271-9.
- [17] Horowitz MJ. Stress response syndrome. 2 ed. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1986.
- [18] Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma. New York: Free press; 1992.
- [19] Aldwin CM. Stress, coping, and development. New York: Guilford Press; 1994.
- [20] O'Leary VE, Alday CS, Ickovics JR. Models of life change and posttraumatic growth. In: Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG, Ed. Posttraumatic growth: positive changes in the

aftermath of crisis. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1996, pp. 127-151.

- [21] Tedeschi RG. Violence transformed: posttraumatic growth in survivors and their societies. *Agress Violent Behav* 1999;4:319-41.
- [22] Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth: the positive lessons of loss. In: Neymeyer RA, Ed. *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001, pp. 157-172.
- [23] McMillen JC, Fisher RH. The perceived benefit scale: measuring perceived positive life changes after negative events. *Soc Work Res* 1998;22:173-87.
- [24] Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17:14-22.
- [25] Cobb AR, Tedeschi RG, Calhoun LG, et al. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *J Trauma Stress* 2006;19:895-903.
- [26] Park CL. The notion of growth following stressful life experiences: problems and prospects. *Psychol Inq* 2004;15:69-76.
- [27] Tomich PL, Helgeson VS, Vache EJM. Perceived growth and decline following breast cancer: a comparison to age-matched controls 5-years later. *Psychooncology* 2005;14:1018-29.
- [28] Calhoun GL, Cann A, Tedeschi RG, et al. A correlational test of relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress* 2000;13:521-7.
- [29] Calhoun LG, Tedeschi RG. Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth. In: Violanti JM, Paton D, Dunning C, Ed. *Posttraumatic stress intervention: challenges, issues and perspectives*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers; 2000, pp. 135-152.

- [30] Martin LL, Tesser A. Clarifying our thoughts. In: Mahwah NJ, Ed. *Ruminative thoughts: advances in social cognition*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1996, pp. 189-209.
- [31] Joseph S, Linley PA. Positive adjustment to threatening events: an organismic valuing theory of growth through adversity. *Rev Gen Psychol* 2005;9:262-80.
- [32] Powel S, Rosner R, Butollo W, et al. Post traumatic growth after war: a study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *J Clin Psychol* 2003;59:71-83.
- [33] Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2003;22:487-97.
- [34] Salo AJ, Qouta S, Punamaki RL. Adult attachment, post traumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety Stress Coping* 2005;18:361-78.
- [35] Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *J Loss Trauma* 2008;14:364-88.
- [36] Fraley RC, Fazzari DA, Bonanno GA, et al. Attachment and psychological adaptation high exposure survivors of the September 11th attack on the World Trade Center. *Journal of Pers Soc Psychol Bull* 2006;32:538-51.
- [37] Armeli S, Gaunthert KC, Cohen LH. Stressor appraisals, coping and post-event outcomes: the dimensionality and antecedents of stress-related growth. *J Soc Clin Psychol* 2001;20:366-95.
- [38] Davis CG, MacDonald SL. Threat appraisals, distress, and the development of positive life changes after September 11th a Canadian Sample. *Cogn Behav Ther* 2004;33:68-78.
- [39] Morris BA, Shakespeare-Finch J, Rieck M, et al. Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *J Trauma Stress* 2005;18:575-85.
- [40] Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res and Ther* 2000;38:319-45.

- [41] Cadell S, Regehr C, Hemsworth D. Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *Am J Orthopsychiatry* 2003;73:279-87.
- [42] Dekel S, Ein-Dor T, Solomon Z. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: a longitudinal study. *Psychol Trauma* 2012;4:94-101.
- [43] Joseph S, Murphy D, Regel S. An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clin Psychol Psychother* 2012;19:316-25.
- [44] Neimeyer RA. The language of loss: grief therapy as a process of meaning reconstruction. In: Neimeyer RA, Ed. *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2001, pp. 261-292.
- [45] Shultz U, Mohamed NE. Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Soc Sci Med* 2004;59:653-62.
- [46] Tedeschi RG, Kilmer PR. Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Prof Psychol: Res Pract* 2005;36:230-7.
- [47] Lepore SJ, Fernandez-Berrocal P, Ragan J, et al. It's not that bad: social challenges to emotional disclosure enhance adjustment to stress. *Anxiety Stress Coping* 2004;17:341-61.
- [48] Taku K, Cann A, Tedeschi RG, et al. Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety Stress Coping* 2009;22:129-36.
- [49] Linley PA, Joseph S, Goodfellow B. Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *J Soc Clin Psychol* 2008;27:877-91.
- [50] Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol* 2004;59:20-8.
- [51] Lepore S, Revenson T. Relationships between posttraumatic growth and resilience: recovery, resistance and reconfiguration. In: Calhoun LG, Tedeschi RG, Ed. *The handbook of*

posttraumatic growth: research and practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2006, pp. 24-46.

- [52] Seery MD, Holman EA, Silver RC. Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *J Pers Soc Psychol* 2010, 99:1025-41.
- [53] Levine SZ, Laufer A, Stein E, et al. Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *J Trauma Stress* 2009; 22:282-6.
- [54] Bensimon M. Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: the role of trait resilience. *Pers Indiv Differ* 2012;52:782-7.
- [55] Lowe SR, Manove EE, Rhodes JE. Posttraumatic stress and posttraumatic growth among low-income mothers who survived Hurricane Katrina. *J Consult Clin Psychol* 2013;8:877-89.
- [56] Ulloa E, Guzman ML, Salazar M, et al. Posttraumatic growth and sexual violence: a literature review. *J Aggress Maltreat Trauma* 2016;25:286-304.
- [57] Kılıç C, Magruder K, Koryürek M. Does trauma type relate to posttraumatic growth after war? A pilot study of young Iraqi war survivors living in Turkey. *Transcul Psychiatry* 2015;53:110-23.
- [58] Elderton A, Berry A, Chan C. A systematic review of posttraumatic growth in survivors of interpersonal violence in adulthood. *Trauma Violence Abuse* 2017;18:223-36.
- [59] Casellas-Grau A, Ochoa C, Ruini C. Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: a systematic and critical review. *Psychooncology* 2017;26:2007-18.
- [60] Brockhouse R, Msetfi RM, Cohen K, et al. Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: the moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *J Trauma Stress* 2011;24:735-42.
- [61] Linley PA, Joseph S, Cooper R, et al. Positive and negative changes following vicarious exposure to the September 11 Terrorist Attacks. *J Trauma Stress* 2003;16:481-5.

- [62] Joseph S, Knibbs J, Hobbs J. Trauma, resilience and growth in children and adolescents. In: Hosin AA, Ed. Responses to traumatized children. Palgrave Macmillan: Houndmills; 2007, pp. 148-161.
- [63] Joseph SA, Brewin CR, Yule W, et al. Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *Br J Psychiatry* 1991;159:542-6.
- [64] Joseph S, Butler LD. Positive changes following adversity. *PTSD Research Quarterly* 2010;21:1-3.
- [65] Jin Y, Xu J, Liu H, et al. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: prevalence and correlates. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28:67-73.
- [66] Salsman JM, Segerstrom SC, Brechtin EH, et al. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3 month longitudinal examination of cognitive processing. *Psychooncology* 2008;18:30-41.
- [67] Weiss T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: an intersubjective validation study. *J Psychosoc Oncol* 2002;20:65-80.
- [68] Ogińska-Bulik N, Kobylarczyk M. Association between resiliency and posttraumatic growth in firefighters: the role of stress appraisal. *Int J Occup Saf Ergon* 2016;22:40-8.
- [69] Bellizzi KM, Smith AW, Reeve BB, et al. Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *J Health Psychol* 2010;15:615-26.
- [70] Ruini C, Vescovelli F, Albieri E. Posttraumatic growth in breast cancer survivors: new insights into its relationships with well-being and distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2013;20:383-91.
- [71] Christiansen DM, Iversen TN, Ambrosi SL, et al. Post-traumatic growth: critical review of problems with the current measurement of the term. In: Martin C, Preedy V, Patel V, Ed.

Comprehensive guide to post-traumatic stress disorders. Springer, Cham; 2016, pp 1797-1812.

- [72] Taku K. Commonly-defined and individually-defined posttraumatic growth in the US and Japan. *Pers indiv differ* 2011;51:188-93.
- [73] Wu X, Kaminga AC, Dai W, et al. The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019;243:408-15.
- [74] Senter KE, Caldwell K. Spirituality and the maintenance of change: a phenomenological study of women who leave abusive relationships. *Contemp Fam Ther* 2002;24:543.
- [75] Taylor JY. Moving from surviving to thriving: African American women recovering from intimate male partner abuse. *Res Theor Nurs Pract* 2004;18:35-50.
- [76] Song LY. Service utilization, perceived changes of self, and life satisfaction among women who experienced intimate partner abuse: the mediation effect of empowerment. *J Interpers Violence* 2012;27:1112-36.
- [77] Hou WL, Ko NY, Shu BC. Recovery experiences of Taiwanese women after terminating abusive relationships: a phenomenology study. *J Interpers Violence* 2013;28:157-75.
- [78] Valdez CE, Lilly MM. Posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence: an assumptive world process. *J Interpers Violence* 2015;30:215-31.
- [79] Arandia AMH, Mordeno IG, Nalipay MJN. Assessing the latent structure of posttraumatic growth and its relationship with cognitive processing of trauma among Filipino women victims of intimate partner abuse. *J Interpers Violence* 2016;33:2849-66.
- [80] Rabe S, Zöllner T, Maercker A, et al. Neural correlates of posttraumatic growth after severe motor vehicle accident. *J Consul Clin Psychol* 2006;74:880-6.

Tableau 1 : Version française de l'inventaire de croissance post-traumatique (adapté de [24]).

Nous allons maintenant vous interroger sur les éventuels changements que (précisez l'événement, par exemple la maladie, le deuil, l'accident,...) a pu provoquer chez vous, et qui perdurent encore aujourd'hui. Merci de répondre à toutes les propositions (Pas du tout = 0 / Très peu = 1 / Peu = 2 / Un peu = 3 / Beaucoup = 4 / Totalelement = 5).
1. J'ai changé de priorités dans la vie. 2. J'apprécie plus ma vie à sa vraie valeur. 3. Je me suis intéressé(e) à de nouvelles choses. 4. J'ai acquis plus de confiance en moi. 5. J'ai développé une certaine spiritualité. 6. Je vois mieux que je peux compter sur les autres en cas de problème. 7. J'ai donné une nouvelle direction à ma vie. 8. Je me sens plus proche des autres. 9. Je suis plus enclin(e) à exprimer mes émotions. 10. Je suis davantage capable de gérer des situations difficiles. 11. Je fais de ma vie quelque chose de meilleur. 12. J'accepte mieux la façon dont les choses se passent. 13. J'apprécie davantage chaque jour de ma vie. 14. De nouvelles opportunités sont apparues qui ne seraient pas apparues autrement. 15. J'ai plus de compassion pour les autres. 16. J'investis plus mes relations aux autres. 17. J'essaie davantage de changer les choses qui ont besoin d'être changées. 18. J'ai une foi religieuse plus grande. 19. J'ai découvert que je suis plus fort(e) que ce que je pensais. 20. J'ai vraiment compris à quel point les gens pouvaient être formidables. 21. J'accepte mieux le fait d'avoir besoin des autres.

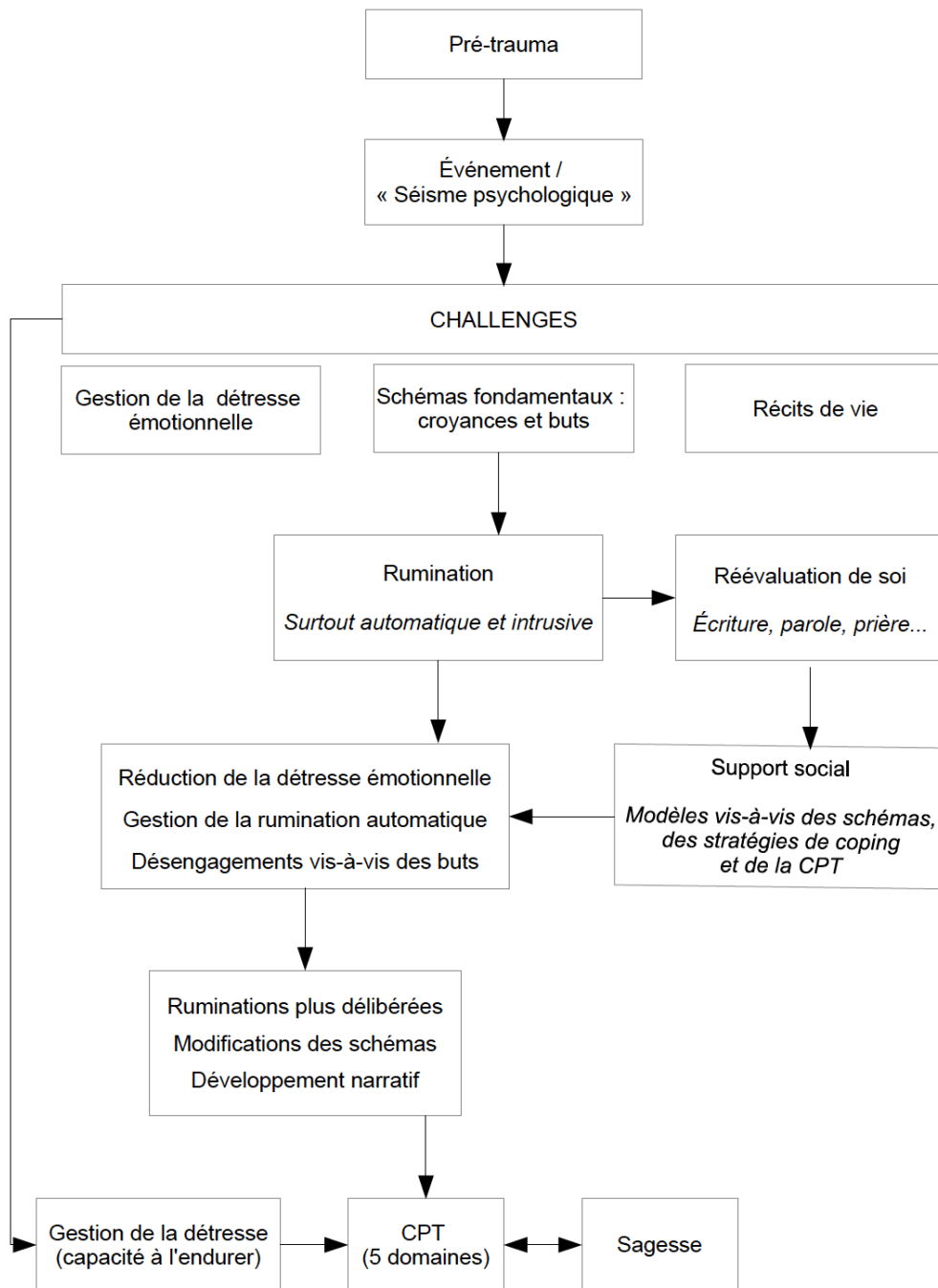


Figure 1 : Modèle de croissance post-traumatique (CPT) (adapté de [13]).

