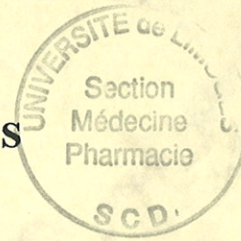


UNIVERSITE DE LIMOGES



FACULTE DE MEDECINE

---

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 176431 4

ANNEE 2006

THESE N° 146/1

**PRISE EN CHARGE IMMEDIATE ET POST-IMMEDIATE  
DES PSYCHOTRAUMATISMES EN MEDECINE  
D'URGENCE**

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
QUALIFICATION MEDECINE GENERALE

---

Présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 2006

PAR

**Monsieur Laurent BLAVIGNAC**  
Né le 11 Novembre 1978 à Brive-la-Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur CLEMENT  
M. le Professeur FEISS  
M. le Professeur GASTINE  
M. le Professeur PIVAT  
M. le Docteur CHARLES  
M. le Docteur MAGRET

- Président  
- Juge  
- Juge  
- Juge  
- Directeur de thèse  
- Membre invité



**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

---

**DOYEN DE LA FACULTE :** Monsieur le Professeur **VANDROUX** Jean-Claude

**ASSESEURS :** Monsieur le Professeur **LASKAR** Marc  
Monsieur le Professeur **VALLEIX** Denis  
Monsieur le Professeur **COGNE** Michel

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

**ROCHE** Doriane

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

\* C.S = Chef de Service

<b>ACHARD</b> Jean-michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Jean-Luc (Surnombre 31/08/2006)	CHIRURGIE INFANTILE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX</b> Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BEDANE</b> Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
<b>BONNAUD</b> François (C.S)	PNEUMOLOGIE
<b>BONNETBLANC</b> Jean-Marie	DERMATOLOGIE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
<b>CHAPOT</b> René	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
<b>COGNE</b> Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
<b>COLOMBEAU</b> Pierre	UROLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>CUBERTAFOND</b> Pierre (Surnombre 31/08/2006)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
<b>DE LUMLEY WOODYEAR</b> Lionel (C.S)	PEDIATRIE
<b>DENIS</b> François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
<b>DESCOTTES</b> Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>DUDOGNON</b> Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe (C.S)	CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
<b>DUMONT</b> Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
<b>FEISS</b> Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>FEUILLARD</b> Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
<b>GAINANT</b> Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GAROUX</b> Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
<b>GASTINNE</b> Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LASKAR</b> Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>LE MEUR</b> Yannick	NEPHROLOGIE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
<b>TRAUMATOLOGIQUE</b>	
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE



**MAUBON** Antoine (C.S)  
**MELLONI** Boris  
**MERLE** Louis (C.S)  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique (C.S)  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
**PARAF** François  
**PILLEGAND** Bernard (Surnombre 31/08/2008)  
**PIVA** Claude (C.S)  
**PLOY** Marie-Cécile  
**PREUX** Pierre Marie  
**RIGAUD** Michel (C.S)  
**SALLE** Jean-Yves  
**SAUTEREAU** Denis (C.S)  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (C.S)  
**STURTZ** Franck  
**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
 METABOLIQUES  
**TREVES** Richard (C.S)  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel (C.S)  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (C.S)  
**VERGNENEGRE** Alain (C.S)  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**VIROT** Patrice (C.S)  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)  
**YARDIN** Catherine (C.S)  
 BIOLOGIE

RADIOLOGIE  
 PNEUMOLOGIE  
 PHARMACOLOGIE  
 NEUROCHIRURGIE  
 CHIRURGIE INFANTILE  
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 MEDECINE LEGALE  
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES

RHUMATOLOGIE  
 CANCEROLOGIE  
 NEUROLOGIE  
 ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE  
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION  
 MEDECINE INTERNE  
 REANIMATION MEDICALE  
 CARDIOLOGIE  
 MALADIES INFECTIEUSES  
 HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET  
 CELLULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

**ALAIN** Sophie  
**ANTONINI** Marie-Thérèse  
**BOUTEILLE** Bernard  
**CHABLE** Hélène

**DAVIET** Jean-Christophe  
**DRUET-CABANAC** Michel

**DURAND-FONTANIER** Sylvaine  
**ESCLAIRE** Françoise  
**JULIA** Annie  
**LAPLAUD** Paul  
**MOUNIER** Marcelle

**PETIT** Barbara  
**QUELVEN** Isabelle  
**RONDELAUD** Daniel  
**TERRO** Faraj  
**VERGNE-SALLE** Pascale  
**VINCENT** François

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE  
 EXPLORATIONS FONCTIONNELLES PHYSIOLOGIQUES  
 PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET GENETIQUE MOLECULAIRE, CHIMIE DES  
 EXPLORATION FONCTIONNELLES  
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE,  
 PREVENTION  
 ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE  
 BIOLOGIE CELLULAIRE  
 HEMATOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
 LABORATOIRE CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE  
 BIOLOGIE CELLULAIRE  
 THERAPEUTIQUE  
 PHYSIOLOGIE

#### P.R.A.G.

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

#### PROFESSEURS ASSOCIES À MI-TEMPS

**BUCHON** Daniel  
**BUISSON** Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE  
 MEDECINE GENERALE



## Remerciements

**A notre Maître et Président du Jury de Thèse,  
Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT**  
Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes, Faculté de  
Limoges  
Psychiatre des Hôpitaux  
Chef de Service

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement à la faculté de médecine de Limoges.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre plus grand respect et de notre profonde gratitude.

**A notre Directeur de Thèse,  
Monsieur le Docteur Eric CHARLES**  
Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie  
Centre Hospitalier ESQUIROL

Je vous remercie pour avoir accepté de diriger cette thèse, et de vous être investi dans ce travail avec tant de générosité et de professionnalisme.

Que ce travail soit le témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma sincère sympathie.



**A nos Maîtres et Jurys de Thèse,**

**Monsieur le Professeur Pierre FEISS**  
Professeur des Universités d'Anesthésiologie et Réanimation  
Chirurgicale, Faculté de Limoges  
Anesthésiologiste des Hôpitaux  
Chef de Service

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir porté un intérêt à ce travail en acceptant de faire parti du jury.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

**Monsieur le Professeur Hervé GASTINE**  
Professeur des Universités de Réanimation Médicale, Faculté de  
Limoges  
Praticien Hospitalier  
Chef de Service

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.  
Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.



**Monsieur le Professeur Claude PIVA**  
Professeur des Universités de Médecine Légale, Faculté de Limoges  
Médecin des hôpitaux

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de notre admiration et de nos sincères remerciements.

**Monsieur le Docteur Bernard MAGRET**  
Praticien Hospitalier, SAMU de Limoges  
Médecin Légiste  
Médecin Commandant des Sapeurs-pompiers

Je vous remercie pour votre collaboration, les précieuses informations que vous m'avez apporté pour la réalisation de ce travail, pour votre disponibilité, vos conseils avisés et votre bonne humeur.

A Marion, avec tout mon amour,

A mes parents, qui m'ont soutenu et sans qui je ne serai pas arrivé à ce stade aujourd'hui,

A mon frère et mon filleul Leonardo,

A mes grands-parents,

A ma famille,

A mes amis.

## TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION</b>	-page 11
<b>2. LE PSYCHOTRAUMATISME</b>	-page 12
<b>2.1. Définitions</b>	-page 12
<b>2.2. Evolution conceptuelle</b>	-page 14
<b>2.3. Epidémiologie</b>	-page 22
<b>2.3.1. Prévalence des troubles post-traumatiques dans la population générale</b>	-page 22
<b>2.3.2. Epidémiologie parmi des groupes de populations spécifiques ou soumises à un évènement particulier</b>	-page 24
<b>2.3.3. Facteurs de risque d'apparition du trouble</b>	-page 25
<b>2.4. Conséquences du psychotraumatisme</b>	-page 26
<b>2.4.1. Effroi</b>	-page 26
<b>2.4.2. Réaction péritraumatique</b>	-page 28
<b>2.4.2.1. Dissociation péritraumatique</b>	-page 28
<b>2.4.2.2. Détresse péritraumatique</b>	-page 29
<b>2.4.3. Conséquences immédiates et post-immédiates du traumatisme psychique</b>	-page 30
<b>2.4.3.1. Trouble de stress aigu (TSA)</b>	-page 30
<b>2.4.3.2. Troubles psychiatriques et psychologiques</b>	-page 33
<b>2.4.4. Conséquences à moyen et long terme</b>	-page 34
<b>2.4.4.1. ESPT</b>	-page 34
<b>2.4.4.2. Névrose traumatique</b>	-page 40
<b>2.4.5. Conséquences en fonction de l'âge</b>	-page 41



2.4.5.1. Chez l'enfant	-page 41
2.4.5.2. Chez la personne âgée	-page 44
2.5. Modèles physiopathologiques	-page 46
2.5.1. Aspects neurobiologiques : neuroendocrinologie, rôle des neurotransmetteurs, psychophysiologie	-page 46
2.5.2. Données de la neuroimagerie	-page 55
2.5.2.1. Etudes structurales	-page 55
2.5.2.2. Etudes d'imagerie cérébrale fonctionnelle (IRMf)	-page 57
<b>3. PRISE EN CHARGE SU PSYCHOTRAUMATISME EN PHASE IMMEDIATE ET POST-IMMEDIATE</b>	-page 58
3.1. Objectifs et importance de cette prise en charge précoce	-page 58
3.1.1. Objectif thérapeutique	-page 58
3.1.2. Objectif de prévention de l'ESPT et de la névrose traumatique	-page 61
3.2. Soins immédiats et post-immédiats par les urgentistes	-page 63
3.2.1. Sur le terrain	-page 63
3.2.2. Au service des urgences	-page 65
3.3. Soins immédiats et post-immédiats par les intervenants psychiatriques	-page 68
3.3.1. La CUMP	-page 68
3.3.2. Le <i>debriefing</i>	-page 74
<b>4. LE PSYCHOTRAUMATISME CHEZ LES SUJETS AU CONTACT DES VICTIMES</b>	-page 78
4.1. L'entourage, les proches des victimes et des morts, et les témoins de l'évènement catastrophique	-page 78
4.2. Les intervenants de l'urgence	-page 80

<b>4.2.1. Les bases du traumatisme indirect lors de situations d'exception chez les intervenants des services de secours</b>	-page 81
<b>4.2.2. Importance de la formation des intervenants</b>	-page 89
<b>4.2.3. <i>Debriefing</i> des intervenants</b>	-page 93
<b>5. CAS CLINIQUES</b>	-page 97
<b>6. CONCLUSION</b>	-page 103
<b>7. BIBLIOGRAPHIE</b>	-page 105

# 1. INTRODUCTION

La psychotraumatisme est connu depuis l'antiquité. Mais à la fin du XXe siècle, la succession de plusieurs conflits armés, les flambées de violences urbaines, l'accumulation des catastrophes technologiques et des accidents qui viennent ajouter du malheur aux catastrophes naturelles, ont attiré l'attention des gouvernants et du corps médical sur la souffrance psychique des victimes, qu'ils soient blessés physiques ou rescapés indemnes, voire témoins ou impliqués. De plus, la médiatisation a contribué à la conceptualisation, pour le plus grand nombre, du traumatisme psychique.

C'est ainsi que les termes «psychotraumatisme» et «traumatisé psychique» sont entrés dans notre vocabulaire. Il y a encore peu de temps, les praticiens méconnaissaient le trauma et parlaient d'«état anxieux» ou d'«état dépressif réactionnel» pour désigner les souffrances psychiques dues aux accidents et aux agressions.

Bien souvent, les intervenants de l'urgence ne considèrent que la prise en charge technique de l'intervention, en laissant de côté la prise en charge psychologique des victimes. Quand ils la prennent en considération, ils sont plus ou moins démunis, soit qu'ils la minimisent, soit qu'ils manquent de formation.

A l'aide d'une revue bibliographique, et après quelques rappels d'ordres historique, épidémiologique et physiopathologique, les conséquences du psychotraumatisme sur les victimes seront analysées, les moyens et techniques mis à la disposition des intervenants de l'urgence pour les prendre en charge seront développés. Sera ensuite abordée la technique du *debriefing* psychologique des victimes.

Il apparaît que certains de ces intervenants ne sortent pas indemnes d'une intervention lors d'une catastrophe, que le nombre d'impliqués soit important ou non, car il existe une exposition indirecte des services de secours à la souffrance des victimes. Ces victimes indirectes pourront également bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Puis trois situations cliniques seront développées pour illustrer l'importance de la prise en charge en médecine d'urgence des psychotraumatismes lors de catastrophes microsociales



## 2. LE PSYCHOTRAUMATISME

### 2.1. Définitions

Il convient de faire la distinction entre stress et traumatisme psychique. En effet, si les deux concepts peuvent être associés dans la réalité clinique, ils ne peuvent pas être considérés comme synonymes.

Le **stress** est défini par CROCQ comme *"la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace"*. Il ajoute que *"c'est une réaction éphémère. Elle est a priori utile et salvatrice et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative. Elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et s'achève par le relâchement de cette tension, avec sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental. Elle n'est pas pathologique, quoique grevée de symptômes gênants. Cependant, trop intense, répétée à courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se transforme en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé"* [34].

Le stress est donc une réaction naturelle, physiologique de l'individu soumis à une situation imprévue. Il a trois objectifs directs : il focalise l'attention, il mobilise les capacités mentales et il incite à l'action. Il s'agit d'une réaction d'adaptation face à une menace extérieure.

Le **traumatisme psychique** est un phénomène qui se déroule au sein du psychisme, sous l'impact d'un événement potentiellement traumatisant. Il ne se réduit pas seulement à sa composante énergétique d'effraction des défenses psychiques, car il est vécu dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'impuissance en l'absence de secours, il implique aussi une expérience de confrontation soudaine avec le réel de la mort (notre propre mort ou la mort

d'autrui), sans méditation du système signifiant qui préserve le sujet de ce contact brut dans la vie courante.

FREUD utilise le concept de "*trauma*" et considère qu'il s'agit d'un choc violent, surprenant le sujet qui ne s'y attendait pas, et qui s'accompagne d'effroi [54].

Il faut différencier fondamentalement **la peur** où le rapport à l'objet du danger est exclusif, **l'angoisse** où le rapport au danger est plus important qu'à l'objet de ce danger, et **l'effroi** qui est l'état qui survient quand on est face à une situation dangereuse sans y avoir été préparé. L'effroi correspond donc bien à un état d'horreur, au-delà de la peur, de l'angoisse et du stress, qui traduit la rencontre avec le réel de la mort. Le sujet est alors sidéré, incapable de décrire son état face à cette rencontre avec la mort, ce en quoi le traumatisme psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de son appareil psychique.

Si les effets du stress disparaissent avec la fin de l'évènement stressant, l'image traumatique, elle, installe au cœur du psychisme du sujet une véritable menace interne qui produira ses effets dans l'immédiat mais aussi à long terme. Installée dans le psychisme du sujet, cette image du réel de la mort ne trouve pas de représentation pour la porter. LEBIGOT nous précise qu'elle "*ne se comportera pas comme un souvenir : elle restera intacte, au détail près et, lorsqu'elle surgira à la conscience (dans le cauchemar ou dans la vie éveillée), ce sera toujours au temps présent, comme un évènement en train de se produire*" [78].

L'évènement traumatique fait irruption dans l'existence, le sujet éprouve le sentiment de la mort de soi comme ultime vérité et perte de soi-même en totalité. L'impossibilité qu'a le sujet à se référer à des signifiants vient de ce que la mort vraie, à laquelle il vient d'être confronté, n'a pas de représentation dans son psychisme, pour la bonne raison qu'elle n'a pas eu de présentation préalable.

CROCQ estime de plus qu'il faut réintroduire la question de sens et de non-sens. Pour lui, "*le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur de sens et il est surtout perception du néant, mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément*" [34].

Les conséquences du traumatisme psychique sont donc considérables, car cette effraction dans le fonctionnement du sujet va provoquer une blessure psychique irrémédiable pouvant se

manifester par des troubles psychiques importants. Ainsi, on comprend que ce qui fait le traumatisme psychique n'est pas la qualité de l'évènement traumatique, mais bien la réalité de cette rencontre avec la mort. La preuve de la nature réellement traumatique d'un évènement ne sera d'ailleurs apportée qu'après coup, par la survenue d'un **syndrome de répétition traumatique**. C'est sa survenue qui nous permettra de comprendre que l'évènement traumatique s'est accompagné d'une rencontre avec le réel de la mort, qui se répète et se reproduit dans ses cauchemars, dans les reviviscences diurnes, de manière implacable, sans que le sujet ne puisse s'y opposer.

Si dans le cas du stress la menace est extérieure, dans le cas du psychotraumatisme cette menace est interne. Il s'agit d'un état de vigilance permanent face à un danger qui est à l'intérieur même du psychisme du sujet.

Un évènement peut s'avérer traumatique pour un sujet, et ne pas l'être pour un autre. De plus, un même évènement peut être traumatisant pour le sujet un jour mais peut ne pas l'être la veille ou le lendemain. La vulnérabilité d'un sujet au psychotraumatisme va dépendre non seulement de la violence de l'évènement mais aussi de la conjoncture qui peut altérer l'état des défenses psychiques et également de la prédisposition individuelle, par conséquent certains sujets sont de par leur constitution ou en vertu de problématiques venues durant l'enfance, plus fragiles que d'autres et moins résistants aux agressions.

L'évènement traumatique peut être occasionné par un fait soudain qui agresse brutalement l'intégrité physique et mentale du sujet, mais ce caractère de soudaineté s'impose moins que celui de violence. Souvent, le sujet est soumis à une violence répétée, il n'y a pas de vécu de mort immédiate mais un vécu d'incertitude sur la durée de l'issue finale. La durée de l'exposition est donc un facteur aggravant de l'évènement traumatique.



D'après DE CLERCQ, il convient de définir deux types de catastrophes [43] :

- **les catastrophes macrosociales**

Il s'agit de catastrophes de grande envergure, de masse, faisant intervenir un nombre important de victimes. Parmi celles-ci, nous pouvons citer les catastrophes naturelles (tremblements de terre, ouragans, inondations, avalanches,...), les catastrophes provoquées par l'homme (guerres, accidents industriels, attentat terroriste, génocide, déportations,...) [82], et les accidents graves (crash d'avion, collision maritime, accidents, ferroviaire,...). Ce sont ces différents événements qui sont généralement le plus médiatisés, car dramatiques, mais cependant rares.

- **les catastrophes microsociales**

Il s'agit de catastrophes à l'échelle individuelle, sans retentissement important à l'échelle groupale ou à l'échelle nationale. Sur un plan quantitatif, les victimes de catastrophes microsociales sont beaucoup plus nombreuses que celles des catastrophes macrosociales, mais elles sont aussi beaucoup moins identifiées comme problématiques et encore moins souvent prises en charge.

Selon FOA (2000), parmi les événements traumatiques dits civils pouvant être à l'origine d'un traumatisme psychique, les accidents de voitures, les agressions physiques, les menaces et les blessures par armes à feu et par armes blanches et les agressions sexuelles se positionnent juste après les catastrophes naturelles [53]. Cela montre à quel point les catastrophes microsociales occupent une place essentielle parmi les traumatismes.

## 2.2. Evolution conceptuelle

La notion de syndromes psychotraumatiques remonte à l'antiquité, mais l'histoire de leur thérapeutique et de leur pris en charge est beaucoup plus récente ; il est possible de distinguer quatre périodes distinctes.

Du milieu des années 1700 à 1869, il s'agit de la période des précurseurs. En 1776, TISSOT recommande de traiter les personnes évanouies sous le coup de la terreur en leur faisant respirer des sels ou du vinaigre, puis en les mettant dans un endroit tranquille entourés de quelques familiers [119]. Les guerres de la Révolution et de l'Empire furent pourvoyeuses de troubles psychiques dénommés par PINEL "*névroses de la circulation ou de la respiration*", "*mélancolie*", "*manie*", "*idiotisme*", et surtout "*syndrome du vent du boulet*" [104]. En 1859, dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, BRIQUET collecte 187 cas d'hystérie consécutifs à des mauvais traitements, frayeurs ou émotions morales vives, et préconise d'adapter le traitement en fonction de la cause.

A la fin du XIXe siècle, il s'agit de la période des fondateurs. En 1870, CHARCOT travaille au pavillon des agités à l'hôpital de la Salpêtrière, où il entreprend d'étudier l'hystérie [25]. Cette époque correspond au développement du chemin de fer, et aux accidents violents qu'ils occasionnent. Il en résulte une augmentation de ses patients ayant des hystéries post-accidentelles. Il tente d'arrêter les crises par la pression subite et énergétique des points «hystérogènes», c'est-à-dire les ovaires chez la femme et les testicules chez l'homme, il réduit les conversions par l'excitation faradique des membres paralysés ou anesthésiés, il combat l'insomnie par l'administration de bromure ou de chloral, il prescrit l'isolement et le repos et il cherche à modifier l'état mental par la suggestion.

Quelques années plus tard, un de ses élèves, Sigmund FREUD, propose pour désigner la souvenance traumatique le mot platonicien de "*réminiscence*" [54]. Il préconise sa méthode thérapeutique "*cathartique*", qui consiste non seulement à faire revivre au patient sous hypnose, ou par tout autre procédé, l'évènement assorti de toute la charge des affects restés

coincés, mais encore à faire associer à son sujet, à le "*réinscrire dans le grand complexe des associations propres au patient*".

De 1900 à 1996, il s'agit de la période des continuateurs. Le XX<sup>ème</sup> siècle a été un siècle de guerre, avec son cortège de violence, de souffrance et de misère. Le psychiatre allemand HONIGMAN, servant dans la guerre russo- japonaise (1904-1905) comme volontaire au sein de la Croix-Rouge, qui va désigner pour la première fois sous le terme de «névrose de guerre» les troubles psychiques de combat. Durant cette même guerre, le médecin général AUTOCRATOV va mettre en place un dispositif de **psychiatrie de l'avant**, avec des psychiatres et des infirmiers parcourant le front et traitant les blessés psychiques sur place.

La Grande Guerre de 1914-1918 oubliera longtemps cette leçon de psychiatrie de l'avant. En effet, les milliers blessés psychiques sont systématiquement évacués vers les formations de l'arrière. Or, ces blessés psychiques, pour ne pas être renvoyés au front, persévèrent dans leurs symptômes, ce qui entraîne en cumulé une perte d'effectifs non négligeable. En 1916, il est donc décidé que les soldats atteints de tels troubles doivent être traités rapidement dans les centres neurologiques à proximité du front, et n'être évacués en aucun cas vers l'arrière. La technique thérapeutique utilisée est fondée sur la suggestion associée à un courant faradique, procédé dénommé par ROUSSY «*méthode psycho-électrique rééducative*» [108].

FREUD, chargé de présenter un rapport concernant ce traitement, préconise une redécouverte de la doctrine de la psychiatrie de l'avant [55], dont l'américain SALMON Thomas va codifier les cinq principes [109] :

- *Immediacy*
- *Proximity*
- *Expectancy*
- *Simplicity*
- *Centrality*

- L'immédiateté évite le développement d'un temps de latence d'une névrose traumatique et la méditation solitaire propice au renforcement des symptômes

- La proximité maintient le patient dans l'atmosphère du front, sans lui faire connaître un autre climat, et sans le séparer de son unité
- L'espérance de guérison inculquée par le corps médical donne l'impression au patient qu'il va guérir rapidement de son trouble
- La simplicité indique le recours à des moyens thérapeutiques élémentaires : le laver, le nourrir, le reposer, le faire dormir, et centrer la psychothérapie sur l'incident actuel, sans se référer aux conflits affectifs de l'enfance
- La centralité implique une organisation générale cohérent, permettant d'assurer la régulation des blessés psychiques

Après cette guerre, les séquelles psychiques du combat seront considérées comme honteuses tant par les autorités que par le public, et ne seront donc pas prises en charge, laissant toute une population atteinte souffrir en silence de leurs reviviscences et de leurs cauchemars. Cette situation entraînera une altération définitive de leur personnalité

Lorsque la Seconde Guerre mondiale éclate, les leçons de la psychiatrie de l'avant sont de nouveau oubliées.

En France, la désorganisation de la défaite fait passer au dernier plan les troubles psychiques. En Allemagne, les défaillances psychiques sont considérées par le régime nazi comme une flétrissure de la race, et sont donc sévèrement réprimées. En URSS, la moindre faille psychique n'est pas admise et les commissaires politiques aux armées sont impitoyables, promettant le peloton d'exécution à tout soldat réticent à combattre. Chez les anglais, CHURCHILL lui-même a dénié l'existence des troubles psychiques.

Quand la sélection psychique sera de nouveau instituée dans les armées alliées, et jusqu'en 1943, les blessés psychiques seront systématiquement évacués vers l'arrière. Le 26 avril 1943, la circulaire Bradley restitue la psychiatrie de l'avant : l'ordre est donné de traiter les psychiques sur place pendant une semaine, et de n'évacuer vers l'arrière que les cas résistants. Le terme de «névrose de guerre» est alors proscrit au profit de celui d'«épuisement» (*exhaustion* en anglais), avec la connotation de «réaction normale à une situation anormale». Pour l'armée américaine, le nombre de blessés psychiques sur le théâtre des opérations de décembre 1941 à août 1945 sera de 327 000 hommes, soit la moitié de celui des blessés physiques [31].

