

LES ATELIERS DU PRATICIEN

SOUS LA DIRECTION DE Gérard LOPEZ

# Traiter les psychotraumatismes

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--	--

© Dunod, 2016  
5 rue Laromiguière, 75005 Paris  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-074590-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Avant-propos

**Q**UAND DES AUTORITÉS SANITAIRES envisagent de traiter les psychotraumatismes des victimes des attentats terroristes de novembre 2015 exclusivement par le récit des événements sous traitement  $\beta$ -bloquant dans des cabinets de médecine générale. Quand le rapport Pelloux remis à la ministre de la Santé<sup>1</sup> le 5 novembre 2014 recommande de diriger les victimes de violences de couple vers des CMP surchargés... La parution de cet ouvrage d'une actualité brûlante nous a semblé indispensable.

Le traitement du trouble stress post-traumatique, tel qu'il est désormais nommé dans le DSM-5, a beaucoup évolué depuis la parution de la seconde édition de *Psychothérapie des victimes*<sup>2</sup> que ce livre va avantagusement remplacer.

Des thérapeutes français, belges, canadiens, tunisiens décrivent les traitements validés par la recherche scientifique ou à défaut par les consensus professionnels : thérapies psychodynamiques aménagées, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie EMDR, hypnose ericksonienne, chimiothérapie, technique de gestion des émotions, psychothérapie des enfants psychotraumatisés, thérapies familiales aménagées dans la mesure où les thérapies familiales classiques sont contre-indiquées en psychotraumatologie pour les agressions intrafamiliales, par les consensus ou les guidelines, sans oublier les groupes de parole qui ne sont pas des thérapies mais qui sont recommandées par la Conférence de consensus française : *Conséquences des maltraitements sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir* (2003).

Chaque chapitre est illustré par de nombreuses vignettes cliniques destinées à faciliter la compréhension du lecteur.

La prise en charge des victimes de catastrophe et d'accident collectif, éprouvée par l'expérience récente des attentats, est décrite par le Pr Louis Jehel et le Dr François Ducrocq respectivement président et ancien président de l'Aforcump (Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques – Société Française de Psychotraumatologie).

---

1. « Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violence », rapport remis au ministre de la Santé et à la secrétaire d'État chargée des droits des femmes le 5 novembre 2014 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000664/>

2. Lopez, G., Séguin-Sabouraud, A., Jehel, L. (2006), *Psychothérapie des victimes. Traitements, évaluations, accompagnement*, Paris, Dunod, « Psychothérapies ».

La toute nouvelle problématique que pose le traitement des cauchemars psychotraumatiques est traitée par une équipe franco-canadienne qui s’y consacre depuis plusieurs années.

Mais la conduite thérapeutique à tenir, bien au-delà des techniques décrites dans ce traité, repose sur un type de relation qui permet de réécrire le scénario traumatique dont l’analyse précise permet de déduire le type de « transfert » que les sujets mettent en place avec les thérapeutes. Si le Trouble de Stress Post-Traumatique ne pose pas de problèmes insurmontables à cet égard, il en va différemment pour les personnalités post-traumatiques complexes qui présentent des troubles somatiques et des troubles psychologiques voire psychiatriques. Ces sujets sont les grands oubliés des manuels de psychiatrie et même du récent DSM-5 malgré un nombre d’études scientifiques impressionnant et le fort lobbying exercé par les psychotraumatologues les plus réputés d’Outre-Atlantique. Pourtant, dans les rares unités de soins spécialisées, les soignants sont le plus souvent confrontés à des sujets qui ont subi des traumatismes répétés lorsqu’ils sont ou étaient enfants, ou plus tard à l’âge adulte quand ils ne font bien souvent que répéter littéralement les maltraitances infantiles subies. Plus de 10 % des enfants sont en effet maltraités dans les pays à hauts revenus<sup>1</sup> ; quatre millions de sujets sont des « survivants » de l’inceste en France comme l’a révélé un récent sondage AIVI-Harris Interactive<sup>2</sup> réalisé en 2015.