Deuxième article

La croissance post-traumatique chez les victimes de violences conjugales :

une revue de la littérature

Hugues MAGNE, Morgan GAMBIER, Nématollah JAAFARI,

Nelly GOUTAUDIER, Alexia DELBREIL, Mélanie VOYER

Article soumis pour publication dans La Presse Médicale.

Introduction :

Les violences conjugales (VC) constituent un problème de santé publique majeur en France, puisqu'elles concernent 298 000 personnes dont 213 000 femmes (Ministère de l'Intérieur 2019). Elles sont définies comme les violences exercées à l'encontre d'un conjoint ou d'un concubin, quel que soit le statut marital du couple et que le couple soit encore constitué ou séparé. Les violences peuvent être de nature psychologique, physique ou sexuelle (Ministère de la Justice 2012). Les conséquences des VC peuvent être physiques ou psychologiques (Cocker *et al.* 2002, Stith *et al.* 2004, Nathanson *et al.* 2012).

Le concept de croissance post-traumatique (CPT) a été développé dans les années 1990. Il désigne l'ensemble des changements psychologiques positifs pouvant apparaître à la suite de la confrontation d'un individu à un événement traumatique majeur. Il permettrait à l'individu de dépasser la crise entraînée par le traumatisme, et également de dépasser son niveau de fonctionnement psychologique pré-traumatique (Tedeschi & Calhoun 1996, 2004, Linley & Joseph 2004). Si l'existence de la CPT a été démontrée à la suite de nombreux traumatismes, peu de données existent sur son apparition à la suite de VC.

L'objectif de cette revue de la littérature est d'évaluer l'existence, et le cas échéant la prévalence, de la CPT chez les femmes et les hommes victimes de VC.

Méthode :

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature à partir de la base de données bibliographiques Pubméd/Medline en considérant toutes les études examinant le lien entre CPT et VC jusqu'en juin 2020. Les critères d'inclusion étaient larges : victimes de VC âgées d'au moins 16 ans sans critères restrictifs géographiques, de sexe, d'origine ethnique ou de nationalité ; VC définies ou explorées selon des critères standardisés ou non, sans restriction de temporalité ni du type de VC ; évaluation de la CPT par un outil spécifique.

Principaux résultats :

Nous avons répertorié dix études entre 2002 et 2020, ayant inclus au total 762 femmes de multiples origines ethniques et âgées de 17 à 75 ans (Senter *et al.* 2002, Taylor 2004, Cobb *et al.* 2006, Song 2012, Hou *et al.* 2013, Valdez *et al.* 2015, Arandia *et al.* 2016, Žukauskienė *et al.* 2019, Bakaitytė *et al.* 2020, Brosi *et al.* 2020). Aucun homme n'était inclus dans ces études. Sur le plan socio-démographique, le niveau scolaire des participantes s'étendait du collège à l'université, tous les statuts maritaux étaient représentés et la plupart des femmes étaient également mères. Tous les types de VC étaient représentés. Les VC étaient écoulées depuis 1 semaine à 25 ans. Seules 3 études avaient employé l'outil d'évaluation spécifique de la CPT, la PTGI.

La CPT existait dans toutes les études, mais sa prévalence n'était estimée que dans cinq études ; elle s'étendait de 67 % à 100 %. Lorsque la PTGI était employée, la CPT était d'intensité faible à modérée. Il semblerait que la CPT se développe rapidement au cours des deux premières années suivant les VC, puis se stabilisait en terme d'intensité. Il n'existait pas de lien entre le type de VC et l'apparition de la CPT.

Du fait des différentes méthodes d'évaluation de la CPT utilisées dans les études que nous avons répertoriées, il est difficile de déterminer précisément les domaines dans lesquels s'exprime la CPT. Cependant, les trois domaines semblant le plus souvent représentés dans ces études étaient : le

soi, la spiritualité et les autres.

Une seule étude s'est intéressée aux conséquences psychiatriques des VC et a mis en évidence la présence d'une symptomatologie dépressive chez l'ensemble des participantes (Cobb *et al.* 2006).

Aucune étude ne s'intéressait réellement aux mécanismes sous-tendant l'apparition de la CPT.

Conclusion :

Notre revue de la littérature montre l'existence d'une CPT chez les femmes victimes de VC. Ce travail pointe le manque d'études cliniques de bonne qualité méthodologique visant à préciser le lien entre CPT et VC et les mécanismes psychiques sous-jacents.

La croissance post-traumatique chez les victimes de violences conjugales : une revue de la littérature

Post-traumatic growth in the context of intimate partner violence: data from the literature

Hugues MAGNE ^{1 *}, Morgan GAMBIER ², Nématollah JAAFARI ^{3, 4, 5}, Nelly GOUTAUDIER ⁶,
Alexia DELBREIL ^{4, 7, 8}, Mélanie VOYER ^{1, 7}

¹ *Centre Hospitalier Henri Laborit, centre de psychotraumatologie, Pavillon Pierre Janet, 370, avenue Jacques-Cœur, BP 587, 86021 Poitiers cedex, France*

² *Centre Hospitalier Henri Laborit, pôle de psychiatrie adulte, de réhabilitation et d'inclusion sociale, Pavillon Minkowski, 370, avenue Jacques-Cœur, CS 10587, 86021 Poitiers cedex, France*

³ *Centre Hospitalier Henri Laborit, unité de recherche clinique intersectorielle en psychiatrie à vocation régionale Pierre-Deniker, 370, avenue Jacques-Cœur, CS 10587, 86021 Poitiers cedex, France*

⁴ *Université de Poitiers, faculté de médecine et de pharmacie, 15, rue de l'Hôtel-Dieu, 86000 Poitiers, France*

⁵ *Université de Poitiers, CHU de Poitiers, groupement de recherche CNRS 3557, 86000 Poitiers, France*

⁶ *Université de Poitiers, département de psychologie, CeRCA/MSHS, TSA 21103, 5 rue Théodore Lefebvre, 86073 Poitiers cedex 9, France*

⁷ *CHU de Poitiers, département de médecine légale (IML/UMJ), 2, rue de la Milétrie, CS 90577, 86021 Poitiers cedex, France*

⁸ *Centre hospitalier Henri Laborit, unité d'accueil médico-psychologique, 370, avenue Jacques-Cœur, CS 10587, 86021 Poitiers cedex, France*

Points essentiels

Les violences conjugales (VC) constituent un problème de santé publique majeur, tant sur le plan des conséquences physiques qu'elles engendrent que sur le plan des conséquences psychiques. Une fois la relation violente terminée, il est essentiel que les victimes de VC puissent se reconstruire. Cette étape passe par des phénomènes psychiques complexes. La croissance post-traumatique (CPT) est un modèle de psychologie positive décrivant les changements intérieurs positifs majeurs ressentis à la suite d'un événement traumatique. L'objectif de cette revue de la littérature était d'évaluer l'existence de la CPT chez les victimes de VC.

Notre analyse a permis d'isoler dix études cliniques ayant analysé le lien entre VC et CPT. Nous avons montré l'existence de cette CPT chez les femmes, dans une proportion ne pouvant être déterminée avec précision. La faiblesse méthodologique de l'ensemble de ces études n'a pas permis de mettre en évidence de facteurs prédictifs de l'apparition d'une CPT. La qualité du soutien social reçu par ces femmes semble essentielle. Nos résultats tendent à démontrer que les deux premières années suivant les VC constituent une période charnière pour l'apparition de la CPT.

Key points

Intimate partner violence (IPV) is a main public health problem that affects millions of people throughout the world. Both physical and psychological consequences have been described. When violence comes to an end, complex psychic mechanisms help people to recover. The model of post-traumatic growth (PTG) has been proposed to define deep positive changes that can appear after a traumatic event to help people to recover. The aim of this review was to study the link between IPV and PTG.

We retrieved ten clinical studies from a literature search, demonstrating the existence of PTG

following IPV in women. Because of the methodological weakness of most of these studies, the prevalence of PTG was not evaluable precisely, as well as predictors of PTG. The quality of perceived social support may be of a main factor contributing to PTG. Our results tend to demonstrate that the first two years following IPV may be determining for the PTG process.

Introduction

Les violences conjugales (VC) sont définies comme celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou d'un concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS, en simple concubinage ou même séparé. Il peut s'agir de violences psychologiques (mots blessants, insultes, menaces, cris), physiques (coups, blessures) ou sexuelles (agression sexuelle, viol) [1]. Ces violences ne sont pas une qualification juridique car elles n'existent pas en droit pénal français. Elles constituent une circonstance aggravante des violences en général, des homicides, des meurtres et des assassinats depuis le Code pénal de 1994. Les enquêtes de victimation montrent que les VC touchent essentiellement les femmes. Selon les données fournies par Interstats, le service statistique du Ministère de l'Intérieur, l'enquête *Cadre de vie et sécurité 2019* révèle qu'environ 213 000 femmes majeures ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint et moins de 15 % de ces femmes ont déposé une plainte. Peu de données existent sur les hommes victimes de VC [2]. Les conséquences des VC sont de deux types : d'une part des conséquences physiques (blessures, traumatismes physiques, incapacités et handicaps, douleurs chroniques, mort [3]) et d'autre part des conséquences psychiques (troubles anxieux, dépression, idéation suicidaire, tentatives de suicide, abus de substance, troubles du sommeil, troubles alimentaires, troubles psychosomatiques, mésestime de soi, honte, culpabilité, trouble de stress post-traumatique [4, 5, 6]). Le concept de croissance post-traumatique (CPT) a été développé dans les années 1990 pour désigner l'ensemble des changements psychologiques positifs pouvant résulter de la confrontation d'un individu à un événement traumatique. Ce modèle postule qu'un individu confronté à une

situation grave mettant en jeu sa survie parviendrait non seulement à dépasser la crise entraînée par le trauma, mais également à en tirer des changements intérieurs majeurs et positifs, l'amenant à dépasser son niveau de fonctionnement psychologique pré-traumatique [7, 8, 9, 10]. L'existence d'une CPT a été rapportée à la suite de nombreux événements de vie comme les catastrophes naturelles, les deuils, la maladie ou le viol [9, 11, 12, 13, 14]. Peu d'études se sont intéressées à l'existence d'une CPT chez les victimes de VC.

L'objectif de cette revue de la littérature était d'évaluer l'existence, et le cas échéant la prévalence, de la CPT chez les femmes et les hommes victimes de VC.

Matériel et méthode

Critères de sélection des études

Type d'étude

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en considérant toutes les études examinant le lien entre CPT et VC. Les revues de littérature et méta-analyses étaient également incluses.

Population

Les études concernaient toutes les victimes de VC âgées d'au moins 16 ans sans critères restrictifs géographiques, de sexe, d'origine ethnique ou de nationalité. Pour être incluses dans cette revue, les études devaient porter sur des échantillons de sujets victimes de VC définies ou explorées selon des critères standardisés ou non, sans restriction de temporalité ni du type de VC. Les outils utilisés pour évaluer la CPT devaient être bien distincts d'une simple mesure du bien-être global.

Méthode de recherche et sélection des études

Identification

Les études ont été sélectionnées à partir de la base de données bibliographiques PUBMED/MEDLINE jusqu'en juin 2020.

Les mots-clés et l'équation de recherche utilisés étaient les suivants : (post-traumatic growth OR posttraumatic growth) AND (intimate partner violence OR intimate partner violences). Les articles étaient sélectionnés selon les critères d'inclusion à partir de la lecture du titre, des introductions, puis des résumés ou de l'article intégral si le titre ou le résumé faisait défaut.

Éligibilité

Les études retenues après la lecture du résumé ont été lues intégralement pour confirmer les critères d'inclusion, le type d'étude et la population étudiée. Cette lecture complète nous a permis d'accéder à d'autres références bibliographiques éventuellement citées, que nous avons incluses. Le travail a été répété jusqu'à ce que les références des articles se recoupent entre elles.

Analyse critique des études

Une liste de critères d'analyse a été constituée sous forme d'une grille de lecture (tableau 1) pour extraire les données des articles : auteur et année de publication ; caractéristiques de l'étude : schéma d'étude, localisation ; caractéristiques de l'échantillon : effectif, âge, sexe, appartenance ethnique, statut marital, nombre d'enfants, niveau d'études, comorbidités psychologiques et psychiatriques, type de VC ; méthode : outils utilisés ; résultats.

Résultats

Caractéristiques des études

Trois études qualitatives [15, 16, 19] et sept études quantitatives [17, 18, 20, 21, 22, 23, 24] ont été extraites de la littérature. Parmi ces études, deux s'intéressaient à des variables différentes chez une même population clinique [22, 23].

Caractéristiques des sujets

L'ensemble des études répertoriées a inclus 762 patients de multiples origines ethniques et âgés de 17 à 75 ans. Tous les sujets étaient des femmes. Pour chaque étude, l'âge moyen calculé était de 30 à 50 ans.

Le niveau scolaire des participants s'étendait du collège à l'université. Tous les statuts maritaux (mariage, divorce, séparation, veuvage, en couple, célibataire) étaient représentés. La plupart des femmes étaient également mères.

Critères étudiés et outils d'évaluation

Temps écoulé depuis les violences conjugales

Le temps écoulé depuis les dernières VC s'étendait d'une semaine à 25 ans [15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24]. La durée écoulée depuis les dernières VC n'était pas précisée dans une étude [18].

Type de violences conjugales

Les VC pouvaient être physiques, psychologiques ou morales [15, 17, 18, 19, 22, 23, 24]. Le type de violences n'était pas explicité dans trois études [16, 20, 21].

