

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

**DOSSIER ÉLABORÉ
SELON LES CONSEILS
DU PR THIERRY
BAUBET**

Service
de psychopathologie
de l'enfant
et de l'adolescent,
CUMP 93,
hôpital Avicenne,
Bobigny, France

[thierry.baubet
@aphp.fr](mailto:thierry.baubet@aphp.fr)

T. Baubet déclare
n'avoir aucun lien
d'intérêts.



Aéroport de Montpellier : exercice de sécurité civile avec simulation d'un crash d'avion.

© SURROCA LAURA/SIPA

La France, comme bien d'autres pays dans le monde, a connu ces dernières années des attentats de grande ampleur, qui ont touché des milliers d'adultes et d'enfants. Les professionnels de santé ont été fortement mobilisés. Cela a mis en lumière les troubles de stress post-traumatique qui peuvent affecter près de la moitié des personnes directement exposées aux attentats. Ces troubles s'observent aussi après des événements moins médiatisés de notre vie quotidienne : accidents, agressions, violences sur les enfants. Ils peuvent se chroniciser et affecter négativement tous les aspects de la vie des sujets atteints. Il est pourtant parfois difficile pour les patients d'en parler ouvertement. Savoir reconnaître ces troubles, aider et orienter est donc un enjeu majeur pour tout médecin.

Thierry Baubet

SOMMAIRE

- ▷ P. 92 Qu'est-ce qu'un trouble de stress post-traumatique ?
- ▷ P. 97 Prise en charge ▷ P. 99 Prise en charge précoce ?
- ▷ P. 102 EMDR, hypnose... ▷ P. 105 Attentats : aspects médico-légaux
- ▷ P. 109 Les messages clés

Afin de compléter ce dossier, nous publierons dans un prochain numéro un article plus spécifiquement dédié à la prise en charge des enfants et des familles.

Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique ?

Encore trop souvent sous-diagnostiqué

LUDIVINE NOHALES,
NATHALIE PRIETO

Cellule d'urgence
médico-psychologique
(CUMP) Auvergne-
Rhône-Alpes, CUMP
69, Samu de Lyon,
hôpital Édouard-
Herriot, Lyon, France
[ludivine.nohales
@chu-lyon.fr](mailto:ludivine.nohales@chu-lyon.fr)

Les auteurs
déclarent n'avoir
aucun lien d'intérêts.

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble psychiatrique sévère apparaissant dans les suites d'un événement potentiellement traumatique classiquement défini comme une confrontation inopinée avec le réel de la mort.¹

Ce trouble est un problème de santé publique touchant en moyenne des patients jeunes (de 24 à 50 ans),² des femmes en nombre plus important.³ Le manque de connaissances sur la spécificité du trouble fait qu'il est souvent sous-diagnostiqué. Selon l'Institut de veille sanitaire (InVS, 2014), en population générale, la prévalence vie entière du stress post-traumatique a été estimée de 1 à 3 % en Europe en 2004. D'une manière plus large, ce chiffre varie selon les études, avec une prévalence vie entière estimée à 6,8 % aux États-Unis,⁴ 2,4 % en Italie et 3,9 % en France.⁵ Cette prévalence est plus élevée dans les populations exposées à des événements à fort potentiel traumatique (blessures physiques, combats, catastrophes naturelles, agressions sexuelles...) avec dans tous les cas une forte comorbidité et des complications fréquentes et coûteuses en termes humains et financiers.

Une lente reconnaissance

Le psychotraumatisme est connu depuis l'Antiquité, et des récits légendaires y font souvent référence. Hippocrate lui-même (420 av. J.-C.) avait repéré des « rêves de guerre » chez les soldats.¹ Plus tard, ce trouble est évoqué dans de nombreux écrits, tels que *Roméo et Juliette* de Shakespeare. Les médecins militaires napoléoniens, comme Desgenettes, se focalisent, eux, sur « le syndrome du vent du boulet » qui atteint les soldats revenus du front.¹ En 1888, le terme de « névrose traumatique » est introduit par le neurologue Oppenheim pour décrire la symptomatologie spécifique post-traumatique présentée par des victimes d'un accident lors de la construction d'un chemin de fer. La psychiatrie militaire renomme ce syndrome lors des deux guerres mondiales du XX^e siècle comme étant le « choc des tranchées », la « traumatophobie » ou la « névrose de guerre ».⁶ Durant cette période, de grands noms tels que Janet, Freud, Ferenczi débattent déjà passionnément à propos du trouble et de sa prise en charge.