Il convient enfin de rappeler avec force que le traitement des sujets psychotraumatisés ne peut se concevoir qu’en travaillant en réseau avec, selon les cas, des avocats spécialisés et des associations d’accompagnement social et judiciaire. Il est également indispensable de repérer les enfants maltraités et de bien maîtriser le circuit de transmission des informations préoccupantes ou le signalement judiciaire des enfants en danger. Cet accompagnement protège le cadre thérapeutique des multiples intrusions sociales et judiciaires qui risquent de compliquer la thérapie et d’aggraver les troubles.

Le traitement des troubles comorbides les plus fréquents est également abordé par des universitaires reconnus.

Cet ouvrage profitera aux praticiens et aux étudiants des masters et des diplômes universitaires consacrés aux victimes ou aux psychotraumatismes auxquels participent la plupart des contributeurs de ce traité, à l’université Paris-Descartes notamment, comme à Rennes, Poitiers, Fort-de-France, Bruxelles, Settat au Maroc.

Gérard Lopez  
Louis Jehel  
Aurore Séguin-Sabouraud

1. Gilbert R., Widom C. S., Browne K., Ferguson D., Webb E., Janson S. (2009), *Child Maltreatment 1*. « Burden and consequences in high-income countries », [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

2. <http://aivi.org/nos-actions/sondages/4-millions-de-victimes-d-inceste.html>

# Table des matières

Avant-propos ..... III

Liste des auteurs ..... XI

## Partie 1 Généralités

**Chapitre 1 Le psychotraumatisme ..... 4**

Conséquences psychologiques initiales d'un choc traumatique 6

Conséquences psychotraumatiques possibles d'un événement  
traumatique unique 11

Conséquences psychotraumatiques possibles après des événements  
traumatiques répétés : les personnalités traumatiques complexes 16

Conclusion 26

Références 27

**Chapitre 2 Le cadre général d'intervention en psychotraumatologie .. 30**

Cadre thérapeutique 32

Évaluation des besoins 33

Cadre relationnel 38

Conclusion 40

Références	41
------------	----

## **Partie 2 Traitements**

<b>Chapitre 3</b>	<b>Les thérapies psychodynamiques .....</b>	<b>50</b>
	Fondements théoriques	52
	Mise en œuvre d'une psychothérapie psychodynamique relationnelle	56
	Indications et contre-indications des thérapies psychodynamiques appliquées au traumatisme complexe	63
	Traitement psychodynamique de l'état de stress post-traumatique	65
	Conclusion	68
	Références	69
<b>Chapitre 4</b>	<b>La thérapie cognitivo-comportementale : principes, indications .....</b>	<b>70</b>
	Données théoriques	72
	Conduite du traitement	83
	Exemple du déroulement d'une thérapie	108
	Conclusion	112
	Références	113
<b>Chapitre 5</b>	<b>Hypnose : principes, indications, controverses .....</b>	<b>118</b>
	La dissociation : levier thérapeutique	120
	Indications de l'hypnose dans les troubles de stress post-traumatiques	125
	Controverses	132
	Conclusion	137
	Références	137

<b>Chapitre 6</b>	<b>La thérapie EMDR : principes, indications</b> .....	144
	Fondements cliniques de la thérapie EMDR : de la désensibilisation au paradigme TAI (Traitement Adaptatif de l'Information)	147
	Procédures et modalités du traitement EMDR	148
	Indications et contre-indications de l'EMDR	156
	Conclusion	157
	Références	158
<b>Chapitre 7</b>	<b>La thérapie des enfants victimes</b> .....	162
	Violence conjugale	165
	Troubles consécutifs aux violences	168
	Révélations de traumatismes	172
	Gare au syndrome d'aliénation parentale « SAP »	175
	Conduite du traitement	176
	Exemple d'une prise en charge thérapeutique	180
	Conclusion	183
	Références	184
<b>Chapitre 8</b>	<b>Inscrire les faits dans un récit</b> .....	186
	Premières considérations générales	188
	Agressions sexuelles : un psychotraumatisme intentionnel	189
	Cycle de vie de la victime	190
	Genèse d'un passage à l'acte	191
	Un scénario en onze étapes (Mugnier 2013)	191
	Conclusion	197
	Références	198