Méthode d'évaluation de la CPT

La CPT était évaluée à l'aide d'un entretien simple [24], d'un entretien thématique [15], d'un entretien à visée d'analyse phénoménologique [19], d'une « enquête ethnographique féministe » [16], d'un auto-questionnaire simple [18], de la PTGI [17, 20, 21] ou de sa forme simplifiée [22, 23].

Prévalence de la CPT

La prévalence de la CPT était de 67 % [17] à 100 % [15, 16, 19, 20]. Cette prévalence n'était pas évaluée dans cinq études [18, 21, 22, 23, 24].

Domaines concernés par la CPT

Les études ayant utilisé la PTGI comme outil d'évaluation de la CPT mettaient en évidence une croissance dans tous les domaines évalués : appréciation de la vie, force personnelle, relation aux autres, nouvelles possibilités, changement spirituel [17, 20, 21]. Concernant les études ayant employé la PTGI dans sa forme simplifiée, les domaines concernés par la CPT étaient répartis entre soutien social et non social, processus identitaires [22, 23].

Des domaines de CPT similaires étaient mis en évidence dans les autres études : se redécouvrir, se concentrer sur soi-même, s'engager dans une nouvelle perspective de soi, des autres et de la vie, accepter le soutien des autres, aider les autres, renforcer ses relations avec les autres, adapter son mode de vie, réaffirmer ses croyances et ses convictions religieuses [15] ; réaffirmation de soi, engagement social, renouvellement spirituel, croyance en l'avenir [16] ; se reconstruire [19] ; changements de soi [18] ; la volonté d'action, ne plus exposer les enfants à la violence, un changement de perspective de vie, le soutien social et non social [24].

Comorbidités psychologiques et psychiatriques associées à la CPT

Une seule étude s'est intéressée aux comorbidités psychologiques et psychiatriques des victimes de VC [17]. Cette étude mettait en évidence l'existence de symptômes dépressifs dont l'intensité était proportionnelle à la sévérité des violences.

Discussion

L'objectif de cette revue de la littérature était d'évaluer l'existence de la CPT chez les femmes et les hommes victimes de VC. Notre revue de la littérature portait sur dix articles et montrait l'existence d'une CPT chez 67 à 100 % des femmes victimes de VC.

La CPT désigne l'ensemble des changements intérieurs majeurs et positifs qui surviennent chez un individu à la suite d'une confrontation à une situation grave mettant en jeu sa survie. La CPT permet donc à l'individu de dépasser la crise entraînée par le trauma, mais également de dépasser son niveau de fonctionnement psychologique pré-traumatique [10]. Au vu du nombre conséquent de victimes de VC en France et des conséquences psychologiques qui peuvent en découler, il nous a paru fondamental de nous intéresser à ce concept. En total accord avec le concept de CPT, les chercheurs anglo-saxons préfèrent employer le terme *survivant* (*survivor*) à la place de celui de *victime* de VC. Cette distinction purement sémantique permet de mettre l'accent sur la capacité de force et de résistance des femmes ayant subi ce type de violences [16] et s'engage donc totalement dans l'idée d'un bénéfice possible à la suite d'un événement traumatique.

Les dix études répertoriées couvrent la période 2002-2020. Le résultat de cette recherche illustre donc la nouveauté de l'intérêt de la CPT chez les femmes victimes de VC, alors (1) que la CPT est étudiée dans de nombreux domaines tels que le cancer depuis plus de 20 ans, et (2) que les VC représentent un problème de santé public majeur. Il est intéressant de noter qu'aucune étude française n'a pu être isolée de l'analyse de la littérature et qu'aucune étude n'est actuellement en

cours en France¹. Il faut également souligner qu'aucune étude concernant les hommes n'a pu être mise en évidence. Pourtant, près de 15 % des hommes français déclaraient avoir été victimes de VC en 2019 [2] et ces chiffres sont en accord avec les données internationales. On peut alors se poser la question de l'existence de la CPT chez les hommes victimes de VC.

La prévalence de la CPT chez les femmes victimes de VC déterminée dans notre étude correspond à celle retrouvée à la suite d'autres événements traumatiques [9, 14, 25]. L'intensité de cette CPT telle que définie par plusieurs auteurs [7, 8, 17] n'a pu être définie qu'à l'aide des trois études ayant utilisé la PTGI, qui est l'outil psychométrique de référence et donc le plus documenté : les scores moyens étaient de $68,08 \pm 24,95$ [17], $62,74 \pm 29,47$ (moyenne $\pm$ écart-type) [20] et 72,3 (moyenne non calculée par les auteurs, évaluée pour cette étude, écart-type non calculable) [21]. Selon la grille d'interprétation proposée par Cobb *et al.* (2006), il s'agirait d'une CPT d'intensité faible à modérée [17]. Plusieurs auteurs avaient suggéré que l'évolution de la CPT n'était probablement pas linéaire [9, 26], ce que notre étude semble confirmer dans le cas des VC : la CPT se développait rapidement au cours des deux premières années suivant les VC, puis se stabilisait en terme d'intensité [22, 23], ce qui avait été suggéré précédemment dans d'autres conditions. Le temps écoulé depuis la survenue des VC semble donc être un facteur déterminant dans l'émergence de la CPT. Sa survenue pourrait être ralentie par des processus de revictimisation [7], qui sont fréquents chez les femmes victimes de VC. D'autres observations sont en contradiction avec celles présentées dans ce travail : en effet, le temps écoulé depuis la survenue d'un événement traumatique tel qu'un cancer du sein n'influait pas des domaines de la CPT comme la satisfaction de la vie [27, 28] ni le niveau de bonne santé perçu par les patientes [27, 29]. Il peut être supposé que des traumatismes différents engendreraient une CPT de temporalité différente.

Aucune étude n'a permis de faire un lien entre le type de VC et l'apparition de la CPT. Parmi les facteurs prédictifs de la CPT, le temps écoulé depuis les dernières VC et la sévérité des violences étaient retrouvés. Le soutien social reçu par les victimes était le facteur prédictif le plus important.

1 Site <https://clinicaltrials.gov>, consulté le 10 juillet 2020.

Un niveau d'éducation élevé était associé à une plus faible CPT [22]. La disponibilité des ressources de soutien social et le réseau relationnel revêtent une importance particulière pour faciliter la CPT, comme défini dans le modèle de CPT [8, 9]. Avoir la possibilité de faire le récit des violences subies permet la mise en place de ruminations volontaires, centrales dans le modèle de CPT, et également de donner un sens aux événements subis et de se remettre en question. Le soutien familial et amical est également un facteur majeur dans l'acceptation d'une meilleure estime de soi chez les personnes ayant subi des violences familiales [30]. Il est donc important que l'individu puisse faire le récit de ce qu'il a vécu à des personnes bienveillantes [7, 31, 32, 33].

Du fait des différentes méthodes d'évaluation de la CPT utilisées dans les études que nous avons répertoriées, il est difficile de déterminer précisément les domaines dans lesquels s'exprime la CPT. Les trois domaines qui semblent le plus souvent représentés dans ces études étaient : le soi, la spiritualité et les autres. Dans la mesure où les VC, particulièrement lorsqu'elles sont répétées, viennent altérer l'image que la femme victime a d'elle-même [30] et qu'elle finit très souvent par s'oublier pour se protéger ou pour protéger ses enfants, il n'est pas surprenant que sa reconstruction psychique passe par un recentrage sur sa personne, ses besoins, ses envies, et donc un bénéfice mesurable sur le soi. La faible estime de soi, qu'elle soit présente avant les VC ou qu'elle en résulte, est un facteur évident de revictimisation en l'absence d'un soutien et d'une prise en charge de la femme victime. Le lien aux autres peut donc facilement être fait. L'importance du soutien social a déjà été discuté précédemment. Notre travail retrouvait un lien positif entre le soutien social reçu par les femmes victimes de VC et l'émergence de la CPT [22]. L'ouverture aux autres permet également aux femmes victimes de VC de sortir de la solitude dans laquelle elles se sont retrouvées enfermées et de renouer avec un entourage parfois volontairement mis à l'écart. Quant à la spiritualité, elle a de tout temps guidé les individus vers un mieux-être, leur permettant d'aborder la vie avec plus de sérénité et d'affronter les épreuves avec plus de philosophie.

Une seule étude s'est intéressée aux conséquences psychiatriques des VC [17]. La présence d'une

symptomatologie dépressive a été mise en évidence chez l'ensemble des participantes dans cette étude. L'intensité de cette symptomatologie était significativement reliée à l'intensité des violences subies. Cependant, aucun lien statistique entre symptomatologie dépressive et CPT n'a pu être mis en évidence. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un syndrome caractérisé par une anesthésie émotionnelle, des reviviscences de l'évènement traumatique, des conduites d'évitement et des symptômes d'hyper-réactivité. Les VC sont un facteur de risque majeur de TSPT [34] avec une prévalence importante, puisqu'elle est estimée entre 45 et 84 % [36, 36]. La présence d'un TSPT n'a pas été explorée dans les études répertoriées dans ce travail. Il peut être supposé que différents facteurs externes ou internes chez les individus victimes de VC feront davantage évoluer vers un TSPT que vers une CPT.

Les mécanismes sous-jacents pouvant mener à la CPT ont été bien décrits [7, 8, 9, 10]. Brièvement, l'évènement traumatique est suivi par trois étapes : la compréhensibilité, qui permet à l'individu de comprendre ce qui lui est arrivé au travers de ruminations involontaires ; la gestion voit l'émergence de ruminations volontaires permettant la gestion et le traitement des émotions pénibles et de la détresse émotionnelle ; la signification marquée par des ruminations réfléchies sur la façon de reconstruire son monde, de trouver un sens à l'évènement, de remplacer les schémas antérieurs pour des schémas plus adaptés. Dans notre analyse de la littérature, une étude retrouvait un rôle essentiel de la centralité des événements et de l'exploration identitaire dans l'émergence précoce de la CPT [23], conformément avec le modèle de CPT. Ces processus ne modifiaient pas le niveau de CPT deux ans après la première évaluation [23].

Dans notre analyse de la littérature, une étude retrouvait un lien positif entre la présence du déni et du regret chez les victimes de VC et l'apparition de la CPT [21]. Ces résultats peuvent sembler surprenants dans la mesure où la CPT passe par une phase indispensable d'acceptation de la situation vécue. Aucune explication n'était proposée. Conformément au modèle de CPT, l'étude de Valdez & Lilly (2015) suggérait qu'une modification du schéma de pensées des femmes victimes de

VC leur aurait permis de se reconstruire positivement : perception différente du monde extérieur, vu comme maîtrisable, prévisibilité des événements, conscience de leur CPT [20]. Une meilleure perception de leurs émotions pourrait permettre aux femmes d'apprécier davantage la vie au sortir d'une relation violente : ainsi, des femmes victimes de VC estimaient mieux percevoir leurs émotions au sortir de cette relation qu'avant de s'y être engagée [37]. En outre, l'étude de Cobb *et al.* (2006) montrait que plus de la moitié des femmes interrogées déclaraient connaître une personne qui avait vécu une relation conjugale violente dont elle avait pu se sortir et vivre une vie meilleure par la suite ; ces femmes rapportaient des niveaux de CPT supérieurs à ceux des femmes n'ayant pas eu ce genre de modèle [17]. Ces résultats sont en accord avec ceux de Weiss (2002) [38] et également avec le modèle de CPT qui pointe l'importance du réseau social proche de l'individu agressé [39].

Conclusion

Notre revue de la littérature montre l'existence d'une CPT chez les femmes victimes de VC. Ce travail met en lumière le manque d'études cliniques de bonne qualité méthodologique visant à préciser le lien entre CPT et VC, et les mécanismes psychiques sous-jacents. La temporalité et le soutien social semblent deux facteurs déterminants dans la mise en place du processus de CPT. La mise en place d'interventions adaptées permettrait d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de VC, notamment dans les deux premières années qui suivent les violences. De telles stratégies englobant une prise en charge médico-psycho-sociale précoce pourraient permettre d'orienter les femmes vers un CPT plus que vers un TSPT en favorisant la verbalisation et l'élaboration sur l'évènement traumatique, et donc en « forçant » le passage à des « ruminations volontaires » qui sont un élément central dans le modèle de CPT.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

- [1] Ministère de la Justice. Les violences conjugales, 2012.
- [2] Interstats. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019. Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité, 2019.
- [3] Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women Health Issues* 2001;11(3):244-58.
- [4] Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;23:260-8.
- [5] Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Trit D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta analytic review. *Aggression and Violent Behavior* 2004;10:65-98.
- [6] Nathanson AM, Shorey RC, Tirone V, Rhatigan DL. The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012;3: 59-75.
- [7] Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9:455-71.
- [8] Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004;15(1):1-18.
- [9] Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress* 2004;17(1):11-21.
- [10] Magne H, Jaafari N, Voyer M. La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française. Accepté pour publication dans *l'Encéphale*, 2020.
- [11] Joseph SA, Brewin CR, Yule W, Williams R. Causal attributions and psychiatric symptoms in

survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *British Journal of Psychiatry* 1991;159:542-6.

- [12] Joseph S, Williams R, Yule W. Changes in outlook following disaster: the preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress* 1993;6:271-9.
- [13] Joseph S, Butler LD. Positive changes following adversity. *PTSD Research Quarterly* 2010;21(3):1-3.
- [14] Jin Y, Xu J, Liu H, Liu D. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014;28(1):67-73.
- [15] Senter KE, Caldwell K. Spirituality and the maintenance of change: a phenomenological study of women who leave abusive relationships. *Contemporary Family Therapy* 2002;24(4):543.
- [16] Taylor JY. Moving from surviving to thriving: African American women recovering from intimate male partner abuse. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2004;18(1):35-50.
- [17] Cobb AR, Tedeschi RG, Calhoun LG, Cann A. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress* 2006;19(6):895-903.
- [18] Song LY. Service utilization, perceived changes of self, and life satisfaction among women who experienced intimate partner abuse: the mediation effect of empowerment. *Journal of Interpersonal Violence* 2012;27(6):1112-36.
- [19] Hou WL, Ko NY, Shu BC. Recovery experiences of Taiwanese women after terminating abusive relationships: a phenomenology study. *Journal of Interpersonal Violence* 2013;28(1):157-75.
- [20] Valdez CE, Lilly MM. Posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence: an

assumptive world process. *Journal of Interpersonal Violence* 2015;30(2):215-31.