Dans les années 1970, la guerre du Vietnam est l'occasion pour les États-Unis de revisiter ce syndrome, devant les séquelles psychologiques graves de leurs soldats

(700 000 cas de psychotraumatisés pour 3 millions de soldats).¹ En parallèle, à partir de 1974, et s'extrayant de la psychiatrie militaire, les premières études à propos des séquelles psychotraumatisées dans les suites d'une agression sexuelle commencent à paraître. D'autres chercheurs, soutenus par les associations de protection de l'enfance, entreprendront des recherches sur les conséquences des violences familiales sur les enfants maltraités.⁶

Le trouble de stress post-traumatique sera enfin reconnu comme pathologie définie via son inscription dans la troisième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) en 1980 puis, en 1992, dans la dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il devient alors un trouble anxieux à part entière et non plus un syndrome appartenant à d'autres pathologies. Puis le DSM-IV étendra les critères diagnostiques pour élargir la population cible aux témoins de l'événement, considérant ainsi le phénomène d'identification à la victime directe. Enfin, le DSM-5 l'isole des autres troubles anxieux et il apparaît dans un chapitre particulier, celui des « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». Les notions de traumatisme par phénomène d'annonce et celle dite de traumatisme « vicariant » sont également introduites, et l'exposition répétée ou extrême à des détails horrifiants fait désormais partie des critères pouvant induire un trouble de stress post-traumatique.⁷

Critères diagnostiques et symptômes

Symptômes spécifiques

D'une manière générale, le trouble de stress post-traumatique est une affection caractérisée dans le DSM-5 par l'apparition de symptômes psychiatriques après exposition à un événement potentiellement traumatique (fig. 1). Quatre dimensions essentielles caractérisent ce trouble : l'intrusion, l'évitement, l'hypervigilance (changement dans l'excitabilité et la réactivité) et les perturbations de l'humeur et de la cognition.⁷

Plus précisément, la présence d'un événement potentiellement traumatique est indispensable pour poser le diagnostic (critère A). Celui-ci est défini par le fait d'avoir été confronté (par menace ou en réalité) à la mort, à une blessure grave, à un risque pour l'intégrité physique ou à une violence sexuelle. Le sujet peut avoir vécu l'événement

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

A Exposition à la mort, une menace de mort, une blessure grave, une violence sexuelle

- Exposition directe
- Témoin indirect
- Annonce : événement accidentel ou violent d'un proche
- Exposition répétée ou extrême à des éléments aversifs (soignants...)

B Présence d'au moins un symptôme envahissant ayant débuté après et en lien avec au moins un événement potentiellement traumatique

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants + détresse
- Rêves répétitifs + détresse
- Réactions dissociatives (flashbacks...)
- Détresse psychique lors de stimulus
- Réactions physiologiques marquées lors de stimulus

C Évitement persistant des stimulus associés à au moins un événement potentiellement traumatique

- Souvenirs, pensées ou sentiments (+ détresse) et les stimulus associés sont évités

D Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées et débutants/s'aggravant dans les suites d'un événement potentiellement traumatique

- Amnésie
- Croyances négatives : soi-même, les autres, le monde
- Distorsions cognitives + blâme de soi/autrui
- état émotionnel négatif
- Baisse de l'intérêt/participation à des activités
- Sentiment de détachement, devenir étranger aux autres

E Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à au moins un événement potentiellement traumatique et débutant ou s'aggravant dans les suites

- Comportement irritable ou colère (inadapté)
- Comportement irréfléchi ou autodestructeur
- Hypervigilance, sursaut exagéré
- Troubles de la concentration
- Perturbation du sommeil

F Durée de plus d'un mois des symptômes

G Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement (social, professionnel ou autre)

H Pas d'imputabilité d'une substance ou d'une autre affection médicale

Figure 1. Résumé des critères du DSM-5 du trouble de stress post-traumatique.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

de manière directe ou indirecte (en tant que témoin). L'annonce qu'un proche ait vécu un tel événement – violent ou accidentel – et l'exposition répétée ou/et extrême à des détails morbides/horrifiants (ramassage de corps humains, écoute de détails sur des violences sur enfants...) font désormais partie des critères. Le spectre traumatique est ainsi élargi : un sujet peut être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles, sans être forcément présent lors de l'événement. Cela ne s'applique pas à l'exposition par l'intermédiaire de médias (électroniques, télévision, photos...) sauf en cas de lien avec le travail.

Le maître symptôme reste le syndrome intrusif (critère B) composé de souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de la scène traumatique se manifestant sous la forme de reviviscences/flashbacks diurnes, rêves récurrents avec sentiment de détresse. Les réactions dissociatives, où le sujet sent/agit comme lors de l'événement, se retrouvent également fréquemment (*v. infra*). Le sentiment de détresse psychique est majeur lors de l'exposition à des stimulus de rappel (même éloignés), ainsi que les manifestations physiologiques réactionnelles (tachycardie, sueurs...).