Lors des campagnes post-coloniales d'Indochine et d'Algérie (1946-1962), l'armée française n'a pas instauré de psychiatrie de l'avant, mais a traité ses blessés psychiques dans les hôpitaux militaires locaux, avec évacuation quasi-systématique sur la métropole. La guerre d'Algérie (1954-1962) a opposé les réservistes français aux combattants du Front de Libération Nationale, entraînant la description par les psychiatres militaires de décompensations psychiques post-traumatiques. Le médecin général L. CROCQ a recensé 200 cas dans son travail publié en 1978 [35].

Il établit, selon trois axes, le profil clinique de la névrose de guerre :

- le symptôme de répétition pathognomonique avec ses reviviscences hallucinatoires, ses souvenirs forcés et ruminations mentales obsédantes, ses vécus et agis comme si cet événement allait se reproduire, et ses cauchemars de répétition.
- les symptômes non spécifiques : asthénie, anxiété, hystéries, phobies, obsessions, troubles psychosomatiques, troubles addictifs (alcoolisme, toxicomanie).
- l'altération de la personnalité avec blocage de la fonction de filtration des stimuli et blocage de la fonction de présence, de la fonction d'amour et de relation à autrui.

Pendant la guerre du Vietnam (1964-1973), une politique de psychiatrie de l'avant a été instaurée d'emblée, associée à des dispositions de repos bien organisées. Malgré cela, le nombre de sujets atteints de «*post-Vietnam syndromes*» différés manifestés après la démobilisation et le retour en métropole devint préoccupant, avec des reviviscences pénibles, des cauchemars, des ruminations, des sursauts et un état d'alerte permanent, l'impression d'avoir perdu son ancienne personnalité, d'être devenus des boucs émissaires. Cela aboutit à l'introduction du diagnostic de *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), dans la troisième révision du système nosologique américain DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*) en 1980 [4].

Les critères diagnostiques comprenaient alors :

Critère A : le fait d'avoir subi un évènement stressant qui provoquerait de la détresse chez quiconque.

Critère B : des reviviscences intrusives de cet évènement.

Critère C : un émoussement psychique avec perte des intérêts, un détachement.

Critère D : un ensemble disparate d'autres symptômes, tels qu'un état d'alerte, des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire et de la concentration.

En 1994, le DSM IV procède à des remaniements en imposant de nouveaux critères et des modifications dans les critères précédents, pour aboutir à six grands critères qui seront développés ultérieurement [5] :

- a- Traumatisme
- b- Reviviscence
- c- Evitements
- d- Hyperactivité neurovégétative
- e- Durée
- f- Handicap

De son côté, dans sa dixième révision de la classification internationale des maladies mentales (1992), la CIM-10 se superpose au DSM IV et propose trois diagnostics [93] :

- a- Réaction aiguë à un facteur de stress : les troubles doivent avoir disparu en 72 heures.



- b- Etat de Stress Post Traumatique (ESPT), qui correspond au concept de PTSD du DSM
- c- Modification durable de la personnalité : lorsque les séquelles sont durables et irréversibles

Les conflits sanglants de ces dernières années (conflits du Moyen-Orient, guerre du Golfe, guerre en Tchétchénie, etc.), ont été pourvoyeurs de troubles psychotraumatiques aigus et séquellaires, tant chez les combattants que chez les civils. Pendant ces conflits, des mesures thérapeutiques telles que la psychiatrie de l'avant et le soutien psychologique aux forces armées ont été instaurées pour le cas des «soldats de la paix», affectés à l'ONU à des missions d'interposition ou d'action humanitaire [32].

De 1997 à nos jours, il s'agit de la période des novateurs. En effet, l'accroissement de la violence, tant lors de conflits armés que dans la vie quotidienne en temps de paix, a conduit les gouvernements dans divers pays à s'inquiéter du sort des victimes et à élaborer des politiques cohérentes de prise en charge et de suivi psychologique, au-delà des actions ponctuelles au coup par coup.

En France, ce tournant dans la réflexion s'est effectué vers 1995 (en fait, la réflexion s'est faite bien avant car dès le début des années 80, NOTO, HUGUENARD, LARCAN et CROCQ en ont parlé [97]), après l'attentat terroriste à la bombe de la station RER Saint-Michel à Paris ; le Président de la République a alors découvert l'intensité des souffrances psychiques des blessés. Il a incité la création d'un dispositif de prise en charge des «blessés psychiques».

A l'issue des travaux d'une commission présidée par le médecin général L. CROCQ, le 28 mai 1997, un arrêté ministériel et une circulaire d'application ont instauré le *Réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique* (les CUMP), couvrant l'ensemble du territoire français et assurant, en ce qui concerne les catastrophes, attentats, accidents collectifs et incidents graves à forte répercussion sociale, la prise en charge médico-psychologique des blessés psychiques dès la phase immédiate et dans la période post-immédiate, avant de passer

le relais pour la période chronique aux structures de soins psychiatriques traditionnelles, rôle qui sera développé ultérieurement [30].

La prise en charge officielle des traumatismes psychiques ne débute donc sur le terrain et aux urgences que depuis peu de temps.

## **2.3. Epidémiologie**

L'épidémiologie, ou l'étude des phénomènes morbides dans les groupes de populations, s'avère essentielle si l'on souhaite véritablement comprendre les tenants et aboutissants de la question du traumatisme psychique. Elle permet, indépendamment de toute conception théorique en dehors des critères préalablement définis, d'étudier le phénomène à grande échelle, de lier les variables entre elles et donc de fournir des éléments en terme de facteurs de risque et d'étiologie, et ainsi de miser sur une prévention efficace ou une stratégie thérapeutique adaptée, pouvant de cette manière être évaluées.

### **2.3.1. Prévalence des troubles post-traumatiques dans la population générale**

L'épidémiologie des troubles post-traumatiques dans la population générale est largement dominée par les études américaines. La première grande étude réalisée aux Etats-Unis avec des procédures diagnostiques standardisées est l'étude ECA (*Epidemiologic*

*Catchment Area*) de Saint-Louis (HELZER, 1987), qui avait trouvé une prévalence de PTSD « vie entière » de 0,5 % chez les hommes et de 1,3 % chez les femmes, mettant en évidence également que 15 % des hommes et 16 % des femmes présentaient certains symptômes psychiques spécifiques après une expérience traumatique [65]. De plus, ces auteurs soulignent l'importance d'une comorbidité psychiatrique associée (autres troubles anxieux, somatisation, schizophrénie...). La même enquête reprise par COTTLER (1992), retrouve une prévalence globale d'environ 1,35 %, avec trois fois plus d'expériences traumatiques chez les consommateurs de drogues type opiacés ou cocaïne [29].

Dans l'étude ECA de l'université de Duke, les taux de prévalence de PTSD sont de 0,6 % à six mois et de 1,3 % sur la vie entière. Dans cette étude, les personnes souffrant de PTSD semblent plus instables sur le plan professionnel, moins favorisés socialement, ont plus d'antécédents psychiatriques familiaux et plus d'histoires personnelles d'abus sexuels [38].

La plus grande étude réalisée s'inscrit dans le cadre de la *National Comorbidity Survey*, portant sur un échantillon national de 5 877 personnes interrogées avec un instrument diagnostique classique et des questions sur les événements potentiellement traumatiques pour limiter les biais de remémoration [73]. Dans cette étude, la prévalence «vie entière » du PTSD est de 7,8 %, soit 5,4 % chez les hommes et 10,4 % chez les femmes, alors que la fréquence de l'exposition à un événement potentiellement traumatique est de 60,7 % pour les hommes et de 51,2 % chez les femmes. Le taux de PTSD après un événement traumatique diffère selon l'évènement lui-même, et pour un même évènement suivant le sexe. Les auteurs mentionnent une importante comorbidité psychiatrique chez les sujets souffrant de PTSD, de l'ordre de 88,3 % pour l'homme et de 79 % pour la femme.

En Europe, la prévalence des troubles traumatiques en population générale apparaît moins élevée, car estimée seulement à 1,9 % selon l'étude ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), étude conduite dans six pays [3]. Une étude allemande l'estime à 1,6 % parmi une population de jeunes âgés de 14 à 24 ans, prévalence inférieure à celle de jeunes Américains du Nord [102]. En revanche, les troubles comorbides au PTSD non spécifiques étaient aussi fréquents dans les deux populations.

### **2.3.2. Epidémiologie parmi des groupes de populations spécifiques ou soumises à un évènement particulier**

Certaines populations font l'objet d'études épidémiologiques particulières, soit que leurs professions les exposent, de manière répétée, à des évènements potentiellement traumatiques, soit que l'évènement lui-même est reconnu comme étant particulièrement traumatique. Il s'agit généralement d'enquêtes prospectives auprès d'effectifs plus réduits.

Le cas des combattants de guerre et des populations de réfugiés ne sera pas abordé ici, mais nous nous intéresserons plus particulièrement au cas des professions dites «à risque».

En effet, certains métiers d'intervention apparaissent comme particulièrement exposés aux faits traumatiques. Les études de suivi de sapeurs-pompiers ne montrent pas de pathologie traumatique anormalement augmentée après un évènement dans lequel ces derniers sont engagés ; les taux de PTSD sont de 10 % [57]. Pour tous les auteurs, le niveau de préparation psychologique de ces professionnels est un facteur protecteur déterminant.

Une étude concernant le personnel des services d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris révèle une proportion de 11 % de troubles psychotraumatiques avec 36 % du personnel ayant des scores élevés à l'échelle d'épuisement professionnel, 50 % ayant un score anormalement élevé à l'échelle d'anxiété et 20 % à l'échelle de dépression [68]. En population générale, ces taux sont respectivement de 20 % à l'échelle d'anxiété et 10 % à l'échelle de dépression [3].

De plus, certains évènements ont une forte potentialité traumatique. Les faits perpétrés par l'homme tels que les attaques terroristes, les crimes et agressions violentes de toute nature sont classiquement considérés comme les plus traumatiques. Par exemple, après les attentats commis en France entre 1982 et 1987, la proportion de PTSD est 10,5 % chez les personnes indemnes de blessures physiques, 8,3 % chez les personnes ayant été modérément blessées, et 30,7 % chez les victimes gravement blessées physiquement [1]. Une étude prospective réalisée dix-huit mois après l'attentat du RER de Port-Royal en 1996 à Paris a mis en évidence un taux de 37 % de PTSD, sur l'ensemble des cinquante-six victimes [69]. Aux Etats-Unis, une étude comprenant 1 008 sujets adultes vivant à Manhattan, évalués cinq à

neuf semaines après les attentats terroristes du 11 septembre 2001 à New York, a montré un taux de PTSD de 7,5 % et de dépression de 9,7 %. Lorsque les sujets étudiés résident à proximité du World Trade Center, le taux de PTSD atteint 20 % [58].

Le viol et les agressions sexuelles occupent une place particulière par la gravité et la fréquence des séquelles traumatiques, même plusieurs années après. Une enquête réalisée à l'Hôtel-Dieu à Paris, d'un à trois ans après les faits, auprès de 120 victimes d'agressions sexuelles avec pénétration retient un taux de PTSD de 65 % [83], cela se rapprochant des études en population générale ou le taux de PTSD après un viol varie de 60 à 80 % [73].

Les catastrophes naturelles, les accidents technologiques et de transport sont pourvoyeurs de PTSD. Ainsi, lors de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en septembre 2001, parmi 430 sujets hospitalisés dans le service des urgences, 45,5 % présentaient un taux élevé de symptômes cinq à dix semaines après l'explosion [89].

### **2.3.3. Facteurs de risque d'apparition du trouble**

- Le sexe féminin apparaît comme un facteur de risque indiscutable, car pour un même niveau d'exposition, il multiplie le risque de développer un PTSD par deux [19].
- Les antécédents psychiatriques et la comorbidité pris au sens large et incluant les troubles des conduites, tels que les conduites addictives, sont des facteurs de risque, en sachant que la comorbidité est également un facteur de chronicité de PTSD, particulièrement les troubles dépressifs [19].
- Le bas niveau socio-économique semble être le seul facteur probant après avoir éliminé d'autres paramètres sociaux-démographiques comme la race, le statut

marital, le niveau d'éducation, la situation par rapport à l'emploi..., paramètres intervenant comme facteurs de confusion selon BRESLAU (1998) [19].

- Le niveau socio-économique parental est également un facteur de risque significatif, d'après DAVIDSON (1991) [38].
- D'autres facteurs de risque ont été mis en évidence chez un sujet soumis à un évènement particulier [111] :
  - o Le fait d'avoir perdu un proche ou d'avoir été témoin d'une mort
  - o Le fait d'avoir fortement risqué sa vie
  - o Le fait d'avoir des tâches mortuaires comme des manipulations de cadavres
  - o Le fait d'avoir été grièvement blessé physiquement, surtout si il s'agit de brûlures

## **2.4. Conséquences du psychotraumatisme**

### **2.4.1. Effroi**

L'effroi fait partie de la définition même du psychotraumatisme.

Dans le concept freudien d'effroi, l'image traumatique pénètre dans l'appareil psychique, et ne trouve aucune représentation pour l'accueillir, la transformer, la lier dans l'inconscient du sujet. On parle alors d'effraction (*fright*) [54].



En effet, habituellement les stimulations du monde environnant sont prises en charge par des «représentations» déjà présentes dans l'inconscient du sujet. Ce que le sujet perçoit, ce ne sont pas des images brutes en provenance de l'extérieur, mais des images sélectionnées, agencées, «naturalisées» pour créer un sens, voir pour donner une signification : la rencontre avec le réel ne se fait jamais parce qu'à sa place se présente une réalité élaborée dans le réseau des représentations et subissant ses lois.

Or, ce n'est pas ce qui se passe avec l'image traumatique, car la mort n'est pas représenté chez le sujet. D'après FREUD, "*nous savons tous que nous allons mourir, mais nous n'y croyons pas*" [55], nous vivons comme si nous étions immortels. BARROIS (1988) à exprimé cela différemment en disant que "*tout le monde sait ce qu'est un cadavre, mais personne ne sait ce qu'est la mort*" [6]. Incrustée dans le psychisme, l'image du réel de la mort n'a aucun lien avec les représentations présentes dans l'inconscient, elle restera donc intacte dans ses moindres détails, et lorsqu'elle surgira à la conscience, ce sera toujours au temps présent, comme si l'évènement était en train de se produire.

Ce n'est pas l'angoisse qui surgira de cette effraction, mais une expérience transitoire avec une absence totale d'affect. La plupart du temps, une réaction d'effroi ne dure que quelques secondes, et lorsque les victimes se le remémorent, elles parlent de «panne», d'«absolu silence», de «vide».

Une étude (2003) réalisée dans un échantillon d'accidentés de la route hospitalisés plus de 72 heures dans une unité de traumatologie, montrait une corrélation importante entre la réaction d'effroi et la survenue d'un PTSD deux mois plus tard [120].

## 2.4.2. Réaction péritraumatique

### 2.4.2.1. Dissociation péritraumatique

Elle se définit par une rupture immédiate ou post-immédiate de l'unité psychique au moment du traumatisme. Il existe pour le sujet un véritable et profond sentiment d'irréalité, dû aux altérations de la perception de temps, de lieu et de soi. Il a été décrit de nombreux symptômes, dont un état de stupeur avec blocage des fonctions motrices (le sujet semble figé), des réactions de combat, des réactions de stress dépassé, des états confuso-oniriques [8].

Il est possible, grâce à un instrument de mesure validé, le PDEQ (*Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*), d'évaluer ces dissociations péritraumatiques de façon standardisées [86]. Le PDEQ est constitué de dix items, cotés de 1 à 5, le score mesurant l'intensité de l'état dissociatif au cours d'un événement traumatique est obtenu en effectuant la somme ou la moyenne des dix items, le seuil clinique de cette mesure étant de 1,5 pour la moyenne. Ce test évalue donc les différentes catégories d'expériences dissociatives pouvant être observées au moment du traumatisme ou immédiatement après, telles que :

- Des comportements moteurs automatiques, les sujets parlent alors de «pilotage automatique»
- Une perte du fil de ce qui est en train de se passer, les sujets emploient le terme «comme un blanc»
- La notion du temps qui s'écoule est perturbée, les sujets sont «au ralenti»
- Un état oniroïde, associant déréalisation et dépersonnalisation, avec une histoire étrange et inquiétante
- Une impression de distorsion de son image corporelle
- Une amnésie psychogène
- Une désorientation
- Une confusion

Les sujets ayant des réactions de dissociation péritraumatiques telles que celles présentées ci-dessus, présentent une plus grande vulnérabilité pour le développement d'un ESPT, de l'ordre de 25 % à 79 % selon les différentes études [7,86].

#### **2.4.2.2. Détresse péritraumatique**

L'évènement traumatique représente bien entendu une menace vitale pour le sujet qui le subit. Si nous prenons comme référence le DSM IV, et plus spécifiquement le critère A2, alors la réaction à cette menace initiale doit se caractériser par un sentiment de peur intense, de désarroi ou d'horreur [5]. En effet, le niveau d'anxiété péritraumatique renforce les souvenirs traumatiques et de ce fait sensibilise les systèmes impliqués dans la physiopathologie du PTSD.

Pour mesurer ce critère A2 du PTSD dans le DSM IV, BRUNET et al. ont développé un autoquestionnaire qui contient treize items cotés de zéro à 4, les scores allant de zéro jusqu'à 52. Il s'agit du PDI, ou inventaire de détresse péritraumatique, qui mesure le niveau de détresse émotionnelle et des symptômes physiques d'anxiété ressentis pendant un moment traumatique [21]. La consigne pour chaque item est de coter sa réponse en fonction de «ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement critique». Le score total moyen est alors obtenu par la somme des items divisée par le nombre d'items. Les différents items peuvent être les suivants : colère, tristesse, impuissance, inquiétude pour les autres, horreur, peur, culpabilité, peur de la perte de contrôle, honte, lipothymie ou le sentiment de mort imminente. Au dire de ses auteurs, la qualité de ses caractéristiques psychométriques et de sa capacité à prédire des troubles post-traumatiques permet de recommander son utilisation [67].

Les données apportées par le PDI suggèrent que la dissociation péritraumatique ne protège vraisemblablement pas de la détresse péritraumatique.

Dans les suites des attentats terroristes du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis, une étude utilisant le PDI indiquait que les sentiments de perte de contrôle, d'impuissance et de colère étaient de bons indices prédictifs de symptômes de PTSD [115].

D'autres items sont actuellement en cours d'études, il s'agit des indicateurs péritraumatiques végétatifs, tels que la tachycardie, les tremblements, les sueurs, le manque de souffle.

### **2.4.3. Conséquences immédiates et post-immédiates du traumatisme psychique**

#### **2.4.3.1. Trouble de stress aigu (TSA)**

La réaction aiguë à un état de stress, ou trouble de stress aigu (TSA), survient dans les heures ou les jours suivant le traumatisme, et associe généralement deux types de symptômes : des symptômes dissociatifs (se traduisant par de la stupeur, une dépersonnalisation, une déréalisation) et par des symptômes caractéristiques du stress traumatique, tels que le phénomène de répétition, l'évitement et l'activation neurovégétative (tableau 1) [5].

La différence diagnostique fondamentale avec un PTSD est la durée du trouble : ci celui-ci est inférieur à quatre semaines, il convient d'envisager un TSA, mais si la durée est plus longue, alors le diagnostique de PTSD est prépondérant.

La fréquence du TSA est variable selon les différents échantillons, de 14 % à 33 % des sujets exposés. En 2002, KATZ et al. ont effectué une revue de littérature dont les résultats soulignent que la sévérité d'une réaction aiguë de stress initial représente un bon indice de prédiction pour la survenue ultérieure d'un PTSD [72]. Il en découle que le diagnostique de

TSA est un facteur prédictif de PTSD, résultats étayés par le fait que 57 % à 83 % des victimes présentant un TSA développent ultérieurement un PTSD [13]. Du point de vue neuropsychologique, les mécanismes dissociatifs aigus pourraient prévenir le processus d'intégration mnésique de l'information concernant l'exposition traumatique, cela contribuant au développement des symptômes du PTSD.

Le TSA est la seule entité clinique post-immédiate reconnue à ce jour par les classifications internationales, pour exemple la reconnaissance par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993 [99] ou l'American Psychiatric Association (APA) en 1994 [5]. En fait, le TSA est reconnu par certains auteurs comme une entité distincte et prédictive, et par d'autres comme une forme débutante de PTSD.

A.	<p>Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux événements suivants étaient présents :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée</li> <li>2. la réaction du sujet à l'évènement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.</li> </ol>
B.	<p>Durant l'évènement ou après l'avoir vécu, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle</li> <li>2. une réduction de la conscience de son environnement</li> <li>3. une impression de déréalisation</li> <li>4. une impression de dépersonnalisation</li> <li>5. une amnésie dissociative (incapacité de se souvenir d'un aspect important du traumatisme)</li> </ol>
C.	<p>L'évènement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrant lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'évènement traumatique</p>
D.	<p>Evitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme</p>
E.	<p>Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, agitation motrice)</p>
F.	<p>La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique</p>
G.	<p>La perturbation dure un minimum de deux jours et un maximum de quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'expérience traumatique</p>

**Tableau 1 : Critères DSM IV du Trouble de Stress Aigu (APA, 1994)**



### 2.4.3.2. Troubles psychiatriques et psychologiques

Ces derniers peuvent se caractériser par des états anxieux, pouvant se présenter sous différentes formes.

- Le sujet peut présenter immédiatement après l'évènement «**un stress dépassé**». Il est obnubilé par les images horribles qu'il vient de subir, cet état émotionnel pouvant l'entraîner dans une fuite panique incoercible [34], et il est alors possible de décrire trois grands types de réactions :
  - une agitation désordonnée, associée à des cris, des hurlements, une logorrhée, ces signes étant plus ou moins intenses et durables
  - possibilité à contrario d'une inhibition psychomotrice associant pâleur et sueurs, avec des troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration
  - possibilité également d'états conversifs, traduisant une défense contre l'angoisse : paralysies, troubles sensoriels, aphonie. Il est également possible de rencontrer des manifestations psychosomatiques aiguës (crises d'asthme, accès hypertensifs, manifestations dermatologiques,...)
  
- Le sujet peut présenter des états confusionnels ou confuso-oniriques, ainsi que des états crépusculaires, bien que ces derniers restent rares.
  
- Il peut exister des psychoses délirantes aiguës qui naissent de cette angoisse de mort. Elles surviennent généralement chez des sujets qui ne se sentaient plus assurés de leur identité avant d'être confronté à l'évènement traumatique, qui avaient une structure psychotique préexistante au traumatisme.

Il existe des **syndromes psychotraumatiques précoces**, qui correspondent au fait que le sujet ne parvient pas à sortir de l'effroi ou du moment traumatique, ces symptômes se poursuivant pendant des heures, voir des jours entiers. La victime est alors dans un état d'hébétude, de sidération, elle semble fascinée par une scène à laquelle elle seule assiste [32].

Un **état dépressif** peut progressivement apparaître dans les suites du traumatisme psychique, mais cet état dépressif ne va apparaître dans l'immédiat que si l'évènement à entraîné pour la victime des pertes objectivables, telles que la perte d'un ou de plusieurs proches, perte de ses biens, de son honneur, de son intégrité physique [43].

Dans les suites immédiates de l'effroi, trois sentiments majeurs prédominent : la **honte**, le **vécu d'abandon** et la **culpabilité**. En effet, l'image traumatique installe une menace interne, qui correspond à la présence d'une source d'angoisse continue pour le sujet. La honte empêche le sujet de raconter à son entourage ce qu'il vient de vivre un fois rentré chez lui, le point de départ de ce sentiment étant un malentendu avec les proches, s'accompagnant quelque fois d'un repli sur soi. Dans certaines circonstances de détresse extrême, lorsque la victime a subi un sentiment d'abandon, par exemple dans le cas d'une agression dans une rue déserte, si la victime est restée seule pendant des heures après l'effondrement d'un immeuble,..., alors peuvent se manifester un repli sur soi agressif, une rancune envers les proches, une irritabilité. Enfin, un sentiment de culpabilité peut s'instaurer, entraînant rapidement un effondrement dépressif.

#### **2.4.4. Conséquences à moyen et long terme**

##### **2.4.4.1. ESPT**

Le **syndrome de répétition** est pathognomonique de l'ESPT dans lequel le patient revit le traumatisme initial. Ce syndrome de répétition se manifeste sous forme de visions quasi-hallucinatoires, de souvenirs forcés, de ruminations mentales, de crises émotives, de tics, sursauts et conduites motrices, de besoin de parler du trauma et surtout de cauchemars

dans lesquels le patient revit sans cesse le traumatisme initial. Ces répétitions sont vécues avec une angoisse intense, accompagnées de troubles neurovégétatifs et d'un raidissement de l'attitude motrice.

Le critère A du PTSD de la classification DSM IV (tableau 2), inclus non seulement les individus ayant vécu un évènement hors du commun, mais également, ce qui n'était pas le cas auparavant, les victimes indirectes ou les témoins de scènes insoutenables [5]. La cause de cette non reconnaissance initiale était de ne pas indemniser financièrement les GI du Vietnam n'ayant pas été physiquement blessés, et qui étaient susceptible de développer un PTSD.