- [21] Arandia AMH, Mordeno IG, Nalipay MJN. Assessing the latent structure of posttraumatic growth and its relationship with cognitive processing of trauma among Filipino women victims of intimate partner abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 2016;33(18):2849-66.
- [22] Žukauskienė R, Kaniušonytė G, Bergman LR, Bakaitytė A, Truskauskaitė-Kunevičienė I. The Role of social support in identity processes and posttraumatic growth: a study of victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 2019 [published online ahead of print, 2019 Mar 21].
- [23] Bakaitytė A, Kaniušonytė G, Truskauskaitė-Kunevičienė I, Žukauskienė R. Longitudinal investigation of posttraumatic growth in female survivors of intimate partner violence: the role of event centrality and identity exploration. *Journal of Interpers Violence* 2020 [published online ahead of print, 2020 May 15].
- [24] Brosi M, Rolling E, Gaffney C, Kitch B. Beyond resilience: glimpses into women's posttraumatic growth after experiencing intimate partner violence. *The American Journal of Family Therapy* 2020;48(1):1-15.
- [25] Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2010;17(1):14-22.
- [26] Powel S, Rosner R, Butollo W, Tedeschi RG, Calhoun LG. Post traumatic growth after war: a study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology* 2003;59(1):71-83.
- [27] Perkins EA, Small BJ, Balducci L, Extermann M, Robb C, Haley, WE. Individual differences in well-being in older breast cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2007;62(1):74-83.

- [28] Robb C, Haley WE, Balducci L, Extermann M, Perkins EA, Small BJ, Mortimer J. Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Critical reviews in Oncology/Hematology* 2007;62(1):84-91.
- [29] Ganz PA, Greendale G, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology* 2003;21(22):4184-93.
- [30] Wiehe VR. Understanding family violence-treating and preventing partner, child, sibling, and elder abuse. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1998.
- [31] Neimeyer RA. The language of loss: grief therapy as a process of meaning reconstruction. In: Neimeyer RA, Ed. *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2001.
- [32] Shultz U, Mohamed NE. Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Social Science & Medicine* 2004;59:653-62.
- [33] Tedeschi RG, Kilmer PR. Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice* 2005;36:230-7.
- [34] Nathanson AM, Shorey RC, Tirone V, Rhatigan DL. The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012;3(1):59-75.
- [35] Hoskamp B, Foy DW. The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence* 1991;6(3):367-75.
- [36] Kemp A, Green BL, Hovanitz C, Rawlings EI. Incidence and correlates of posttraumatic-stress-disorder in battered women-shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence* 1995;10:43-55.
- [37] Follingstad DR, Brennan AF, Hause, ES, Polek DS, Rutledge LL. Factors moderating physical

and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence* 1991;6:81-95.

[38] Weiss T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: an intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology* 2002;20(2):65-80.

[39] Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychological Inquiry* 2004;15(1):93-102.

TABEAU 1 : Tableau récapitulatif des études s'intéressant au lien entre VC et CPT

Auteur, référence, année	Caractéristiques de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon	Caractéristiques des VC	Méthode	Résultats	Comorbidités psychiatriques
Senter, [15], 2002	Qualitative, transversale, Saint-Louis, USA	9 femmes d'origines ethniques multiples, âgées de $49,3 \pm 10,8$ ans ¹ ; mariées ou divorcées ; $2,6 \pm 1,8$ enfants/femme ¹ ; niveau d'études : secondaire à universitaire	Violences physiques ou psychologiques, terminées depuis au moins 3 ans ($25,8$ ans en moyenne)	Entretien (analyse thématique)	Prévalence de la CPT : 100 % ; domaines : se redécouvrir, se concentrer sur soi-même, s'engager dans une nouvelle perspective de soi, des autres et de la vie, accepter le soutien des autres, aider les autres, renforcer ses relations avec les autres, adapter son mode de vie, réaffirmer ses croyances et ses convictions religieuses	Non étudiées
Taylor, [16], 2004	Qualitative, transversale, Washington State, USA	21 femmes afro-américaines, âgées de 39 ans en moyenne (24 à 70 ans) ; certaines avaient des enfants (donnée non présentée) ; niveau d'études : au minimum secondaire	Type de violences non précisé, terminées depuis 6 ans en moyenne (6 mois à 21 ans)	Entretien (enquête ethnographique féministe)	Prévalence de la CPT : 100 % ; domaines : réaffirmation de soi, engagement social, renouvellement spirituel, croyance en l'avenir	Non étudiées
Cobb, [17], 2006	Quantitative, transversale, Caroline du Nord, USA	60 femmes d'origines ethniques multiples, âgées de 33 ± 10 ans ¹ ; en couple, mariées, séparées, divorcées ; $1,8 \pm 1,2$ enfants/femme ¹ ; niveau d'études : secondaire à universitaire	Violences physiques ou psychologiques, terminées depuis 2 mois en moyenne pour 40 femmes, 20 femmes toujours dans ces relations violentes	PTGI	Prévalence de la CPT : 67 % ; score à la PTGI : $68,08 \pm 24,95$ ¹ ; domaines : force personnelle, relation aux autres, nouvelles possibilités, changement spirituel	Dépression
Song, [18], 2012	Quantitative, transversale, République de Taïwan, CHINE	191 femmes asiatiques, âgées de $39,30 \pm 6,95$ ans ¹ ; en couple, mariées, divorcées ou veuves ; nombre d'enfant non présenté ; niveau d'étude : primaire à universitaire	Violences physiques ou psychologiques	Auto-questionnaire	Prévalence de la CPT non présentée ; domaines : changements de soi	Non étudiées
Hou, [19], 2013	Qualitative, transversale, République de Taïwan, CHINE	8 femmes asiatiques, âgées de 43 ans $\pm 6,8$ ans ¹ ; divorcées ou séparées ; $2,25 \pm 0,7$ enfants/femme ¹ ; niveau d'études : primaire à secondaire	Violences physiques ou psychologiques, terminées depuis au moins 6 mois ($4,6$ ans en moyenne)	Entretien (analyse phénoménologique)	Prévalence de la CPT : 100 % ; domaines : apprendre l'estime de soi en aidant les autres, apprendre à se maîtriser, reconnaître ses propres imperfections	Non étudiées

¹ moyenne $\pm$ écart type

TABLEAU 1 : Tableau récapitulatif des études s'intéressant au lien entre VC et CPT (suite)

Auteur, référence, année	Caractéristiques de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon	Caractéristiques des VC	Méthode	Résultats	Comorbidités psychiatriques
Valdez, [20], 2015	Quantitative, USA	3 femmes d'origines ethniques multiples, âgées de $30,91 \pm 10,54$ ans ¹ ; certaines avaient des enfants (donnée non présentée) ; niveau d'études : secondaire à universitaire	Type de violences non précisé, au moins 1 épisode dans les 6 derniers mois	PTGI	Prévalence de la CPT : 87 % ; score à la PTGI : $62,74 \pm 29,47$ ¹ ; domaines : vision positive du monde	Non étudiées
Arandia, [21], 2016	Quantitative, ASIE	217 femmes asiatiques, âgées de $36,48 \pm 10,75$ ans ¹ ; célibataires, en couple, mariées, divorcées ou veuves ; nombre d'enfant et niveau scolaire non présentés	Type de violences non précisé, au moins 1 épisode dans les 6 derniers mois	PTGI	Prévalence de la CPT non présentée ; score à la PTGI : 72,3 (moyenne calculée mais non présentée) ; domaines : appréciation de la vie, nouvelles possibilités, force personnelle, changement spirituel, relation aux autres	Non étudiées
Žukauskienė, [22], 2019	Quantitative, longitudinale, LITUANIE	217 femmes lituanaises, âgées de $38,92 \pm 10,29$ ¹ ; célibataires ou en couple ; nombre d'enfant non présenté ; niveau d'études : secondaire à universitaire	Tous types de violences, ayant eu lieu dans la semaine jusqu'à plus de 20 ans	PTGI forme simplifiée	Prévalence de la CPT non présentée ; domaines : soutien social et non social, processus identitaires	Non étudiées
Bakaitytė, [23], 2020	Quantitative, longitudinale, LITUANIE	221 femmes lituanaises, âgées de $38,92 \pm 10,29$ ¹ ; célibataires ou en couple ; nombre d'enfant non présenté ; niveau d'études : secondaire à universitaire	Tous types de violences, ayant eu lieu dans la semaine jusqu'à plus de 20 ans	PTGI forme simplifiée	Prévalence de la CPT non présentée ; domaines : processus identitaires ; augmentation de la CPT dans le temps	Non étudiées
Brosi [24], 2020	Quantitative, Oklahoma, USA	32 femmes d'origines ethniques multiples, âgées de 24 à 59 ans ; séparées, mariées, divorcées ou veuves ; certaines avaient des enfants (donnée non présentée) ; niveau d'études non présenté	Violences physiques en cours	Entretien	Prévalence de la CPT non présentée ; domaines : la volonté d'action, ne plus exposer les enfants à la violence, perspective de vie changée, le soutien social et non social	Non étudiées

¹ moyenne $\pm$ écart type

ÉTUDE PILOTE :
ÉTUDE DE LA CROISSANCE POST-TRAUMATIQUE
CHEZ LES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES
DANS LA VIENNE

1. Justification de l'étude

Selon les derniers chiffres de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, **plus de 85 000 victimes ont déposé plainte pour violences conjugales (VC) en 2016**. Ces chiffres, en augmentation par rapport à 2015 (+ 3 %) ne reflètent qu'une partie de la réalité puisque les enquêtes de victimation démontrent que 14 % seulement des victimes de VC déposeraient plainte à la suite de violences de la part de leur conjoint ou ex-conjoint (ONDRP 2017).

Outre des **blessures physiques** (contusions, plaies, fractures, décès parfois), les VC sont génératrices de **troubles psychiques** (troubles de l'humeur, abus de substances). L'évolution du traumatisme psychique ressenti par les victimes de VC est multiple : résolution, spontanée ou aidée, enkystement avec développement d'un état de stress aigu voire d'un trouble de stress post-traumatique, résilience ou croissance post-traumatique.

La croissance post-traumatique (CPT) se définit comme l'ensemble des changements psychologiques positifs rapportés par une personne à la suite d'évènements traumatiques. Cinq domaines de développement sont concernés par cette CPT : l'appréciation de la vie, les relations aux autres, le développement d'une force personnelle, les nouvelles possibilités et le développement d'une certaine spiritualité (Tedeschi & Calhoun 1996). La CPT n'est pas systématique après un événement difficile (Tedeschi & Calhoun 2004). **Notre étude bibliographique a montré (1) qu'il existe peu de données concernant l'étude de la CPT chez les victimes de VC à l'échelle internationale, et (2) l'absence d'étude française dans ce domaine.**

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude pilote est de déterminer les caractéristiques de la CPT dans chacun des 5 domaines de développement, dans une population de victimes de VC *versus* une population de victimes de traumatismes psychiques autres que des VC.

Le résultat attendu est qu'il existe des dimensions de la CPT plus spécifiques aux victimes de VC *versus* une population de victimes de traumatismes psychiques autres que des VC, notamment dans la dimension « relations aux autres ».

Le critère de jugement principal est l'évaluation de la CPT à l'aide de l'inventaire de développement post-traumatique (PTGI, *Posttraumatic Growth Inventory*, Tedeschi & Calhoun 1996), échelle d'évaluation validée en français (Lelorain *et al.* 2010). Le PTGI se compose de 21 items répartis en 5 catégories (relations aux autres, nouvelles possibilités, force personnelle, changement spirituel, appréciation de la vie). La réponse possible à chaque item va de 0 (*je n'ai pas du tout vécu de changement du fait des violences conjugales*) à 5 (*j'ai totalement vécu ce changement*), en passant par 1 (*très peu*), 2 (*peu*), 3 (*un peu*) et 4 (*beaucoup*). Le changement est considéré comme vécu à partir d'un score de 3 (*changement un peu vécu*). Cobb *et al.* (2006) suggèrent l'interprétation suivante du score global : 0 à 20 = absence de croissance, 21 à 41 = très faible degré de croissance, 42 à 62 = faible degré de croissance, 63 à 83 = degré de croissance modéré, 84 à 104 = croissance importante, 105 = croissance très importante.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire et étudier le lien éventuel entre les données suivantes et la CPT :
 - les caractéristiques socio-démographiques : âge, sexe, statut marital, niveau d'études,
 - le type de violences subies : VC, autres violences.
- Caractériser la CPT : intensité globale, intensité de chacune des 5 dimensions à l'aide de la PTGI.
- Déterminer chez les victimes de VC s'il existe un lien entre la CPT et le trouble de stress post-

traumatique (TSPT) évalué à l'aide de l'échelle PCL-5 (*Post-traumatic stress disorder CheckList* version DSM-5, Weathers *et al.* 2013), échelle validée en français (Ashbaugh *et al.* 2016). L'échelle est composée de 20 items reprenant les trois syndromes du TSPT (intrusion, évitement, hyperstimulation) sur la base des symptômes présentés dans le DSM-5. Le sujet doit coter chaque item entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent. Un score de 33 à 38 est proposé pour faire le dépistage du TSPT. Le diagnostic de TSPT est porté à partir d'un score de 38. La notation distingue 4 sous-échelles basées sur les clusters B à E du DSM-5 : une sous-échelle des symptômes intrusifs (items 1 à 5), une sous-échelle d'évitement (items 6 et 7), une sous-échelle d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (items 8 à 14) et une sous-échelle d'activation neurovégétative (items 15 à 20).

3. Matériels et méthodes

3.1. Choix de l'étude

Il s'agit d'une étude pilote épidémiologique qualitative descriptive monocentrique.

3.2. Population étudiée

3.2.1. Recrutement des victimes

L'étude concerne toutes les personnes majeures consultant :

- (1) au Centre de Psychotraumatologie du CH Henri Laborit de Poitiers pendant 4 mois et bénéficiant d'une première consultation infirmière pendant laquelle sont administrés différents questionnaires dont les échelles PTGI et PCL-5 ;
- (2) à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers pendant 4 mois et acceptant de remplir un questionnaire anonyme comprenant les données socio-démographiques d'intérêt et les différents questionnaires.