Le critère C concerne les sujets ayant des comportements majeurs d'évitement des stimulus associés à l'événement (pensées, souvenirs, sentiments, situations...). Le critère D est défini par l'altération cognitive et thymique pouvant associer amnésie (d'origine dissociative), perte des affects et des envies, image négative de soi et du monde, sentiment de marginalisation, etc. L'hyperéveil/hyper-réactivité est très souvent présent, avec une hypervigilance, une irritabilité/colère, des comportements téméraires voire destructeurs, des troubles de concentration et du sommeil (critère E).

Les troubles du sommeil, quasi systématiquement associés, sont un problème majeur du fait de leur fréquence et leur sévérité. Leur présence est à la fois la conséquence et un élément pronostique de la maladie.

Enfin, pour définir le trouble, ces symptômes doivent persister pendant plus d'un mois, entraîner un retentissement significatif social ou professionnel et ne pas être liés aux effets d'une substance ou d'une affection médicale.

État de stress aigu et trouble de stress post-traumatique : une question de temporalité

Dans la catégorisation du DSM, le type de pathologie varie avec le délai de survenue de l'événement traumatique. L'état de stress aigu est défini comme un ensemble de troubles présents de J3 à J30 et le trouble de stress post-traumatique comme un ensemble de troubles survenant après J30 (défini comme aigu à partir de J30 et chronique après 3 mois d'évolution). La forme retardée est caractérisée par l'apparition des symptômes 6 mois après l'événement.

Cette nosographie passe sous silence les premiers moments de la réaction à l'événement, pourtant essentiels, bien décrits, notamment par les praticiens des cellules d'urgence médico-psychologique comme troubles immédiats (stress adapté, stress dépassé et réactions pathologiques) et post-immédiats (ruminations anxieuses...)⁸

Facteurs de risque de trouble de stress post-traumatique

Le psychotraumatisme est toujours la rencontre entre un sujet, un événement à impact traumatique et un environnement. Ce ressenti subjectif est par définition seul générateur du trouble.

Pourtant, de nombreuses études définissent des facteurs de risque (*fig. 2*) qu'il est essentiel de bien connaître : ainsi, un vécu dissociatif, une détresse péritraumatique importante, de fortes manifestations d'hyperadrénergisme (tachycardie, hypertension artérielle, sueurs...), l'apparition rapide d'un état de stress aigu sont des facteurs de risque significatifs.⁹ Certains facteurs de risque préexistent à l'événement, citons :

- un âge jeune, le sexe féminin, des difficultés intellectuelles, éducationnelles, un statut socio-économique bas, un étayage pauvre, un isolement social important ;
- l'état psychiatrique prémorbide, les comorbidités somatiques, psychiatriques et alcooliques ;²
- un abus sexuel dans l'enfance ou le fait d'avoir été témoin de violence conjugale ;
- certains traits de personnalité surtout de type antisocial et narcissique, des capacités de *coping* limitées ;
- les antécédents familiaux, en particulier anxieux, dépressifs, alcooliques.

Le type de l'événement traumatique module aussi le risque de développement d'un trouble de stress post-traumatique. Ainsi, les événements avec une notion de malveillance interpersonnelle (*human design*)⁹ ont un potentiel traumatogène supérieur aux autres situations. Également, ceux avec un traumatisme crânien, un danger de mort perçu, les violences sexuelles sont à haut potentiel traumatique.

En post-événementiel, les facteurs de risque concernent principalement la non-précocité de la prise en charge (avec, par exemple, l'alliance avec le soignant, qui est un facteur favorable), les conséquences (séquelles, litige...) et la mauvaise qualité du support social.

Dissociation : à la fois marqueur, symptôme et facteur de risque

La dissociation est un phénomène complexe, décrit par Janet en 1889¹⁰ puis repris dans le DSM-5 comme une réaction du sujet à un facteur de stress. Il est aujourd'hui avéré que la dissociation péritraumatique est fortement associée à un risque de trouble de stress post-traumatique ultérieur. Dans une étude prospective sur des patients ayant subi une agression physique, 33 % des patients ayant un trouble de stress post-traumatique à 3 mois avaient des scores plus élevés de dissociation péritraumatique et de détresse péritraumatique.¹¹