La différence fondamentale entre TSA et PTSD est la durée, en effet on ne parlera de PTSD que lorsque les symptômes seront présents pendant plus d'un mois

Les autres améliorations apportées par le DSM IV dans la définition du PTSD sont indispensables :

- le critère A inclut les impliqués, voire les sauveteurs dans la définition de traumatisme psychique
- le critère A2, proche du concept d'effroi, représente le moment de sidération, d'horreur et d'impuissance de la rencontre avec le réel de la mort
- il ne faut qu'un seul des symptômes d'intrusion, alors qu'il faut trois des manifestations d'évitement
- le critère F introduit la notion de «souffrance significative» et de «détérioration du fonctionnement social et professionnel

**A. le sujet a été exposé à un évènement traumatique dans lequel les deux éléments suivant étaient présents :**

1. le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un évènement ou à des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
2. la réaction du sujet à l'évènement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

**B. Symptômes d'intrusion**

L'évènement traumatique est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions
2. rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse
3. impression ou agissements soudains «comme si» l'évènement traumatique allait se reproduire (flash-back, hallucinations, illusions)
4. sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause
5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'évènement traumatique en cause

**C. Symptômes d'évitement**

Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale, avec au moins trois des manifestations suivantes :

1. efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme
2. efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
4. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces activités
5. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
6. restriction des affects
7. sentiment d'avenir «bouché» (carrière, mariage,...)

<b>D. Symptômes neurovégétatifs</b>
Au moins deux des symptômes persistants : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu</li> <li>2. irritabilité ou accès de colère</li> <li>3. difficultés de concentration</li> <li>4. hypervigilance</li> <li>5. réaction de sursaut exagérée</li> </ol>
<b>E. Les symptômes des critères B, C et D durent plus d'un mois</b>
<b>F. La perturbation entraîne une souffrance significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants</b>

**Tableau 2 : Définition du PTSD dans le DSM-IV (APA, 1994) [4]**

Bien que la plupart des individus fassent le lien entre le traumatisme et leurs symptômes, certains en sont parfois incapables car ils nient l'évènement et la souffrance qui en a découlé. L'évitement de tout ce qui rappelle le traumatisme peut comporter une amnésie psychogène concernant tout ou certains aspects essentiels de l'évènement traumatogène. C'est la raison pour laquelle un proche ou un parent peut parfois aider à établir le diagnostic en spécifiant que les symptômes ne se sont déclarés qu'après l'évènement critique. Dans un couple, il est nécessaire de rencontrer le conjoint du patient que l'on soupçonne d'un stress post-traumatique, car ce dernier pourra nous faire part des éventuels changements de comportement du patient [42].

L'évènement déclencheur du PTSD est le plus souvent brutal, dangereux et accablant pour les proches du patient ou pour le patient lui-même. Le traumatisme psychique prend

alors la forme d'une souffrance ou d'une détresse morale, car ce dernier a brisé le sentiment d'invulnérabilité de l'individu, cela étant particulièrement le cas chez les victimes d'actes de violence à caractère odieux, tels que les attentats terroristes, les viols les agressions avec violence [42].

De part l'exercice de leur profession, certains individus sont particulièrement exposés, il s'agit entre autre des médecins, du personnel paramédical, des pompiers. Ces derniers ont souvent tendance à souffrir en silence et à nier tout traumatisme psychique qui pourrait être en rapport avec leur profession. Les témoins de scènes de mort et de destruction, comme par exemple les sauveteurs sur le lieu d'une catastrophe, sont particulièrement sujets au syndrome de stress post-traumatique, effet d'autant plus important que des enfants sont impliqués. Quelque fois, certaines personnes semblent sereines après un évènement traumatique, notamment dans les services de secours, mais il convient de se méfier car il en est dont l'apparente sérénité n'est qu'une manière de nier l'évènement.

Pendant la phase aiguë d'un psychotraumatisme, les symptômes associés à l'anxiété ont tendance à prédominer (cauchemars, troubles du sommeil, flash-back). Si l'affection n'est pas rapidement diagnostiquée et traitée, alors il existe un phénomène de chronicisation qui s'installe. L'anxiété diminue et cède le pas à l'abattement, à la dépression, à la somatisation des symptômes. C'est au cours de cette phase chronique que le patient peut le moins relier ses symptômes à leur véritable cause, l'évènement traumatique remontant généralement à plusieurs mois [43].

Une réminiscence de l'évènement traumatique peut être déclenchée lors d'une nouvelle situation, et de ce fait entraîner une anxiété insupportable ou la reviviscence de certaines scènes oubliées. Lorsque le traumatisme initial est enfoui dans une totale amnésie, et que les symptômes sont déclenchés par un évènement contemporain, alors il est difficile de diagnostiquer et de traiter de telles situations.

Comme nous l'avons dit précédemment, une grande étude a été réalisée dans le cadre de la *National Comorbidity Survey*, portant sur un échantillon national de 5 877 personnes interrogées [73]. Dans cette étude, la prévalence «vie entière» du PTSD est de 7,8 %, soit 5,4 % chez les hommes et 10,4 % chez les femmes, alors que la fréquence de



l'exposition à un évènement potentiellement traumatique est de 60,7 % pour les hommes et de 51,2 % chez les femmes.

Les auteurs mentionnent une importante comorbidité psychiatrique chez les sujets souffrant de PTSD, de l'ordre de 88,3 % pour l'homme et de 79 % pour la femme.

Le taux de PTSD après un évènement traumatique diffère selon l'évènement lui-même, et pour un même évènement suivant le sexe.

L'étude européenne ESEMeD estime seulement à 1,9 % la prévalence des troubles traumatiques en population générale [3].

Une étude allemande l'estime à 1,6 % parmi une population de jeunes âgés de 14 à 24 ans, prévalence inférieure à celle de jeunes Américains du Nord [102]. En revanche, les troubles comorbides au PTSD non spécifiques étaient aussi fréquents dans les deux populations.

DE CLERC (1995) a observé un taux de 50 % d'ESPT chez les brûlés graves, et de 18,7 % chez les rescapés indemnes d'un attentat dans un auditoire universitaire à Bruxelles [41].

BOUTHILLON (1992) retrouve un taux d'ESPT de 30 % chez 43 victimes des attentats terroristes de Paris [16], taux sensiblement identique à celui retrouvé par SHALEV (1992) après un attentat terroriste visant un bus en Israël [112].

Si nous prenons le cas des accidentés de la route, BLANCHARD et al. (1996) observent 39 % d'ESPT chez 158 accidentés de la route quatre mois après l'accident [11].

#### 2.4.4.2. La névrose traumatique

Les névroses traumatiques sont des états névrotiques organisés et durables, provoqués par un traumatisme, il est possible de les assimiler à un enkystement d'un ESPT mal ou non soigné.

En plus du syndrome de répétition sont présents des symptômes névrotiques non spécifiques que nous retrouvons dans d'autres névroses, telle que l'anxiété diffuse, l'asthénie physique et psychique avec des difficultés de concentration, une dysfonction sexuelle avec soit baisse de la libido, soit une abstinence totale. Le tableau peut comporter des conversions, des dramatisations hystériques, des phobies, des rituels et vérifications. Cette catégorie de symptôme étant attribuée à une névrose ou une prédisposition névrotique antérieure [27].

Les troubles psychosomatiques figurent souvent dans le tableau, touchant des appareils précis et produit par des mécanismes physiopathologiques déterminés liés à la réaction de stress. Ce type de réaction se produirait lorsque l'individu est peu enclin à l'extériorisation. La seule réponse qui soit accessible alors est la réponse de l'organe, d'après BOUTHILLON et CROCQ (1990) [15].

Bien que fréquents et caractéristiques, les troubles du caractère ne sont pas spécifique et s'expriment par des conduites impulsives, voire violentes : accès de colère, fugues, idées et conduites suicidaires, crises de larmes. Ils peuvent également de présenter sous la forme de conduites addictives à type d'alcoolisme, de toxicomanie, abus de tranquillisants.

La personnalité traumato-névrotique n'est que récemment acquise après l'impact du trauma, elle n'est pas constitutionnelle. Cette personnalité peut être régressive, craintive, égocentrique, dépendante ou fixée au trauma [54]. La victime a réorganisée ses défenses sur un nouveau mode de rapport avec le monde, privilégiant la répétition du trauma au dépend de l'insertion dans le réel et le présent, bloquant ses fonctions de filtration, avec présence d'une hypervigilance. Elle délaisse ses pôles d'intérêts, réduit ses activités et mobilise toute son amour pour sa propre consolation et devient captatrice insatiable de l'amour d'autrui, s'estimant sans cesse incomprise et délaissée. Le sujet a alors l'impression d'un avenir

bouché, le sentiment de ne pas pouvoir et de ne pas être aimé des autres, il prédomine une certaine amertume envers la société.

## **2.4.5. Conséquences en fonction de l'âge**

### **2.4.5.1. Chez l'enfant**

Il n'existe que peu d'études épidémiologiques concernant les psychotraumatismes de l'enfant. Mais, en 1997 ALMQVIST a réalisé une étude auprès de familles iraniennes réfugiées en Suède [2]. Il trouve, en se basant uniquement sur l'interrogatoire des parents seuls, un taux de prévalence de 2,4 % d'ESPT chez les enfants, mais ce taux passe à 21 % après une évaluation clinique des enfants. Nous voyons donc qu'il est très difficile d'évaluer les retentissements d'un traumatisme psychique en se basant uniquement sur les dires des adultes.

La souffrance entraînée chez l'enfant par un traumatisme psychique a longtemps été sous-estimée sur le plan clinique, ces derniers étant considérés comme relativement invulnérables. Ces croyances ont eu cours jusqu'au milieu des années 1980, époque vers laquelle les consultations d'enfants touchés par la peur, par la culpabilité, par l'impuissance et souffrant de troubles du développement ont révélé que les enfants pouvaient également souffrir de syndromes psychotraumatiques.

Il est maintenant établi que les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant surviennent en réponse à la confrontation à une situation ou à un évènement, à caractère menaçant voire catastrophique, qui provoqueraient des symptômes de détresse évidents chez l'adulte également. Comme chez l'adulte, il s'agit d'évènements majeurs représentant une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique, entraînant chez l'enfant une réaction

immédiate dépendant de la perception du degré élevé du risque. Il peut s'agir d'une peur intense, d'un sentiment d'horreur ou d'impuissance, d'un comportement agité ou désorganisé. Cette situation échappe à toute possibilité de contrôle par l'enfant lui-même, ou par ses protecteurs naturels que sont les adultes [128].

TERR (1991) a établi une description détaillée des signes cliniques des traumatismes de l'enfant [118]. Il différencie les troubles psychotraumatiques de type I, caractérisés par l'exposition à un unique événement soudain et massif, aux troubles psychotraumatiques de type II, dus à l'exposition à des événements répétés et durables pouvant alors être anticipés. Il existe différents tableaux cliniques en fonction de l'âge de l'enfant, mais il existera d'autant plus d'expressions somatiques et de tendance à la compulsion de répétition que l'enfant est petit.

- Le syndrome de répétition est constamment présent. Il se traduit par des jeux indéfiniment recommencés, des comportements inhabituels de «remises en actes», exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme, sans conscience de la part des enfants de revivre le passé. Les souvenirs visualisés sous la forme de flash-back, d'hallucinations ou d'illusions sont rares chez les enfants jeunes, mais peuvent se voir chez des adolescents.

Les rêves répétitifs ou les enfants revivent la scène traumatique sont également rares, et généralement remplacés par des cauchemars à thèmes non spécifiques.

- L'émoussement affectif est moins marqué que chez l'adulte. En effet, ni la réduction des intérêts, ni l'anesthésie affective ne font partie des signes habituels du syndrome dans l'enfance. Par contre, il existe un sentiment d'avenir limité, de pessimisme, une modification de l'attitude à l'égard des autres et de la vie, reflétant la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement.

- L'évitement aux stimuli associés au traumatisme se manifeste par des efforts pour repousser les pensées, les sentiments, les activités ou les situations en rapport avec l'évènement. Si l'amnésie psychogène est rare chez l'enfant, les distorsions de la chronologie des faits relatés dans le désordre sont souvent constatées, de même que

leur croyance aux présages, aux mauvais augures, qu'il faudrait interpréter comme des tentatives de retrouver un contrôle rétrospectif de la situation attendue.

- L'hyperactivité neurovégétative, secondaire au traumatisme (et seulement secondaire à celui-ci pour éviter la confusion avec le syndrome d'hyperactivité et les troubles de l'attention primaire), se traduit par des endormissements, des colères, une irritabilité, une hypervigilance avec états de sursauts et états de qui-vive permanents, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, une gêne dans la réussite scolaire, et enfin des symptômes physiques à type de céphalées ou de douleurs abdominales.

- Les troubles associés sont essentiellement marqués par des phobies simples : il peut par exemple s'agir d'une phobie sociale, d'une phobie de l'eau pour les rescapés d'un naufrage, des voitures pour les victimes d'un accident de la circulation.

Parfois, il est possible de voir, en dehors de tout contexte dépressif, un sentiment de culpabilité en rapport avec la honte d'avoir survécu.

L'évolution des troubles psychotraumatiques chez l'enfant est mal connue. En effet, la symptomatologie est fluctuante, en rapport avec l'âge de la victime, elle s'atténuerait à l'âge adulte. Les symptômes seraient d'autant plus sévères que la violence a une origine humaine, et chez les sujets dont la vie a été le plus en danger, ainsi que si il préexistait un trouble psychique, ou si le niveau de développement cognitif de l'enfant était insuffisant. Ces derniers points ont été mis en évidence par GREEN et al. (1994), qui ont étudiés le devenir d'enfants victimes et survivants, durant 17 ans, à la suite des inondations de la rivière Buffalo [63].

### 2.4.5.2. Chez la personne âgée

Chez les sujets âgés, la fréquence d'apparition de troubles post-traumatiques est sous-estimée. Tout d'abord, la prévalence de l'ESPT chez les sujets de plus de 61 ans serait environ de 0,9 % à six mois, d'après une étude publiée en 2003, or nous avons vu précédemment que ce taux de prévalence serait de 1,9 % en Europe et en population générale selon l'étude ESEMeD [3].

Chez le sujet âgé souffrant d'un ESPT, il est nécessaire de faire la différence entre les évènements traumatiques vécus par le sujet vieillissant et une effraction traumatique ancienne chez un adulte jeune à l'origine d'une décompensation d'un trouble psychotraumatique après 65 ans, ce problème étant posé notamment par les sujets exposés à une situation de guerre (prisonniers et combattants de la Seconde Guerre Mondiale, victimes de l'holocauste)

Le risque d'exposition traumatique lors d'une catastrophe peut être augmenté par un âge supérieur à 75 ans, la perte d'autonomie (rendant l'évacuation de leur domicile plus difficile), par le décès récent d'un proche, par une hospitalisation ou un déménagement récent, par un isolement, par une résistance accrue à quitter leur habitation, par une diminution de l'accès aux informations d'évacuation, par une confusion, ou chez des sujets vivant en maison de retraite [85].

De plus, depuis quelques années, certaines situations de moins en moins exceptionnelles telles que la maltraitance, la négligence et les vols avec violence sur personnes âgées peuvent être assimilées à un traumatisme psychique et conduire à un ESPT [116], de même que certaines pathologies organiques menaçant directement le pronostic vital, par exemple un infarctus du myocarde ou une embolie pulmonaire [20].

Les conséquences de l'évènement traumatique peuvent être, outre le développement d'un ESPT, une perturbation importante de la vie sociale des sujets âgés, une baisse durable de la qualité de vie, une détresse psychique, voire une surconsommation médicamenteuse entraînée par une mauvaise perception de leur état de santé [85].

Selon la date de survenue du traumatisme et selon sa prise en charge initiale, il existe plusieurs variétés d'ESPT chez les sujets âgés [26] :

- *ESPT de novo* : il correspond au développement du syndrome dans les suites d'un traumatisme psychique subit après l'âge de 65 ans
- *ESPT chronique* : ce dernier se traduit par la persistance d'une symptomatologie traumatique plusieurs années après l'apparition de ce trouble chez les sujets jeunes
- *ESPT retardé* : ce type d'ESPT correspond à la décompensation tardive d'un psychotraumatisme ancien ou à la réactivation d'un ESPT après de nombreuses années sans symptômes, il est spécifique au sujet âgé
- *ESPT complexe* : il est consécutif à une exposition à des traumatismes répétés au cours du développement précoce, il s'agit notamment d'adultes ayant subi des abus sexuels. Certaines similitudes existeraient entre ce trouble et la personnalité de type limite.

Sur le plan de la présentation clinique, il existe peu de différences avec la symptomatologie présentée par des sujets jeunes, hormis un score de symptômes intrusifs plus bas et un score d'hypervigilance plus important. En effet, chez la personne âgée, trois groupes de symptômes sont présents [85] :

- le syndrome de répétition traumatique (souvenirs répétitifs, cauchemars, reviviscence,...)
- la présence de conduites d'évitement des stimuli associées au traumatisme
- une activation neurovégétative (troubles du sommeil, irritabilité, hypervigilance)

La grande difficulté diagnostique chez les personnes âgées est qu'il existe de nombreuses similitudes avec la sénescence [20], notamment certaines particularités de conduites et de caractère conduisant à ignorer le syndrome de répétition.

De plus, il existe un risque de confusion avec d'autres troubles psychiatriques du sujet âgé, notamment la dépression, les troubles anxieux et les dysthymies, la différence se faisant sur la clinique [110].



Il est donc absolument primordial de rechercher dans la biographie du sujet un évènement psychotraumatogène [26].

## **2.5. Modèles physiopathologiques**

Les modèles présentés ci-dessous évaluent les modifications consécutives au psychotraumatisme qui seraient incriminés dans la genèse de l'ESPT. Il est nécessaire d'étudier les aspects neurobiologiques et les données de la neuroimagerie dans l'ESPT, pour comprendre quelles peuvent être les différentes pistes, notamment pharmacologiques, étudiées pour la mise au point d'un traitement précoce pouvant être délivré aux patients en phase immédiate ou post-immédiate d'un psychotraumatisme. En effet, il n'existe à ce jour pas de consensus sur les stratégies de prévention secondaire au décours de l'évènement, ni sur le mécanisme, ni sur le délai d'intervention initial.

### **2.5.1. Aspects neurobiologiques : neuroendocrinologie, rôle des neurotransmetteurs, psychophysiologie**

#### **- Neuroendocrinologie :**

Les recherches en psychiatrie biologique ont avant tout porté sur l'axe corticotrope, la régulation des systèmes adrénergiques et des hormones thyroïdiennes. Dans un ESPT, ce sont les troubles de l'axe corticotrope qui semblent être les plus significatifs, car il s'agit du système principal des réponses au stress et des phénomènes de mémorisation émotionnelle.

Dans sa *Formulation du syndrome général d'adaptation*, SELYE postulait que la réponse de l'organisme à toute agression se traduisait par une stimulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), et par une augmentation de la cortisolémie.

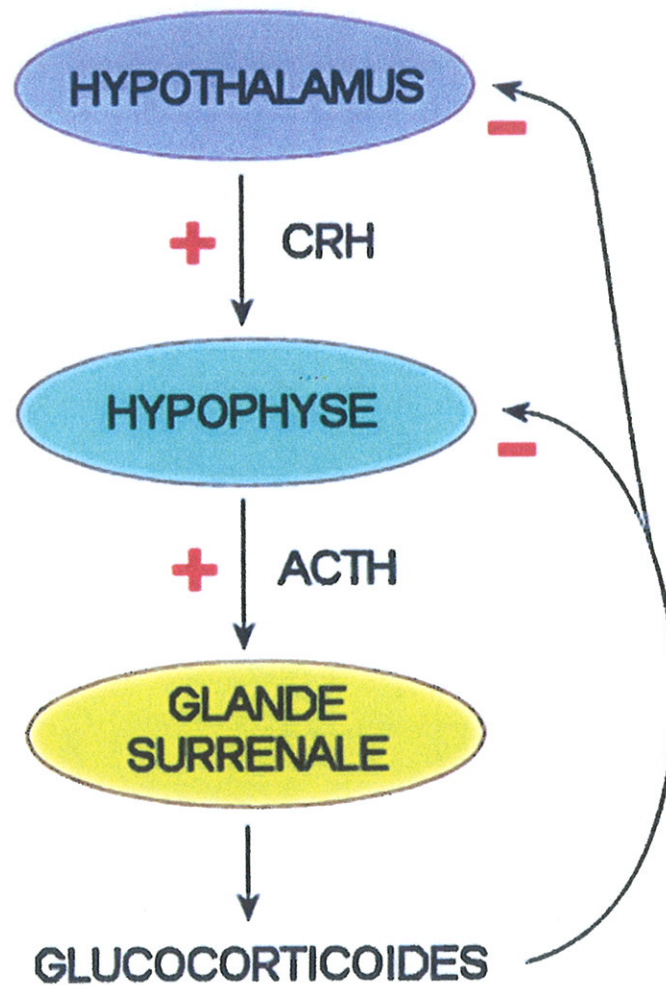


Figure 1 : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (YEHUDA, 2001)

Chez un individu sain, les noyaux para-ventriculaires de l'hypothalamus sécrètent, en réaction à un stress, du CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*) qui entraîne dans l'hypophyse l'activation d'ACTH (hormone adrénocorticotrope) au niveau de la tige pituitaire. Cette ACTH est libérée dans le sang périphérique et va ensuite activer la libération de cortisol dans la glande surrénale ; le cortisol ainsi libéré va exercer un rétrocontrôle négatif sur des récepteurs aux corticoïdes situés dans le cerveau, et va freiner l'axe HHS (figure 1). De plus, cette sécrétion de CRH active le locus coeruleus (LC), composante fondamentale du système nerveux central (SNC), qui intervient dans l'alerte et la vigilance, l'attention sélective et la réponse cardio-vasculaire à un stimulus menaçant. Le LC déclenche alors, par un mécanisme de firing neuronal, une hypersécrétion noradrénergique dans de nombreuses régions corticales et sous-corticales. Cette noradrénaline entretient la libération de CRH par les noyaux para-ventriculaires [18].

Dans l'ESPT, les cortisolémies et cortisoluries des 24 heures ont souvent été retrouvées diminuées [131]. L'ingestion d'une faible dose de dexaméthasone provoque l'élévation du taux de cortisol de façon artificielle, démontrant ainsi que dans l'ESPT l'axe corticotrope exerce un rétrocontrôle négatif puissant, en éliminant rapidement le cortisol excédentaire. Il en découle que l'axe corticotrope est hypersensible [131].

Une autre caractéristique de l'axe corticotrope dans le ESPT est que la CRH est augmentée dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) des patients [17]. Il existerait une hyperstimulation chronique de l'hypophyse par la CRH d'une part, à l'origine d'un dysfonctionnement de l'hypophyse, et, d'autre part, une hypersensibilité des récepteurs centraux aux corticoïdes qui potentialiseraient le rétrocontrôle négatif du cortisol sur le cerveau. L'existence de ce rétrocontrôle est démontré par l'utilisation de métyrapone : cette substance bloque la synthèse de cortisol de façon transitoire, et donc bloque le rétrocontrôle négatif du cortisol sur le cerveau transitoirement [70, 130]. La prise de cette substance fait augmenter beaucoup moins l'ACTH chez les sujets contrôles que chez les ESPT, signifiant qu'il existe bien une hyperstimulation par la CRH hypothalamique chez les ESPT et que, si celle-ci n'apparaît pas dans des conditions normales, c'est que le rétrocontrôle négatif du cortisol sur l'hypophyse est considérablement potentialisé par l'augmentation des récepteurs aux corticoïdes.

La finalité de ces mécanismes est la soustraction et l'adaptation au danger, mais leur intensité excessive ou leur débordement face à des situations psychotraumatiques entraîne des manifestations pathologiques immédiates qui seront impliquées dans l'étiopathogénie des troubles séquellaires.