<b>Chapitre 9</b>	<b>La chimiothérapie dans le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) .....</b>	<b>200</b>
	Neurobiologie	202
	Les différentes molécules utilisées et leur mode d'action	204
	Conduite du traitement	205
	Vignettes cliniques	207
	Conclusion	211
	Références	211
<b>Chapitre 10</b>	<b>La prise en charge des victimes de catastrophe et d'accident collectif .....</b>	<b>212</b>
	Présentation et contexte	214
	Principes de l'évaluation	217
	Axes thérapeutiques	219
	Références	224
<b>Chapitre 11</b>	<b>Les techniques de gestion émotionnelle .....</b>	<b>226</b>
	Relaxation progressive – méthode de Jacobson	229
	Training autogène – méthode de Schultz	230
	Indications en psychotraumatologie	232
	Mindfulness	233
	Références	241
<b>Chapitre 12</b>	<b>Les groupes de parole .....</b>	<b>244</b>
	Origines des groupes de parole pour femmes victimes de violences sexistes	247
	Spécificités	247
	Obstacles et contre-indications	249



Fonctionnement des groupes de parole	250
Modalités concrètes	253
Intégration	256
Animation	257
Limites et contraintes	259
Références	265

### **Partie 3**

#### **Indications particulières**

<b>Chapitre 13</b>	<b>Cauchemars post-traumatiques : évaluation et traitement</b>	<b>270</b>
	Cauchemar : du symptôme au trouble	274
	Prévalence des cauchemars	276
	Les addictions comme stratégies inadaptées face aux cauchemars	278
	Cauchemars, troubles du sommeil et risque suicidaire	280
	Méthodes et outils d'évaluation des cauchemars	281
	Traitement des cauchemars post-traumatiques	283
	Conclusion	290
	Références	291
<b>Chapitre 14</b>	<b>Les troubles dépressifs et la crise suicidaire .....</b>	<b>296</b>
	Le contexte d'un monde numérique	299
	Adolescence	299
	Signaux d'alerte	300
	Prévention	302
	Renforcer le repérage, nouvelles perspectives	303
	Conclusion	304
	Références	304

TABLE DES MATIÈRES

<b>Chapitre 15</b>	<b>Les troubles addictifs .....</b>	<b>308</b>
	Épidémiologie	310
	Étiologie	312
	Clinique	313
	Thérapeutique	315
	Conclusion	319
	Références	320

# Liste des auteurs

Malik AIT AOUZIA : psychologue, responsable de la recherche du Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Romain ARNAL : psychiatre, chercheur associé équipe IPSOM (CESP), CHU de Martinique.

Amine BENYAMINA : professeur de psychiatrie, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Université Paris-Sud.

Anissa BOUASKER : psychiatre, assistante hospitalo-universitaire, Tunis.

May BOUMENDJEL : psychiatre, addictologue, AP-HP.

Dany CARMELO : assistant spécialiste, CHU de Martinique.

Marie-France CASALIS : formatrice, Collectif féministe contre le viol.

Widiane CHAKKOUCHE : docteur en psychologie, coordinatrice du diplôme de victimologie, Université Hassan 1<sup>er</sup>, Settat, Maroc.

Azucena CHAVEZ : psychologue, Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Jean-Philippe É. DAoust : professeur à l'École de psychologie, Université d'Ottawa, directeur du Centre Psychologie et Consultation Outaouais Gatineau, Québec, Canada.

François DUCROcq : praticien hospitalier, psychiatre, CHRU de Lille, Aforcump-SFP.

Marion FARENG : docteur en psychologie, Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Newton HOWARD : chercheur INSERM équipe IPSOM (CESP), CHU de Martinique.

Louis JEHEL : professeur de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Martinique, président de l'Aforcump-SFP.

Nadia KADI : psychiatre, directrice du Centre de psychotraumatologie Montoyer, Bruxelles.

Gérard LOPEZ : psychiatre, président de l'Institut de Victimologie, Paris.

Delphine MORALI : psychiatre, directrice médicale du Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Catherine MORBOIS : déléguée régionale honoraire aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Île-de-France.

Jean-Paul MUGNIER : thérapeute familial et de couples, Institut d'Études Systémiques, Paris.

## LISTE DES AUTEURS

Aurore SÉGUIN-SABOURAUD : psychiatre, directrice générale du Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Jean-Michel SIGWARD : praticien hospitalier, chercheur associé équipe IPSOM (CESP), CHU de Martinique.

Michaël VLAHOIANNIS : psychothérapeute, Centre de psychotraumatologie Montoyer, Bruxelles.



