

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

VERMEIREN ETIENNE



QU'EST-CE QU'UN ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT?

- « le trauma est cette impulsion particulière qui, brusquement sort l'homme de sa quiétude et le confronte à sa propre destinée » (*Audet et Katz 1999*)
- 2 composantes :
 - surgissement du réel de la mort
 - effraction de cette image dans l'appareil psychique
- effroi

L'ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT ET LE TRAUMATISME PSYCHIQUE: REPÈRES HISTORIQUE

- Oppenheim et Thomsen (1884), Oppenheim (1888) : Névroses traumatiques : clinique en lien aux accidents de chemin de fer et à la sidérodromophobie
- Introduction par Pierre Janet (1889) du symptôme de « l'idée fixe », précurseur du syndrome de répétition traumatique
- Freud reprendra la question de l'effroi, qu'il distinguera de la peur et de l'angoisse (1920)

L'ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT
TRAUMATISANT ET LE TRAUMATISME PSYCHIQUE: REPÈRES HISTORIQUE

- 1952 : DSM (I) : « *Gross stress reaction* » : atteinte physique sévère ou stress émotionnel extrême, en situation civile ou militaire
- 1968 : DSM-II : disparition du diagnostic, considéré comme trop peu clair et trop peu spécifique (comme aujourd'hui?)
- 1973 : « *Post-Vietnam Syndrome* » (*Shatan*) :
 - Recrudescence de l'intérêt pour le traumatisme psychique
 - Introduction de la phase de latence et des syndromes d'apparition différée

L'ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT ET LE TRAUMATISME PSYCHIQUE: REPÈRES HISTORIQUE

- 1980 : DSM-III, puis 1987 : DSM-III-R : Naissance du PTSD!
 - se rapporte à un événement exceptionnel
 - quid de ce qui est objectivement exceptionnel et quid de ce qui est subjectivement vécu?
- 1992 : CIM-10
 - Etat de Stress Post-Traumatique superposable au PTSD du DSM-III-R
 - Réaction Aigue à un Facteur de stress : intéressant!
 - Modification Durable de la Personnalité : deux ans de persistance du trouble

L'ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT
TRAUMATISANT ET LE TRAUMATISME PSYCHIQUE: REPÈRES HISTORIQUE

- 1994 : DSM-IV : les points de vue semblent se rapprocher!
 - Outre l'introduction importante de l'Etat de Stress Aigu (ASD) : pathologie post-immédiate
 - Critère A à deux niveaux :
 - Menace pour l'intégrité physique (lien avec la question de la mort)
 - Ressenti subjectif de peur, d'impuissance ou d'horreur (se rapproche de l'effroi?)
- 2000 : DSM-IV-TR : pas de modifications du PTSD, ni de l'ASD

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE SELON LE DSM 5

- A : Rencontre avec le réel de la mort
- B : Symptomatologie associée à l'événement :
 - » Souvenirs pénibles intrusifs et récurrents
 - » Rêves pénibles et récurrents en lien avec l'événement
 - » Réactions dissociatives (flashback)
 - » Détresse psychologique à l'exposition d'un aspect de l'évènement
 - » Réaction physiologique
- C : Comportements évitant (*souvenirs mentaux/souvenirs réels*)
- D : Troubles de l'humeur et cognitifs
- E : Altération marquée de l'éveil et de la réactivité
- F : Durée des perturbation > 1 mois
- G : Détresse/déficiences sociale
- H : Perturbations non imputables à une consommation ou une cause physique

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA

Figure 1 : l'appareil psychique

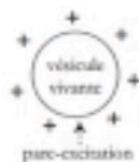


Figure 2 : Le stress



Figure 3 : Le trauma

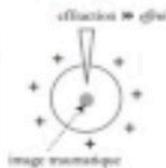
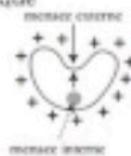


Figure 4 : Le stress post-traumatique



DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA :

LE STRESS

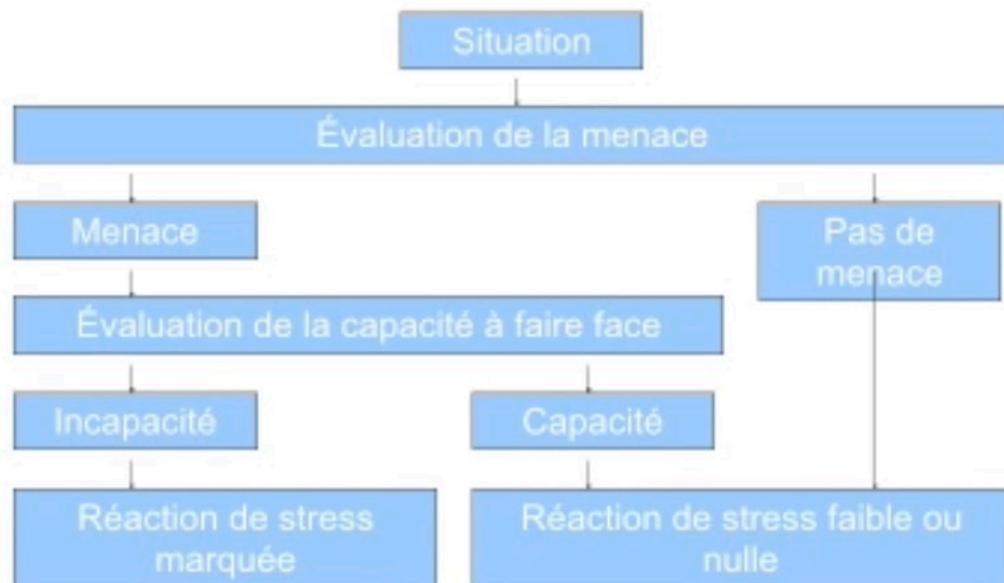
- Le stress est simplement la capacité d'adaptation d'un individu à un changement dans son environnement
- « *Le stress est un état de déséquilibre apparaissant lorsque les exigences du milieu de travail dépassent la capacité des salariés à faire face à celles-ci ou à les maîtriser.* » (Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail)

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA : LE STRESS

- Mobilisation des ressources physiques et psychiques : focalisation de l'attention et incitation à l'action : *fight or flight*
- Manifestations immédiates :
 - ✓ Augmentation rythme cardiaque et respiratoire
 - ✓ Pâleur
 - ✓ Sueurs
 - ✓ Tremblements
 - ✓ ...

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA : LE STRESS

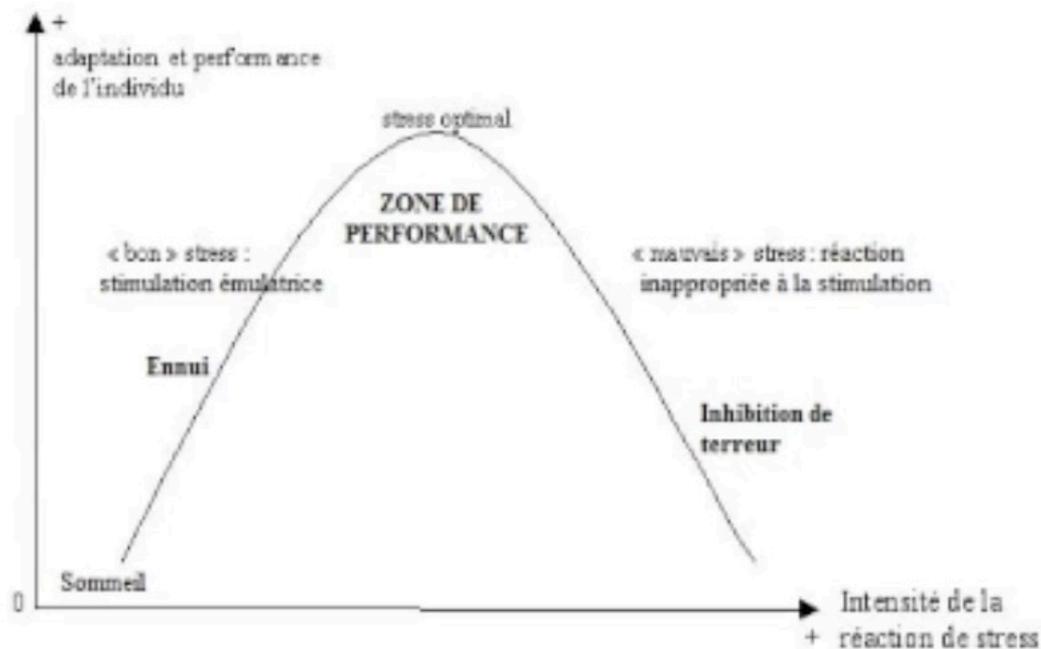
LE MODÈLE DE DOUBLE ÉVALUATION *(Lazarus, 1966)*



DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA :

LE STRESS

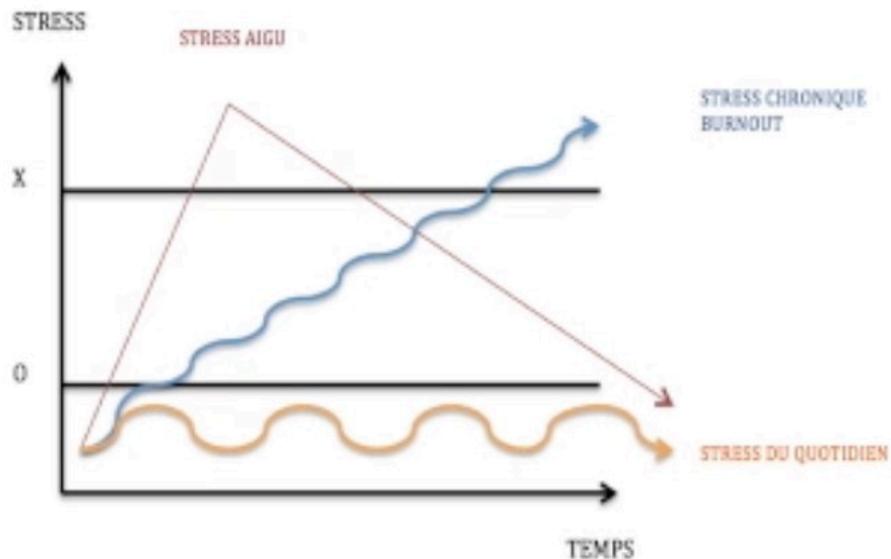
BON STRESS/MALVAIS STRESS



DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA :

LE STRESS

QUAND LE STRESS DEVIENT PATHOLOGIQUE



DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA : LE STRESS CHRONIQUE

- Le stress est défini par Hans Selye, à partir de 1936 comme un « syndrome général d'adaptation », comprenant trois phases :
 - Alarme (adrénaline)
 - Résistance (cortisol)
 - Épuisement (effondrement des ressources)

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA :
LE STRESS CHRONIQUE

- Exposition répétée et/ou prolongée à un ou plusieurs facteurs de stress
- Affaiblissement progressif :
 - ✓ Biologique (adrénaline et cortisol)
 - ✓ Psychologique
- Risque de complications :
 - ✓ Santé physique
 - ✓ Santé psychique
 - ✓ Conséquences professionnelles

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA : LE STRESS DÉPASSÉ

- Qu'est ce que le stress dépassé?

Mécanismes adaptatifs submergés par la nature de l'évènement donnant place à la production de comportements inadéquats pouvant mettre en danger l'individu

- → Bon indicateur du vécu du sujet
- → Pronostic défavorable

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA :
LE STRESS DÉPASSÉ

- En situation aigüe (accident, agression, attentat, ...) la réaction de stress peut quitter son caractère adaptatif et est alors dit « dépassé » :
 - Sidération
 - Agitation désordonnée
 - Fuite panique
 - Comportement automatique

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA : LE STRESS DÉPASSÉ

- Sidération
 - c'est la réponse immédiate au danger
 - le sujet est stupéfait, pétrifié, il s'immobilise, se fige
 - il est incapable de prendre une décision