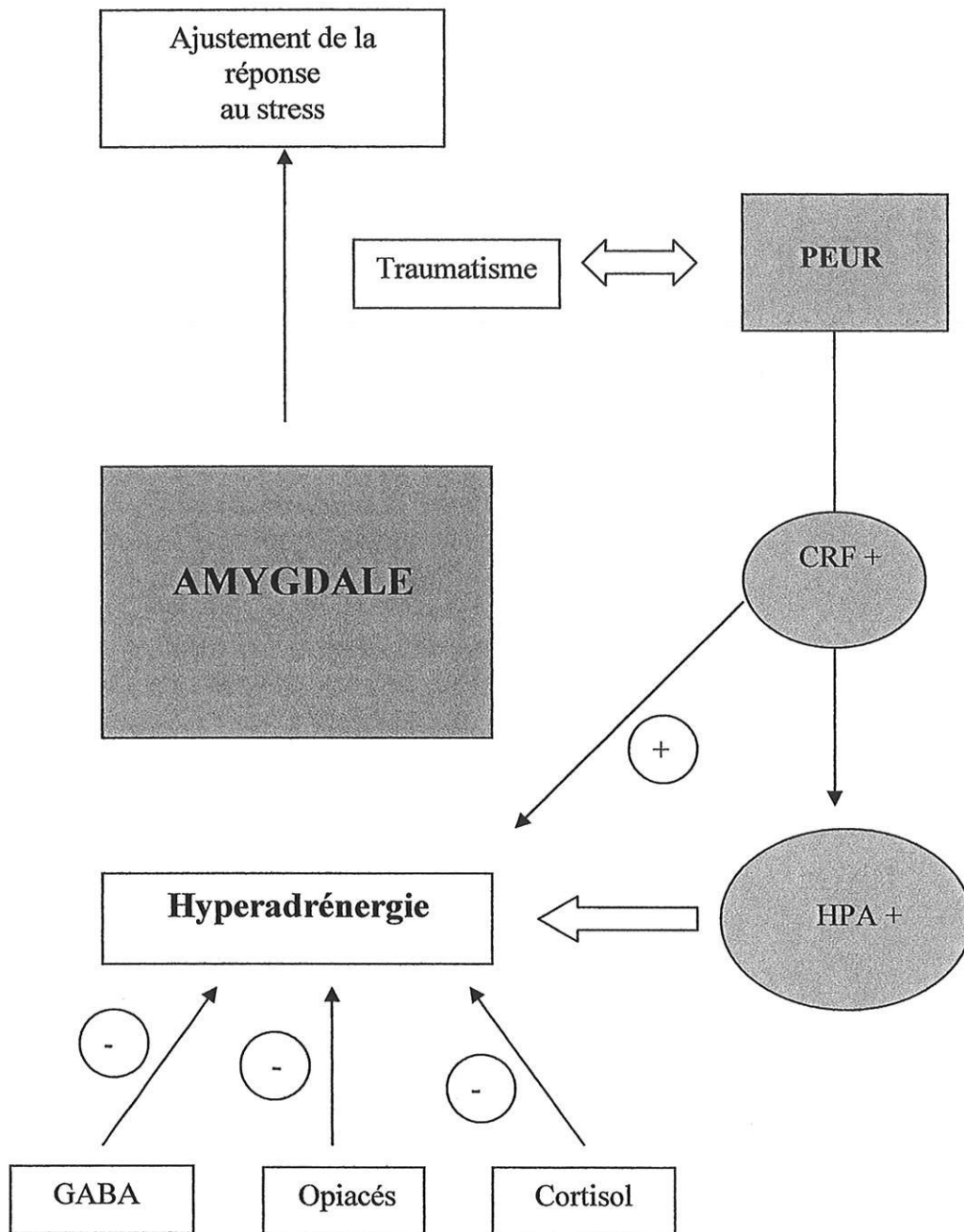
## - **Anomalies et dysfonctions des neurotransmetteurs :**

Des anomalies des neurotransmetteurs ont été mises en évidence au cours de l'ESPT, mais ces anomalies concernent essentiellement la libération périphérique de neurotransmetteurs, sans qu'il existe au niveau central de véritable cohérence de dysfonctionnement d'un neurotransmetteur, mais il est possible de faire correspondre le dysfonctionnement d'un neurotransmetteur à un groupe de symptômes.

### o La noradrénaline

Il a été observé une augmentation de la noradrénaline et de l'adrénaline urinaire chez les patients ayant un ESPT, ainsi que la diminution des récepteurs  $\alpha_2$  sur les plaquettes [103]. Il a été démontré une augmentation de la noradrénaline dans le LCR, cela suggérant une **hyperactivité noradrénergique centrale** en péritraumatique immédiat. La noradrénaline joue un rôle essentiel dans l'encodage émotionnel et la consolidation mnésique d'un évènement dont la survenue provoque des manifestations d'hyperéveil, de stress ou de peur, une hyperactivité noradrénergique pourrait donc jouer un rôle dans les symptômes d'hypervigilance [61].

Dans le schéma suivant (figure 2), montrant les évènements biologiques dans un modèle de peur, et même si d'autres neuromodulateurs sont impliqués, il semble que toute médiation (quelle soit directe ou indirecte) se fasse au travers d'une influence finale sur le système d'activation/ inhibition noradrénergique dans l'amygdale [125].



**Figure 2 : Biologie du trauma dans un modèle de peur (VAIVA, 2004)**  
 (CRF : Corticotropin Releasing Factor ; HPA : axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien)

- La sérotonine

Les systèmes sérotoninergiques sont une des principales cibles des réactions de stress, et les symptômes tels que l'impulsivité et l'agressivité sont en partie sous dépendance sérotoninergique.

Les éléments en faveur de l'implication des systèmes sérotoninergiques dans l'ESPT, sont les suivants [117]: les antidépresseurs sérotoninergiques sont efficaces sur certains aspects du trouble (notamment l'émoussement de la réactivité générale, la restriction des affects, les souvenirs répétitifs, les difficultés de sommeil et sur l'irritabilité), les agonistes sérotoninergiques sont plus anxiogènes, le contenu des plaquettes en sérotonine est diminué, et les sites plaquettaires de recaptage de la paroxétine et de la fluoxétine sont également diminués chez les sujets ayant un ESPT.

- Le glutamate

Le glutamate est le principal neurotransmetteur exciteur présent dans le cerveau, et les systèmes glutamatergiques sont impliqués de façon importante aussi bien dans les réactions de stress que dans le fonctionnement de la mémoire. Une modification de la transmission glutamatergique dans l'amygdale est susceptible de modifier les réactions de peur conditionnée, en augmentant la sensibilité et l'intensité des réactions comportementales. Selon NUTT, l'ESPT serait lié à une sur-stimulation des récepteurs au MNDA, qui renforcerait l'inscription des mémoires traumatiques et pourrait produire des lésions neurotoxiques cérébrales, par un mécanisme calcium-dépendant [98].

- La dopamine

Une augmentation de la dopamine plasmatique a été observée dans l'ESPT, mais sans spécificité [64]. Le rôle de la dopamine est de participer à l'attribution d'un sens aux stimuli environnementaux.

- Le GABA

Le GABA (*Gamma AminoButyric Acid*) est le principal neurotransmetteur inhibiteur présent dans le cerveau, et les neurones gabaergiques sont très impliqués dans les réactions de stress [84,98].

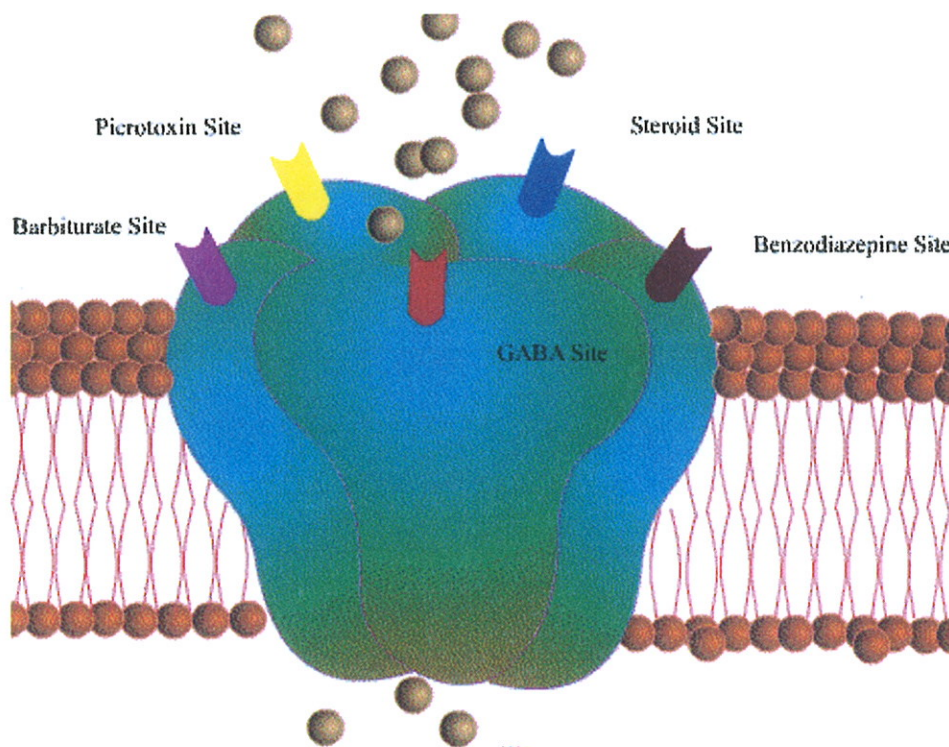
Les récepteurs aux benzodiazépines sont des récepteurs au GABA (figure 3), et la majorité des agents anxiolytiques sont des stimulants des récepteurs aux benzodiazépines. Or, une étude a montré une diminution des récepteurs aux benzodiazépines dans le cortex préfrontal chez les patients en ESPT [17].

D'après VAIVA (2004), au décours immédiat d'un accident de la route, un taux plasmatique de GABA abaissé serait un facteur prédictif de développement d'un ESPT dans les deux mois suivant l'accident [125].

- Les opiacés

Lors d'épreuves de provocation de symptômes, un état d'analgésie a été observé chez certains patients avec un ESPT, cette analgésie ayant pu être stoppée par de la naloxone (NARCAN®) qui est une molécule antagoniste des opiacés [105].





**Figure 3 : Récepteur GABA (VAIVA, 2004)**

**- Psychophysiologie :**

Les études psychophysiologiques ont examinés dans quelle mesure l'axe noradrénergique et le système nerveux autonome des patients ayant un ESPT était hyperactif. En effet, ces différents travaux ont mis en évidence les résultats suivants :

- Les potentiels évoqués

Face à des stimuli évocateurs de traumatisme, plusieurs anomalies de réponse aux potentiels évoqués ont été retrouvées, dont la réduction de l'amplitude de l'onde P200 aux stimuli de forte intensité, une suppression de la P50, des altérations de l'habituation de l'onde P1, ainsi que l'atténuation de l'amplitude de l'onde P300 aux stimuli auditifs ciblés [96]. De plus, il existe une variabilité importante de cette onde P300 à travers le temps, en comparaison avec une cohorte de sujets exposés aux mêmes stimuli [51].

- L'électromyogramme

Il existe, chez les sujets présentant un ESPT, des réactions de sursaut exagérées avec des réponses du système nerveux autonome à l'électromyogramme très importantes. Ces réactions sont majorées en situation de menace, ou lorsque les stimuli sont directement reliés au trauma [24].

- L'électrocardiogramme

Une tachycardie péritraumatique supérieure à 90 battements par minute a été associée à un risque plus élevé de développement secondaire d'un ESPT, cette tachycardie serait le reflet d'un climat hyperadrénergique prolongé dont nous avons vu précédemment l'impact sur les sujets victimes de psychotraumatisme [113].

- La polysomnographie

Pendant le sommeil de sujets souffrant d'ESPT, on retrouve une augmentation de la fréquence des cauchemars, un temps global de sommeil réduit et une augmentation de l'activité motrice. De plus, il existe une augmentation des mouvements oculaires phasiques pendant la période de sommeil paradoxal, ainsi qu'une discontinuité de ces mêmes phases de sommeil paradoxal interrompus par de micro éveils [92].

## 2.5.2. Données de la neuroimagerie

Il convient de distinguer deux formes d'anomalies chez les patients ayant un ESPT, d'une part celles qui concernent la structure du cerveau et d'autre part celles qui concernent le fonctionnement du cerveau [28].

### 2.5.2.1. Etudes structurales

#### - Anomalies de l'hippocampe

L'hippocampe est une structure bilatérale cérébrale, sous-corticale, qui est impliquée dans l'encodage des informations contextuelles et dans l'acquisition de réponses comportementales conditionnées.

Il existe une réduction d'environ 8 % du volume hippocampique mise en évidence par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) chez les sujets présentant un ESPT, comparativement à un groupe témoin [12]. Un grand nombre d'études utilisant l'imagerie spectroscopique (IRSM) montrent une forte diminution de l'ordre de 20 % du nombre de neurones vivants dans l'hippocampe des sujets présentant un ESPT par rapport à un groupe témoin [12]. Or, la diminution du nombre de neurones vivants dans l'hippocampe n'est pas immédiatement accompagnée d'une réduction de son volume, expliquant de ce fait la discordance des résultats obtenus avec l'IRM (certains travaux ne retrouvant pas de différence de taille de l'hippocampe des sujets présentant un ESPT par rapport aux sujets témoins).

- Anomalies de la structure du gyrus temporal supérieur

Chez des enfants et des adolescents ayant un ESPT, DE BELLIS a noté des anomalies de la structure du gyrus temporal supérieur [39,40], ce dernier étant très impliqué dans l'intégration des fonctions cognitives et dans l'intégration des fonctions affectives et sensori-motrices. Ce dysfonctionnement du gyrus temporal supérieur expliquerait des symptômes tels que l'hypervigilance et le niveau important d'anxiété. De plus, les résultats de DE BELLIS s'accordent avec les résultats des études des potentiels évoqués qui montrent l'existence de troubles de l'activité du cortex auditif chez les patients avec un ESPT [51].

- Anomalies structurales du cortex cingulaire

Le cortex cingulaire antérieur est une structure pivot, impliquée dans la régulation des phénomènes attentionnels, des réponses émotionnelle et dans le conditionnement de la peur. Chez les sujets présentant un ESPT, il existe une diminution de matière grise, ou une diminution du nombre de neurones vivant dans le cortex cingulaire [39]. Les travaux de DE BELLIS ont également montré une augmentation du nombre de neurones vivants dans ce cortex cingulaire, sous traitement et avec une amélioration clinique, suggérant la possibilité d'une réversibilité de la perte neuronale dans les structures cérébrales impliquées dans l'ESPT [40].

- Autres anomalies

CARRION a démontré une légère atrophie cérébrale globale, ainsi qu'une atténuation de l'asymétrie physiologique du cortex frontal [23]. Or, la perte de symétrie cérébrale au cours du développement pourrait favoriser l'apparition de troubles psychiatriques à l'âge adulte.

### 2.5.2.2. Études d'imagerie cérébrale fonctionnelle (IRMf)

Les études en imagerie fonctionnelle consistent à comparer l'activité cérébrale des patients atteints d'un ESPT, chez lesquels on a provoqué un stress aigu, à deux types de contrôles. La comparaison se fera d'une part sur ces patients dans des conditions de repos, et d'autre part sur des sujets sains ne souffrant d'aucune pathologie psychiatrique.

Les symptômes d'ESPT sont présents cliniquement avant l'activation du cortex orbitaire, du cortex cingulaire antérieur, de l'insula, du pôle temporal et de l'amygdale, ainsi que d'une diminution de l'activité dans l'aire de Broca [114]. De plus, l'activité cérébrale est globalement diminuée, avec une hypoactivité des cortex préfrontal dorsal, occipital et temporal, ainsi que de l'hippocampe. Il y a aussi une hyperactivité de l'amygdale, et du noyau accumbens [77,132]].

Comparativement aux sujets sains, il y a une activation moins importante du gyrus cingulaire antérieur, du gyrus frontal médian et du thalamus chez les sujets avec un ESPT [77].

Au cours des *flash-back*, OSUCH et al. [101] ont mis en évidence une activation du cortex visuel, de l'insula, du tronc cérébral et de multiples autres régions, mais pas d'activation du cortex cingulaire, ni de l'amygdale. Au cours des épreuves de provocation, une désactivation frontale apparaissait de façon constante. De plus, plus la fréquence cardiaque augmentait, témoin de l'activation du système nerveux autonome, plus nette était l'activation des régions corticales.

# **3. PRISE EN CHARGE SU PSYCHOTRAUMATISME EN PHASE IMMEDIATE ET POST-IMMEDIATE**

## **3.1. Objectifs et importance de cette prise en charge précoce**

### **3.1.1. Objectif thérapeutique**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'importance des soins précoces pour les sujets victimes d'un traumatisme psychique a été une découverte de la psychiatrie militaire. C'est en 1917 que le psychiatre militaire SALMON édicte les cinq principes d'action (*Immediacy, Proximity, Expectancy, Simplicity, Centrality*) qui serviront aux psychiatres bien entendu dans les situations de guerre [109], mais aussi dans d'autres circonstances diverses qui sont présentes dans la vie courante.

Bien entendu, les enseignements de la psychiatrie de l'avant militaire ont mis du temps avant de se diffuser dans le milieu civil. Cela tient notamment du fait que la pression de l'évènement ponctuel sur la recherche de solution est moindre en temps de paix qu'en temps de guerre.

L'objectif principal des soins immédiats est d'agir sur le stress ainsi que sur l'angoisse, que cette dernière soit manifeste, inhibée ou bien sidérée. Nous avons vu précédemment que dans les suites immédiates du traumatisme psychique, il y a une réelle et

intense souffrance psychique, sa présence traduisant à elle seule la nécessité d'une réelle prise en charge, et ce le plus rapidement possible dans les suites de l'évènement traumatique. En effet, il ne s'agit pas seulement de traiter un symptôme dans l'immédiateté, mais il convient de se poser la question du bénéfice à long terme.

En exerçant une première action sur les bouleversements intrapsychiques apportés par le traumatisme sur la victime, les soins immédiats ont non seulement une première action thérapeutique évidente, mais de plus ils peuvent avoir une action en profondeur susceptible de modifier le devenir du sujet dans le bon sens.

L'effraction traumatique exclut la victime d'un traumatisme psychique du monde des êtres parlants et installe au cœur de l'appareil psychique une image du réel de la mort qui est non représentable. Le phénomène de répétition, à chacune de ses manifestations, va entretenir ce phénomène d'effraction. Les soins immédiats auront donc comme utilité de pouvoir travailler sur ces deux phénomènes, et il sera ainsi possible de commencer à infléchir le destin du sujet.

Pour LEBIGOT F., les intervenants auront donc deux fonctions à remplir dans l'immédiat : la fonction d'accueil et la fonction d'interlocution [78].

### ➤ **La fonction d'accueil**

Selon LACAN, du fait que le langage a abandonné le sujet dans le moment de l'effroi, le traumatisme a plongé le sujet dans une "*inhumaine solitude*" [75]. Il ne faut pas que le sujet se sente livré à lui-même, dans un état de solitude morale et d'abandon complet. Or, venir lui parler, venir à sa rencontre, lui demander de structurer ses paroles l'aide à ne pas se sentir abandonné. Il s'agit de lui faire retrouver le monde des hommes, qui parlent et se confient, de l'ôter à l'attraction de l'horreur et de la mort. Il convient d'aider le sujet à se ré-humaniser, lui montrer que la collectivité à laquelle il appartient ne l'a pas abandonné, mais au contraire que ses semblables peuvent écouter sa souffrance et en prendre acte.



C'est lorsque cette fonction d'accueil a fait défaut que l'on peut voir son utilité. En effet, quand la victime est laissée à l'abandon du trauma, la détresse ressentie alors laisse des traces durables parce qu'elle fait naître une haine importante du genre humain.

De part ses différents côtés, l'accueil a des effets discrets mais très importants pour le devenir de la victime. Il va ainsi permettre de rendre la parole à la victime qui va pouvoir communiquer ses souffrances au lieu de s'enfermer dans l'idée qu'elle est toute seule pour faire face.

En 1998, DALIGAND dit [36]: *"Toute (re) naissance exige la présence d'un témoin. Ce peut être le thérapeute si il croit que l'humanité au cœur de la victime n'est pas gommée, que la violence, exercée sur elle pour l'expulser de sa condition humaine, ne l'a pas chassée du monde des hommes. Il l'appelle à être un parmi d'autres dans l'espérance du désir de vie."*

### ➤ La fonction d'interlocution

Après son traumatisme, le sujet ne sait comment dire ce qu'il a vécu [78]. Comme nous l'avons vu précédemment, une des caractéristiques du moment de l'effraction, de ce temps de l'effroi, c'est que le langage s'est absenté, ce que les victimes traduisent par des termes tel que «il n'y a personne pour me comprendre».

C'est à ces moments là que le fait de venir le trouver, lui parler ou le toucher permet une ouverture pour exprimer les bouleversements qu'a entraîné le traumatisme, ainsi que pour exprimer toutes autres idées venant alors à son esprit. Selon GOMEZ MANGO (1997), une parole s'invente qui tente de mettre un début d'ordre dans le chaos ressenti, et dont le but est de dépasser l'image de mort [62].

Même si rien ne peut réellement être dit sur l'instant traumatique, il convient tout de même de converser avec le sujet, pour qu'il sache que des interlocuteurs sont présents et à l'écoute.

Ce premier contact, nécessaire mais loin d'être suffisant, favorise l'élaboration de l'image traumatique qui a fait effraction dans l'appareil psychique, et s'intéresse également à la honte et à la culpabilité que la confrontation au réel a fait surgir. Il favorise l'acceptation d'une démarche thérapeutique ultérieure quand elle est souhaitable chez des patients semblant

réticent à l'accepter, mais il faut savoir que quelque fois, le sujet ne mémorise pas forcément cette première prise de contact.

### **3.1.2. Objectif de prévention de l'ESPT et de la névrose traumatique**

Après une agression, et quelle que soit la nature du traumatisme, la plupart des victimes vont présenter une série de symptômes physiques et psychiques traduisant une atteinte de son fonctionnement psychique. Ces symptômes vont ainsi amener la victime à consulter toute une série de médecins qui ne reconnaîtront pas, faute de formation adéquate ou d'expérience, le démantèlement psychique sévère qui survient après un traumatisme.

Cette inexpérience va provoquer une augmentation du laps de temps qu'il va y avoir entre la symptomatologie médicopsychique et l'agression, rendant le lien entre ces deux entités de plus en plus difficile à mettre en évidence. Pendant ce laps de temps, souvent la victime va essayer d'oublier le traumatisme et va essayer de vivre comme si rien ne s'était produit.

En 1999, ZUCKER D. a publié un plaidoyer en faveur d'un traitement psychothérapeutique précoce des victimes de traumatisme psychique, et ce par des intervenants qualifiés (psychiatres notamment) [133].

Si ce traumatisme psychique n'est pas ou est mal pris en charge, il va tout d'abord y avoir une évolution de la symptomatologie qui deviendra de plus en plus diversifiée et donc difficile à reconnaître, mais il y a également un risque de voir apparaître une «appétence traumatophilique», c'est-à-dire que le sujet va chercher à répéter la situation d'agression, en mettant à chaque fois sa vie en danger, espérant de ce fait prendre le contrôle sur l'aspect abrupt et soudain de l'agression.

De plus, une dégradation du contexte affectif peut se surajouter aux autres symptômes, avec parfois licenciements ou déménagements, pouvant aller dans les cas extrêmes jusqu'à la clochardisation du sujet.

Le fait que cette prise en charge soit réalisée par des intervenants spécialisés permet ainsi de «travailler» sur le trauma, pour éviter ainsi un processus de chronicité des symptômes et l'évolution vers un ESPT ou une névrose traumatique. Il faut éviter que le sujet se retrouve pris dans un engrenage entre ses angoisses grandissantes. Si le travail thérapeutique n'est pas entrepris rapidement, les mécanismes de défense ont le temps de se rigidifier, gardant le trauma enkysté, ce qui rendra le travail psychothérapeutique extrêmement difficile [124].

Chez la victime, l'effraction laisse échapper un passé douloureux quelle avait déjà essayée d'occulter. Profitant de cette brèche ouverte dans le psychisme du sujet, les souffrances anciennes ressortent et se fixent autour de l'évènement traumatique actuel. Le trauma frappe une personne avec un passé et une histoire, il ne s'agit pas simplement d'une situation extérieure qui frappe par sa soudaineté et son caractère imprévisible. Le trauma prend une place déterminée dans le psychisme et cela en fonction d'une structure de personnalité forgée au cours des années écoulées.

Il n'y a pas de proportion entre la nature du trauma et la réaction de désarroi qui en découle, car la vraie violence, d'après FREUD, dépend de l'insertion du trauma dans une organisation psychique qui comporte déjà des points de rupture [54]. Par personnalité, il ne faut pas comprendre antécédents psychiatriques mais fonctionnement psychique, il s'agit de sa «susceptibilité».

Nous avons donc vu qu'il faut bien entendu travailler sur l'évènement actuel, mais également sur l'histoire du sujet, et sur ce que cet évènement vient symboliser pour ce patient. En effet, le traumatisme peut faire écho à des traumatismes antérieurs et les réactiver. Si cet aspect n'est pas abordé de façon immédiate et par des intervenants rompus à cet abord, il s'agit d'une ouverture sur la chronicité et le développement d'un ESPT et d'une névrose traumatique.

## **3.2. Soins immédiats et post-immédiats par les urgentistes**

### **3.2.1. Sur le terrain**

Le personnel et les médecins du SAMU sont le plus souvent les premiers intervenants à se rendre sur les lieux d'une catastrophe (il est notable que quelquefois ce rôle revient au médecin généraliste, qui peut être le premier arrivé sur le lieu de la catastrophe [9]), ils sont donc en première ligne et leur rôle, hormis une prise en charge des problèmes somatiques immédiats et notamment des cas de détresse vitale, est aussi un rôle d'organisation des soins. En effet, étant présents physiquement, ils pourront juger des diverses situations s'offrant à eux, et notamment d'une éventuelle atteinte psychologique des victimes.

Deux types de catastrophes ayant des retentissements psychologiques importants seront ainsi rencontrés dans la pratique quotidienne des urgentistes :

#### **o Les catastrophes macrosociales**

Il s'agit de catastrophes faisant intervenir un nombre important de victimes, car elles sont de grandes ampleurs, nous pouvons citer les catastrophes naturelles (séisme, tremblement de terre, inondations,...), les catastrophes provoquées par l'homme (guerres, attentats,...) et les accidents graves (crash d'avion, catastrophe ferroviaire ou maritime,...).

