

# Le traumatisme psychocorporel



# Traumatisme psychocorporel :

## le contexte

**Les violences subies au cours de l'enfance, en particulier dans le cadre intrafamilial et dans des situations de polyvictimisation, constituent un déterminant majeur de la santé à l'âge adulte, fortement associé à une augmentation du risque de morbidité et de mortalité prématurée<sup>1</sup>.**

**Elles ont un impact sur le fonctionnement émotionnel et relationnel, sur la régulation du système nerveux et l'apparition de pathologies psychiatriques mais aussi digestives, gynécologiques, cardiovasculaires, pulmonaires, musculo-squelettiques, auto-immunes, infectieuses, somatiques fonctionnelles et cancéreuses<sup>2</sup>.**

Des études récentes ont mis en évidence des modifications épigénétiques, telles que l'hyperméthylation des gènes NR3C1 et FKBP5, chez des personnes exposées à des violences précoces.

Ces résultats suggèrent des altérations durables de la réponse au stress, sans établir de relation causale directe ni de déterminisme biologique individuel.

Les hypothèses de transmission intergénérationnelle, encore débattues, reposent sur un niveau de preuve limité.

**Bien que les violences puissent s'accompagner de conséquences sur la santé parfois durables, les données actuelles ne soutiennent pas une vision déterministe de leurs effets.**

**L'état de stress post-traumatique (ESPT) induit par les violences a un retentissement majeur sur la santé. Il est potentiellement réversible.**

Afin de souligner l'importance de l'impact corporel et psychique de ces conséquences, nous utiliserons dans ce travail le terme de **traumatisme psychocorporel** (de plus en plus utilisé dans la littérature - qui ne se substitue pas aux catégories diagnostiques usuelles) plutôt qu'état de stress post traumatique (référentiel clinique et médico-administratif).

Il permet au médecin généraliste de garder en tête la dimension somatique et les traitements associés dans ces situations.

Il peut se définir comme l'empreinte durable laissée par une expérience de menace ou de détresse extrême sur les systèmes neurobiologiques, endocriniens, immunitaires et somatiques de l'individu.



Les mécanismes impliqués présentent une plasticité, et les altérations observées, y compris à un niveau épigénétique, apparaissent potentiellement réversibles.

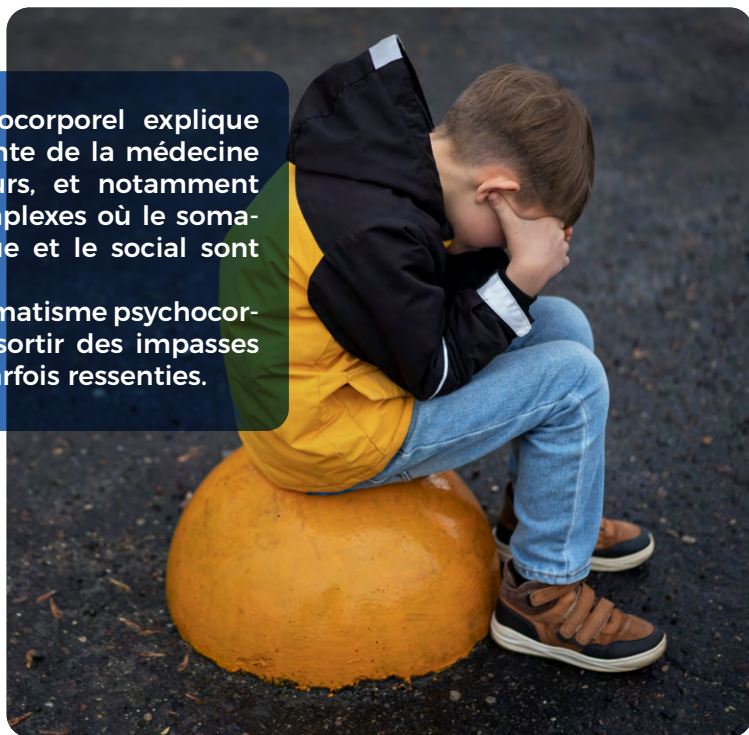
Elles sont susceptibles d'évoluer favorablement dans des contextes de résilience individuelle ou d'accompagnement thérapeutique adapté, soulignant ainsi le caractère modulable des trajectoires de santé.

En médecine générale, ces données contribuent surtout à renforcer une compréhension globale des effets biologiques du stress chronique, sans implication diagnostique ou pronostique directe à ce jour.

En septembre 2025, le CNGE a réaffirmé le rôle central des médecins généralistes sur cette thématique dans son communiqué de presse "Mieux prévenir, repérer et accompagner les expériences négatives vécues pendant l'enfance en médecine générale"<sup>3</sup>.