# **Partie 1**

## **Généralités**

Chapitre 1	<b>Le psychotraumatisme .....</b>	<b>4</b>
Chapitre 2	<b>Le cadre général d'intervention en psychotraumatologie</b>	<b>30</b>



# Chapitre 1

## Le psychotraumatisme



Conséquences psychologiques initiales d'un choc traumatique ...	<b>6</b>
La dissociation péritraumatique.....	6
La détresse péritraumatique .....	9
Le trouble de stress aigu.....	11
Conséquences psychotraumatiques possibles d'un événement traumatique unique.....	<b>11</b>
Fréquence des complications psychotraumatiques après un événement traumatique unique.....	11
Sémiologie du trouble de stress post-traumatique (TSPT).....	11
Sémiologie de la colère et du sentiment de culpabilité.....	15
Sémiologie des troubles psychotraumatiques comorbides.....	15
Le bouleversement des croyances fondamentales antérieures....	16
Conséquences psychotraumatiques possibles après des événements traumatiques répétés : les personnalités traumatiques complexes	<b>16</b>
Rechercher systématiquement les antécédents traumatiques.....	17
Les contre-attitudes (transfert négatif) que génèrent les personnalités traumatiques complexes.....	17
La répétition littérale.....	18
La difficulté à gérer les émotions et les troubles dissociatifs « chroniques ».....	19
Les troubles « somatoformes » consécutifs aux événements traumatiques répétés .....	22
Les troubles du comportement consécutifs aux événements traumatiques répétés .....	24
Les troubles de la personnalité consécutifs aux événements traumatiques répétés .....	25
Conclusion .....	<b>26</b>
Références .....	<b>27</b>

**C** E CHAPITRE est destiné à aider le lecteur qui voudrait rafraîchir ses connaissances sur le psychotraumatisme avant d'entreprendre la lecture d'un ouvrage consacré à son traitement. De nombreux ouvrages français et anglo-saxons pourront avantageusement l'aider à les approfondir (Jehel, Lopez *et al.*, 2006 ; Kédia, Séguin-Sabouraud *et al.*, 2013 ; Van der Kolk *et al.*, 1996). Le DSM-5 a modifié les items de ce qu'il convient désormais d'appeler « trouble de stress post-traumatique » (TSPT) dans la traduction française.

Pour notre part, nous traiterons succinctement la clinique et les conséquences des traumatismes uniques (type 1) avant davantage insister sur les traumatismes répétés (type 2) qui sont beaucoup plus fréquents bien que souvent négligés voire ignorés au profit du TSPT dont l'importance nous paraît exagérée.

La psychopathologie infantile est traitée dans le chapitre consacré à la thérapie des enfants psychotraumatisés, victimes de maltraitances pour l'essentiel.

## CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES INITIALES D'UN CHOC TRAUMATIQUE

Nous étudierons successivement les réactions immédiates à l'impact traumatique : la dissociation et la détresse péritraumatique, puis l'état de stress aigu dont la durée n'excède pas un mois.

### La dissociation péritraumatique

Classiquement, un événement traumatique confronte classiquement le sujet à ce qui est lui impossible d'élaborer, sa propre mort.

#### *Vignette clinique n° 1*

Monsieur Albert, employé bijoutier, a ouvert la porte de son établissement à un homme apparemment « bien sous tous rapports ». Ce dernier a sorti une arme blanche et lui a demandé de lui donner la caisse. Monsieur Albert a eu l'impression de vivre une scène de cinéma. Soudainement, sans réfléchir, il a décidé de résister. L'agresseur lui a asséné un coup de tête au visage avant de quitter la boutique avec le contenu de la caisse et tous les bijoux qu'il a pu voler. Monsieur Albert, groggy, a constaté une hémorragie nasale sans faire le lien avec l'agression. Son patron est descendu de son bureau après l'agression. Il a appelé les secours. Monsieur Albert n'est vraiment sorti de cet état second qu'aux urgences hospitalières locales où seront constatés une fracture du nez avec déplacement des os propres du nez et un choc traumatique.

Monsieur Albert présente une réaction typique appelée dissociation péritraumatique qui lui permet, en le mettant dans un état second, auto hypnoïde, de s'abstraire de la situation. Il n'avait pas consciemment décidé de se comporter en héros : « J'ai disjoncté » dira-t-il avec une sorte de préscience de la réaction neurobiologique.