Dans de telles situations le rôle des urgentistes est d'assurer la mise en route, via le médecin responsable du SAMU départemental, et après entente avec le psychiatre coordinateur, de la cellule d'urgence médico-psychologique. Nous reviendrons sur cette prise en charge ultérieurement.

### o Les catastrophes microsociales

Il s'agit de catastrophes à l'échelle individuelle, n'entraînant pas de retentissements à l'échelle sociale ou nationale. Il s'agit de victimes d'accidents de la route, de viol, de hold-up. Ces catastrophes sont bien moins médiatisées que les précédentes, mais elles sont quantitativement majoritaires et ne sont pas exceptionnelles.

Généralement, ces victimes, surtout si leur nombre est petit, ne seront qu'occasionnellement prises en charge par les cellules d'urgence médico-psychologique.

Actuellement et dans la majorité des cas, soit ces victimes ne sont pas secourues, soit elles sont aiguillées sur le service des urgences pour des soins somatiques. Il appartient donc aux urgentistes, et dans ce cas précis aux médecins des SAMU, de prendre en compte la souffrance psychologique de ces victimes et de les transférer dans un service de soins adapté pour être traitées de manière spécifique.

Les médecins du SAMU auront donc dans l'immédiat sur les lieux de l'évènement traumatique un double rôle : tout d'abord déceler une atteinte psychologique chez les victimes et ensuite transférer ces dernières pour un complément de prise en charge thérapeutique par des psychiatres.

Sur un plan pratique, sur les lieux de l'évènement traumatique, et en présence d'un trouble psychologique, il faut éviter certains pièges qui pour la plupart semblent être du bon sens. En outre, il ne faut pas suggérer de mettre une image positive pour chasser les images dramatiques qui reviennent, mais au contraire il faut laisser ces images revenir et les travailler dans un cadre psychothérapeutique. Chaque tentative de les évacuer les font revenir de manière distordu («effet boomerang»), voire méconnaissable. De même, les conseils et les paroles rassurantes sont absolument à proscrire, et la notion du temps qui passe n'arrange pas les choses, contrairement à une croyance répandu et malheureusement persistante. Se contenter de rester à la surface des problèmes équivaut à participer aux mécanismes de banalisation et de déni, mécanismes déjà utilisés par le sujet pour tenter de surpasser leur détresse, dont nous avons vu l'inefficacité.

### **3.2.2. Au service des urgences**

Les services des urgences sont des lieux essentiels pour assurer un accueil et une prise en charge précoce des traumatisés psychiques, mais bien souvent seuls les aspects somatiques seront pris en compte et les victimes rentrent chez elles sans soutien.

Les urgentistes vont appliquer les recommandations et éviter les pièges cités ci-dessus, et vont débiter dans les plus brefs délais le traitement pharmacologique. La prise en charge psychothérapeutique sera réalisée ensuite par des psychiatres, psychologues ou infirmiers psychiatriques ayant suivi une formation de prise en charge des victimes de psychotraumatisme, ils doivent être aguerris à ce genre de prise en charge pour ne pas commettre d'erreur qui pourraient compromettre le traitement à long terme. Or, une grande inégalité de formation est présente sur l'ensemble de notre territoire.

Même si la prise en charge psychologique reste l'approche à privilégier dans les suites d'un traumatisme grave, un traitement médicamenteux peut se révéler utile dans la mesure où son choix, sa durée et ses indications ont fait l'objet d'une réflexion préalable. Or, actuellement en France, aucun consensus n'a pu être établi de façon définitive, et les traitements médicamenteux utilisés dans la prise en charge immédiate et post immédiate d'un psychotraumatisme sont le fait de concordances médicales constatées lors d'utilisations initialement empirique. Cependant, il existe certaines études confirmant l'intérêt thérapeutique de certaines molécules :

#### **o Benzodiazépines**

Dans la période post-traumatique, devant des épisodes aigus d'anxiété avec agitation ou états stuporeux, l'utilisation des benzodiazépines, de préférence d'action rapide, est courante. Ces derniers ont une spécificité d'action inhibitrice du système gabaergique. Les benzodiazépines doivent être maniées avec précaution dans les suites immédiates de

l'évènement traumatique face à des symptômes anxieux aigus, car il existe un risque de dépendance et de retentissement cognitif potentiellement dommageables pour le patient. En effet, si leur propriété amnésiante antérograde peut participer au déni de la situation et empêcher ainsi la fixation du trauma, leur action désinhibitrice favoriserait les capacités d'adaptation du sujet, rendant de ce fait l'approche psychothérapeutique plus efficace [87]. Donc, il semble que la prescription de benzodiazépines doit être ponctuelle et contrôlée, pour faire face à certains symptômes spécifiques liés à l'hyperactivité neurovégétative, sans aucun bénéfice à attendre sur le syndrome de répétition ou l'évitement.

Aucune étude n'a démontré que les benzodiazépines délivrées en période post-traumatique diminuaient le risque d'ESPT, GELPIN (1996) ayant même démontré l'inverse [60].

Donc, ce n'est qu'en présence d'un état d'angoisse ou d'une agitation que 1 à 2 milligrammes de lorazépam (TEMESTA®) peuvent être administrés, de préférence ponctuellement [71].

#### o **Hypnotiques apparentés aux benzodiazépines**

Certains hypnotiques apparentés aux benzodiazépines peuvent être prescrits pour un temps limité n'excédant pas un mois, car les troubles du sommeil sont très fréquents au décours d'un psychotraumatisme. C'est notamment le cas du tartrate de zolpidem (STILNOX®) et de la zopiclone (IMOVANE®) [127].

#### o **Neuroleptiques d'action rapide**

En post immédiat, si les troubles du comportement correspondent à une agitation franche, un neuroleptique monopolaire sédatif et d'action rapide peut être utilisé, per os ou en injection intramusculaire, de façon uniquement ponctuelle. Par exemple, administration de 50 milligrammes de cyamémazine (TERCIAN®), seul neuroleptique sédatif ayant une action anxiolytique. De plus, la cyamémazine présente l'avantage de pouvoir être utilisée en



intramusculaire, mais il faut l'utiliser avec prudence car il existe un risque de dyskinésie aiguë. Ces neuroleptiques peuvent être associés aux benzodiazépines [71].

### o Hydroxyzine

L'hydroxyzine (ATARAX®) est une molécule anti-histaminique présentant de bonnes qualités anxiolytiques, est actuellement le sujet d'une étude prospective randomisée en double aveugle, versus placebo, multicentrique nationale avec bénéfice individuel direct. Cette étude, coordonnée par le docteur VAIVA, a pour but de démontrer que l'hydroxyzine administrée dans le contre coup immédiat d'un traumatisme psychique, pourrait limiter les phénomènes d'hyperfixation mnésique et émotionnel en comparaison avec un groupe contrôle placebo, et/ou pourrait réduire l'incidence, la durée et l'intensité des troubles psychotraumatique à moyen et long terme [122]. Le protocole consiste à administrer 50 milligrammes d'hydroxyzine par jour, en deux prises (25 milligrammes le matin et 25 milligrammes le soir), à des femmes et des hommes rencontrés dans les Services d'Accueil et d'Urgences, de dix-huit à soixante cinq ans, et exposés à un évènement traumatique. Ces patients seront suivis pendant un an.

### o Propanolol

Le propanolol chlorydrate (AVLOCARDYL®) a été le sujet d'une étude coordonnée également par le docteur VAIVA (2004), qui a démontré que le propanolol, prescrit immédiatement après l'évènement traumatique, à la dose de 40 milligrammes trois fois par jour, pour une durée de huit à douze jours, était efficace dans l'atténuation des symptômes d'ESPT et, peut être, dans l'atténuation de ce trouble [121, 123].

### o **Autres molécules indiquées à distance du traumatisme psychique**

- **Les antidépresseurs tricycliques** ne seront employés qu'en deuxième, voire en troisième intention, car ils semblent réduire d'avantage les symptômes de répétition que les symptômes d'hyperactivité neurovégétative [71].

- **Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (Imao)** non sélectifs et sélectifs ne sont pas utilisés en première intention, et leur utilisation en seconde intention fait l'objet de réserves nécessitant des études complémentaires [74].

- **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline** sont des molécules de première intention pour le traitement de l'ESPT, malgré des différences de tolérance et d'efficacité [53]. Seul la paroxétine (DEROXAT®) à l'AMM [127], mais des études sont en cours pour la sertraline (ZOLOFT®) et pour la fluoxétine (PROZAC®) [49].

## **3.3. Soins immédiats et post-immédiats par les intervenants psychiatriques**

### **3.3.1. La CUMP**

Depuis les années 80, le besoin d'une meilleure prise en charge des psychotraumatismes est apparu comme indispensable. Les troubles psychotraumatiques

immédiats, post-immédiats et chroniques, particulièrement en cas de catastrophes macrosociales, constituent un enjeu de santé publique, et leur médiatisation de plus en plus importante de nos jours a entraînée une meilleure implication des pouvoirs publics.

Dans leur rapport au Premier ministre en 1999, LIENEMANN et al. ont mis en évidence qu'il était *«indispensable de mettre en place des dispositifs de nature à mieux répondre, dans des circonstances exceptionnelles caractérisées par une unité de temps et de lieu, aux besoins des personnes atteintes dans leur intégrité physique ou psychique, des familles des personnes décédées ou blessées ainsi que de leur entourage et des sauveteurs»* [81].

Le 25 juillet 1995, l'attentat de la station de RER Saint-Michel à Paris faisait une centaine de morts, le tout dans un climat demandant une amélioration de la prise en charge. A la suite de cet événement, et sur l'initiative du secrétaire d'Etat à l'Action humanitaire d'urgence, Xavier EMMANUELLI, le 28 juillet 1995 une CUMP était réunie, rattachée au SAMU de Paris, avec pour mission de définir les modalités et les objectifs de la prise en charge psychique des victimes d'attentats ou de catastrophes en France.

La circulaire du 28 mai 1997 a permis de formaliser et d'étendre deux ans plus tard cette organisation provisoire [30]. Depuis, le réseau national de l'urgence médico-psychologique, en liaison avec les services d'aide médicale urgente, intervient auprès des victimes psychiques sur le terrain et en assure le suivi post-immédiat. D'une cinquantaine d'interventions en 1997, la demande s'est accrue pour arriver à environ sept cents interventions en 2000, sur l'ensemble du territoire national. Face à l'augmentation croissante du nombre d'interventions et après les attentats du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis et la catastrophe de l'usine AZF le 21 septembre 2001 à Toulouse, les pouvoirs publics ont, par la circulaire du 20 mai 2003, augmenté les moyens du réseau par la création d'équipes permanentes venant s'ajouter aux CUMP interrégionales.

Le réseau national de l'urgence médico-psychologique est organisé de la manière suivante [30] :

o **Les CUMP départementales**

Un psychiatre référent départemental est nommé par le préfet parmi les psychiatres des hôpitaux, il a pour missions :

- le recrutement et la formation de volontaires inscrits sur une liste départementale et susceptibles d'être mobilisés (psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés)
- la mise en œuvre d'un schéma-type départemental prévoyant les moyens logistiques, financiers et matériels en cas de déclenchement de la CUMP
- la coordination des interventions immédiates dans son département
- la prise en charge médico-psychologique des personnels de secours
- l'organisation de la prise en charge post-immédiate des victimes et des impliqués dans les semaines suivant l'évènement

o **Les cellules régionales permanentes**

A ce niveau, le dispositif est coordonné par des cellules permanentes, elles-mêmes dotées de moyens humains spécifiques. Elles sont situées dans les chefs-lieux de région. La composition de ces cellules est la suivante : un psychiatre, un psychologue ou un infirmier et un secrétariat, ces trois postes étant généralement à mi-temps.

Ces cellules régionales ont, en plus de leur rôle premier d'organisation des intervention, d'autres attributions :

- aider les psychiatres référents départementaux à organiser les interventions des CUMP départementales, si ces dernières en font la demande
- organiser le renfort d'une CUMP départementale en cas de catastrophe de grande envergure
- former les volontaires de l'urgence médico-psychologique

- centraliser au niveau de la région les listes de volontaires
- et évaluer les actions menées au niveau régional

#### o **Le comité national**

Créé en 1997, ce dernier définit les objectifs en matière de soins d'urgence médico-psychologique, il précise également les différentes méthodes d'intervention qui seront appliquées sur le terrain, il supervise la formation des intervenants de l'urgence médico-psychologique, et enfin il veille à la cohérence et à l'évaluation du dispositif déployé en cas de catastrophe.

Ce comité se compose de représentants des ministères de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur, de la Défense et des Transports, de représentants des CUMP et de responsables de SAMU.

La mise en route d'une intervention d'urgence médico-psychologique se fait dans les conditions définies dans la circulaire du 28 mai 1997, à savoir *"en cas de catastrophe ou d'évènement majeur ou lorsque le préfet juge que la situation est suffisamment grave pour justifier l'intervention d'équipes de volontaires de l'urgence médico-psychologique, il charge le médecin responsable du SAMU départemental de les mobiliser, en liaison avec le médecin coordinateur de la cellule régionale ou le psychiatre référent départemental"*.

Une intervention médico-psychologique se déroule en plusieurs étapes distinctes :

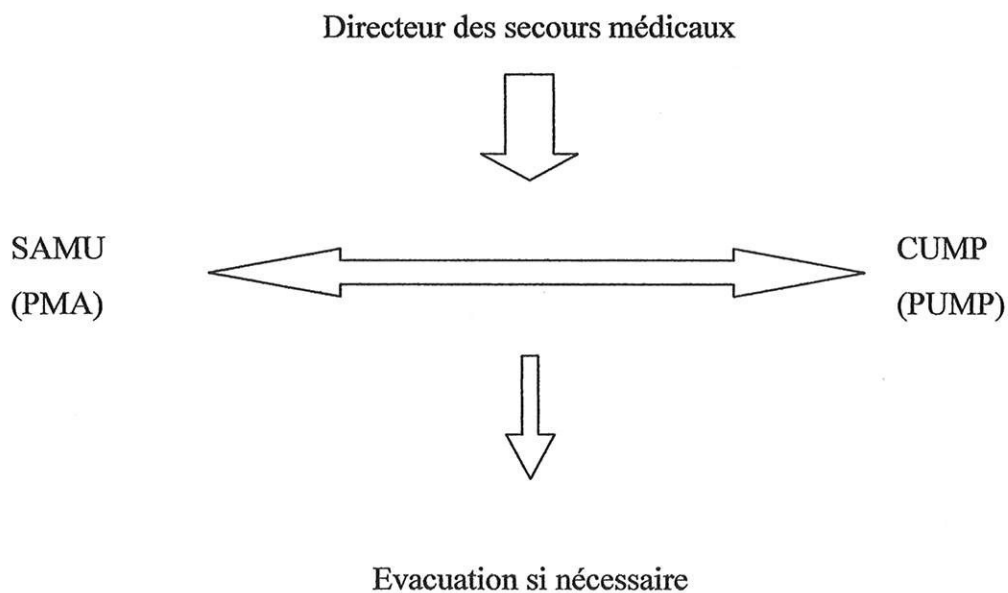
#### ➤ **Intervention immédiate sur le terrain**

Un directeur des secours médicaux (Dsm) coordonne, en cas de catastrophe, les services médicaux (figure 4) pour assurer le ramassage, les soins et le transport des blessés

aux hôpitaux de l'arrière. En effet, les victimes relevées sur le terrain convergent initialement vers le poste médical avancé (PMA) mis en place par le SAMU, lieu où a lieu le triage initial en définissant les priorités.

L'équipe de la CUMP est dirigée par un psychiatre, elle est intégrée aux éléments d'intervention du SAMU, et placée sous l'ordre du Dsm.

Un poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) est installé à proximité du PMA, où chaque patient est pris en charge, répertorié et muni d'une fiche de renseignements. Une information écrite est également distribuée, elle contient une courte description non terrorisante des troubles actuels et différés, elle fournit également une liste de lieux où la victime pourra consulter.



**Figure 4 : Schéma d'intervention sur le terrain**

Les missions du personnel des CUMP sur le terrain sont donc d'évaluer, de trier et de prodiguer des soins médico-psychologiques, voir d'évacuer si nécessaire les blessés

psychiques vers les hôpitaux. Les soins seront adaptés au niveau de stress des victimes, ainsi qu'à leur capacité de comprendre et d'exprimer ce qui vient de leur arriver. Cet abord initial des victimes doit être empathique, limité dans le temps, proactif, rassurant et surtout non intrusif : il s'agit de la phase de *defusing* psychologique. Le but est d'aider les victimes à retrouver leurs repères socio-environnementaux et à se situer dans l'après-événement. Si besoin, un traitement psychotrope sera débuté avant le transfert.

### ➤ Interventions post-immédiates

Cette intervention auprès des victimes et des impliqués se situe dans le temps à leur arrivée aux urgences des hôpitaux de l'arrière, ou dans les jours suivant la catastrophe.

Cette intervention post-immédiate permet de prendre en charge les manifestations aiguës de stress ou les premiers symptômes psychotraumatiques intervenant pendant cette période, il s'agit de calmer les manifestations d'angoisse sous ses formes diverses ou de sortir les sujets de leur état de stupeur, comme vu précédemment. C'est à ce moment là qu'intervient l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI), qui permet de prévenir et d'atténuer les effets potentiellement traumatiques d'une catastrophe.

Il faut savoir que les sujets peuvent être vus individuellement ou en groupe, mais seulement si ils sont plusieurs victimes du même événement traumatique, et si il existe un lien entre eux (famille, collègues de travail).

Aujourd'hui, plusieurs psychiatres se lèvent pour dénoncer l'utilisation et l'appel aux CUMP de façon systématique et sans discernement dans les suites d'un événement traumatique. Ainsi, le Docteur DUCROCQ, psychiatre coordinateur régional de la cellule d'urgence médico-psychologique Nord-ouest, au CHRU de Lille, s'insurge contre une utilisation "*trop systématique, trop intrusive, trop précoce, confusément proposée sans définition de la compétence des intervenants et sans définition du caractère traumatique de l'évènement*". Un débat est né entre les pro et anti *debriefing* psychologique précoce et donc l'intervention des CUMP sur le terrain, ces derniers jugeant que la réalisation d'un *debriefing* psychologique ne doit pas se faire en immédiat, tel que le Dr ORIO du CHU de Nantes, qui stigmatise la façon qu'on certains médecins "*de se précipiter sur le terrain pour faire du soin*



*magique et jouer les stars sous le feu des médias", considérant que "l'urgence est évidemment à la réparation de la casse physique, quitte à ce que, dans un deuxième temps, un travail d'écoute puisse être envisagé" [46].*

Devant ce débat, la Direction Générale de la Santé (DGS) a lancé une étude multicentrique nationale intitulée "*Evaluation de l'effet des interventions psychothérapeutiques post immédiate en prévention secondaire des troubles psychotraumatiques*", permettant de ce fait de valider ce type de stratégie thérapeutique, les résultats ne seront publiés qu'à la fin de l'année 2007 [46].

### **3.3.2. Le *debriefing***

Tout d'abord, il convient de réaliser un aperçu historique de cette méthode. Le mot *debriefing* est emprunté au vocabulaire militaire. C'est en 1947 que MARSHALL eut l'idée de l'appliquer aux groupes de parole dans les petites unités d'infanterie [88], car chaque participant retraçait son vécu de la bataille en incluant un grand nombre de détails, le tout en respectant l'ordre chronologique. Cela provoquait chez les sujets soulagement et réconfort dans leur appartenance au groupe. Il faut rappeler qu'avant lui SALMON avait déjà en 1917 insisté sur l'importance d'une intervention précoce après une exposition au stress.

En 1983, MITCHELL J., psychologue américain et ancien pompier, reprend la technique de MARSHALL pour codifier des procédures de *debriefing* applicables aux équipes de sauveteurs civils et aux personnels d'intervention après des incidents critiques [93]. Cette procédure, appelée *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), avait pour but de réduire les désordres émotionnels, de restituer la capacité de travail, de faciliter la réinsertion au sein de la famille et de prévenir les évolutions pathologiques. Le CISD se déroule en sept étapes distinctes, réalisées 24 à 72 heures après la fin de l'évènement :

- 1- la phase d'introduction qui permet à l'équipe de se présenter, d'exprimer sa sollicitude envers les victimes et de présenter la méthode avec une garantie de confidentialité
- 2- la phase de description période durant laquelle les participants sont invités à décrire de manière objective et minutieuse l'évènement, ce qu'ils ont vu ou fait
- 3- la phase de réflexion durant laquelle les participants révèlent les premières pensées ayant fait irruption pendant la situation traumatique, ainsi que les ressentis et les impressions sensorielles, cela permettant de redonner du sens à leurs pensées morcelées et de l'intérêt à leur vécu par rapport au récit sensationnel des faits
- 4- la phase de réaction durant laquelle chacun expose comment il a réagi durant l'épisode traumatique
- 5- la phase des symptômes durant laquelle chacun décrit les symptômes somatiques et psychiques ressentis depuis l'évènement dans son comportement (troubles du sommeil, irritabilité,...)
- 6- la phase d'enseignement durant laquelle le rôle du médecin est primordial, ce dernier expliquant le phénomène de stress en termes simples, en insistant sur le caractère «normal», que les réactions émotionnelles après un évènement traumatique sont des «réactions normales à une situation anormale»
- 7- la phase de conclusion ou phase de retour d'expérience, durant laquelle le *debriefing* explique aux participants qu'en parlant et en écoutant les autres, ils ont acquis une meilleure connaissance de l'évènement, ont également compris la «normalité» de leurs réactions et ainsi en ressortent plus forts

La plupart des auteurs francophones défendent un autre type de débriefing psychologique, pratiqué en post-immédiat, le plus souvent à deux ou trois jours de l'évènement. L'avis des auteurs diverge légèrement quand à la période de réalisation de ce débriefing, en effet certains pensent que le bénéfice thérapeutique serait moindre si un laps de temps trop long s'est écoulé depuis l'évènement déclenchant, et d'autres pensent que même plusieurs mois après, le débriefing est de toute façon bénéfique.

Ainsi, il existe une différence avec la prise en charge réalisée par les CUMP dans les premières 24 heures, comprenant la gestion de crise et le *defusing*.

Le débriefing est une technique essentiellement développée pour des groupes ayant une cohérence non seulement pendant l'évènement traumatogène, mais également en dehors de ce dernier, notamment par des liens institutionnels, permettant la mise en place d'une dynamique de groupe. Si la prise en charge ne concerne qu'un seul individu, il n'y a bien entendu plus de dynamique de groupe, mais alors d'autres objectifs sont possibles, et notamment une élaboration plus fine et individualisée d'un processus de réorganisation psychique.

L'erreur majeure à ne pas commettre est de confier le rôle du *debriefer* à des personnes n'étant pas des professionnels de santé formés et rompus à cette technique. Le meneur du débriefing doit être un psychiatre ou un psychologue clinicien, accompagné d'un collaborateur également formé. CROCQ a identifié dix objectifs du débriefing, le principal étant la verbalisation spontanée des émotions à des fins cathartiques, c'est-à-dire permettant la libération d'une décharge émotionnelle liée à l'extériorisation d'évènements traumatiques [33]. LEBIGOT insiste sur le fait que le meneur du débriefing doit éviter le piège de la compassion, qui enlève au participant son besoin d'autonomie, le piège de la déculpabilisation car cette culpabilité sera un levier thérapeutique qui ne pourra être activé que par le sujet lui-même, et le piège de la dédramatisation, car on ne peut en aucun cas retirer le caractère dramatique de l'évènement [79,80]. Il s'agit de rassurer et d'informer.

Le terme de débriefing n'est ainsi pas totalement accepté auprès de nombreux psychiatres, certains lui préférant le terme d'intervention psychothérapeutique précoce, ou le terme d'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI). Le déroulement de cette dernière recourt à la narration des faits, point de départ pour une expression des émotions, puis des cognitions. Dans tous les cas, cette intervention post-immédiate ne doit être proposée qu'à des volontaires.

Parmi les publications, nombreuses sont celles qui sont en faveur du débriefing, mais une controverse existe. En effet, la portée de ce type de prise en charge a été étudiée, et certaines de ces études émettent des réserves quand au bénéfice apporté par cette technique. Il

est à noter que dans ces études, l'état clinique antérieur des patients n'était pas connu. En 1997, BISSON et al. ont suivi pendant 13 mois une population de sujets brûlés, et ils ont constaté que 26 % des personnes ayant reçu un débriefing ont présenté un PTSD, contre 9 % dans l'autre groupe [10]. Les limites sont que, bien que les deux groupes aient été répartis de façon aléatoire, le groupe débriefé avait des scores initiaux plus élevés, plus de lésions traumatiques et rapportaient plus d'expositions à des événements traumatogènes. En 1999, ROSE et al. ont étudié 2161 personnes agressées physiquement et sexuellement, leurs résultats ne montrent pas de différence sur l'apparition ultérieure d'un PTSD dans les deux groupes, mais il est à noter un très faible taux de réponse, car seulement 157 personnes sur les 2161 initiales ont répondu [107]. Un suivi à trois ans a été réalisé en 2000 par MAYOU et al. sur des survivants d'accidents de la route, le groupe débriefé présente des scores plus graves (phobies, problèmes physiques, douleurs, problèmes financiers) que l'autre groupe, mais il n'y a pas de différence pour l'évolution vers un PTSD [90].