3.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Homme ou femme âgé(e) de plus de 18 ans,
- Rencontré(e) au Centre de Psychotraumatologie du CH Henri Laborit de Poitiers ou à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers.

Les critères d'exclusion sont :

- Retard mental majeur,
- Trouble psychiatrique majeur décompensé.

3.2.3. Nombre de sujets nécessaires

Lors de l'élaboration de notre protocole, nous n'avons pas calculé le nombre de sujets nécessaires et ce pour plusieurs raisons. D'une part, ce calcul est préférentiellement indiqué dans le cadre d'études réalisées en intention de traiter, afin d'obtenir une puissance statistique suffisante tout en tenant compte de la dimension éthique (estimation d'un nombre minimal pour éviter une surexposition inutile à un traitement) et logistique (le nombre de sujets déterminant la faisabilité de l'étude et son coût prévisionnel) ; il se prête donc peu aux études non interventionnelles, et utilisant des auto-questionnaires à variables multiples comme instrument de mesures. D'autre part, ce calcul nécessite un nombre suffisant de données antérieures pour pouvoir être le plus rigoureux et le moins biaisé possible ; ceci n'était pas possible dans notre étude, du fait de données insuffisantes concernant les moyennes des différentes catégories de l'échelle PTGI pour des populations semblables à la nôtre.

3.2.4. Aspects éthiques

Le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers a examiné et approuvé le protocole de cette étude, ainsi que le recueil de données auprès des victimes (référence 2020-01).

3.3. Recueil et analyse statistique des données

Les données ont été recueillies via un questionnaire papier conçu pour cette étude, puis répertoriées dans un fichier informatisé pour analyses statistiques.

L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel Microsoft Excel® (version 2019). Les données socio-démographiques et cliniques ont été exprimées en moyennes, écarts-types, effectifs et pourcentages. Les résultats aux échelles PTGI et PCL-5 ont été analysés par un test ANOVA afin de comparer l'ensemble des groupes ; lorsque les résultats étaient significativement différents, une analyse *post hoc* par un test *t* de Student a été réalisée entre le groupe d'intérêt et les autres groupes.

Lorsqu'il existait simultanément une CPT et un TSPT dans un groupe, un test de corrélation a été réalisé entre les échelles PTGI et PCL-5 par le test de Pearson. Les tests de comparaison réalisés étaient bilatéraux avec un seuil de signification de 5 %. Une différence était ainsi considérée statistiquement significative lorsque la valeur p était inférieure à 0,05 ($p < 0,05$). Une tendance était définie comme une valeur p supérieure à 0,05 et inférieure à 0,10 ($0,05 < p < 0,10$).

1. Caractéristiques socio-démographiques

L'ensemble des données socio-démographiques est présenté dans le Tableau 1.

L'étude a inclus 59 patients (39 % via l'Unité Médico-Judiciaire, 61 % via le Centre de Psychotraumatologie). Trois sous-groupes ont été constitués : groupe *violences conjugales* (VC, n = 17), groupe *agressions sexuelles* (AS, n = 19) et groupe *autres violences interpersonnelles* (AVIP, n = 23). Dans ce dernier groupe, les effectifs par type d'agression étaient : violences intra-familiales autres que VC n = 3, violences extra-familiales n = 16, accidents sur la voie publique n = 2, actes de tortures et de barbarie n = 2. Il n'y avait pas de différence significative entre les effectifs des trois sous-groupes.

L'âge moyen $\pm$ écart-type était, pour les groupes VC, AS et AVIP, respectivement : 34,00 $\pm$ 11,20 ans, 34,37 $\pm$ 15,31 ans et 37,00 $\pm$ 11,21 ans (différence non significative). Il y avait significativement plus d'hommes que de femmes dans le groupe AVIP (60,9 % et 39,1 %, respectivement) que dans les groupes VC et AS (ANOVA et test *t* de Student *post-hoc* : $p < 0,05$). Les populations étaient comparables en terme de statut marital, de nombre d'enfants et de situation professionnelle actuelle. Concernant la catégorie socio-professionnelle, une tendance était observée entre les trois groupes (ANOVA : $p = 0,08$).

Tableau 1 : Données socio-démographiques

	VC	AS	AVIP
EFFECTIF (nombre, %)	n = 17 (28,8 %)	n = 19 (32,2 %)	n = 23 (39 %)
AGE (années, moyenne $\pm$ écart-type)	34,00 $\pm$ 11,20	34,37 $\pm$ 15,31	37,00 $\pm$ 11,21
SEXE			
Nombre d'hommes	2 (11,8 %)	3 (15,8 %)	14 (60,9 %)*
Nombre de femmes	15 (88,2 %)	16 (84,2 %)	9 (39,1 %)*
STATUT MARITAL (nombre, %)			
Célibataire	8 (47,1 %)	11 (57,9 %)	14 (61 %)
En concubinage	1 (5,9 %)	3 (15,8 %)	2 (8,7 %)
Marié(e)	2 (11,8 %)	0	3 (13,0 %)
Marié(e) mais séparé(e)	2 (11,8 %)	3 (15,8 %)	0
Divorcé(e) et seul(e)	2 (11,8 %)	2 (10,5 %)	1 (4,3 %)
Divorcé(e) et de nouveau en couple	1 (5,9 %)	0	3 (13,0 %)
Veuf/veuve	1 (5,9 %)	0	0
ENFANTS (nombre, %)			
oui	11 (64,7 %)	7 (36,8 %)	12 (52,20 %)
non	6 (35,3 %)	12 (63,2 %)	11 (47,8 %)
PROFESSION (nombre, %)			
<i>Catégorie socio-professionnelle :</i>			
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1 (5,9 %)	0	4 (17,4 %)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3 (17,6 %)	1 (5,3 %)	3 (13,0 %)
Professions intermédiaires	3 (17,6 %)	2 (10,5 %)	4 (17,4 %)
Employés	6 (35,4 %)	2 (10,5 %)	3 (13,0 %)
Ouvriers	1 (5,9 %)	1 (5,3 %)	1 (4,4 %)
Retraités	0	2 (10,5 %)	1 (4,4 %)
Autres personnes sans activité professionnelle	3 (17,6 %)	11(57,9 %)	7 (30,4 %)
<i>Situation actuelle :</i>			
Étudiant	1 (5,9 %)	7 (36,8 %)	4 (17,4 %)
En activité	15 (88,2 %)	5 (26,3 %)	11 (47,8 %)
Chômage	1 (5,9 %)	3 (15,8 %)	7 (30,4 %)
Retraite	0	2 (10,5 %)	1 (4,4 %)
Invalidité	0	1 (5,3 %)	0
Congés maternité	0	1 (5,3 %)	0

Statistiques : analyse de variance entre les trois groupes par ANOVA, puis analyse *post-hoc* par test

t de Student *versus* groupe VC : * $p < 0,05$

2. Résultats à l'échelle PTGI

L'ensemble des données est présenté dans les Tableaux 2.1, 2.2 et 2.3.

Concernant le score total à l'échelle PTGI (Tableau 2.1), les moyennes $\pm$ écarts-types étaient de $56,12 \pm 17,27$, $46,26 \pm 18,09$ et $36,13 \pm 17,28$ pour les groupes VC, AS et AVIP, respectivement. Ces moyennes étaient significativement différentes entre les 3 groupes ($p = 0,0032$). Les analyses *post hoc* montraient une différence significative entre les groupes VC/AVIP ($p = 0,0009$) et une tendance entre les groupes VC/AS ($p = 0,052$).

L'analyse des différentes dimensions de l'échelle PTGI ne montrait pas de différence significative entre les trois groupes pour les dimensions *force personnelle* et *appréciation de la vie* ($p > 0,05$). Une différence significative existait entre les trois groupes pour la dimension *nouvelles opportunités* ($p = 0,001$) ; les analyses *post hoc* retrouvaient alors une différence significative entre les groupes VC/AS et VC/AVIP ($p < 0,05$). Concernant la dimension *relations aux autres*, il existait une différence significative entre les trois groupes ($p = 0,003$) ; les analyses *post hoc* retrouvaient alors une différence significative entre les groupes VC/AVIP ($p = 0,003$) et une tendance entre les groupes VC/AS ($p = 0,07$). Concernant la dimension *changements spirituels*, une différence significative était observée entre les trois groupes ($p = 0,0018$), que les analyses *post hoc* mettaient en évidence entre les groupes VC/AVIP ($p = 0,012$).

Lorsque le score global à l'échelle PTGI était analysé selon la provenance des patients (Unité Médico-Judiciaire ou Centre de Psychotraumatologie) (Tableau 2.2), il existait une différence significative au score total de l'échelle PTGI dans le groupe Unité Médico-Judiciaire ($p = 0,0010$) : les analyses *post-hoc* montraient une différence entre les groupes VC/AVIP (moyennes $\pm$ écarts-types : $59,44 \pm 11,79$ et $30,80 \pm 16,21$, respectivement, $p = 0,0003$). L'analyse statistique *post hoc* des différentes dimensions montrait une différence entre les groupes VC/AVIP pour les dimensions *relations aux autres* ($p = 0,0020$), *nouvelles opportunités* ($p = 0,0037$), *force personnelle* ($p = 0,021$), *changements spirituels* ($p = 0,0056$), et *appréciation de la vie* ($p = 0,020$),

dans le sens de moyennes plus importantes dans le groupe VC. Dans le sous-groupe Centre de Psychotraumatologie, il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes pour le score total à l'échelle PTGI. Lorsque l'échelle PTGI était analysée par dimension, l'analyse par ANOVA retrouvait une tendance statistique dans les dimensions *relation aux autres* ($p = 0,09$) et *changement spirituel* ($p = 0,08$).

Lorsque les patients étaient analysés selon leur âge (moins de 20 ans, 21-40 ans, 41-60 ans) (Tableau 2.3), l'analyse par ANOVA retrouvait une tendance statistique pour la tranche d'âge 21-40 ans ($p = 0,08$).

Tableau 2.1 : Scores à l'échelle PTGI

	VC	AS	AVIP
TOTAL (moyenne $\pm$ écart-type)	56,12 $\pm$ 17,27	46,26 $\pm$ 18,09 [#]	36,13 $\pm$ 17,28*
Relation aux autres	18,65 $\pm$ 6,95	14,05 $\pm$ 9,15 [#]	10,17 $\pm$ 6,33*
Nouvelles opportunités	13,53 $\pm$ 4,69	9,79 $\pm$ 4,91*	8,48 $\pm$ 5,65*
Force personnelle	11,65 $\pm$ 4,47	9,47 $\pm$ 6,00	9,30 $\pm$ 4,79
Changements spirituels	3,88 $\pm$ 3,46	4,31 $\pm$ 2,85	1,26 $\pm$ 2,36*
Appréciation de la vie	8,41 $\pm$ 3,12	6,63 $\pm$ 3,90	6,91 $\pm$ 4,24

Tableau 2.2 : Scores à l'échelle PTGI selon la provenance des patients

	VC	AS	AVIP
Unité Médico-Judiciaire (moyenne $\pm$ écart-type)	59,44 $\pm$ 11,79	57,75 $\pm$ 17,44	30,80 $\pm$ 16,21*
Relation aux autres	19,00 $\pm$ 7,73	21,75 $\pm$ 13,25	7,05 $\pm$ 5,08*
Nouvelles opportunités	14,11 $\pm$ 4,16	10,00 $\pm$ 4,08	7,20 $\pm$ 4,80*
Force personnelle	13,11 $\pm$ 1,16	11,75 $\pm$ 7,96	9,70 $\pm$ 7,01*
Changements spirituels	3,78 $\pm$ 2,38	3,75 $\pm$ 2,63	0,70 $\pm$ 1,56*
Appréciation de la vie	9,44 $\pm$ 1,13	8,50 $\pm$ 2,64	5,70 $\pm$ 4,16*
Centre de Psychotraumatologie (moyenne $\pm$ écart-type)	52,38 $\pm$ 22,20	41,20 $\pm$ 17,55	40,23 $\pm$ 17,55
Relation aux autres	18,25 $\pm$ 6,47	12,00 $\pm$ 6,98	12,23 $\pm$ 6,61
Nouvelles opportunités	12,88 $\pm$ 5,43	9,73 $\pm$ 5,24	9,46 $\pm$ 6,23
Force personnelle	10,00 $\pm$ 6,18	8,86 $\pm$ 6,07	9,00 $\pm$ 4,79
Changements spirituels	4,00 $\pm$ 4,57	4,46 $\pm$ 2,97	1,69 $\pm$ 2,81
Appréciation de la vie	7,25 $\pm$ 4,23	6,13 $\pm$ 4,10	7,84 $\pm$ 4,21

Tableau 2.3 : Scores à l'échelle PTGI selon l'âge des patients

	VC	AS	AVIP
18-20 ans	-	55,5 $\pm$ 28,99	34,00 $\pm$ 0
21-40 ans	54,60 $\pm$ 20,26	39,67 $\pm$ 19,31	37,20 $\pm$ 18,82
41-60 ans	60,80 $\pm$ 15,05	50,80 $\pm$ 7,56	34,17 $\pm$ 14,27

Statistiques : analyse de variance entre les trois groupes par ANOVA, puis analyse *post-hoc* par test

t de Student *versus* groupe VC : * $p < 0,05$; [#] $0,05 < p < 0,10$

3. Résultats à l'échelle PCL-5

L'ensemble des données est présenté dans les Tableaux 3.1 et 3.2.

Concernant le score global à l'échelle PCL-5, les moyennes $\pm$ écarts-types étaient de $48,88 \pm 12,94$, $41,68 \pm 11,13$ et $44,83 \pm 18,32$ pour les groupes VC, AS et AVIP, respectivement. Ces résultats n'étaient pas statistiquement différents, de même que les moyennes aux quatre sous-échelles ($p > 0,05$). Selon les critères de validation de l'échelle PCL-5, il existait un TSPT dans tous les groupes (score global > 38).