La recherche scientifique a démontré que la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme est positivement corrélée à l'apparition de troubles psychotraumatiques durables. Il faut par conséquent tenter de faire sortir le patient de son trouble dissociatif pour tenter de limiter les conséquences psychologiques.

La dissociation péritraumatique est une réaction neurobiologique connue, visible notamment en imagerie fonctionnelle. Lorsqu'un sujet est confronté à un événement traumatique, l'hyperstimulation des amygdales cérébrales enclenche une réaction neurobiologique qui coupe les afférences du cerveau émotionnel vers le cortex cérébral. Le vécu du sujet reste piégé dans le cerveau émotionnel et va entraîner des troubles psychotraumatiques. Cette réaction est ci-dessous schématisée.

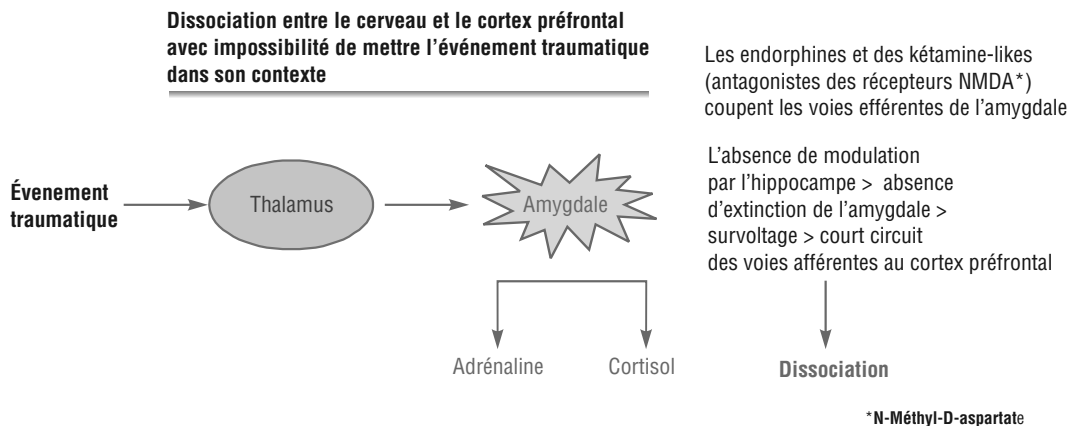


Figure 1.1. Neurobiologie de la dissociation

Des recherches en cours laissent supposer qu'un  $\beta$ -bloqueur passant la barrière méningée (le propranolol) prévient l'apparition de troubles psychotraumatiques ultérieurs en modulant la réaction biologique péritraumatique.

La clinique de la dissociation péritraumatique est résumée dans l'échelle PDEQ (Marmar et Weiss, 1997), un auto-questionnaire qui décrit de façon exhaustive la clinique de la dissociation péritraumatique, mais permet surtout d'évaluer son intensité.

Tableau 1.1. Auto-questionnaire : Réactions dissociatives péritraumatiques (PDEQ)

**Instructions :** veuillez répondre aux énoncés suivants en encerclant le choix de réponse qui décrit le mieux vos expériences et réactions durant cet événement et immédiatement après.

Si une question ne s'applique pas à votre expérience, encerclez « Pas du tout vrai ».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnectée ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.	1	2	3	4	5
Je me suis retrouvé(e) sur le « pilote automatique » – je me suis mis(e) à faire des choses que, je l'ai réalisé plus tard, je n'avais pas activement décidé de faire.	1	2	3	4	5
Ma perception du temps a changé – les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti.	1	2	3	4	5
Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, ou en train de jouer un rôle.	1	2	3	4	5
C'est comme si j'étais le ou la spectateur(trice) de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observait de l'extérieur.	1	2	3	4	5
Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.	1	2	3	4	5
J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi – comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.	1	2	3	4	5
J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.	1	2	3	4	5

Tableau 1.1. (suite)

J'étais confus(e) ; c'est-à-dire que par moments j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.	1	2	3	4	5
J'étais désorienté(e) ; c'est-à-dire que par moments j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était.	1	2	3	4	5

## La détresse péritraumatique

Sous l'effet d'un stress « dépassé » ou pire d'un événement traumatique, le sujet peut présenter une réaction anxieuse plus ou moins sévère. Cette « détresse péritraumatique » est, comme la dissociation péritraumatique, positivement corrélée à l'apparition de troubles psychotraumatiques ultérieurs. La clinique de la détresse péritraumatique est résumée dans l'échelle PDI, un auto-questionnaire essentiellement destiné à en apprécier l'intensité (Brunet *et al.*, 2001 ; Jehel *et al.*, 2002).