Tous ces résultats nous amènent à penser que le débriefing ne suffit pas à empêcher le risque de développement morbide, mais seulement qu'il minimise celui-ci. Si cette technique n'apporte pas dans les études les résultats qu'on lui attribuait à priori, son impact n'est néanmoins pas négligeable. Il joue un rôle important dans le sens où il tendrait à sensibiliser l'individu à la possibilité d'une prise en charge le cas échéant, ou du moins à établir un premier contact pouvant conduire à une alliance thérapeutique si le besoin s'en fait sentir [126].

## 4. LE PSYCHOTRAUMATISME CHEZ LES SUJETS AU CONTACT DES VICTIMES

### 4.1. L'entourage, les proches des victimes et des morts, et les témoins de l'évènement catastrophique

Lors d'une catastrophe, il existe deux types de victimes :

- **Les victimes directes** : ce sont les blessés physiques, les impliqués dans la catastrophe et les témoins visuels de celle-ci
- **les victimes indirectes** : ce sont les parents et les proches des victimes directes, les parents et les proches des morts et enfin les intervenants professionnels de l'urgence

Or, le traumatisme psychique ne touche pas les parents et les proches des victimes dans les catastrophes au sens ou nous l'entendons et qui a été développé plus haut. En effet, étant donné qu'il n'étaient pas physiquement présents lors de la catastrophe, il n'y pas réellement eu de «rencontre» avec le réel de la mort. Cependant, il y a des réactions de deuil, d'angoisse et de stress, qui peuvent être très importantes et nécessite une prise en charge.

En revanche, chez les familles et les proches des victimes et des morts, ainsi que chez les témoins de la catastrophe, des **réactions aiguës de stress**, y compris de stress dépassé, peuvent être présentes [129].

Ces situations de stress s'avèrent ainsi beaucoup plus fréquentes que les traumatismes psychiques, mais la différence est qu'il va exister un temps de latence entre la catastrophe et l'apparition de symptômes. Il n'est pas rare que les symptômes anxieux, neurovégétatifs et dépressif apparaissent au bout de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines.

Trop souvent oubliée par les soignants, la souffrance des proches et de l'entourage des victimes et des morts est donc réelle et devra être prise en charge. Ces proches doivent être soutenus comme dans tout processus de deuil aigu. Le rôle des urgentistes est ici primordial, car ce sont eux qui vont les rencontrer les premiers à la suite d'une catastrophe. Dans certains cas se rajoute une difficulté supplémentaire, qui est la disparition des corps.

LEBIGOT (1999), après l'incendie du tunnel du Mont-blanc en 1998 en France [78], précise que la souffrance des proches des victimes n'est pas inférieure à celle du traumatisé psychique, mais nécessite des soins psychologiques particuliers, qui seront réalisés par des intervenants compétents en matière de psychiatrie, de psychothérapie et de psychotraumatologie. De plus, dans une majorité de situations, une prise en charge à plus long terme devra être organisée.

Lors d'un traumatisme macrosocial, un grand nombre d'individus seront, par définition, concernés. Il convient donc de favoriser la communauté par rapport aux individualités, et de donner une place importante au phénomène de résilience, c'est-à-dire à l'ensemble des forces de résistance individuelles et collectives face aux événements potentiellement traumatisants. En réponse à ce grand nombre de sujets concernés, quasiment toutes les initiatives en cours sont des programmes de santé mentale communautaires qui essaient de s'adresser avant tout à la collectivité et qui s'intéressent ainsi à l'ensemble des mécanismes de réparation que la communauté affectée doit activer au sein des différents niveaux d'organisation. Il s'agira donc d'actions psychosociales concertées devant inclure les intervenants en santé mentale, ainsi que l'ensemble des acteurs de la société civile (justice, politique, éducation, économie). Ces programmes communautaires se donnent pour objectif de renforcer les facteurs de protection sociale et psychologiques existants et de diminuer les facteurs de stress environnementaux que sont par exemple la violence et l'injustice. Cela s'applique essentiellement dans les pays ayant subi un traumatisme important, telle une guerre, un génocide [59].

Il est important de rappeler ici que la prise en charge, par les professionnels de l'urgence, des témoins visuels de la catastrophe ainsi que des parents et des proches des victimes et des

morts en post-immédiat de la catastrophe, est rendue difficile par le fait que ces professionnels ont pour unique but de s'occuper des blessés physiques, l'urgence vitale étant la plus importante, quitte à remettre à plus tard la prise en charge des personnes qui ne sont pas atteintes physiquement. Ces urgentistes relèguent également leurs propres états d'âmes et leur propre souffrance au second plan : seule l'urgence vitale des blessés physiques prime.

Ce n'est que dans un second temps que ces professionnels, qui sont en première ligne, vont s'occuper de la souffrance des témoins, des proches des victimes et des morts, de la catastrophe. Pour ce faire, divers moyens sont à leur disposition, notamment l'écoute, qui est primordiale, l'aide à la verbalisation, pour que ces derniers puissent mettre des mots sur l'indicible, la réassurance, ils pourront également les renseigner sur la situation qui a eu lieu, et leur donner des nouvelles d'ordre médicale sur eux-mêmes et sur leurs proches. Enfin, ils orienteront ces personnes vers des intervenants compétents en matière de psychiatrie.

## **4.2. Les intervenants de l'urgence**

Concernant le personnel hospitalier et son travail au quotidien, les travaux et publications les concernant n'apparaissent qu'à partir de 1986, date à laquelle a eu lieu le naufrage en Belgique du ferry *Herald of Free Enterprise*, qui a nécessité une intervention de grande envergure, particulièrement difficile et éprouvante pour les intervenants [106]. C'est à la suite de cette catastrophe que s'est tenu le premier colloque concernant les conséquences psychotraumatiques chez les intervenants.



#### 4.2.1. Les bases du traumatisme indirect lors de situations d'exception chez les intervenants des services de secours

Les problèmes d'ordre psycho-émotionnel des intervenants des services de secours ne sont reconnus en Europe que depuis relativement peu de temps, contrairement aux Etats-Unis où MITCHELL en 1981 a commencé à aborder le sujet [95], relayé par RAPHAEL (1986) [106]. Il convient de comprendre tout d'abord les bases du traumatisme indirect des intervenants des services de secours.

En 1989, DEFAERES et DE LEVITA ont décrit les doutes de l'intervenant quand à sa propre efficacité sur le terrain, sur la base de ses réactions émotionnelles suite à des interventions choquantes à potentiel traumatisant [45]. En cas de catastrophe, l'intervenant est en état de tension (*strain*) permanente, et ce avant, pendant et après son intervention sur le terrain. Concrètement, dans les suites immédiates d'un appel pour partir en intervention, l'intervenant passe par un syndrome d'activation.

SELYE (1936) a défini ce que l'on nomme le syndrome général d'adaptation, c'est-à-dire qu'il avait découvert que tout organisme réagit de manière identique à toute agression, quelle que soit cette dernière (choc, froid, irradiation,...). Ce syndrome général d'adaptation se déroule en trois phases : une phase d'alarme, aiguë, de mobilisation physiologique et psychologique des moyens de défense ; une phase d'adaptation également dénommée phase de résistance, de maintien des défenses avec mobilisation de l'énergie nécessaire ; enfin, une phase d'épuisement qui se caractérise par l'effondrement des défenses lorsque la situation initiale se prolonge trop longtemps.

Pendant une opération de secours, bien souvent les intervenants refoulent leurs sentiments et leurs émotions, ce qui fut considéré par le passé comme de l'insensibilité, à tort. Cela est dû au fait que l'intervenant est dirigé entièrement vers l'action, qu'il est prêt à prendre des risques mesurés pour à tout prix éviter ce qui est communément appelé l'«échec».

Le profil typique de l'intervenant décrit ci-dessus rend ce dernier particulièrement vulnérable sur le plan psychologique, car au retour de chaque mission, il se questionne, en

utilisant comme référence le critère de la perfection théorique, ainsi la moindre faute commise le fait douter de ses propres compétences professionnelles. Par la suite, lors de l'éventuelle identification de fautes commises, l'intervenant perd une grande partie de ses capacités de relativisation, d'autant que des vies sont en jeu lors de ces interventions. Ainsi, d'après CROCQ (1999), il y a une possibilité pour que ce soit cette vulnérabilité accrue qui actualise des conflits personnels latents chez la personne concernée, ce qui pourrait favoriser la mise en place d'un traumatisme psychique avec présence de symptômes tels que des comportements d'évitement, des troubles du sommeil, des préoccupations intrusives et une hyperactivité neurovégétative [32]. L'intervenant peut donc souffrir de toute la gamme de symptômes qui suivent un traumatisme psychique après une confrontation avec des victimes traumatisées. DEFARES et DE LEVITA considèrent cette détérioration de l'action professionnelle comme étant «prototypique» pour l'intervenant en situation d'exception [45]. Dans ce même contexte, McCANN et PEARLMAN (1990) parlent de traumatisme vicariant (*vicarious traumatization*) [91], et FIGLEY (1995) introduit le concept de traumatisme par un stress traumatique secondaire (*secondary traumatic stress*) [52], mais nous reviendrons sur ces deux notions.

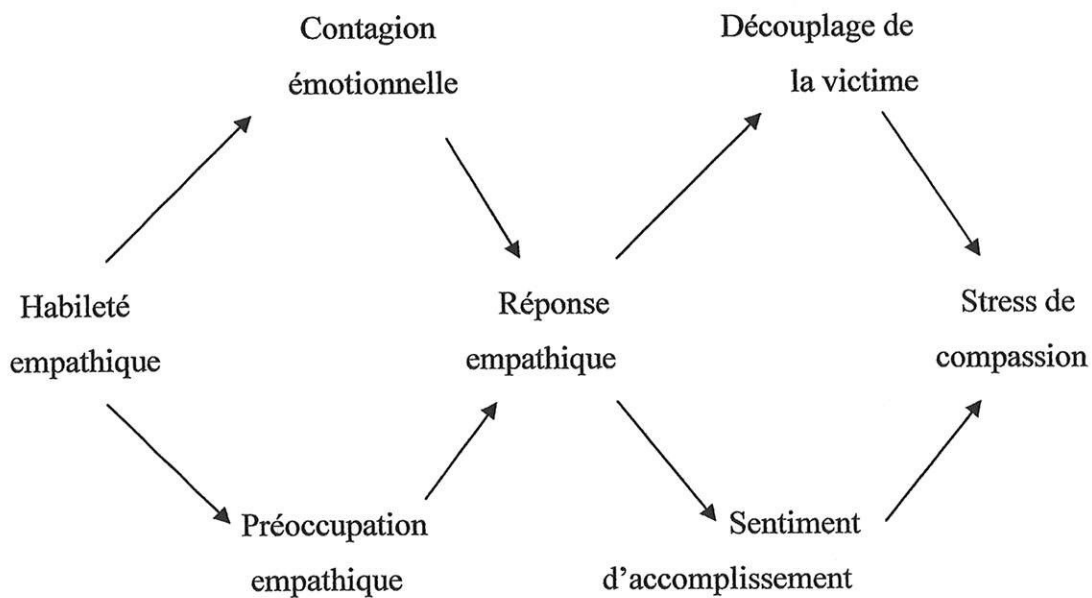
➤ Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à la transmission du trauma des victimes sur les intervenants :

L'épuisement par «stress de compassion» décrit par FIGLEY en 1995 est un syndrome d'épuisement émotionnel dans lequel le stress traumatique est transmis des victimes aux intervenants [52]. Son modèle de la transmission du trauma prend comme point de départ le besoin qu'éprouve chaque intervenant d'exprimer sa compassion, envers les victimes. Ainsi, dans le post-immédiat d'un événement exceptionnel, voire pendant l'intervention, l'intervenant essaie de répondre aux mêmes questions que se pose les victimes, à savoir : qu'est-ce qui c'est passé, pourquoi cela a eu lieu, pourquoi sa réaction a été celle-ci, est-ce qu'il sera capable de résister devant un événement identique ?

L'intervenant se pose ces questions essentiellement quand l'évènement porte atteinte à l'image du monde dans lequel il vit, à fortiori si lui-même ou ses proches sont touchés. Il agit souvent par identification imaginaire avec les victimes, c'est-à-dire que l'intervenant vit des émotions semblables à celles des victimes par la génération de nouvelles informations et par le travail émotionnel dans son imaginaire. Ce travail imaginaire, ainsi que tous les troubles

émotionnels qui en résultent, comprennent des troubles du sommeil, des images visuelles à type de flash-back, de sentiments dépressifs et d'autres symptômes tel qu'une grande agitation. Ces symptômes résultent d'une part de la confrontation avec des victimes d'évènements exceptionnels, et d'autre part de la projection de la souffrance de ces victimes sur ses proches.

Il est possible d'appliquer le modèle de transmission du trauma de FIGLEY aux intervenants en situation d'exception, comme le montre la figure 5.



**Figure 5 : Modèle de la transmission du trauma (FIGLEY, 1995)**

Selon ce modèle, l'épuisement émotionnel par le stress traumatique chez l'intervenant serait dû premièrement à son «habileté empathique» envers sa victime, c'est-à-dire à sa faculté

à apercevoir et sentir sa souffrance, et secondairement à son incapacité de trouver un apaisement par rapport à ses actions de secours par un désengagement ou un découplage émotionnel et par son incapacité à éprouver un sentiment de satisfaction pour son travail accompli auprès des victimes.

Le stress de compassion est donc la composante de six facteurs distincts interagissant entre eux : il est défini comme étant le «stress couplé à l'exposition aux souffrants». Définie plus haut, la capacité d'empathie est une des caractéristiques principales poussant un individu à s'investir dans un métier d'aidant. Elle est associée à la susceptibilité d'un individu à être atteint par une «contagion émotionnelle», qui est de vivre les émotions de la victime de manière d'autant plus intense que l'exposition à la victime est grande. La capacité d'empathie est aussi couplée à la «préoccupation empathique», qui est définie dans le modèle de FIGLEY (figure 5) comme la motivation pour agir et procurer de l'aide. En effet, sans cette motivation à vouloir aider la victime, l'intervenant ne peut rien faire, ne peut apporter aucune aide, cela ne correspondant pas à ses capacités empathiques. D'ailleurs, un bon index d'épuisement professionnel est le manque de préoccupation de l'intervenant face aux victimes, FREUDENBERGER ayant défini ce concept sous le terme de "*burn-out*" (ou épuisement professionnel) en 1980 [56].

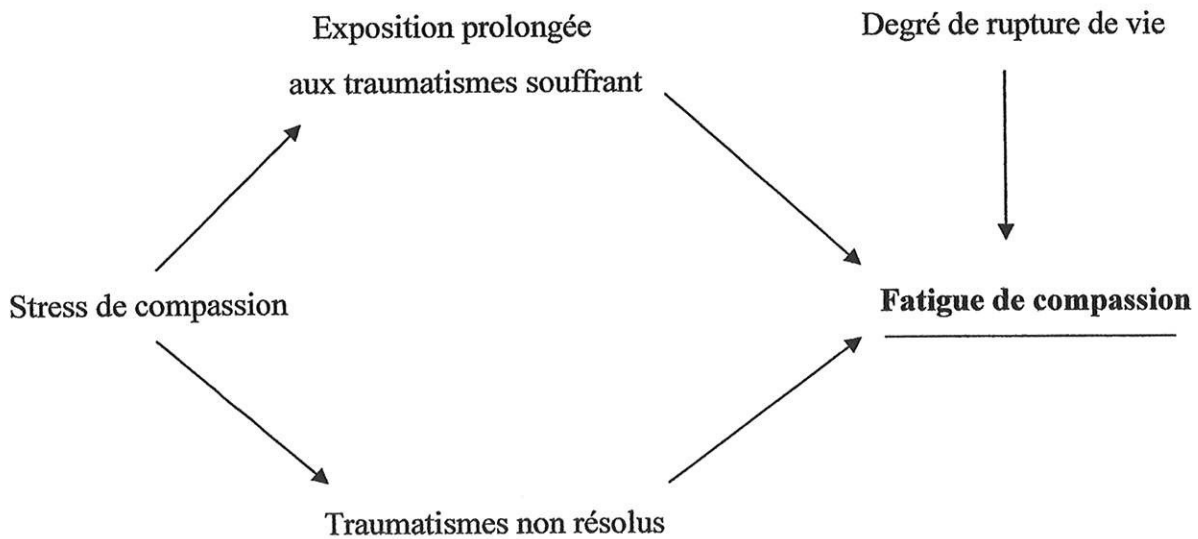
La capacité d'empathie associée à la contagion émotionnelle, correspond à la «réponse empathique» qui est définie par la bonne réponse pouvant aider au mieux lors de chaque situation nécessaire, qui aide réellement celui qui souffre.

Suivant le même modèle, l'efficacité des efforts fournis correspondant à la «réponse empathique» seront jugés aussi bien par la victime qui est en constante recherche d'aide adéquate après un évènement traumatique, que par l'aidant lui-même.

Le stress de compassion dépend également de deux facteurs pour sa croissance et sa décroissance, que sont «le sentiment d'accomplissement», qui correspond au degré dans lequel l'intervenant est satisfait de ses efforts fournis dans l'assistance aux victimes, et également le «découplage» de la victime, qui correspond au sentiment qu'a l'intervenant qu'il a fait tout ce qu'il pouvait faire dans le meilleur intérêt de la victime. Ainsi, le degré de «stress de compassion» vécu par l'intervenant est associé d'une part au degré selon lequel ce dernier est capable de réaliser ce découplage émotionnel par rapport à la victime, et d'autre part au degré suivant lequel il peut se sentir satisfait de son assistance durant l'évènement traumatique.

De ce «stress de compassion» va résulter une «fatigue de compassion», qui se définit selon le même modèle de FIGLEY (figure 6) comme un état d'épuisement et de dysfonctionnement suite à une exposition prolongée au stress de compassion, et à un sentiment de responsabilité prolongée envers les traumatisés souffrants.

Donc, chez les soignants, les souvenirs traumatiques sont provoqués par le stress de compassion associé à une exposition prolongée, et ce sont ces répétitions et souvenirs traumatiques qui sont les stimulants des symptômes présents dans les syndromes post-traumatiques, mais pas seulement avec apparition éventuelle de symptômes de dépression et d'anxiété généralisée. Si ces symptômes créent des changements dans la vie de l'intervenant, alors la fatigue de compassion est inévitable, constituant le dernier échelon vers un syndrome de stress post-traumatique secondaire.



**Figure 6 : Modèle de fatigue de compassion (FIGLEY, 1995)**

➤ Ce concept de traumatisation secondaire a été remis en question par McCANN et PEARLMAN en 1990, qui suggèrent que les intervenants auprès de traumatisés peuvent montrer eux-mêmes des symptômes appartenants aux syndrome post-traumatique [91].

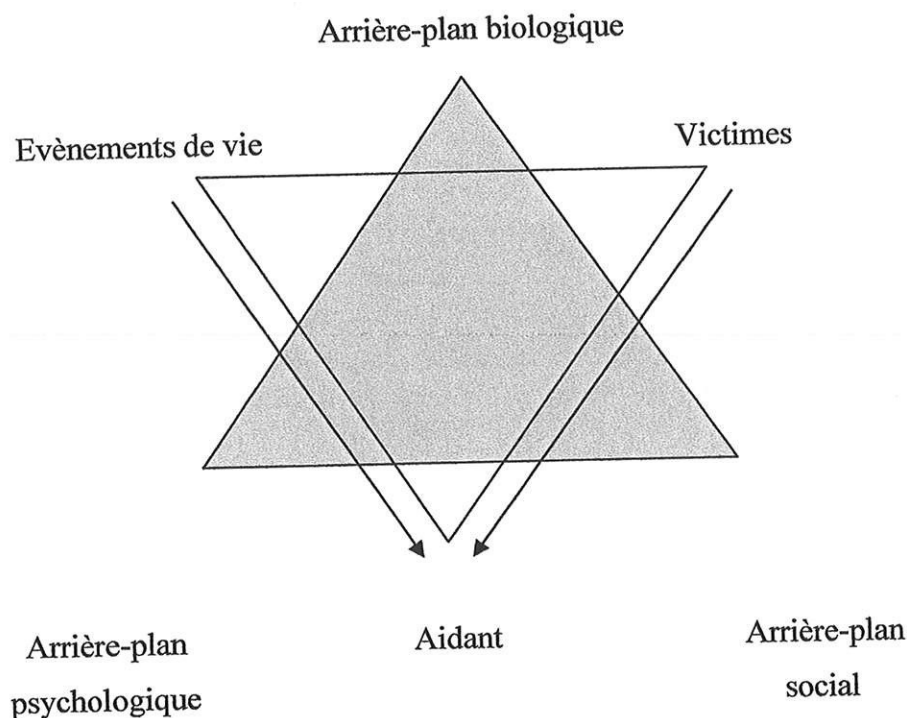
Le principe est que les intervenants vivent eux-mêmes des émotions, des signes et des images associées aux souvenirs traumatiques de victimes directes dont ils se sont occupés. Ils sont donc considérés comme étant également des victimes directes, au même titre que les personnes secourues.

La non prise en charge de ces émotions pourrait aboutir à un engourdissement émotionnel des soignants, qui vont subir de plus en plus leurs interventions, avec pour conséquence une prise générale de distance et une difficulté à faire preuve d'empathie envers les victimes directes.

Pour comprendre le traumatisme des intervenants lors de situation d'exception, nous allons étudier «le triangle d'impact» proposé par DE SOIR en 1997 (figure 7) [47].

Pour ce dernier, chacun des intervenants est caractérisé par un «arrière-plan statique» aux niveaux social (enseignement suivi, aspect sociodémographique, etc.), au niveau biologique (génétique, état organique, etc.) et psychologique (personnalité de base, relations interpersonnelles, etc.), arrière-plan qui ne présentera pas de changements majeurs chez l'individu adulte.

Or, l'intervenant est également caractérisé par un «avant-plan dynamique», lui-même caractérisé par trois points qui ne sont pas immuables et qui seront changeant durant la vie de l'intervenant : l'équilibre actuel de l'aidant, les événements marquants de sa vie passée ou actuelle et les victimes qu'il sera amené à rencontrer. L'impact traumatique de l'intervenant correspond donc à un déséquilibre sur son avant-plan, avec éventuellement une réactivation d'anciens traumatismes venant de l'arrière-plan.



**Figure 7 : Le triangle d'impact (DE SOIR, 1997)**

Dans leur concept, McCANN et PEARLMAN supposent que le traumatisme aura surtout un impact destructif sur l'intervenant en situation d'exception. Pourtant cette notion a été remise en question, car pour certains auteurs le traumatisme psychique peut avoir des conséquences positives pour la personne qui en est atteint. ORNER (1995) a montré que chez certains intervenants, la participation à des secours lors d'une catastrophe renforçait les sentiments d'auto-valorisation et d'auto-compétence, renforçait également le vécu de cohésion avec leur confrères, et la fierté d'avoir su remplir une lourde tâche qui leur incombait [100].

Donc, suivant ces données, l'intervenant qui peut réaliser une bonne intégration de ces interventions à fort potentiel traumatique et qui ressent chaque expérience comme un enrichissement, peut mieux se préserver des sentiments des victimes traumatisées et peut



également se préserver de ses propres expériences pénibles. C'est ici que le concept de traumatisme secondaire de FIGLEY est affaibli car les séquelles psychotraumatiques de longue durée semblent être plutôt rares et ne frapper qu'une minorité d'intervenants.

Selon CROCQ (1999) l'aide psychiatrique ou psychothérapeutique de première ligne est inefficace si les intervenants en situation d'exception réagissent par un stress adapté face aux situations envers lesquelles ils sont confrontés [32]. Ce principe rejoint celui vu précédemment de ORNER qui estime que les symptômes de stress que présentent les intervenants sont majoritairement transitoires et disparaissent spontanément après quelques temps. Pour ces deux auteurs, il s'agit de symptômes normaux présentés par l'intervenant en temps de crise, qui relèvent moins de la pathologie que d'un processus de travail traumatique, le stress dépassé étant somme toute assez rare chez les intervenants en situation d'exception.

Ainsi, dans la majorité des cas, une reconstruction détaillée (ou restructuration cognitive) couplée à une ventilation émotionnelle, étant réalisé par des psychiatres formés, le tout dans une approche psycho-éducative, suffira comme prise en charge psychologique des intervenants en immédiat et en post-immédiat d'une catastrophe. Dans quelques cas, si l'intervenant a vécu un réel traumatisme psychique, alors une aide psychiatrique et psychothérapeutique basé sur la décharge émotionnelle initiale peut être nécessaire.

Le stress de compassion n'est en réalité qu'une forme de syndrome d'épuisement professionnel ou «*burn-out*», qui est spécifique aux intervenants de l'urgence, mais ce dernier n'intervient pas plus fréquemment que dans les autres professions médicales et paramédicales.