Le trauma psychocorporel explique une part importante de la médecine de premier recours, et notamment les situations complexes où le somatique, le psychique et le social sont intriqués.

Considérer le traumatisme psychocorporel permet de sortir des impasses thérapeutiques parfois ressenties.



Ce livret a pour vocation d'apporter des éclairages sur les mécanismes sous-jacents du traumatisme psychocorporel afin d'accompagner les médecins généralistes dans le pratique après le dépistage des situations de violences.

**Quel que soit l'âge, un stress lié à une mise en danger de l'intégrité psychique ou physique déclenche une hypervigilance du système nerveux.** Cette activation entraîne une hypersécrétion de cortisol et d'adrénaline, qui peut avoir des effets délétères sur la santé si le sentiment de sécurité physique, psychique et relationnelle n'est pas restauré<sup>4</sup>.

## Sur le plan psychique

**Un traumatisme peut générer un état de stress post-traumatique (ESPT) :**

- **ESPT simple** : sidération, dissociation, amnésie traumatique, hypervigilance<sup>5</sup>.
- **ESPT complexe (ESPT-c)** : dysrégulation des affects, intrusions, évitement, perturbation des relations, et concept de soi négatif ajoutés aux symptômes du ESPT simple.

Cette hyperactivation chronique du système limbique (amygdale, hippocampe) peut provoquer **anxiété, dépression, troubles mnésiques, et parfois atrophie cérébrale** (cortex préfrontal, hippocampe, amygdale<sup>6</sup>).

**Pour y faire face, le système nerveux adopte des stratégies d'adaptation<sup>7</sup> :**

- **conduites de contrôle** : évitement, troubles alimentaires, TOCs, TICs...
- **conduites dissociantes** : sports extrêmes, recherche d'adrénaline, addictions (avec complications somatiques comme BPCO ou infarctus)...
- **conduites combinées** : automutilations, addictions, actes violents...



## Sur le plan somatique

**Les effets psychiques se traduisent somatiquement par une dysrégulation du système nerveux autonome, pouvant générer :**

- **un impact neurovégétatif fonctionnel** (*Hyper/hypo-activation autonome*)  
Malaises vagues, palpitations, dyspnée, oppression thoracique, troubles digestifs fonctionnels, céphalées, asthénie
- **un impact algique et sensoriel** (*altération de l'intégration corporelle*)  
Hypo/hyperalgésie, fibromyalgie, douleurs musculosquelettiques, troubles de la proprioception (équilibre, verticalité, corporéité<sup>8</sup>, corporalité<sup>9</sup>)
- **un impact viscéral et pelvien**  
Douleurs abdominales, douleurs utérines, troubles urinaires et gynécologiques
- **un impact immuno-endocrino-métabolique**<sup>10</sup> (*désorganisation adaptative*)  
Mycoses à répétition, eczéma, infections fréquentes, dysthyroïdies, diabète, obésité.

## Sur le plan relationnel

**Le traumatisme peut également impacter les relations et les comportements sociaux**<sup>11</sup> :

- **Modifications du système d'attachement**, développement possible de troubles de la personnalité
- **Conduites à risque**, ambivalence dans le discours, hyper-adaptation, parentification<sup>12</sup>...
- **Retrait ou exhibitionnisme**, mutisme ou logorrhée
- **Absences répétées** aux rendez-vous, climat relationnel imprévisible...



Le traumatisme psychocorporel peut se masquer derrière de nombreux symptômes rencontrés en médecine de premier recours.

Un dépistage systématique des vécus de violences apporte des éléments étiologiques et des pistes de prise en charge pour le patient en impasse thérapeutique, ainsi qu'une mise en sens du lien entre le vécu traumatique et les symptômes corporels.



# Vignette clinique



Pour une meilleure compréhension, consultez le document **“Un sujet médical”**

## Contexte

**Monsieur L., 42 ans, consulte pour douleurs diffuses, fatigue et troubles anxieux persistants.** De nombreux examens ont été réalisés sans anomalie significative, et il exprime une lassitude face aux consultations répétées.

### 1. Reconnaissance et validation

- **Valider l'expérience du patient** et adopter une posture de sécurité relationnelle (attitude non jugeante, écoute active, respect du rythme) :  
*« Je comprends que ces symptômes impactent beaucoup votre quotidien. On peut prendre le temps d'en parler ensemble. »*
- **Nommer la possibilité d'un lien entre le vécu traumatique et les symptômes somatiques** permet de réduire la honte et d'ouvrir à un parcours de soins adapté.

Cette posture aide à restaurer la régulation du système nerveux autonome<sup>13</sup>.