Tableau 1.2. Auto-questionnaire : Inventaire de Détresse Péritraumatique (PDI)

**Instructions :** Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement critique. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourez la réponse « Pas du tout vrai ».

<b>1</b>	<b>Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>2</b>	<b>Je ressentais de la tristesse et du chagrin</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>3</b>	<b>Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>4</b>	<b>J'avais peur pour ma propre sécurité</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai

Tableau 1.2. (suite)

<b>5</b>	<b>Je me sentais coupable</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>6</b>	<b>J'avais honte de mes réactions émotionnelles</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>7</b>	<b>J'étais inquiet pour la sécurité des autres</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>8</b>	<b>J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>9</b>	<b>J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>10</b>	<b>J'étais horrifié(e) par ce que j'avais vu</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>11</b>	<b>J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>12</b>	<b>J'étais sur le point de m'évanouir</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
<b>13</b>	<b>Je pensais que j'allais mourir</b>				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai

## Le trouble de stress aigu

Les nomenclatures internationales décrivent un « état de stress aigu », devenu « trouble de stress aigu » dans le DSM-5, qui risque de survenir après un événement traumatique. Il ne dure par définition qu'un mois au-delà duquel il devient un trouble de stress post-traumatique auquel il est sémiologiquement très semblable, c'est pourquoi nous renvoyons le lecteur au paragraphe suivant.

### CONSÉQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES POSSIBLES D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE UNIQUE

Les conséquences spécifiques d'un événement traumatique unique sont typiquement un trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui survient dans environ 30 % des cas, mais le TSPT ne résume pas à lui seul la clinique des ET uniques qu'il partage avec les états dépressifs et divers troubles comorbides.

## Fréquence des complications psychotraumatiques après un événement traumatique unique

L'étude ESEMeD (Alonso *et al.*, 2004) menée sur un échantillon de 21 425 habitants de six pays d'Europe a démontré que la prévalence vie entière du TSPT était de 1.9 % (2.9 % chez les femmes et 0.9 % chez les hommes). Ces chiffres sont comparables à ceux relevés par le Centre Français de l'OMS qui a mené un travail sur un échantillon de 30 416 sujets de plus de 18 ans représentatifs de la population française métropolitaine. Une autre étude française a trouvé des chiffres plus bas : 0,6 % chez les hommes, 1,1 % chez les femmes (Vaiva *et al.*, 2005).

## Sémiologie du trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble reconnu par la communauté scientifique internationale : OMS et Association Américaine de Psychiatrie. Dans le DSM-5 le TSPT ne fait plus partie des troubles anxieux mais d'une catégorie nouvelle : « Trauma and Stressor-Related Disorders ». Il convient désormais de préciser l'existence de symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation et de spécifier si le TSPT est différé lorsque les symptômes surviennent au moins 6 mois après l'exposition à l'événement traumatique. Les catégories TSPT aigu (1 à 3 mois) et chronique (au-delà) n'y figurent plus.

Le DSM-5 promeut la notion de « prestation de soins sensibles au trauma<sup>1</sup> » pour souligner le besoin de procéder à davantage de dépistages des traumatismes.

Les critères des DSM-3 et 4 étaient difficilement applicables aux jeunes enfants et peu représentatifs des réactions post-traumatiques. Le DSM-5 crée le TSPT préscolaire (PTSD Preschool Subtype) pour les enfants de moins de 6 ans qui sera exposé dans le chapitre 7 consacré aux thérapies d'enfants.

Le tableau suivant résume les critères diagnostiques du DSM-5.