- Fuite panique
 - c'est toujours l'impulsion motrice qui prend le pouvoir
 - le but est de s'éloigner du danger
 - tout obstacle est renversé, écrasé
 - aucun appel n'a de prise sur l'individu
 - cette réaction est contagieuse, dangereuse
 - solidarité et entraide sont mises à mal

DIFFÉRENCE ENTRE STRESS ET TRAUMA : LE STRESS DÉPASSÉ

- Agitation désordonnée
 - c'est la manifestation de l'impuissance de l'individu à mobiliser ses capacités mentales
 - elle constitue une décharge motrice pour soulager l'anxiété :
 - ✓ course
 - ✓ gesticulation
 - ✓ logorrhée sans objet et incohérente
- Comportements automatiques
 - c'est le comportement le moins repérable
 - seuls, la démarche, les gestes, peuvent être des indicateurs d'un état « anormal »
 - l'impression d'émerger d'un rêve est caractéristique avec vécu d'étrangeté, de déréalisation
 - l'amnésie de l'action réalisée peut être constatée

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE

- Après avoir vécu un événement potentiellement traumatisant, l'individu peut présenter des réactions extrêmement douloureuses et invalidantes :
 - ✓ Syndrome de répétition traumatique
 - ✓ Mécanismes d'évitement
 - ✓ Hyperactivité neurovégétative
 - ✓ Répercussions sociales, familiales et professionnelles
- Mauvais pronostic → nécessité de soins précoces spécialisés!

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE :
VÉCU TRAUMATIQUE ET SUBJECTIVITÉ

- Effraction de l'image de la mort dans l'appareil psychique sans élaboration possible (Lebigot)
- Vécu subjectif de l'événement

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

FACTEURS DE RISQUES DE DÉVELOPPEMENT D'UN PTSD

Liés au sujet :

- femme
- trouble psychiatrique (trouble anxieux et dépression)
- niveau socio-économique faible

Liés à l'évènement :

- main humaine (agression >< accident)
- proximité géographique de l'incident
- menace vitale réelle
- présence de blessés physiques et /ou décès

Liés aux réactions émotionnelles immédiates :

- peur intense, impuissance, horreur générée au moment de l'évènement
- stress intense, durable ou dissociation péri traumatique

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE : FACTEURS AGGRAVANTS

- Actes causés par la main de l'homme
- Répétition
- Imprévisibilité

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

VARIABLES INTERVENANT DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES

- Variables prétraumatiques
 - antécédents psychiatriques
 - antécédents traumatiques
 - structure de personnalité
 - mode de structuration familiale
 - aléas de la vie
 - caractéristiques de l'événement
 - contexte d'apparition
 - gravité
 - présence de personnes significatives
 - impréparation
 - imprévisibilité
 - perte de contrôle
 - capacité d'être en relation
 - support social actuel

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

VARIABLES INTERVENANT DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES

- Variables postraumatiques
 - mobilisation des ressources
 - individuelles
 - sociales
 - Familiales
 - intervenant en :
 - Immédiat
 - post-immédiat
 - long-cours

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE

INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT DE PTSD

- Dissociation péritraumatique :
 - Altération de la perception du temps, du lieu et de soi au moment du traumatisme
- Détresse péritraumatique
 - Détresse émotionnelle et symptômes physiques d'anxiété ressentis durant et autour de l'événement
- Effroi
 - Expérience de néant
- Etat de stress aigu
 - Pensées/images intrusives, humeur négative, dissociation, évitement et hyperactivité (DSM 5, 2013)

=> indicateurs intéressants !