### 2. Repérage clinique

- **Utiliser des outils simples de dépistage** des vécus traumatiques (par ex., Violentomètre pour les violences conjugales - cf document ressources complémentaires).
- **Identifier les signes corporels du trauma** : hypervigilance, somatisations fluctuantes, douleurs sans lésion organique, dissociation psychique ou corporelle.
- **Évaluer également la sécurité immédiate**, le risque suicidaire et les ressources disponibles.



### 3. Accompagnement

→ **Éducation thérapeutique** : expliciter le lien entre impacts corporels et vécu traumatique.

**Investigation et suivi médical** des problématiques somatiques selon les recommandations de bonnes pratiques.

→ **Normaliser les symptômes** :

*« Ce que vous décrivez est fréquent et n'est ni une faiblesse ni "dans la tête". C'est une réponse corporelle de survie à des événements stressants pour l'organisme. Tout cela est très bien décrit scientifiquement »*

→ **Poser un cadre progressif et sécurisant** pour la construction d'un parcours de soins modulable.

### 4. Orientation et coordination

→ **Orienter vers des approches psychocorporelles validées** :

- Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)<sup>14</sup>
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)<sup>15</sup>
- Narrative Exposure Therapy (NET)<sup>16</sup>
- Thérapie sensorimotrice<sup>17</sup>

→ **Encourager la reconnexion au corps** via psychomotricité ou kinésithérapie (travail sur posture, respiration, ancrage, remise en mouvement).

→ **Accompagner la réhabilitation psychosociale** et mettre en lien avec un soutien social et juridique si nécessaire.

→ **Prévoir un suivi régulier et modulable** en fonction de l'évolution clinique et du rythme du patient.

**Remettre la personne concernée en sécurité psychique, physique et relationnelle** permet de briser ces stratégies d'adaptation délétères sur le long terme et de passer d'un fonctionnement pathologique à une physiologie et une homéostasie retrouvée.

Le médecin généraliste repère, nomme, sécurise et oriente, dans une posture non jugeante et respectueuse du rythme du patient. L'objectif n'est pas de traiter le trauma dès la première consultation, mais de construire progressivement un parcours de soins intégratif et personnalisé, intégrant dimensions somatiques, psychiques et sociales.



- 1 - Étude Felliti et score ACEs : [urlr.me/BDfh7s](http://urlr.me/BDfh7s)
- 2 - Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies : [urlr.me/RbPBVQ](http://urlr.me/RbPBVQ)
- 3 - Mieux prévenir, repérer et accompagner les expériences négatives vécues pendant l'enfance en médecine générale : [urlr.me/bCyXWE](http://urlr.me/bCyXWE)
- 4 - Childhood Trauma and Adult Somatic Symptoms : [urlr.me/47jVHW](http://urlr.me/47jVHW)
- 5 - Les conséquences psycho-traumatiques des violences : la sidération, la dissociation, la mémoire traumatique (vidéo) : [urlr.me/f6QDTp](http://urlr.me/f6QDTp)
- 6 - Le trauma complexe : [urlr.me/RhkTxQ](http://urlr.me/RhkTxQ)
- 7 - PTSD and Physical Health : [urlr.me/2uYncQ](http://urlr.me/2uYncQ)
- 8 - Expérience vécue du corps comme lieu de la conscience, de la perception, de l'émotion et de la relation au monde
- 9 - Corps en tant que réalité matérielle, observable, objectivable
- 10 - The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review : [urlr.me/sewg4X](http://urlr.me/sewg4X)
- 11 - How Does Trauma Make You Sick? The Role of Attachment in Explaining Somatic Symptoms of Survivors of Childhood Trauma : [urlr.me/2xctJA](http://urlr.me/2xctJA)
- 12 - Renversement des rôles dans lequel les enfants assument la responsabilité de prendre soin de leurs parents
- 13 - Concept de co-régulation – Porges, 2011
- 14 - Thérapie de première intention de l'ESPT, basées sur l'exposition et la restructuration cognitive, indiquées chez des patients capables de tolérer un travail émotionnel structuré.
- 15 - Thérapie de première intention de l'ESPT simple permettant le retraitement des souvenirs traumatiques par stimulation bilatérale, adaptée à des patients stabilisés capables d'exposition par le récit.
- 16 - Approche validée de l'ESPT complexe reposant sur la mise en récit chronologique de traumatismes multiples, particulièrement indiquée chez des patients ayant des parcours de vie marqués par des violences répétées.
- 17 - Approche validée en complément dans le psychotraumatisme, centrée sur la régulation des réponses corporelles et indiquée chez des patients avec hyperactivation, dissociation ou somatisations.

Avec le soutien  
de **Santé publique France**



Téléchargez ce document  
en version numérique