Lorsque les patients étaient analysés selon leur provenance (Unité Médico-Judiciaire ou Centre de Psychotraumatologie) (Tableau 3.2), il n'existait pas de différence significative dans le groupe Unité Médico-Judiciaire pour le score global à l'échelle PCL-5 ou ses quatre sous-échelles ($p > 0,05$). Selon les critères de validation de l'échelle PCL-5, il existait un TSPT dans les groupes VC et AS (score global > 38), et un TSPT probable dans le groupe AVIP (score globale = $36,20 \pm 21,87$). Pour les trois groupes VC, AS et AVIP, il n'existait aucune différence statistique entre les scores des quatre sous-échelles. Dans le groupe Centre de Psychotraumatologie, le score total était de $55,12 \pm 11,35$, $42,60 \pm 9,86$ et $51,46 \pm 12,38$ (moyenne $\pm$ écart-type, pour les groupes VC, AS et AVIP, respectivement). Selon les critères de validation de l'échelle PCL-5, il existait un TSPT dans les trois groupes (score global > 38). La comparaison statistique des trois groupe retrouvait une différence significative ($p = 0,028$) que les analyses *post-hoc* mettaient en évidence entre les groupes VC/AS ($p = 0,020$). Cette différence significative *post-hoc* entre les groupes VC/AS était retrouvée pour la sous-échelle *altérations négatives des cognitions et de l'humeur* ($p = 0,025$).

Tableau 3.1 : Score à l'échelle PCL-5

	VC	AS	AVIP
TOTAL (moyenne $\pm$ écart-type)	48,88 $\pm$ 12,94	41,68 $\pm$ 11,13	44,83 $\pm$ 18,32
Symptômes intrusifs	13,24 $\pm$ 4,34	12,16 $\pm$ 4,30	11,22 $\pm$ 5,57
Évitement	5,71 $\pm$ 1,57	4,37 $\pm$ 2,69	5,39 $\pm$ 2,23
Altérations négatives des cognitions et de l'humeur	16,41 $\pm$ 6,18	13,79 $\pm$ 5,09	16,39 $\pm$ 7,23
Activation neurovégétative	13,53 $\pm$ 3,95	11,37 $\pm$ 3,09	11,83 $\pm$ 6,56

Tableau 3.2 : Score à l'échelle PCL-5 selon la provenance des patients

	VC	AS	AVIP
Unité Médico-Judiciaire (moyenne $\pm$ écart-type)	43,33 $\pm$ 11,75	38,25 $\pm$ 16,35	36,20 $\pm$ 21,87
Symptômes intrusifs	11,67 $\pm$ 5,02	12,25 $\pm$ 5,31	8,00 $\pm$ 5,98
Évitement	5,55 $\pm$ 1,33	3,00 $\pm$ 3,36	4,60 $\pm$ 2,17
Altérations négatives des cognitions et de l'humeur	13,00 $\pm$ 4,18	12,75 $\pm$ 7,13	14,80 $\pm$ 9,17
Activation neurovégétative	14,00 $\pm$ 3,70	10,25 $\pm$ 3,09	8,80 $\pm$ 7,29
Centre de Psychotraumatologie (moyenne $\pm$ écart-type)	55,12 $\pm$ 11,35	42,60 $\pm$ 9,86*	51,46 $\pm$ 12,38
Symptômes intrusifs	15,00 $\pm$ 2,72	12,13 $\pm$ 4,20	13,69 $\pm$ 3,83
Évitement	5,87 $\pm$ 1,88	4,73 $\pm$ 2,49	6,00 $\pm$ 2,16
Altérations négatives des cognitions et de l'humeur	20,23 $\pm$ 5,94	14,07 $\pm$ 4,69*	17,52 $\pm$ 5,37
Activation neurovégétative	13,11 $\pm$ 4,34	11,67 $\pm$ 3,13	14,15 $\pm$ 5,04

Statistiques : analyse de variance entre les trois groupes par ANOVA, puis analyse *post-hoc* par test

t de Student *versus* groupe VC : * $p < 0,05$

4. Tests de corrélation entre les échelles PTGI et PCL-5

L'ensemble des résultats aux tests de corrélation est présenté dans le Tableau 4.

Dans le groupe VC, les analyses statistiques montrent une corrélation négative entre l'échelle PTGI et l'échelle PCL-5, que l'on considère les effectifs totaux (coefficient de corrélation = - 0,582), les patients provenant de l'Unité Médico-Judiciaire (coefficient de corrélation = - 0,642) ou du Centre de Psychotraumatologie (coefficient de corrélation = - 0,557).

Dans le groupe AS, les analyses statistiques montrent également une corrélation négative entre l'échelle PTGI et l'échelle PCL-5, lorsque l'on considère les effectifs totaux (coefficient de corrélation = - 0,591) ou le groupe de patients provenant de l'Unité Médico-Judiciaire (coefficient de corrélation = - 0,832). L'absence de CPT dans le groupe de patients provenant du Centre de Psychotraumatologie ne permet pas de réaliser un test de corrélation.

Dans le groupe AVIP, il n'y avait pas de CPT, ou de TSPT, rendant le test de corrélation impossible.

Tableau 4 : Corrélations entre l'échelle PTGI et l'échelle PCL-5

	VC	AS	AVIP
EFFECTIFS TOTAUX	- 0,582	- 0,591	NA
Unité Médico-Judiciaire	- 0,642	- 0,832	NA
Centre de Psychotraumatologie	- 0,557	NA	NA

NA : non applicable du fait de l'absence de CPT ou de TSPT. Statistiques : test de corrélation de Pearson.

Discussion

Considérations générales :

La première partie de cette thèse consistait à préciser le concept de CPT, un concept méconnu de la psychiatrie francophone. Ce concept a été défini dès les années 1990 par des psychologues nord-américains et a donné lieu à une recherche anglo-saxonne prolixe dans le champ de la santé mentale. Notre analyse bibliographique a donné lieu à un article accepté pour publication dans la revue *L'Encéphale* (article 1). A la suite de ce travail, nous nous sommes intéressés à l'existence de la CPT chez les victimes de VC. Notre analyse de la littérature internationale (article 2, soumis à *La Presse Médicale*, en cours de révision) a mis en évidence le manque d'études cliniques dans ce domaine, ainsi que leur faiblesse méthodologique. L'objectif de l'étude pilote que nous avons menée au cours de cette thèse était donc de déterminer l'existence d'une CPT chez les victimes de VC dans une population clinique d'hommes et de femmes recrutés via l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers et le Centre de Psychotraumatologie du CH Henri Laborit de Poitiers. Notre hypothèse de travail était que cette CPT existait chez les victimes de VC, et qu'elle s'exprimait différemment entre des victimes de VC et des victimes de violences autres que des VC.

Nous avons choisi de diviser notre population clinique en trois groupes : le groupe VC, qui constituait le groupe d'intérêt de notre étude, le groupe AS et le groupe AVIP. Cette analyse arbitraire se justifie par l'existence d'une littérature relativement abondante sur l'existence d'une CPT chez les victimes d'agressions sexuelles (Ulloa *et al.* 2016). Il nous a paru intéressant d'analyser séparément les groupes AS et AVIP, la dimension *relation aux autres* de la CPT pouvant être affectée à la suite d'agressions sexuelles. Cette dimension de la CPT était celle que nous pensions exprimée différemment entre des victimes de VC et des victimes de violences autres que des VC.

Nous avons également choisi de présenter les résultats selon l'origine des patients, à savoir

un recrutement via l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers ou via le Centre de Psychotraumatologie du CH Henri Laborit de Poitiers. En effet, nous souhaitons (1) nous affranchir d'un éventuel biais de recrutement, et (2) évaluer un éventuel impact de la temporalité sur les mesures réalisées dans notre population clinique. Les victimes se présentant à l'Unité Médico-Judiciaire consultent dans un délai très court à la suite des violences subies et du dépôt de plainte qui en a découlé, et sont donc souvent dans une démarche active de reconnaissance de leur préjudice. Les victimes se présentant au Centre de Psychotraumatologie consultent souvent beaucoup plus tard après les violences subies, et sont donc dans une démarche psychologique différente, en quête de reconstruction.

Existence d'une CPT chez les victimes de VC :

Nos résultats montrent l'existence d'une CPT chez les victimes de VC, conformément aux quelques études que nous avons répertoriées dans notre analyse bibliographique (article 2). Ces résultats valident donc notre hypothèse de travail. Selon les études, la prévalence de la CPT à la suite de VC était estimée entre 67 et 100 % (article 2). En employant les critères définis par Cobb *et al.* (2006) qui évaluent l'existence d'une CPT à partir d'un score de 42 à l'échelle PTGI, la prévalence de la CPT dans notre population clinique était estimée à 82 % (résultats non présentés). L'intensité de la CPT évaluée à l'aide des mêmes critères était définie comme faible, que les résultats à l'échelle PTGI soient pris dans leur ensembles ou selon la provenance des patients. Nos résultats indiquent cependant une tendance à une CPT modérée plus forte chez les victimes recrutées via l'Unité Médico-Judiciaire que celles recrutées via le Centre de Psychotraumatologie. Bien qu'une simple tendance statistique, ces résultats semblent en accord avec plusieurs études rapportant une CPT non linéaire (Powel *et al.* 2003, Linley & Joseph 2004), avec une apparition et une évolution rapides au cours des deux premières années suivant les VC puis une stabilisation (Žukauskienė *et al.* 2019, Bakaitytė *et al.* 2020).

Existence d'une CPT chez les victimes d'AS :

Nos résultats montrent l'existence d'une CPT chez les victimes d'AS, conformément à plusieurs études répertoriées dans une revue de la littérature récente (Ulloa *et al.* 2016). Cette CPT n'existe dans notre population clinique que lorsque les résultats à l'échelle PTGI sont pris de façon globale et dans la sous-population clinique de l'Unité Médico-Judiciaire. L'utilisation des critères de Cobbs *et al.* (2006) définit cette CPT comme d'intensité faible. Il n'y a pas de CPT dans la sous-population recrutée via le Centre de Psychotraumatologie ; toutefois ces résultats sont à prendre avec prudence, le résultat moyen à la PTGI étant de $41,20 \pm 17,55$ et un score de 42 étant nécessaire pour parler d'une CPT d'intensité faible *stricto sensu*. Les scores à l'échelle PTGI indiquent toutefois une CPT plus importante chez les victimes recrutées via l'Unité Médico-Judiciaire, tendant à nouveau à confirmer une apparition de la CPT rapide avant stabilisation (Žukauskienė *et al.* 2019, Bakaitytė *et al.* 2020).

Existence d'une CPT chez les victimes d'AVIP :

Dans notre population clinique, il n'existait pas de CPT dans le groupe AVIP, que les scores à l'échelle PTGI soient pris globalement ou selon la provenance des patients. Dans la sous-population recrutée via le Centre de Psychotraumatologie, le résultat moyen à la PTGI étant de $40,23 \pm 17,25$ et un score de 42 étant nécessaire pour parler d'une CPT d'intensité faible *stricto sensu*, il peut être évoqué une tendance à l'existence d'une CPT. Ces résultats ne sont pas surprenants dans la mesure où ce groupe comprenait des victimes au sens large, pour mémoire des victimes de violences intra-familiales, de violences extra-familiales, d'accidents de la voie publique et d'actes de tortures et de barbarie. Les effectifs de chacune de ces sous-catégories ne sont pas suffisants pour dégager, *a minima*, une tendance statistique dans les résultats. Bien que de nombreuses études aient été réalisées sur l'existence d'une CPT chez les malades atteints de différentes pathologies, d'accidents de la route ou de victimes de catastrophes naturelles (Xiaolia *et*

al. 2019), peu d'études se sont intéressées aux victimes représentées dans notre groupe.

Différence de la CPT selon l'âge et le sexe des victimes :

Dans notre analyse des résultats de l'échelle PTGI selon trois groupes de patients, à savoir moins de 20 ans, 21-40 ans et 41-60 ans, nous n'avons pas mis en évidence d'effet âge. Il ne nous est donc pas possible de conclure sur un lien qui pourrait affecter l'apparition ou l'intensité de la CPT selon l'âge des victimes de VC, et ce quel que soit le groupe de victimes considéré. Dans notre étude, les âges des trois groupes étaient comparables entre eux en moyenne, et s'étendaient de 18 à 60 ans. Une revue de la littérature et méta-analyse récente a conclu que, tous types de traumatismes confondus, les victimes de moins de 60 ans développeraient une CPT plus importante (Xiaolia *et al.* 2019). L'analyse réalisée par ces auteurs montraient que les victimes âgées de moins de 60 ans avaient vécu un trauma plus récent que les autres victimes, et faisait donc un lien entre la durée écoulée depuis le trauma et l'apparition de la CPT. Ces résultats confirment ceux de précédentes études ayant conclu que les victimes les plus jeunes semblaient développer plus facilement une CPT (Powell *et al.* 2003, Linley & Joseph 2004, Helgeson *et al.* 2006).

Plusieurs études tendent à démontrer une différence de CPT selon le sexe des victimes. En effet, les femmes déclareraient plus souvent l'apparition d'une CPT que les hommes, et également une intensité de CPT plus importante (Curbow *et al.* 1993, Park *et al.* 1996, Widows *et al.* 2005, Akbara *et al.* 2016). Les raisons d'une telle association restent inconnues. La répartition des effectifs de notre étude pilote entre les hommes et les femmes ne nous permet pas de répondre à cette question de façon pertinente.

Différence de la CPT selon les données socio-démographiques des victimes :

Notre étude pilote n'a pas mis en évidence de facteurs socio-démographiques permettant de prédire l'apparition de la CPT. Des facteurs comme les revenus ou le niveau d'éducation ont été

étudiés comme éléments prédictifs de la CPT, mais les conclusions de ces travaux restent contradictoires (Sears *et al.* 2003, Linley & Joseph 2004, Salo *et al.* 2005).

Différentes dimensions de la CPT affectées selon le type de victimes :

Une analyse des différentes dimensions explorées par l'échelle PTGI a permis de mettre en évidence une expression différente de la CPT entre le groupe VC et les groupes AS et AVIP. Lorsque le score global à l'échelle PTGI était considéré, la dimension *relations aux autres* était plus marquée dans le groupe VC que dans le groupe AVIP, et une tendance statistique était observée entre les groupes VC/AS. La dimension *nouvelles opportunités* était statistiquement plus marquée dans le groupe VC que dans les deux autres groupes. Ces résultats valident notre hypothèse de travail.

Lorsque les résultats étaient analysés selon la provenance des patients, toutes les dimensions de la CPT étaient affectées chez les victimes recrutées via l'Unité Médico-Judiciaire, dans le sens d'une CPT plus importantes chez les victimes de VC que dans le groupe AVIP. Ces résultats n'étaient plus vrais dans le groupe de victimes recrutées via la Centre de Psychotraumatologie, tendant à nouveau à démontrer un développement rapide de la CPT à la suite du traumatisme subi (Žukauskienė *et al.* 2019, Bakaitytė *et al.* 2020).