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE : SYMPTOMATOLOGIE

- SSPT selon le DSM 5 :
 - A : Rencontre avec le réel de la mort
 - B : Symptomatologie associée à l'événement :
 - » Souvenirs pénibles intrusifs et récurrents
 - » Rêves pénibles et récurrents en lien avec l'événement
 - » Réactions dissociatives (flashback)
 - » Détresse psychologique à l'exposition d'un aspect de l'événement
 - » Réaction physiologique
 - C : Comportements évitant *(souvenirs mentaux/souvenirs réels)*
 - D : Troubles de l'humeur et cognitifs
 - E : Altération marquée de l'éveil et de la réactivité
 - F : Durée des perturbation > 1 mois
 - G : Détresse/déficiences sociale
 - H : Perturbations non imputables à une consommation ou une cause physique

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE : SYMPTOMATOLOGIE

LA HONTE

- Emotion à dimension sociale
- Réponse à un rejet social
- Réaction à des événements menaçant l'estime de soi/l'appartenance à un groupe/le statut social
- Suite à un écart de la norme sociale ou à ses propre normes

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE : SYMPTOMATOLOGIE

LA CULPABILITÉ

- Emotion avec une mesure sociale
- Ecart par rapport aux valeurs personnelles/normes de conduites
- Croyance que leur comportements peuvent causer du tort à autrui

→ Honte et culpabilité : prédicteur d'un trauma complexe

LA PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE ET POST- IMMÉDIATE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

Plan

- Rappel : Qu'est-ce que le traumatisme psychique?
 - Confrontation avec la mort
 - Troubles engendré par le traumatisme
 - Les différents types
- Intervention immédiate
 - Clinique de l'immédiat et difficulté du diagnostic et du pronostic
 - Ne pas attendre la demande
 - Soutien immédiat
 - Le désamorçage
 - Amorcer un suivi postérieur
- Intervention post-immédiate
 - Suivi de crise
 - Implication de l'entourage
 - Pharmacologie
 - Prise en charge à long terme si nécessaire

RAPPEL : QU'EST CE QUE LE TRAUMATISME PSYCHIQUE CONFRONTATION AVEC LE RÉEL DE LA MORT

- Individu sans trauma :
 - Projection dans l'avenir avec insouciance
 - Sentiment de contrôle sur l'environnement
 - Dénier de la mort
 - *« tout le monde sait ce qu'est un cadavre mais personne ne sait ce qu'est la mort »*
- Individu traumatisé
 - Confrontation brutale avec la mort
 - Conscience de notre mortalité
 - **Insouciance**

RAPPEL : QU'EST CE QUE LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

TROUBLES ENGENDRÉS PAR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

- Syndrome de répétition
 - *cauchemars, reviviscences*
 - *gravité du syndrome dépend de la fréquence de ce trouble*
 - *replonge dans l'angoisse*
- Angoisses
 - *crises aiguës*
 - *différentes formes (phobies des foules, espaces clos, transports en communs,...)*
- Dépression
 - *pouvant aller jusqu'à la mélancolie délirante et risque de suicide important*
- Troubles du caractère
 - *repli sur soi, isolement, honte,...*
 - *troubles de conduites (alcoolisme, toxicomanie, violence,...)*
- Plaintes somatiques et maladie psychosomatique

RAPPEL : QU'EST CE QUE LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

LES DIFFÉRENTS TYPES

- Macro sociales
 - *catastrophe de grande échelle*
 - *plans catastrophes*
 - *rare*

- Micro sociales
 - *petite échelle*
 - *moins bien identifiés*
 - *plus nombreuses*
 - *moins bonne prise en charge*

INTERVENTIONS IMMÉDIATES (< 24h) :
DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS DU STRESS DÉPASSÉ/DISSOCIATION
PÉRITRAUMATIQUE

= Indices aidant le repérage par l'urgentiste !

- 4 Manifestations :
 1. Sidération
 2. Fuite panique
 3. Agitation désordonnée
 4. Comportements automatiques

INTERVENTIONS IMMÉDIATES (< 24h) :

CLINIQUE DE L'IMMÉDIAT ET DIFFICULTÉ DU PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

- Difficulté :
 - Réactions extrêmement variées en fonction du vécu
 - Urgentiste ne peut se baser sur ce tableau pour juger de l'évolution de l'état du patient

- Importance d'une prévention secondaire : suivi psy pro actif et prise en charge rapide
- Démarche rarement entreprise par le patient (mécanismes d'évitement du trauma)

INTERVENTIONS IMMÉDIATES (< 24h)

- Importance du soutien social et de reconnaissance!
 - Qualité d'accueil
 - Marque d'intérêt
 - Soutien
 - ...