En conclusion, ORNER (1995), CROCQ (1999) et CARLIER et al. (1997) pensent que des intervenants bien préparés ne présenteront que des réactions post-traumatiques normales ou adaptatives (stress adapté). La préparation des intervenant est donc primordiale, que ces derniers soient des professionnels ou des volontaires [22, 32,100]. Parmi l'ensemble des intervenants en situation d'exception, environ 5 à 10 % seraient susceptibles de présenter des problèmes majeurs, les symptômes de syndromes post-traumatiques étant dus en majeure partie, d'une part aux facteurs personnels aggravant qui peuvent être retrouvés au niveau

individuel, et d'autre part au caractère souvent extrême de certaines situations particulièrement traumatogènes.

Un accompagnement psychologique auprès des intervenants semble justifié, et comme expliqué ci-dessus, essentiellement axé sur une approche psycho-éducative. Dans l'immédiat du post-événementiel, le *defusing* associé à un découplage émotionnel différé, représenté par le *debriefing* psychologique sont donc recommandés. Il est à noter que le débriefing des intervenants diffère de celui des victimes directes d'une catastrophe, thème qui sera abordé ultérieurement.

#### **4.2.2. Importance de la formation des intervenants**

En France, l'aide médicale d'urgence s'est structurée avec la présence d'équipes ayant eu accès à des formations spéciales pour intervenir dans des situations d'exceptions auprès de la population (accidents de la route, agressions, attentats, etc.). Bien qu'intervenant dans des situations difficiles, ces équipes sont également appelées pour intervenir lors de catastrophes sur l'ensemble du territoire (crash d'avion, inondations, incendies, etc.). Comme nous l'avons développé précédemment, ces catastrophes peuvent être à l'origine de stress dépassé. Ces catastrophes et situations d'exceptions ont nécessité un nouveau mode de formation et de sensibilisation des intervenants, s'orientant vers une éducation psychologique qui leur permet d'appréhender leurs propres réactions et d'acquérir de nouveaux repères. La souffrance des blessés psychiques, de leurs familles et des témoins lors d'un événement traumatique peut déstabiliser les intervenants de l'urgence, alors que ces derniers devraient être en mesure d'adapter leur prise en charge, du moins pour prodiguer les premiers soins sans délai, en attendant que des équipes spécialisées et formées comme celles des CUMP prennent le relais.

Les soignants exerçant dans les services d'urgences vont recevoir différents types d'individus victimes soit d'accidents individuels, ce qui va générer de l'angoisse et de la détresse, soit de catastrophes de grandes envergure, avec des troubles psychiques immédiats ou tardifs, comprenant des blessés psychiques, des rescapés, des témoins et même des sauveteurs, soit d'incidents à fort retentissement psychologique tels que des suicides, des agressions, des décès brutaux.

Les sauveteurs peuvent ainsi être confrontés à l'horreur d'une situation, l'exercice en service d'urgence générant beaucoup de facteurs de stress, dont quelques uns peuvent être traumatogènes : l'attente, le maintien en disponibilité, la soudaineté d'une intervention, les conditions de travail sur le terrain parfois éprouvante (froid, pluie, obscurité, fumées, etc.), la vue des cadavres, la pression des familles, voire celle des médias, l'obligation morale de résultats avec la mort pour conséquence de l'échec de la prise en charge. Or, tous ces éléments font partie intégrante du travail et conduisent à une tension psychologique individuelle et collective à laquelle il est préférable d'être préparée.

### ➤ Les bases de la formation

Nous ne parlerons pas ici de la formation des équipes spécialisées, composées essentiellement de psychiatres, psychologues et infirmiers cliniciens, formés à l'urgence psychiatrique. Ce sont les équipes d'urgentistes qui seront les premières sur le lieu d'une catastrophe, il est donc nécessaire qu'elles soient en mesure de reconnaître la souffrance psychique des victimes et de dispenser les premiers soins immédiats. Ces équipes doivent également reconnaître leur propre stress et celui de leurs collaborateurs.

D'après LAFONT (1998), l'intérêt de la préparation à une situation d'exception est d'amener le professionnel à anticiper, à prévoir, à se préparer aux difficultés qu'il va être amené à rencontrer dans sa pratique quotidienne, à organiser pour pouvoir dispenser les premiers soins [76]. Cette préparation va aussi le protéger de ce qu'il va subir, car les concepts et les apprentissages répétés un grand nombre de fois vont lui permettre de mobiliser les stratégies acquises et le maintien d'un certain nombre de repères. Tous les personnels de l'urgence doivent recevoir une formation sur la pathologie psychotraumatique, le stress et sur

les traitements. Bien entendu, le degré de formation sera adapté au type de professionnel engagé, ainsi les médecins urgentistes doivent recevoir une formation sur le traitement immédiat et post-immédiat, sur les aspects médico-légaux, sur les plans de secours et de gestion d'une catastrophe.

Il est important pour les équipes d'avoir une connaissance parfaite du cadre d'intervention, ce dernier étant son premier repère sur le terrain.

Certains principes de base sont essentiels et doivent être connus et appliqués :

- la souffrance psychique doit être traitée dans l'immédiat
- tout blessé physique est un blessé psychique
- les témoins et les rescapés indemnes peuvent être traumatisés
- les sauveteurs doivent adapter leur comportement à la détresse psychique de la victime, c'est-à-dire que les soins immédiats ne seront pas dispensés dans la brusquerie et sans discuter, cela risquant d'augmenter le stress et d'effondrer les résistances des victimes, mais devront plutôt être commentés et expliqués. Il faut également être à l'écoute de la plainte des victimes pour que celle-ci ne rentre pas dans une période de non-dit. Enfin, il faut que tout blessé ou rescapé soit reconnu en tant que sujet appartenant à une communauté, ce qui implique qu'il faille le nommer et se nommer également, pour que celui-ci ne se sente pas «objet»

#### ➤ **Le contenu de la formation**

Cette formation a pour but d'améliorer la capacité opérationnelle des intervenants en situation d'exception et d'améliorer la qualité des soins dispensés en immédiat.

L'objectif général de cette formation est de sensibiliser les personnels aux situations de stress liées aux agressions, aux attentats, aux accidents collectifs, aux catastrophes et autres risques majeurs rencontrés dans la pratique quotidienne. La sensibilisation se fera également sur les répercussions de ces événements, que ce soit sur le plan individuel ou collectif.

Cette formation doit permettre aux professionnels d'optimiser la prise en charge médico-psychologique des victimes, avec pour buts :

- de connaître les principes d'intervention sur le terrain
- d'améliorer ses capacités individuelles en situation d'urgence collective
- de connaître et d'adapter ses comportements aux différentes situations que traversent les victimes
- d'améliorer sa pratique dans les soins immédiats et post-immédiats
- de prévenir le retentissement des traumatismes dans les équipes

Ainsi, le soignant doit être préparé à comprendre et à contrôler les réactions émotionnelles et comportementales liées au traumatisme psychique. Les formateurs insisteront sur la clinique et les techniques de soins vues précédemment, à savoir le *defusing* et le *debriefing* psychologiques. Le soignant doit éviter les pièges de l'identification (il ne faut pas se mettre à sa place), de la compassion, d'un jugement envers la victime (accusation, rejet, tolérance excessive). Il lui faut être à l'écoute de ses réactions internes et il devra les contrôler, que se soit de la peur ou de la fascination.

Le récit de la victime doit être écouté, sans chercher à en amoindrir la portée et sans le banaliser, il faut éviter de bloquer le processus de parole pour que la victime puisse utiliser ses propres mots pour décrire ses affects et sentiments, pour décrire ce qu'elle a vécu. Il s'agit d'offrir un soutien émotionnel et une compréhension, de rassurer en maintenant une attitude d'écoute sans jugement, d'encourager la verbalisation, de favoriser les échanges et le partage d'une expérience commune.

Cette formation devra être mise en application par l'intermédiaire d'exercices de catastrophe organisé par les SAMU, qui permettent de se rapprocher au mieux des circonstances réelles. Ces exercices permettent aux professionnels de vérifier leurs capacités à mettre en place un dispositif de soins, de plus la présence de figurants favorise le développement de leur aptitude aux soins immédiats. L'absence d'impact émotionnel n'enlève rien à la validité de cet entraînement car la désorganisation et la masse de figurants suffisent pour simuler ce qui est rencontré par les équipes lors de catastrophes réelles.

Donc, comme l'a expliqué BORGNE (1994), les sauveteurs et les soignants ne doivent pas céder à la tentation de se retrancher dans des gestes techniques pour fuir le spectacle de

l'horreur et éviter la rencontre avec le sujet [14]. Pour ce faire, il est indispensable de proposer et d'inciter les équipes d'urgence à suivre des formations sur le stress et les psychotraumatismes, qui serviront de prévention primaire et permettront ainsi d'améliorer les soins apportés aux victimes de traumatismes et de prévenir chez les professionnels les effets de l'accumulation de stress. En 1999, CROCQ estime que la professionnalisation des interventions ne pourra s'opérer qu'à travers la professionnalisation de ses intervenants, et donc leur formation. Ces professionnels doivent savoir identifier et maîtriser leur propre stress et leurs émotions, et ils doivent accepter un soutien psychologique au décours de leur mission, pouvant aller parfois jusqu'au débriefing psychologique.

#### **4.2.3. *Debriefing* des intervenants**

Aujourd'hui, le fait que les intervenants de première ligne puissent être touchés psychiquement par certaines interventions n'est pas remis en question, mais cela n'a pas toujours été le cas car jusqu'à il y a peu de temps, le sort des intervenants n'était pas pris en compte, HODGKINSON (1991) expliquant cela comme étant le résultat des stéréotypes liés aux professionnels de l'intervention de première ligne, voulant que ces individus soient forts et invulnérables [66].

Nous avons vu précédemment que l'intervenant en situation d'exception peut subir un stress dépassé se traduisant par exemple par une sidération ou une agitation désordonnée, mais il peut également être victime, dans de rares cas, d'un véritable traumatisme psychique [94]. Il faut guetter l'apparition d'un syndrome de répétition traumatique qui signe la présence d'un traumatisme psychique, par la présence de flash-back, de réminiscences nocturnes ou de cauchemars.



Il nous apparaît clairement qu'à la suite d'une intervention de laquelle l'intervenant revient angoissé, il est très difficile de savoir avec certitude s'il s'agit d'une réaction de stress adapté ou les conséquences d'un traumatisme psychique. Comme ce risque est présent, les interventions post-immédiates avec les personnels des services de secours se justifient donc. Il est à rappeler que ces situations apparaissent non seulement pour les interventions dans les catastrophes macrosociales, mais également et surtout au quotidien pour des catastrophes individuelles, bien que ces dernières soient moins médiatisées et que le nombre de victimes soit par définition inférieur.

En 1996, DE CLERCQ a mené une étude trois ans après un attentat dans un auditoire à Woluwé, étude s'intéressant au devenir des étudiants et des intervenants impliqués dans la catastrophe [44]. Les résultats auprès des intervenants ont montré que deux sur quinze présentaient un ESPT complet et invalidant, ces mêmes intervenants travaillant toujours quotidiennement dans le service des urgences. De plus, 43 % des soignants présentaient des symptômes d'intrusion importants sous formes de cauchemars et de reviviscence.

#### ➤ **Le debriefing psychologique des intervenants en pratique**

Il s'agit d'une technique de groupe basée sur la verbalisation après un incident critique, qui présente une phase d'exposition des faits qui composent l'évènement critique et qui permet aux participants d'exprimer leurs émotions, leur vécu subjectif.

En 1987, DASBERG partait de l'idée que, pour des professionnels, "*durant l'intervention, le groupe devient l'identité stable de l'intervenant, qui le protège, le rendant invulnérable* [37]. *Quand l'évènement traumatique rompt ce lien, une impression d'isolement et de solitude s'empare de l'individu. Le debriefing psychologique contribuerait à recréer ce lien rompu, par l'élaboration d'une parole collective, qui tend à restructurer le groupe par les individus, et les individus par le groupe*". Cela veut dire que le soutien mutuel est primordial, il faut donc s'appuyer sur le groupe. En effet, HODGKINSON (1991) a remarqué que si les victimes se confient préférentiellement à leurs proches, cela n'était pas le cas des intervenants qui préféraient chercher un soutien auprès de leurs collègues [66].



MITCHELL et al. (1993) insistent sur la réalisation, si les circonstances le permettent, d'un *briefing* avant de partir en intervention, cela permettant à l'équipe de se mettre en condition et de savoir ce qu'ils vont être amenés à rencontrer [94]. C'est en lien avec ce *briefing* initial que pouvait se greffer un *debriefing* au retour de l'intervention.

Pour que ce type de démarche puisse être acceptée au sein d'une équipe, une sensibilisation préalable devrait être réalisée, permettant ainsi que chaque intervenant puisse être à l'origine d'une demande d'intervention psychologique. Il appartient alors au psychiatre ou au psychologue le choix de réaliser un débriefing de groupe ou un débriefing individuel.

Dans un service, certaines lignes de conduites doivent être dégagées pour définir les indications de base du débriefing psychologique vues précédemment. Selon DYREGROV (1989), il faut ajouter des déterminants plus «généralisables», comme par exemple les interventions concernant un nombre élevé de victimes, les interventions au cours desquelles des enfants sont impliqués, ou encore les interventions au cours desquelles un collègue est blessé ou tué [50].

Dans un service, les séances de débriefing doivent rester facultatives pour garantir leur efficacité et leur efficience. C'est à l'intervenant de décider si, oui ou non, il veut participer à ce genre de démarche. Ce n'est donc pas le désir du thérapeute mais celui de la personne qui est respecté, c'est pourquoi le thérapeute doit être disponible, sans être intrusif.

Durant ces séances de débriefing de groupe, la confidentialité doit être une règle d'or, en aucun cas il ne peut y avoir de récupération de propos ou de réactions émotionnelle sous peine de compromettre les buts de cette démarche.

### ➤ **Indications et limites de ce *debriefing* précoce**

Il faut se méfier de la systématisation de ce débriefing, car il y a un risque de routine qui tend à désinvestir le point de vue émotionnel au profit du point de vue factuel, le débriefing psychologique pouvant rapidement laisser la place à un débriefing technique. La

systematisation du debriefing psychologique après tout évènement critique est illusoire par rapport à l'organisation et à la bonne marche d'un service.

De plus, la systematisation tend à ne plus pouvoir distinguer ce qui est de l'ordre de la routine, de ce qui est exceptionnel. Il existerait de ce fait un risque de non reconnaissance du caractère exceptionnel de ce que vivent les professionnels qui rentrent de mission par leurs supérieurs et par leurs collègues, ce qui pourrait compromettre le soutien mutuel. Si ces debriefings psychologiques devenaient réguliers, alors il pourrait y avoir un risque de confusion avec toutes les autres réunions, tels que les staffs cliniques et techniques.

Ainsi, si le *debriefing* psychologique évite les pièges cités ci-dessus, et si ce dernier est bien préparé, alors il permettra de se préoccuper du vécu subjectif et de l'émotionnel, et pas seulement de la réalité factuelle, il permettra de réaliser des séances sérieuses et rigoureuses qui prendront leur place dans les contraintes institutionnelles, et il permettra de faire ressortir pour l'ensemble des intervenants le sérieux de la situation qui a été vécu, pour que les intervenants ne deviennent pas des victimes de leur travail d'intervention lors de catastrophes, que ces dernières soient macrosociales ou microsociales.

De plus, il ne faut pas se contenter de quelques séances de *debriefing* psychologique sans laisser une possibilité pour un suivi ultérieur, car le *debriefing* est une intervention nécessaire, mais pas suffisante (DE CLERCQ, 1996) [44]. Une prise en charge à plus long terme devra être envisagée pour certaines personnes, qui auront été évalués par les psychiatres et psychologues au cours de ces séances en phase post-immédiate.

# 5. CAS CLINIQUES

## CAS CLINIQUE 1

Monsieur V., 29 ans, ingénieur commercial, vit en concubinage, il n'a pas d'antécédent médical déclaré.

Dans la nuit du 20 août 2005, au sortir d'un établissement de nuit et alors qu'il se trouve en compagnie de sa concubine, trois individus en état d'ébriété conduisant une voiture les suivent pendant plusieurs minutes en faisant des appels de phares et des manœuvres d'intimidation. Ils dépassent et bloquent la voiture de monsieur V. lors d'un arrêt à un feu rouge. Ils commencent à frapper en divers endroits le véhicule, à coups de pieds, de poings et d'objets contondants. La voiture est verrouillée. Ils frappent la vitre du conducteur qui l'ouvre pour en éviter le bris.

Il reçoit alors une volée de coups de poings et de pieds sur le visage, l'épaule et le dos en se retournant pour se protéger contre son amie. Des projections de bouteilles et de bière tombent dans le véhicule. Son amie hurle. La scène se déroule très vite et les individus remontent dans leur véhicule pour partir.

Il constate diverses dégradations sur son véhicule ; il va au commissariat pour déposer une plainte puis va au CHU où des radiographies sont pratiquées et un certificat de coup et blessures est rédigé par l'interne de garde. Il quitte le CHU avec un traitement par antalgiques. Aucune question ni exploration complémentaire ne sont réalisés alors que monsieur V. a subi un psychotraumatisme.

Deux jours plus tard, il consulte son médecin traitant en raison de cervicalgies persistantes, d'algies de l'œil gauche, de gêne visuelle à la fixation prolongée, d'algies mandibulaires et de l'épaule. Un arrêt de travail de trois jours lui est prescrit.

Cinq jours après l'agression, une expertise médicale est réalisée, pendant laquelle monsieur V. déclare revoir la scène de l'agression sans cesse, scruter ses rétroviseurs en conduisant portes verrouillées, surveiller les autres automobilistes à l'arrêt, s'angoisser lors du passage à l'endroit de l'agression et se réveiller les nuits vers trois heures pour revivre la scène. Ces éléments entraînent la présence de troubles comportementaux décrits avec la reviviscence des faits et aggravés par les perturbations psychologiques de sa concubine, ainsi que des perturbations dans son activité professionnelle alors qu'il doit honorer sa période d'essai. Son état ainsi décrit nécessite, d'après l'expertise médicale dont il a fait l'objet, un avis psychiatrique ainsi qu'une incapacité totale de travail, au sens pénal de sa définition, de quinze jours momentanément et sauf complications.

Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique.

Ce jour, monsieur V. a changé de travail, il est très perturbé, il a bénéficié d'une attestation de son ancien employeur en ce sens. Il a changé de véhicule pour bénéficier du verrouillage automatique et centralisé des portes. Il ne va plus dans les établissements de nuit.

## CAS CLINIQUE 2

Mademoiselle T., 24 ans, infirmière, vit en concubinage avec monsieur V. (cas clinique 1), elle n'a aucun antécédent médical déclaré.

Dans la nuit du 20 août 2005, au sortir d'un établissement de nuit, elle se déplace avec son concubin dans leur voiture. Un véhicule les suit en faisant des appels de phares et des manœuvres d'intimidation, les dépasse et les bloque lors d'un arrêt à un feu rouge. Trois individus en état d'ébriété descendent du véhicule et commencent à frapper à divers endroits la voiture dans laquelle elle se trouve, à coups de pieds, de poings et d'objets contondants. Son concubin ouvre la vitre pour éviter le bris de glace. Il reçoit alors de nombreux coups sur le visage, l'épaule et le dos en se retournant pour se protéger contre elle. Des projections de bouteilles et de bière sont tombées dans le véhicule.

Elle hurle et déclare très précisément avoir assisté à ce qu'elle a cru être la mise à mort de son ami.

Ils vont au commissariat pour déposer une plainte, elle accompagne son concubin au CHU. Elle n'est pas interrogée, ni examinée, bien qu'elle ait eu un psychotraumatisme.

Cinq jours après l'agression, une expertise médicale est réalisée, pendant laquelle elle décrit depuis les faits des difficultés d'endormissement, des cauchemars (pendant lesquels on lui rase la tête), un état d'inhibition, la reviviscence de la scène les soirs au coucher, ainsi que dans la journée dès que ses relations de travail ou personnelles la sollicitent à ce sujet.

Elle a peur de se rendre à son travail, elle dit vouloir rester chez elle en permanence, elle se plaint d'avoir des idées suicidaires face à cette agression gratuite, d'être sur le qui-vive en permanence. Elle a peur en voiture, elle se sent agressive envers ses collègues et se dit anorexique depuis les faits.

Son état ainsi décrit nécessite d'après l'expertise médicale dont elle a fait l'objet un avis psychiatrique, ainsi qu'une incapacité totale de travail, au sens pénal de sa définition, de douze jours momentanément.

Cette patiente a été examinée en consultation au CHU dans le cadre du suivi des psychotraumatismes une semaine après l'expertise.

Ce jour, mademoiselle V. va bien, elle ne souffre plus de cet épisode, mais elle a tout de même changé de véhicule pour bénéficier du verrouillage centralisé et automatique des portes. Elle ne se déplace plus dans les établissements de nuit.

## CAS CLINIQUE 3

Monsieur P., 56 ans, artisan charpentier couvreur, marié au moment des faits, père de deux enfants.

Le 13 juillet 2000, en fin d'après-midi, au cours de son activité professionnelle sur un toit, monsieur P. chute d'une hauteur de sept mètres, se réceptionnant par les pieds sur le sol. Il ne perd pas connaissance, mais tout au long de sa chute pense qu'il va mourir. Il s'agit d'un psychotraumatisme.

Il est transporté aux urgences du CHU par une ambulance privée, où un certificat médical initial en accident est rédigé par le médecin examinateur, certificat mentionnant des fractures des calcanéums droit et gauche entraînant une incapacité totale d'exercer son activité professionnelle pendant 90 jours. Il est hospitalisé, la fracture droite est traitée orthopédiquement par contention plâtrée en résine ; la gauche est ostéosynthésée sous anesthésie générale par plaque vissée et prise de greffon à hauteur de l'aile iliaque gauche, puis contenue par un plâtre pédieux. Il reçoit un traitement par morphine en injections sous-cutanées, il précise que ce traitement lui était intolérable, après chaque injection, il avait "*la sensation de devenir fou*". Ce traitement a été remplacé.

Le 27 juillet 2000, il rejoint son domicile avec le port de deux cannes anglaises et utilise un fauteuil roulant pendant trois mois. Jusqu'au déplâtrage du pied droit, Monsieur V. décrit qu'il est dépressif. Il est insomniaque en permanence avec la perception de sa chute, la reviviscence de la chute entraîne des sueurs profuses et une agitation. Son épouse et lui-même perçoivent cet état dépressif mais le croient réactionnel et passager.

Plâtré durant 3 mois ½, il persiste des algies des membres inférieurs, avec en particulier des irradiations dans le rachis et dans le genou gauche. Une scintigraphie osseuse est réalisée, en faveur d'une algodystrophie.

A la fin de l'année 2001, la symptomatologie algique est identique malgré l'administration d'autres traitements (calcitonine, blocs de fonzylane, port d'orthèses plantaires) et Monsieur V. devient renfermé et mutique. Il est toujours insomniaque.



Le 4 juillet 2002, son médecin traitant intervient pour un épisode d'agitation brutale et inhabituelle. Il lui prescrit alors pour cet état qualifié de dépressif du DEROXAT® 20mg et du STILNOX®. A partir du lendemain, la femme de Monsieur P. décrit chez son mari des phases d'asthénie et d'immobilisation prolongées dans la journée, puis des phases d'agressivité le soir à l'encontre d'elle et de ses filles ; des coups leur auraient été portés. Monsieur P. a également des idées suicidaires. Son médecin traitant lui prescrit en plus du traitement initial du TEMESTA® 2mg associé à du LAROXYL® (30 gouttes le soir).

A la suite de ses troubles du comportement, une consultation psychiatrique est réalisée le 23 août 2002, le psychiatre lui prescrit du NORSET®, du ZYPREXA® et du TRANXENE® 10mg, et rédige un rapport descriptif de son état dépressif et de son état de stress post traumatique. Il chiffre le déficit fonctionnel alors qu'il le considère comme non consolidé, jugeant de l'évolution sur une année encore. En raison des perturbations comportementales du patient, la réalisation d'une arthrodeèse de genou est refusée.

Dans les suites, il est décrit par son épouse des phases de violence, des idées suicidaires, et il a régressé sur le plan comportemental. Le 1er avril 2004, le psychiatre estime son état consolidé avec des "*séquelles mentales extrêmement invalidantes*".

Le jour de son expertise médicale, Monsieur P. se plaint toujours d'insomnies persistantes et de reviviscence de sa chute, il est anxieux à la moindre contrariété, il présente des phases de pleurs de dévalorisation, il rejette son entourage, devient agressif envers eux et envers lui-même. Il craint d'aller se coucher.

Depuis l'expertise, Monsieur P. est divorcé, il a dû licencier son employé et cesser toute activité professionnelle, il lui est impossible de vivre seul (vit avec un oncle), il est en conflit avec le reste de sa famille et est déstructuré socialement.

Nous voyons donc que le défaut de prise en charge initiale du patient au plan psychiatrique a eu pour conséquence l'évolution vers un état de stress post-traumatique en 2002. Ce jour, il y a eu enkystement de son état avec évolution vers une névrose traumatique.

## 6. CONCLUSION

Les intervenants de l'urgence, qu'ils soient médecins, infirmiers, ambulanciers ou secouristes, sont souvent confrontés dans leur exercice quotidien à des patients traumatisés physiquement et psychologiquement, lors de catastrophes microsociales et macrosociales.