La dimension *relations aux autres* semble donc fondamentale dans l'apparition d'une CPT chez les femmes victimes de VC. Comme discuté dans notre travail bibliographique (article 2), les femmes victimes de VC se retrouvent fréquemment isolées dans leur couple selon plusieurs modalités : isolement géographique ou isolement social. Les conjoints violents restreignent fréquemment leurs sorties et leur accès à des moyens de communication comme un téléphone, ou inspectent leurs factures (Maume *et al.* 2014). Les contacts des victimes de VC avec leurs proches et amis sont fréquemment réduits, voire progressivement supprimés, les détournant ainsi de toute vie sociale (Feyen 1989, Geissinger *et al.* 1993, Goeckermann *et al.* 1994, Websdale & Johnson

1998). La *relation aux autres* s'en trouve donc inexorablement altérée. Ainsi, il n'est pas surprenant que la reconstruction des femmes parvenant à sortir de la relation de VC passe par une modification de leur rapport à leur environnement relationnel. Une fois sorties de la relation violente, les victimes de VC peuvent progressivement resserrer les liens distendus avec leurs proches, partager avec eux leurs émotions et leur vécu. Cette dimension narrative de l'expérience traumatique vécue constitue l'un des facteurs déterminants de l'émergence de la CPT (Tedeschi *et al.* 2004, Linley & Joseph 2004). Le caractère indispensable de cette dimension de la CPT a été mis en évidence spécifiquement chez des femmes victimes de VC (Žukauskienė *et al.* 2019). L'amélioration de la relation aux autres permet également aux femmes ayant été victimes de VC de donner un sens aux événements subis et constitue un facteur majeur dans leur reconstruction psychique (Wiehe 1998).

L'apparition de *nouvelles opportunités* peut être expliquée de façon similaire : le retour à une vie normale à la suite d'une période de VC nécessite chez les victimes une reconstruction de l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, une réassurance sur leurs qualités et compétences. A titre d'exemple, l'existence de nouvelles opportunités professionnelles dans une population d'anciennes victimes de VC a été mise en lien avec une meilleure estime de soi, un renforcement de leur indépendance et une meilleure reconstruction (Wuest & Merritt-Gray 1999, Prochaska & Norcross 2001, Burke *et al.* 2001, Bhalotra *et al.* 2019). L'amélioration globale du fonctionnement personnel et interpersonnel des anciennes victimes de VC constitue l'un des facteurs essentiels empêchant les victimes de se revictimiser, c'est-à-dire de retourner dans une nouvelle relation violente.

Les autres dimensions de la CPT affectées précocement sont la *force personnelle*, les *changements spirituels* et l'*appréciation de la vie*. Ces résultats sont en accord avec les dix études cliniques répertoriées dans notre article 2. La *force personnelle* constitue l'une des variables personnelles essentielles pour faire face à l'adversité. Quitter une relation violente demande une force personnelle importante, pouvant prendre plusieurs aspects : le respect de soi-même, le courage, les ressources psychiques, etc. (Asay *et al.* 2015), autant de qualités qui sont altérées au

cours des VC. Après avoir passé parfois des années dans une relation violente où elle s'est sentie isolée, l'ancienne victime qui est sortie de cette relation ne peut qu'*apprécier la vie* chaque jour plus amplement. Les *changements spirituels* ont, de tous temps, aidé au mieux-être des individus.

Dans le groupe AVIP, les scores plus faibles observés pour chacune de ces dimensions, et donc l'absence totale de CPT mesurée par l'échelle PTGI, pourraient également être liés à la diversité des types de violences incluses dans ce groupe. Des violences extra-familiales (agressions) ou des accidents sur la voie publique n'impactent pas une victime sur le plan psychique de la même manière que des violences répétées telles que les VC. Il n'est donc pas surprenant que la CPT, si elle existe chez ces victimes, ne puisse être mesurée par les dimensions évaluées par la PTGI. Ce point est fréquemment évoqué dans les limites de l'utilisation de l'échelle PTGI (Park 2004, Tomich *et al.* 2005).

Existence d'un TSPT chez les victimes de VC :

Les résultats de notre étude pilote montrent l'existence d'un TSPT chez les victimes de VC. Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature puisque les VC sont un facteur de risque majeur de TSPT (Nathanson *et al.* 2012) avec une prévalence importante puisqu'estimée entre 45 et 84 % (Houskamp & Foy 1991, Kemp *et al.* 1995). Il existe plusieurs facteurs de risque de TSPT chez les femmes victimes de VC. Premièrement, les violences lorsqu'elles ont commencé dans l'enfance, bien avant que la femme ne se mette en couple, augmentent la probabilité de revictimisation à l'âge adulte, et donc de se mettre en couple avec une personne violente (Sandberg *et al.* 1999, Messman-Moore *et al.* 2008). Deuxièmement, le type même de violences peut exposer les femmes à un risque accru de TSPT : des violences sexuelles se produisent souvent au sein du couple en même temps que d'autres types de VC et augmentent le risque de TSPT (Weaver *et al.* 2007). Troisièmement, l'absence d'un soutien social est l'un des facteurs de risque reconnus de TSPT chez les femmes victimes de VC (Thompson *et al.* 2000, Coker *et al.* 2002). Plusieurs études

ont montré un lien de type dose-réponse entre le nombre et le type de VC subies (physiques, psychologiques, agressions sexuelles) et la plus grande fréquence des symptômes de TSPT chez les femmes victimes (Basile *et al.* 2004, Pico-Alfonso *et al.* 2006). Comme pour les autres étiologies de TSPT, les VC répétées activeraient l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien à l'origine d'une décharge massive et chronique de cortisol responsable de la symptomatologie résiduelle.

Nos résultats montrent un effet de la temporalité sur l'intensité du TSPT : les résultats à l'échelle PCL-5 mettent en évidence un TSPT plus important chez les victimes de VC recrutées via le Centre de Psychotraumatologie. L'arrivée en Centre de Psychotraumatologie a souvent lieu bien longtemps après le dépôt de plainte ayant conduit à une consultation en Unité Médico-Judiciaire, lorsque la symptomatologie traumatique est devenue trop envahissante pour permettre un fonctionnement quotidien normal ; nos résultats paraissent donc cohérents avec l'évolution clinique attendue des victimes. Nos résultats montrent que les sous-échelles *symptômes intrusifs* et *altérations cognitives des cognitions et de l'humeur* sont les plus affectées avec le temps, ce qui semble en accord avec la littérature (Coker *et al.* 2002, Stith *et al.* 2004, Nathanson *et al.* 2012).

Relation entre CPT et TSPT chez les victimes de VC :

Nos résultats mettent en évidence l'existence d'une corrélation négative entre l'existence d'un TSPT et la CPT chez les victimes de VC, que les résultats aux différentes échelles soient pris dans la population globale ou selon la provenance des patients. En d'autres termes, dans notre population clinique, l'existence d'un TSPT serait un frein à l'apparition d'une CPT chez les victimes de VC.

La littérature sur le lien entre TSPT et CPT n'est pas unanime : selon les études, le lien entre les deux phénomènes pourrait être soit positif soit négatif (Zoellner & Maercker 2006, Helgeson *et al.* 2006). La CPT pourrait être liée à la présence de davantage de symptômes intrusifs (Helgeson *et al.* 2006), ce qui ne semble pas être le cas dans notre étude pilote. Une symptomatologie dépressive envahissante telle que celle retrouvée dans notre étude, et plus généralement au cours d'un TSPT, ne

permettrait pas aux victimes de VC de s'engager dans un processus de mieux-être indispensable à l'émergence de la CPT. Ces résultats suggèrent que la CPT ne pourrait apparaître qu'une fois les symptômes traumatiques atténués. Des caractéristiques individuelles ont été associées à la possibilité d'une forte résilience chez les femmes victimes de VC, et donc d'une moindre prévalence de TSPT (Connor *et al.* 2003).

Forces et faiblesses de notre étude pilote :

Lors de l'interprétation des résultats de notre étude pilote, plusieurs points forts doivent être soulignés. Premièrement, la méthodologie de l'étude, avec la définition de critères de jugement prédéfinis et hiérarchisés *a priori*. Deuxièmement, la taille des effectifs, respectable pour une étude pilote, et la comparabilité initiale des trois groupes principaux. Troisièmement, la possibilité d'analyses par sous-groupes (provenance des patients, principalement) permettant de s'affranchir d'un biais de recrutement.

Cependant, plusieurs limitations doivent également être prises en considération. Premièrement, le fait même d'avoir réalisé une étude pilote monocentrique ne permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble des victimes de VC. Une deuxième limitation est l'évaluation de la CPT par l'échelle PTGI seule. Bien que considérée comme l'outil de référence, cette échelle validée en français n'évalue probablement pas toutes les dimensions de la CPT, qui pourrait également se traduire dans d'autres dimensions comme davantage de patience, d'acceptation, ou davantage d'aide aux autres (Park 2004, Tomich *et al.* 2005). L'évaluation de la résilience, étroitement liée à la CPT, et des variables transactionnelles propres à chaque individu, permettraient également de mieux comprendre la mise en place de la CPT. De la même façon, il paraît indispensable d'ajuster ces résultats en fonction de la durée des VC subies et de la durée écoulée depuis la fin des VC.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les violences conjugales constituent un problème de santé public majeur qui semble, plus que jamais, au cœur de l'actualité. Leur conséquence la plus tragique, le décès du conjoint violenté, a conduit à la mise en place du Grenelle des violences conjugales en septembre 2019. Il est donc fondamental de repérer ces violences le plus précocement possible, particulièrement en tant que professionnels de santé. Une fois ces violences repérées, il appartient aux différents acteurs du système médico-psycho-social d'accompagner les victimes pour les aider à se reconstruire afin d'éviter leur revictimisation, ou la dégradation de leur santé mentale au sens large.

La croissance post-traumatique est l'un des mécanismes pouvant aider les victimes de violences conjugales à dépasser le traumatisme résultant des violences qu'elles ont subies. Les données de la littérature que nous avons présentées au travers de deux articles, combinées à l'étude pilote que nous avons menée au cours de ce travail, montrent que l'émergence d'une croissance post-traumatique est possible chez les femmes victimes de violences conjugales. Nos résultats suggèrent qu'une meilleure relation aux autres, que de nouvelles opportunités de vie et qu'une diminution de certaines composantes du trouble de stress post-traumatique permettraient l'émergence de la croissance. Il paraît donc indispensable de mettre en place des interventions précoces adaptées pour faciliter l'émergence de cette croissance. La première intervention doit être sociale : protéger et entourer ces femmes pour éviter leur détresse et rompre leur solitude initiale, les réinsérer dans la société et ainsi, réduire le risque d'une revictimisation. Puis le contact avec les professionnels de santé mentale est indispensable : il vise à aider les femmes victimes de violences conjugales à verbaliser et élaborer, à réorienter leur anxiété et à s'en servir comme catalyseur pour apprécier la vie et identifier de nouvelles possibilités de vie, donc faciliter l'accès à la croissance post-traumatique. L'utilisation d'outils adaptés paraît indispensable pour réduire les différentes composantes du trouble de stress post-traumatique.

Plusieurs interventions ont été proposées pour lutter contre le trouble de stress post-traumatique et donc, selon notre étude pilote, favoriser l'émergence d'une croissance post-

traumatique. A titre d'exemple, l'usage de la thérapie de type EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) est officiellement recommandé pour le traitement du trouble de stress post-traumatique par la Haute Autorité de la Santé depuis 2007 (HAS 2007) et par l'OMS depuis 2012, publication 2013 (OMS 2013). La thérapie EMDR repose sur l'idée que les pensées, les sentiments et les comportements négatifs découlent de souvenirs non assimilés. Le traitement utilise des procédures standardisées, impliquant notamment de se concentrer simultanément sur les associations spontanées d'images, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles traumatisantes, tandis qu'est réalisée une stimulation bilatérale, généralement sous forme de mouvements oculaires répétitifs (OMS 2013). A ce jour, aucune étude n'a évalué l'efficacité de la thérapie EMDR sur l'émergence de la croissance post-traumatique. Récemment, de nouvelles thérapies basées sur une approche neuro-psycho-pharmacologique ont été proposées pour lutter contre le trouble de stress post-traumatique. La thérapie de la reconsolidation mnésique®, est une psychothérapie brève, également connue sous le nom de méthode Brunet. Après la prise d'un bêtabloquant, associé à un protocole précis de réactivation du souvenir, sans lequel le médicament est inopérant, le patient est invité à rédiger son souvenir, qu'il relira à haute voix à chaque séance. Les molécules diffusées par le bêtabloquant interfèrent dans le ré-enregistrement de la charge émotionnelle du souvenir dans la mémoire à long terme, sans l'altérer. Au bout de 4 à 6 séances, la plupart des patients ressentent une nette diminution de leurs symptômes (Brunet *et al.* 2008). Cette méthode innovante a démontré son efficacité dans le traitement du trouble de stress post-traumatique (Brunet *et al.* 2008, 2011, 2018, 2019) mais n'a encore jamais été testée comme facilitateur de la croissance post-traumatique. **La suite de cette étude pilote consistera à évaluer l'émergence de la croissance post-traumatique à distance, en comparant l'effet de différents outils susceptibles de réduire les symptômes de stress post-traumatique et donc de favoriser l'émergence de la croissance post-traumatique, à savoir l'utilisation d'une psychothérapie de type EMDR et d'une thérapie de la reconsolidation mnésique®.**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akbar Z, Witruk E. Coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2016;217:1036-1043.
- Arandia AMH, Mordeno IG, Nalipay MJN. Assessing the latent structure of posttraumatic growth and its relationship with cognitive processing of trauma among Filipino women victims of intimate partner abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 2016;33(18):2849-2866.
- Armeli S, Gaunthert KC, Cohen LH. Stressor appraisals, coping and post-event outcomes: the dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2001;20(3):366-395.
- Asay S, DeFrain J, Metzger M, Moyer B. Implementing a strengths-based approach to intimate partner violence worldwide. *Journal of Family Violence* 2015;31:349-360.
- Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric validation of the english and french versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One* 2016, 11(10), e0161645.
- Bakaitytė A, Kaniušonytė G, Truskauskaitė-Kunevičienė I, Žukauskienė R. Longitudinal investigation of posttraumatic growth in female survivors of intimate partner violence: the role of event centrality and identity exploration [published online ahead of print, 2020 May 15]. *Journal of Interpersonal Violence* 2020;886260520920864.
- Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 2004;17(5):413-421.
- Bhalotra S, Kambhampati U, Rawlings S, Siddique Z. Intimate partner violence: the influence of job opportunities for men and women. *The World Bank Economic Review* 2019;0(0):1-19.
- Brosi M, Rolling E, Gaffney C, Kitch B. Beyond resilience: glimpses into women's posttraumatic growth after experiencing intimate partner violence. *The American Journal of Family Therapy* 2020;48(1):1-15.