→ Urgentistes doivent donc veiller à cette qualité d'accueil pouvant être déterminante ET mobiliser l'entourage

INTERVENTIONS IMMÉDIATES (< 24h)

- Ne pas attendre la demande
 - Inconscience de la nécessité d'une prise en charge psychologique
 - Prise de conscience tardive
 - Les victimes parlent facilement de ce qu'elles viennent de vivre juste après l'incident
 - Premier contact amorce plus facilement une rencontre avec un psychologue
- Soutien immédiat
 - Expression
 - Sortir de l'effroi
 - Reprendre contact avec la réalité
 - Toucher, parler, donner des repères dans le temps et l'espace
 - Rassurer sur la sécurité
 - Ne pas dédramatiser
 - Ne pas déculpabiliser

INTERVENTIONS IMMÉDIATES (< 24h)

- Le désamorçage
 - Verbalisation émotionnelle
 - Spontané
 - Elaboration/intégration de l'évènement

- Amorcer un suivi postérieur
 - Introduire une prise en charge rapide (dans les 24 à 48h)
 - Si le patient n'est pas d'accord, proposition d'un contact téléphonique

INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES :

LE DÉBRIEFING COLLECTIF

Indications :

Debriefing collectif seulement pour des groupes homogènes :

- Tous présents au moment des faits
- Tous volontaires
- Appartenant à un groupe constitué :
 - Avant l'événement
 - Par l'événement

INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES :

LE DÉBRIEFING COLLECTIF

Conditions à remplir :

- Contact avec les responsables
 - Mettre en place le dispositif
 - Saisir le contexte
 - Poser les indications
- Victimes informées par les intervenants rencontrés en immédiat
- 2 à 8 jours après l'événement

INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES :

LE DÉBRIEFING COLLECTIF

Conditions à remplir :

- 15 personnes maximum
- Temps disponible suffisant
- Lieu neutre et adapté
- Séance dirigée par un professionnel rompu à la relation d'aide, assisté d'un co-animateur
- Élément nécessaire mais pas suffisant, d'un processus de soins

INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES :

LE DÉBRIEFING COLLECTIF

Déroulement :

- Rappel des consignes de verbalisation, de confidentialité et de non-jugement
- Fonction de l'animateur : distribuer la parole, reformuler, favoriser un questionnement personnel, ne pas interpréter
- Demande aux participants de s'exprimer sur l'événement en se centrant sur le vécu et les émotions ressenties, sur les impressions corporelles

INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES :

LE DÉBRIEFING COLLECTIF

Déroulement :

- Reprise avec chacun de l'expérience vécue, des émotions, en les attachants à des représentations qui permettent de penser l'événement, de produire une parole subjective, vivante, pas un récit factuel
- Ne pas donner d'informations « plaquées » sur la normalité et la durée des symptômes, mais en favoriser la prise de conscience

INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES

- Suivi de crise
 - *cas par cas, en fonction de l'évolution*
 - *entretiens rapprochés*
 - *suivi entre 4 à 6 semaines*

- Implication de l'entourage
 - Ignore comment réagir
 - Ignore la gravité
 - Peut avoir un comportement inadéquat
 - Peut être un soutien pour la victime

⇒ Important de lui expliquer ce qui se passe et de l'inclure

INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES

- Prise en charge pharmacologique
 - Pas de benzo
 - Pas d'antidépresseurs sérotoninergiques (↗ symptômes ex : reviviscence)
 - Aide pour dormir (ex : Trazodone)

- Prise en charge sur le long terme si nécessaire
 - Psychothérapie
 - Aide pharmacologique (anti-dépresseurs, anxiolitiques...)

CONCLUSION

- Trauma = rencontre avec le réel de la mort
- Subjectivité du vécu et des réactions immédiates rendent le repérage complexe
- Différents indices pouvant aider l'urgentiste
(*stress dépassé, facteurs de risques, entités prédictives...*)
- Importance de la reconnaissance et du soutien
- Prise en charge pro active
(*sans en attendre la demande*)