*Tableau 1.3. TSPT : synthèse des critères diagnostiques du DSM-5*

<b>Critère A</b>	Le sujet a été exposé à un événement traumatique directement, comme témoin ou encore en ayant été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles, sans qu'il ait nécessairement ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. L'exposition à des images d'horreur n'est pas retenue si elle n'est pas liée à des activités professionnelles.
<b>Critère B</b>	Reviviscences constantes de l'événement traumatique par l'une des 5 façons décrites dans le DSM-5 (souvenirs répétitifs, cauchemars...).
<b>Critère C</b>	Syndrome d'évitement des éléments rappelant ou symbolisant l'événement traumatique.
<b>Critère D</b>	<i>Altération des cognitions et de l'humeur</i> : engourdissement émotionnel – distorsions cognitives négatives par rapport à soi aux autres ou au monde en général - émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) - sentiment d'être étranger aux autres – incapacité à ressentir des sentiments positifs.
<b>Critère E</b>	Irritabilité – Comportement autodestructeur ou à risque – Hypervigilance – Sursaut – Trouble du sommeil
<b>Critère F</b>	La perturbation (Critères A, B, C, D et E) dure plus d'un mois
<b>Critère G</b>	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative
<b>Critère H</b>	Les troubles ne peuvent être attribués à une médication, un abus de substance psychotrope ou à une maladie.

1. *Trauma informed care.*



### *Vignette clinique n°1 (suite)*

Monsieur Albert est en arrêt de travail dans le cadre d'un accident du travail 45 jours après son agression. La fracture des os propres du nez a été réduite et il ne s'en plaint plus. En revanche il présente des troubles du sommeil. Avant de s'endormir, il revit l'agression sous forme de pensées et d'images répétitives et angoissantes. Il ferme la télévision lorsqu'au journal ou pendant une fiction, il est question de violence. Dans la rue, il est sur le qui-vive, et s'attend constamment à croiser son agresseur. Il ne peut envisager de retourner travailler par peur panique d'être à nouveau agressé. Il a perdu le goût de vivre, n'a plus de plaisir ni de désir, se dit exténué, envisage de démissionner de son travail. Il estime ne pas avoir été à la hauteur, ne pas avoir su réagir efficacement. Il se reproche d'avoir été lâche et se sent coupable de ne pas retourner au travail, lui qui ne s'arrête jamais ! Auparavant, il se croyait « invulnérable ». Depuis l'agression, il a perdu toute confiance en soi, dans les autres et le monde devenus dangereux et imprévisibles, ce qui irrite à présent sa femme et ses enfants, accroissant son sentiment de solitude et d'incompréhension.

Il consomme des anxiolytiques et fume davantage qu'à l'accoutumée.

Monsieur Albert a été victime d'un événement traumatique (Critère A) avec dissociation péritraumatique. Il revit constamment l'agression par des pensées, des images, des cauchemars (Critère B). Il évite les situations lui rappelant l'agression ou la symbolisant (journal télévisé, film de violence) et surtout il ne peut envisager de retourner au travail (Critère C). Il a perdu le goût de vivre, n'a plus ni plaisir ni de désir (Critère D). Il est constamment sur le qui-vive, inquiet, hypervigilant (Critère E). Ces perturbations durent depuis plus de 1 mois (Critère F) et entraînent une souffrance cliniquement significative (Critère G).

Les TSPT sont plus graves et plus fréquents quand ils sont consécutifs à des violences interhumaines intentionnelles (viol, tortures, etc.)

Il existe divers instruments qui permettent d'évaluer l'intensité du TSPT et son évolution et d'apprécier les effets du traitement. Ces instruments doivent être confrontés à l'examen clinique. L'auto-questionnaire « Impact des événements stressants » (voir ci-dessous) dans sa forme révisée (Brunet *et al.*, 2005) notamment, est facile d'emploi. Il permet au lecteur de comprendre de façon exhaustive la symptomatologie du TSPT : syndrome intrusif, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative.

Tableau 1.4. Auto-questionnaire : Impact of Events Scale – revised

**Instructions :** Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours. Dans quelle mesure avez-vous été affecté ou bouleversé par ces difficultés ?

0 = Pas du tout  
1 = Un peu  
2 = Moyennement  
3 = Passablement  
4 = Extrêmement

Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci.	0	1	2	3	4
Je me réveillais la nuit.	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
J'avais l'impression que rien n'était vraiment arrivé ou que ce n'était pas réel.	0	1	2	3	4
Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
J'étais nerveux et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme engourdis, anesthésiés	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des bouffées de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4