Pour éviter l'évolution vers un état de stress post-traumatique, voire vers une névrose traumatique, il est nécessaire de connaître les facteurs prédictifs de la chronicité.

En intervention ou dans le service des urgences, l'un des objectifs principaux des soins immédiats est d'agir sur le stress ainsi que sur l'angoisse, que cette dernière soit manifeste, inhibée ou bien sidérée.

L'accueil des patients et la prise en considération de leur état de victimes doivent leur permettre d'exprimer les bouleversements qu'a entraîné le traumatisme. Les praticiens de l'urgence doivent travailler de concert avec les médecins et les personnels des CUMP, pour offrir aux victimes la possibilité d'un *debriefing* précoce ; l'entourage et les proches des victimes d'une catastrophe doivent également être pris en charge car leur souffrance est réelle.

Dans le domaine des catastrophes microsociales, l'attitude doit être la même, bien évidemment à une échelle restreinte, sinon individuelle, qui ne relève plus des compétences de la CUMP, mais de l'interaction intervenant-victime-intervenant psychiatrique formé. Il est nécessaire d'agir sur ces situations quasi quotidiennes.

D'après une étude de JEHEL réalisée auprès du personnel du SAMU de Paris en 1999, environ 10 % présentent des troubles psychotraumatiques et 30 % ont un score élevé à l'échelle d'épuisement professionnel (*burn-out*), il est donc nécessaire de les considérer comme des victimes indirectes du psychotraumatisme.

L'analyse de cas cliniques d'évènements microsociaux confirme à quel point la recherche d'un traumatisme psychique n'est pas encore systématique. Il est primordial de le reconnaître et de le traiter, son évolution pouvant avoir des conséquences graves et irréversibles pour les victimes.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

- [1] ABENHAIM L., DAB W., SALMI LR., study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987), *J Clin Epidemio*, 1992, 45 (2) : 103-109
- [2] ALMQVIST. PTSD in Iranian preschool children exposed to organised violence. *Child Abuse and Neglect*, 1997, 21 (4) : 351-356
- [3] ALONSO J., ANGERMEYER MC., BERNERT S., et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004, 420 : 38-46
- [4] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> ed (DSM-III). APA, Washington, DC, 1980, 4<sup>th</sup>
- [5] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed, revised (DSM-IV). APA, Washington, DC, 1994, 4<sup>th</sup>. Traduction française, Paris : Masson, 1996
- [6] BARROIS C., *Les névroses traumatiques*, Paris: Dunod, 1988, 228 p.
- [7] BIRMES P., BRUNET A., CARRERAS D., et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms : a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*, 2003, 160 (7) : 1337-1339
- [8] BIRMES P., HATTON L., BRUNET A., et al. Early historical literature for posttraumatic symptomatology. *Stress and Health*, 2003, 19 : 17-26
- [9] BIRMES P., SCHMITT L., ARBUS C. Prise en charge des syndromes psychotraumatiques : le rôle essentiel du médecin traitant. *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 4 avril 2005, tome 19, 688-689
- [10] BISSON JI., JENKINS PL., ALEXANDER J., et al. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry*, 1997, 171 : 78-81
- [11] BLANCHARD EB., HICKLING EJ., BARTON KA., et al. One year prospective follow up of motor vehicle accident victims. *Behaviour research and therapy*, 1996, 34 (10) : 775-786
- [12] BONNE O., BRANDES D., GILBOA A., et al. Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSD. *Am J Psychiatrie*, 2001, 158 (8) : 1248-1251

- [13] BONNE O., NEUMEISTER A., CHARNEY DS. Neurobiological mechanisms of psychological trauma. Washington : American Psychiatric Publishing, 2003, 188 p.
- [14] BORGNE N. La technicité comme mode d'évitement de la relation soignant-soigné : l'exemple du SAMU. Troisième congrès francophone sur la formation à la relation soignante, 1994
- [15] BOUTHILLON P., CROCQ L. Stress psychiques des victimes des attentats terroristes et ses suites lointaines. Urgences J, 1990, 9 : 102-105
- [16] BOUTHILLON P., CROCQ L., JULIEN H. Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes. Psychol Méd., 1992, 24 (5) : 465-470
- [17] BREMNER JD., INNIS RB., SOUTHWICK SM., et al. Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry, 2000, 157 (7) : 1120-1126
- [18] BREMNER JD., LICINIO J., DARNELL A., et al. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry, 1997, 154 : 369-375
- [19] BRESLAU N., KESSLER RC., CHILCOAT HD., et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community : the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry, 1998, 55 (7) : 626-632
- [20] BRIOLE G., CLERVOY P., VALLET D. Pathologie post-traumatique du sujet âgé. In : LEGER JM., CLEMENT JP., WERTHEIMER J, eds. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion, 1999, 234-242
- [21] BRUNET A., WEISS DS., METZLER TJ. et al. The Peritraumatic Distress Inventory : a proposed measure of PTSD criterion A2. Am J Psychiatry, 2001, 158 (9) : 1480-1485
- [22] CARLIER IV., LAMBERTS RD., GERSONS BP. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers : a prospective analysis. J Nerv Ment Dis, 1997, 185 (8) : 498-506
- [23] CARRION VG., WEEMS CF., ELIEZ F., et al. Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry, 2001, 50 (12) : 943-951
- [24] CASADA JH., AMDUR R., LARSEN R., et al. Psychophysiologic responsivity in posttraumatic stress disorder : generalized hyperresponsiveness versus trauma specificity. Biol Psychiatry, 1998, 44 (10) : 1037-1044
- [25] CHARCOT JM. Leçon du Mardi à la Salpêtrière. Policlinique. 1887-88 et 1888-89. Paris : Bureaux du Progrès Médical, 1890

- [26] CHARLES E., GARAND L., DUCROCQ F., CLEMENT JP. Etat de stress post-traumatique chez le sujet âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 2005, 3 (4) : 291-300
- [27] CHATEAUNEUF C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des psychotraumatismes des accidentés de la route. Thèse de doctorat en médecine. Nantes : Université de Nantes, 2001, 68 p.
- [28] CORBO V., BRUNET A. Trouble de stress post-traumatique : revue des études utilisant l'imagerie par résonance magnétique. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2003, 3 (3) : 155-162
- [29] COTTLER LB., COMPTON WM., MAGER D., et al. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149 (5): 664-670
- [30] CROCQ L. La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Med Psychol*, 1998, 156 : 48-54
- [31] CROCQ L. Les névroses de guerre. *La Revue de Médecine*, 1969, 2, 57-82, 3, 175-188
- [32] CROCQ L. Les traumatismes psychiques de guerre, Paris : Odile Jacob, 1999, 442 p.
- [33] CROCQ L. L'intervention psychologique auprès des victimes en période post-immédiate. La question du débriefing. *Le Journal des Psychologues*, 2004, 218 : 8-14
- [34] CROCQ L. Stress et névrose traumatique. *Psychologie Médicale*, 1974, 6, 1493-1531
- [35] CROCQ L., DEFAYOLLE M., LEFORT G., et al. Névrose de guerre et stress de combat, *Psychologie Médicale*, 1978, 10, 9, 1705-1764
- [36] DALIGAND L. La thérapie des victimes au risque de la violence. *Les cahiers de l'Actif*, 1998b, 248-249
- [37] DASBERG H. Psychological distress of holocaust and offspring in Israel, forty years later : a review. *Isr J Psych Relat Sci*, 1987, 24 (4) : 243-256
- [38] DAVIDSON JR., HUGHES D., BLAZER DG., et al. Post-traumatic stress disorder in the community : an epidemiological study. *Psychol Med*, 1991, 21 (3) : 713-721
- [39] DE BELLIS MD., KESHAVAN MS., SPENCER S., et al. N-Acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. *Am J Psychiatry*, 2000, 157 (7) : 1175-1177
- [40] DE BELLIS MD., KESHAVAN MS., HARENSKI KA., Anterior cingulate N-Acetylaspartate/creatine ratios during clonidine treatment in a maltreated child with posttraumatic stress disorder, *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2001, 11 (3) : 311-316
- [41] DE CLERCQ M. Disasters and families. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 1995, 11 (1) : 19-24

- [42] DE CLERCQ M. L'importance des syndromes psychiatriques post-traumatiques en pratique médicale. Cah Med Travail 29, 1992, p.85-88
- [43] DE CLERCQ M., LEBIGOT F., Les traumatismes psychiques, Paris : Masson, 2001, 384 p.
- [44] DE CLERCQ M., VERMEIREN E., HENRY DE FRAHAN B. Le debriefing psychologique après une catastrophe ne suffit pas. Evaluation de l'importance des états de stress post-traumatiques pour les patients ayant bénéficiés d'un debriefing. La Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale, 1996, 3 : 87-91
- [45] DEFARES P., DE LEVITA. Hulp aan hulpverleners. Bijblijven, 1989, 5 : 73-82
- [46] DELAHAYE C. CUMP : la DGS lance une évaluation. Le Quotidien du Médecin, 20 juillet 2005
- [47] DE SOIR E. Traumatische stress in politie. Anvers : Maklu uitgevers, 1997
- [48] DOUTHEAU C., LEBIGOT F., MORAUD C., et al. Facteurs de stress et réactions psychopathologiques dans l'Armée française au cours des missions de l'ONU. Revue Internationale des Services de Santé des Forces Armées. 1994, LXVII, 1 : 30-34
- [49] DUCROCQ F., VAIVA G., De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. L'Encéphale, 2005, 31 : 212-226
- [50] DYREGROV A. Caring for helpers in disaster situation : psychological debriefing. Disaster Management 2, 1989
- [51] FELMINGHAM KL., BRYANT RA., GORDON E. Processing angry and neutral faces in posttraumatic stress disorder : an event-related potentials study. Neuroreport, 2003, 14 (5) : 777-780
- [52] FIGLEY CR. Compassion Fatigue : Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized. New York : Brunner et Mazel, 1995
- [53] FOA E.B., Psychological treatment of PTSD, J. Clin. Psychiatry, 2000, 61 suppl., 5 : 43-48
- [54] FREUD S., Au-delà du principe du plaisir (1920), Paris : Petite bibliothèque Payot, réédition 1981, 116 p.
- [55] FREUD S., Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (1920), Paris : Petite Bibliothèque Payot, réédition 1981, 274p.
- [56] FREUDENBERGER H. Burn-out. New York : Bantam, 1980
- [57] FULLERTON CS., MCCARROL JE., URSANO RJ., et al. Psychological responses of rescue workers : fire fighters and trauma. Am J Orthopsychiatry, 1992, 62 (3) : 371-8



- [58] GALEA S., AHERN J., RESNICK H., et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New-York City. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346 (13) : 982-987
- [59] GASIBIREGE G. Développement d'un programme de santé mentale communautaire au Rwanda de l'après-guerre et génocide. *Les Politiques Sociales*, 1997, 2 : 51-60
- [60] GELPIN E., BONNE O., PERI T., et al. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines : a prospective study. *J Clin Psychiatry*, 1996, 57 (9) : 390-394
- [61] GERACIOTI TD., BAKER DG., EKHATOR NN., et al. CSF norepinephrine concentration in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158 (8) : 1227-1230
- [62] GOMEZ MANGO E. L'éthique de la reconnaissance. Paris : Erès, *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*, 1997, 289-291
- [63] GREEN BL., GRACE MC., VARY MG., et al. Children of disaster in the second decade : a 17-year follow-up of Buffalo Creek survivors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994, 33 (1) : 71-79
- [64] HAMNER MB., DIAMOND BI. Elevated plasma dopamine in posttraumatic stress disorder : a preliminary report. *Biol Psychiatry*, 1993, 33 : 304-306
- [65] HELTZER JE., ROBINS LN., McEVOY L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *New England Journal of Medicine*, 1987, 317 (26): 1630-4
- [66] HODGKINSON PE., STEWART M. *Coping with catastrophe : a handbook of disaster management*. London : Routledge, 1991
- [67] JEHEL L., BRUNET A., PATERNITI S., et al. Validation de la version française de l'Inventaire de détresse péritraumatique. *Can J Psychiatry*, 2005, 50 (1) : 67-71
- [68] JEHEL L., LOUVILLE P., PATERNITI S., et al. Retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU. *JEUR*, 1999, 4 : 157-164
- [69] JEHEL L., PATERNITI S., BRUNET A., et al. Prediction of the occurrence and intensity of post-traumatic stress disorder in victims 32 month after bomb attack. *Eur Psychiatry*, 2003, 18 (4) : 172-176
- [70] KANTER ED., WILKINSON CW., RADANT AD., et al. Glucocorticoid feedback sensitivity and adrenocortical responsiveness in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 2001, 50 : 238-245
- [71] KATZ JF. Les indications de la psychopharmacologie dans les ESPT. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1997, N° 10, 48-51



- [72] KATZ CL., PELLEGRINO L., PANDYA A., et al. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters : a review of the literature. *Psychiatry Res*, 2002, 110 (3) : 201-217
- [73] KESSLER RC., SONNEGA A., BROMET E., et al. Posttraumatic stress disorder in the Natinal Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1995, 52 (12) : 1048-60
- [74] KOSTEN TR., FRANK JB., DAN E., et al. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J Nerv Ment Dis*, 1991, 366-370
- [75] LACAN J. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris : Seuil, 1973, 256 p.
- [76] LAFONT B. Pourquoi se préparer? Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris : Addim, 1998
- [77] LANIUS RA., WILLIAMSON PC., DENSMORE M., et al. Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder : a functional MRI investigation. *Am J Psychiatry*, 2001, 158 (11) : 1920-1922
- [78] LEBIGOT F. Intérêt des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques. *Méd Catastrophe Urg Collectives*, 1999, 2 (3-4) : 83-87
- [79] LEBIGOT F. Le débriefing individuel du traumatisé psychique. *Ann Médico-Psychol*, 1998, 156 (6) : 417-420
- [80] LEBIGOT F., GAUTHIER E., MORGAND D., et al. Le débriefing psychologique collectif. *Ann Médico-Psychol*, 1997, 155 (6) : 370-378
- [81] LIENEMANN MN., MAGLIANO H., CALMETTES J. pour une nouvelle politique publique d'aide aux victimes : rapport au Premier ministre. Paris : La Documentation Française, Collection des rapports officiels, 1999, 230 p.
- [82] LIVINGSTON HM., LIVINGSTON MG., BROOKS DN., et al. Elderly survivors of the Lokerbie air disaster. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1992, 7 : 725-729
- [83] LOPEZ G., COLLE D., CATTIN JM., Conséquences psychologiques des agressions avec pénétration sexuelles. Enquête épidémiologique des UMJ-Paris, *Psychol Med*, 1992, 24 (5) : 447-451
- [84] LYDIARD RB. The role of GABA in anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 2003, 64 (suppl 3) : 21-27
- [85] MALTAIS D., LACHANCE L., BRASSARD A. Les conséquences d'un sinistre sur la santé psychosociale d'adultes de 50 ans et plus. *Stress et Trauma*, 2002, 2 : 147-156

- [86] MARMAR CR., WEISS DS., METZLERTJ. The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In : WILSON JP., KEANE TM. Assessing psychological Trauma and PTSD : a handbook for Practitioners. New York : The Guildford Press, 1997, 412-428
- [87] MARSHALL RD., DAVIDSON JRT., YEHUDA R. Pharmacotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related syndrome. In : YEHUDA R. Psychological trauma. Washington DC : American Psychiatric Press, Inc., 1998a, 133-178
- [88] MARSHALL SLA. Men under fire : the problem of battle command in futur war. New York : William Morrow and co., 1947
- [89] MATHUR A., SCHMITT L., Epidémiologie de l'ESPT après un traumatisme collectif. Revue de littérature. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2003, 3 (4) : 215-223
- [90] MAYOU RA., EHLERS A., HOBBS M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 2000, 176 : 589-593
- [91] McCANN L., PEARLMAN L. Vicarious Traumatization : a framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress, 1990, 3 (1) : 131-149
- [92] MELLMAN TA. Psychobiology of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder. Ann N Y Acad Sci, 1997, 821 : 142-149
- [93] MITCHELL JT. When disaster strikes : the critical incident stress debriefing process. Emerg Med Serv, 1983, 8 : 36-39
- [94] MITCHELL JT., DYREGROV A. Traumatic stress in disasters workers and emergency personnel : prevention and intervention. In : WILSON JP., RAPHAEEL B. International handbook of traumatic stress syndromes. New York : Plenum Press, 1993, 905-914
- [95] MITCHELL JT., RESNIK HLP. Emergency response to crisis : a crisis intervention guide-book to emergency service personnel. Bowie, MD : Brady Publishing, 1981
- [96] NEYLAN TC., JASIUKAITIS PA., LENOCI M., et al. Temporal instability of auditory and visual event-related potentials in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry, 2003, 53 (3) : 216-225
- [97] NOTO R., HUGUENARD P., LARCAN A., et al. Médecine de catastrophe. Paris : Masson, 520-546
- [98] NUTT DJ., The psychobiology of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry, 2000, 61 suppl 5 : 24-29
- [99] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris : Masson, 1993, 10<sup>ème</sup> édition

- [100] ORNER RJ. Intervention strategies for emergency response groups : a new conceptual framework. In : NOBFOLL SE., DE VRIES MW. *Extreme stress and communities : impact and intervention*. Dordrecht/Boston/London : Kluwer Academic Publishers, 1995, 499-521
- [101] OSUCH EA., BENSON B., GERACI M., et al. Regional cerebral blood flow correlated with flashback intensity in patients with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 2001, 50 (4) : 246-253
- [102] PERKONIGG A., KESSLER RC., STORZ S., et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community : prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 2000, 101 (1) : 46-59
- [103] PERRY BD., GILLER EL., SOUTHWICK SM. Altered platelet alpha 2-adrenergic binding sites in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 1987, 144 : 1511-1512
- [104] PINEL P. *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale*. Paris : Brosson A, 1809, 2<sup>e</sup> édition. Réédition Arno Press, New York, Classics in Psychiatrie.
- [105] PITMAN RK., VAN DER KOLK BA., ORR SP., et al. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. *Arch Gen Psychiatry*, 1990, 47 (6) : 541-544
- [106] RAPHAEL B. *When Disaster Strikes : How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York : Basic Book, Inc. Publishers, 1986
- [107] ROSE S., BREWIN CR., ANDREWS B., et al. A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychol Med*, 1999, 29 (4) : 793-799
- [108] ROUSSY G., BOISSEAU J., D'OELSNITZ M. *Traitement des psychonévroses de guerre*. Paris : Masson, 1918, 188 p.
- [109] SALMON T. Care and treatment of mental diseases and war neurones (shell-shock) in the British Army. *Mental Hygiene*, 1917, 1 : 509-547
- [110] SCHULTE JJ., BIENEFELD D. Other neurotic disorders. In : COPELAND JRM., ABOU-ALEH MT., BLAZER DG., eds. *Geriatric Psychiatry*, Second edition. London : John Wiley & Son, 2002, 579-583
- [111] SELLY C., KING E., PEVELER R., et al. Post-traumatic stress disorder symptoms and the Clapham rail accident. *Br J Psychiatry*, 1997, 171 : 478-482
- [112] SHALEV AY. Post-traumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. *J Nerv Ment Dis*, 1992, p. 505-509

- [113] SHALEV AY., SAHAR T., FREEDMAN S., et al. A prospective study of hearth rate response following trauma and the subsequent development of a posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1998, 55 (6) : 553-559
- [114] SHIN LM., KOSSLYN SM., McNALLY RJ., et al. Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder. A positron emission tomographic investigation. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54 (3) : 233-241
- [115] SIMEON D., GREENBERG J., KNUTELSKA M., et al. Peritraumatic reactions associated with the Worl Trade Center disaster. *Am J Psychiatry*, 2003, 160 (9) : 1702-1705
- [116] SIMPSON S., MORLEY M., BALDWIN B. Crime-related post traumatic stress disorder in elderly psychiatric patients : a case series. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1996, 11 : 879-882
- [117] SOUTHWICK SM., KRYSTAL JH., BREMNER JD., et al. Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic disorder. *Arch Gen Psychitry*, 1997, 54 : 749-758
- [118] TERR LC. Childhood traumas : an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 1991, 148 (1) : 10-20
- [119] TISSOT M. *Avis du peuple sur la santé*. Paris : Didot, 1776, 2 volumes, 333 et 364 p.
- [120] VAIVA G., BRUNET A., LEBIGOT F., et al. Fright and other peritraumatic responses after a serious motor vehicule accident : prospective influence on acute PTSD development. *Can J Psychiatry*, 2003, 48 (6) : 395-401
- [121] VAIVA G., DUCROCQ F., JEHEL L. et al. Effet d'une administration précoce de propanolol à l'Urgence, en prévention d'un syndrome de stress post-traumatique, chez les sujets victimes d'un accident de la route ou d'une agression physique. Etude prospective randomisée en double aveugle, versus placebo, multicentrique nationale, avec bénéfice individuel direct.
- [122] VAIVA G., DUCROCQ F., JEHEL L. et al. Evaluation de l'administration précoce d'hydroxyzine, en prévention secondaire des troubles psychotraumatiques. Etude prospective randomisée en double aveugle, versus placebo, multicentrique nationale, avec bénéfice individuel direct. Lyon : GFEP
- [123] VAIVA G., DUCROCQ F., JEZEQUEL K. et al. Immediate treatment with propanolol decreases posttraumatic stress disorder two month after trauma. *Curr Psychiatry Rep*, 2004, 6 (4) : 241-242
- [124] VAIVA G., LEBIGOT F., DUCROCQ F., et al. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris : Masson, 2005, 207 p.

- [125] VAIVA G., THOMAS P., DUCROCQ F., et al. Low posttrauma GABA plasma levels as a predictive factor in the development of acute posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*; 2004, 55 (3) : 250-254
- [126] VERMEIREN E., DE CLERCQ M. Le débriefing psychologique après un évènement à caractère traumatique : intérêts et limites. *Méd Catastrophe Urg Collectives*, 1999, 2 : 95-99
- [127] DICTIONNAIRE VIDAL. 81<sup>e</sup> éd. Paris : Ed. du Vidal, 2006, 2343 et 256 p.
- [128] VILA G. Etats de stress post-traumatique : les spécificités de l'enfant. *La Revue Du Praticien Médecine Générale*, 2005, tome 19, N° 690/691, 508-512
- [129] VILA G., BERTRAND C., FRIEDMAN S., et al. Trauma par exposition indirecte, implication objective et subjective. *Ann Médico-Psychol*, 2000, 158 (9) : 677-686
- [130] YEHUDA R., LEVENGOOD RA., SCHMEIDLER J., et al. Increased pituitary activation following metyrapone administration in post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 1996, 21 (1) : 1-16
- [131] YEHUDA R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 2001, suppl 62, 17 : 41-46
- [132] ZUBIETA JK., CHINITZ JA., LOMBARDI U., et al. Medial frontal cortex involvement in PTSD symptoms : a SPECT study. *J Psychiatr Res*, 1999, 33 (3) : 259-264
- [133] ZUCKER D. Plaidoyer pour un traitement psychothérapeutique précoce des victimes. *Méd Catastrophe Urg Collectives*, 1999, 2 : 88-94

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je juge d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 146

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ



---

La prise en charge des psychotraumatismes est récente, bien que les premières descriptions datent de l'antiquité. C'est la psychiatrie militaire qui va permettre un développement de cette prise en charge avec la notion de psychiatrie de l'avant.

Le psychotraumatisme a pour conséquences l'effroi, une réaction péritraumatique incluant la dissociation et la détresse péritraumatique, et un trouble de stress aigu qui aboutissent à un état de stress post-traumatique (ESPT), voire à une névrose traumatique. La prévalence d'ESPT est de 7,8 % dans la population générale, ce taux allant jusqu'à 11 % chez les personnels du SAMU de Paris.

Sur le plan physiopathologique, une hyperactivité noradrénergique centrale a été mise en évidence, ainsi que des troubles de l'axe corticotrope.

La prise en charge immédiate par les services d'urgences des victimes directes et indirectes de psychotraumatismes repose sur l'accueil et l'interlocution, qui ont pour but d'éviter une évolution vers un ESPT. Si un traitement pharmacologique est nécessaire, l'hydroxyzine et le propranolol sont les deux molécules les plus utilisées actuellement.

Lors d'une catastrophe macrosociale, les services d'urgences travaillent en collaboration avec les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) pour la prise en charge des psychotraumatismes, notamment pour instaurer un *defusing* dans l'immédiat. Une prise en charge post-immédiate est entreprise, il s'agit du *debriefing*, technique permettant aux victimes de décrire, réfléchir et tirer des enseignements de leur vécu.

Lors d'une catastrophe microsociale, il existe une grande variabilité dans les prises en charge, justifiant le recours à une formation de tous les acteurs de l'urgence.

Les intervenants de l'urgence peuvent être des victimes indirectes des psychotraumatismes, avec possible apparition d'un *burn-out*. Il convient de leur proposer une formation, ainsi qu'une prise en charge psychologique adaptée s'ils en ressentent le besoin.

---

## DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

---

### MOTS-CLES :

- Psychotraumatisme
- Etat de stress post-traumatique
- Cellules d'Urgences Médico-psychologiques
- *debriefing*
- Urgences

---

Faculté de Médecine de Limoges  
2 rue du Dr Marcland  
87000 LIMOGES