- Brunet A, Orr SP, Tremblay J, Robertson K, Nader K, Pitman KR. Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiologic responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2008;42(6):503-506.
- Brunet A, Poudja J, Tremblay J, Bui E, Thomas E, Orr SP, Azzoug A, Birmes P, Pitman RK. Trauma reactivation under the influence of propranolol decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: 3 open-label trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2011;31(4):547-550.
- Brunet A, Saumier D, Liu A, Streiner DL, Tremblay J, Pitman RK. Reduction of PTSD symptoms with pre-reactivation propranolol therapy: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2018;175(5):427-433.
- Brunet A, Ayrolles A, Gambotti L, Maatoug R, Estellat C, Descamps M, Girault N, Kalalou K, Abgrall G, Ducrocq F, Vaiva G, Jaafari N, Krebs MO, Castaigne E, Hanafy I, Benoit M, Mouchabac S, Cabié MC, Guillin O, Hodeib F, Durand-Zaleski I, Millet B. Paris MEM: a study protocol for an effectiveness and efficiency trial on the treatment of traumatic stress in France after the 2015-16 terrorist attacks. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):351.
- Burke J, Gielen A, McDonnell K, O'Campo P, Maman S. The process of ending abuse in intimate relationships: a qualitative exploration of the transtheoretical model. *Violence Against Women*. 2001;7(10):1144-1163.
- Calhoun LG, Tedeschi RG. Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth. In: *Violanti JM, Paton D, Dunning C, Ed. Posttraumatic stress intervention: challenges, issues and perspectives*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers; 2000.
- Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth: the positive lessons of loss. In: *Neymeyer RA, Ed. Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.

- Casellas-Grau A, Ochoa C, Ruini C. Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: a systematic and critical review. *Psychooncology* 2017;26(12):2007-2018.
- Cobb AR, Tedeschi RG, Calhoun LG, Cann A. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress* 2006;19(6):895-903.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;23(4):260-268.
- Connor KM, Davidson JR, Lee LC. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of Traumatic Stress* 2003;16(5):487-494.
- Curbow B, Legro MW, Baker F, Wingard JR, Somerfield MR. Loss and recovery themes of long-term survivors of bone marrow transplants. *Journal of Psychosocial Oncology* 1993;10(4):1-20.
- Davis CG, MacDonald SL. Threat appraisals, distress, and the development of positive life changes after September 11th a Canadian Sample. *Cognitive Behavior Therapy* 2004;33(2):68-78.
- Dekel S, Ein-Dor T, Solomon Z. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: a longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2012;4(1):94-101.
- Elderton A, Berry A, Chan C. A systematic review of posttraumatic growth in survivors of interpersonal violence in adulthood. *Trauma Violence Abuse* 2017;18(2):223-236.
- Feyen C. Battered rural women: an exploratory study of domestic violence in a Wisconsin County. *Wisconsin Sociologist* 1989;26(1):17-32.
- Geissinger CJ, Lazzari MM, Porter MJ, Tungate SL. Rural woman and isolation: pathways to reconnection. *Journal of Women & Social Work* 1993;8(3):277-299.
- Goeckermann CR, Hamberger LK, Barber K. Issues of domestic violence unique to rural areas. *Wisconsin Medical Journal* 1994;93(9):473-479.

- HAS (Haute Autorité de Santé). Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves ; 2007.
- Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(5):797-816.
- Hou WL, Ko NY, Shu BC. Recovery experiences of Taiwanese women after terminating abusive relationships: a phenomenology study. *Journal of Interpersonal Violence* 2013;28(1):157-175.
- Houskamp BM, Foy DW. The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence* 1991;6(3):367-375.
- Jin Y, Xu J, Liu H, Liu D. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014;28(1):67-73.
- Joseph SA, Brewin CR, Yule W, Williams R. Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *British Journal of Psychiatry* 1991;159(4):542-546.
- Joseph S, Williams R, Yule W. Changes in outlook following disaster: the preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress* 1993;6(2):271-279.
- Joseph S, Linley PA. Positive adjustment to threatening events: an organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology* 2005;9(3):262-280.
- Joseph S, Knibbs J, Hobbs J. Trauma, resilience and growth in children and adolescents. In: *Hosin A, Ed. Responses to traumatized children*). Palgrave Macmillan: Houndmills;2007, pp. 148-161.
- Joseph S, Butler LD. Positive changes following adversity. *PTSD Research Quarterly* 2010;21(3):1-3.

- Joseph S, Murphy D, Regel S. An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2012;19(4):316-325.
- Kemp A, Green BL, Hovanitz C, Rawlings EI. Incidence and correlates of posttraumatic-stress-disorder in battered women-Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence* 1995;10(1):43-55.
- Kılıç C, Magruder K, Koryürek M. Does trauma type relate to posttraumatic growth after war? A pilot study of young Iraqi war survivors living in Turkey. *Transcultural Psychiatry* 2015;53(1):110-123.
- Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2010;17(1):14-22.
- Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress* 2004;17(1):11-21.
- Lowe SR, Manove EE, Rhodes JE. Posttraumatic stress and posttraumatic growth among low-income mothers who survived Hurricane Katrina. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2013;81(5):877-889.
- Magne H, Jaafari N, Voyer M. La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française. *L'Encéphale* 2020. Accepté pour publication.
- Maume MO, Lanier CL, Hossfeld LH, Wehmann K. Social isolation and weapon use in intimate partner violence incidents in rural areas. *International Journal of Rural Criminology* 2014;2(2):244-267.
- Messman-Moore TL, Long PJ, Siegfried NJ. The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child Maltreatment* 2000;5(1):18-27.

- Ministère de l'Intérieur. Interstats. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019. Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité ; 2019.
- Ministère de la Justice. Les violences conjugales ; 2012.
- Morris BA, Shakespeare-Finch J, Rieck M, Newbery J. Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress* 2005;18(5):575-585.
- Nathanson AM, Shorey RC, Tirone V, Rhatigan DL. The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012;3(1):59-75.
- Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, note n°22. Éléments de mesure des violences au sein du couple. Rapport annuel ; 2017.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : module guide d'intervention ; 2013.
- Park CL, Cohen LH, Murch R. Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality* 1996;64(1):71-105.
- Park CL. The notion of growth following stressful life experiences: problems and prospects. *The Psychological Inquiry* 2004;15(1):69-76.
- Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echebur E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women Health* 2006;15(5):599-611.
- Powel S, Rosner R, Butollo W, Tedeschi RG. Post traumatic growth after war: a study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology* 2003;59(1):71-83.
- Prochaska JO, Norcross JC. Stages of change. *Psychotherapy Theory Research & Practice* 2001; 38(4):443-448.

- Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma* 2008;14(5):364-388.
- Salo AJ, Qouta S, Punamaki RL. Adult attachment, post traumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress and Coping* 2005;18(4):361-378.
- Sandberg DA, Matorin AI, Lynn SJ. Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: a prospective examination of mediator and moderator effects. *Journal of Traumatic Stress* 1999;12(1):127-138.
- Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology* 2003;22(5):487-497.
- Senter KE, Caldwell K. Spirituality and the maintenance of change: a phenomenological study of women who leave abusive relationships. *Contemporary Family Therapy* 2002;24(4):543.
- Song LY. Service utilization, perceived changes of self, and life satisfaction among women who experienced intimate partner abuse: the mediation effect of empowerment. *Journal of Interpersonal Violence* 2012;27(6):1112-1136.
- Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Trit D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a metaanalytic review. *Aggression and Violent Behavior* 2004;10(1):65-98.
- Taylor JY. Moving from surviving to thriving: African American women recovering from intimate male partner abuse. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2004;18(1):35-50.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9(3):455-471.
- Tedeschi RG. Violence transformed: posttraumatic growth in survivors and their societies.

Aggression and violent behavior: A review journal 1999;4(3):319-341.

Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004;15(1):1-18.

Thompson MP, Kaslow NJ, Kingree JB, Rashid A, Puett R, Jacobs D, Matthews A. Partner violence, social support and distress among innercity African American women. *American Journal of Community Psychology* 2000;28(1):127-143.

Tomich PL, Helgeson VS, Vache EJN. Perceived growth and decline following breast cancer: a comparison to age-matched controls 5-years later. *Psychooncology* 2005;14(12):1018-1029.

Ulloa E, Guzman ML, Salazar M, Cala C. Posttraumatic growth and sexual violence: a literature review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2016;25(3):286-304.

Valdez CE, Lilly MM. Posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence: an assumptive world process. *Journal of Interpersonal Violence* 2015;30(2):215-231.

Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Échelle disponible sur le site du National Center for PTSD, www.ptsd.va.gov, 2013.

Weaver TL, Allen JA, Hopper E, Maglione ML, McLaughlin D, McCullough MA, Jackson MK, Brewer T. Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care for Women International* 2007;28(5):478-489.

Websdale N, Johnson B. An ethnostatistical comparison of the forms and levels of woman battering in urban and rural areas of Kentucky. *Criminal Justice Review* 1998;23(2):161-196.

Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology* 2005;24(3):266-273.

Wiehe VR. Understanding family violence-treating and preventing partner, child, sibling, and elder abuse. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1998.

- Wuest J, Merritt-Gray M. Not going back: sustaining the separation in the process of leaving abusive relationships. *Violence Against Women* 1999;5(2):110-133.
- Xiaolia W, Kamingaa AC, Wenjiea D, Jinga D, Zhipenga W, Xiongfenga P, Aizhong L. The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2019;243:408-415.
- Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth and psychotherapy. In: *Calhoun LG, Tedeschi RG, Ed. Handbook of posttraumatic growth: research & practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.; 2006, p. 334-354.
- Žukauskienė R, Kaniušonytė G, Bergman LR, Bakaitytė A, Truskauskaitė-Kunevičienė I. The role of social support in identity processes and posttraumatic growth: a study of victims of intimate partner violence [published online ahead of print, 2019 Mar 21]. *Journal of Interpersonal Violence* 2019;886260519836785.

ANNEXE

Mail d'acceptation du premier article

Date: May 16, 2020
À: "Hugues MAGNE" hugues.magne@hotmail.fr
De: "L'Encéphale" F.Philippe@elsevier.com
Objet: L'Encéphale - Votre article est accepté pour publication

Editorial Manager
L'Encéphale
Ref.: Ms. No. ENCEP-D-20-00017R1
La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française

Cher Monsieur, Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous annoncer que votre article a été accepté par le comité de rédaction et paraîtra dans un prochain numéro de la revue.

En vous remerciant vivement de votre précieuse collaboration.

Bien cordialement,

Marc MASSON, MD
Raphaël GAILLARD, MD, Ph D
Editor in Chief
Encephale
Journal of Clinical Psychiatry and Psychopharmacology

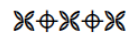


UNIVERSITÉ DE POITIERS



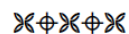
Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Introduction : Le concept de croissance post-traumatique (CPT) désigne l'ensemble des changements psychologiques positifs pouvant survenir chez les individus à la suite d'un événement traumatique majeur. Les objectifs de cette thèse étaient (1) de décrire le modèle de CPT, (2) d'évaluer l'existence et la prévalence de la CPT chez les victimes de violences conjugales, et (3) de réaliser la première étude clinique régionale recherchant et décrivant la CPT chez les victimes de violences conjugales, *versus* des victimes d'autres violences.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé deux articles de revue de la littérature pour décrire le modèle de CPT (article 1, accepté pour publication dans *L'Encéphale*) et synthétiser les études cliniques ayant évalué l'existence d'une CPT chez les victimes de violences conjugales (article 2, soumis pour publication à *La Presse Médicale*). Notre étude pilote rétrospective, monocentrique, a inclus 59 victimes (violences conjugales : $n = 17$, agressions sexuelles : $n = 19$, autres agressions $n = 23$) via l'Unité Médico-Judiciaire et via le Centre de Psychotraumatologie de Poitiers. La CPT était évaluée à l'aide de l'échelle PTGI (*Post-Traumatic Growth Inventory*). Un trouble de stress post-traumatique (TSPT) était également recherché à l'aide de l'échelle PCL-5 (*Post-traumatic stress disorder CheckList* version DSM-5).

Résultats : L'existence d'une CPT d'intensité faible à modérée a été mise en évidence dans les groupes violences conjugales et agressions sexuelles. Aucun facteur socio-démographique prédictif de la CPT n'a été mis en évidence. Dans le groupe violences conjugales, cette CPT était d'intensité plus importante et concernait 82 % des femmes ; toutes les dimensions de la CPT étaient affectées précocement comparativement aux groupes des victimes d'autres violences (sous-groupe Unité Médico-Judiciaire, $p < 0,05$). La CPT se maintenait dans le temps (score à l'échelle PTGI, moyenne $\pm$ écart-type : $52,38 \pm 22,20$ *versus* $59,44 \pm 11,79$, sous-groupe Centre de Psychotraumatologie *versus* sous-groupe Unité Médico-Judiciaire). L'existence d'un TSPT chez ces victimes de violences conjugales était corrélée négativement à la croissance post-traumatique ($r = -0,582$).

Conclusion : L'existence d'une CPT est possible chez la plupart des femmes victimes de violences conjugales. Cette CPT semble plus importante dans les premiers temps suivants la fin de la relation violente et pourrait être facilitée par une diminution des symptômes de TSPT. Les cinq dimensions de la CPT sont augmentées précocement chez ces victimes de violences conjugales, comparativement à des victimes d'autres types de violences.

Mots-clés : croissance post-traumatique, trouble de stress post-traumatique, violences conjugales, étude pilote