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

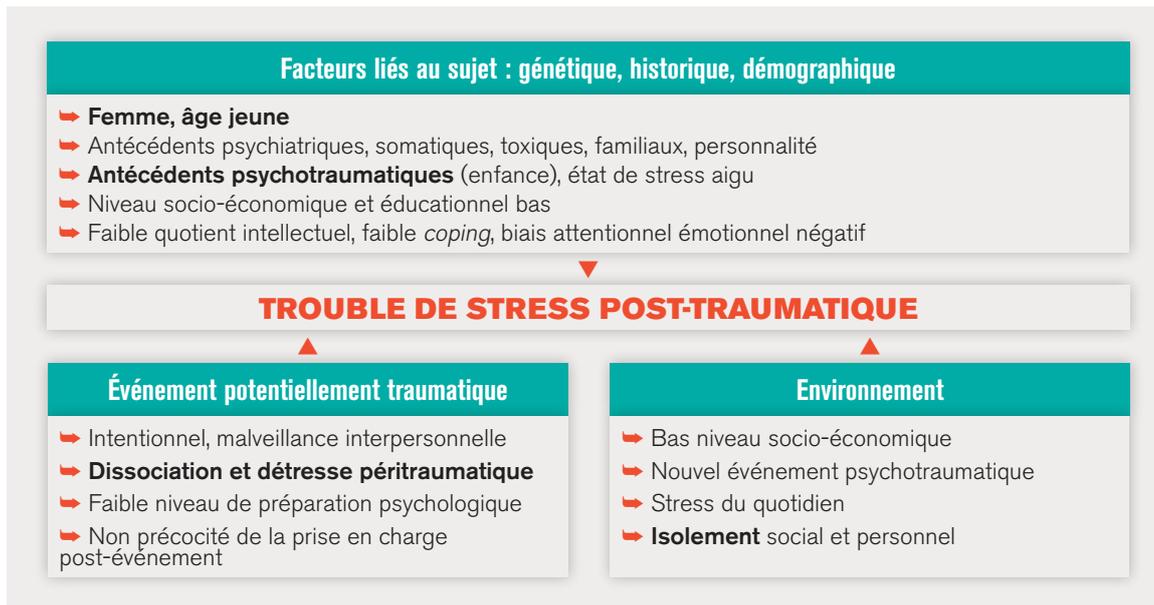


Figure 2. Facteurs de risque du trouble de stress post-traumatique.

La dissociation est un état du sujet dans lequel les processus/contenus mentaux ne sont pas associés ou intégrés dans la conscience, la mémoire, l'identité du sujet. Il s'agit d'un dysfonctionnement où le sujet n'est plus conscient de son expérience vécue, ne ressent plus son identité. Les traumatismes psychiques en sont une cause majeure, la terreur ou la douleur intense produisant une désorganisation des fonctions habituellement intégrées. En effet, la souffrance et la détresse induites par le traumatisme dépassent les capacités de résistance du sujet, pouvant définir la dissociation comme un mécanisme de défense à ce débordement. Elle peut donc être présente dans le trouble de stress post-traumatique et aussi dans certains traumatismes complexes (syndrome de dépersonnalisation-déréalisation, amnésie dissociative, fugue dissociative, trouble dissociatif de l'identité). Le vécu de dépersonnalisation-déréalisation est fréquent, se traduisant par une « déconnexion » par rapport à soi ou à l'environnement : le sujet devient observateur de la scène, le monde ne paraît pas réel, il est ressenti comme « étrange ».¹²

Ce phénomène est très différent de la « dissociation » décrite dans la schizophrénie. D'ailleurs, le terme de « désorganisation schizophrénique » et non de dissociation est aujourd'hui employé, permettant de séparer ces deux concepts.¹²

Complications, comorbidités

De nombreux troubles dit comorbides sont fréquemment associés au trouble de stress post-traumatique : troubles anxieux (phobies, trouble anxieux généralisé...), troubles thymiques (dépression dans 30 à 60 % des cas), abus de

substance (addiction à l'alcool dans 24 %), troubles somatoformes (plaintes algiques multiples, crises non épileptiques psychogènes...),¹³ ainsi que l'association fréquente avec des pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle...), endocriniennes (diabète...), respiratoires, neurologiques, digestives, les troubles douloureux chroniques, etc.¹⁴ Le risque suicidaire est important, avec 40 % d'idées suicidaires et 2 à 3 fois plus de tentatives de suicide parmi les patients souffrant de trouble de stress post-traumatique que dans la population générale.^{2, 13}

SÉVÈRE ET INVALIDANT

Le psychotraumatisme est une pathologie mentale pouvant être sévère et invalidante, survenant sur une population exempte *a priori* de troubles psychiatriques sévères. Le délai de rémission est en règle générale de plusieurs mois voire plusieurs années et environ 8 % des patients souffrant du trouble de stress post-traumatique n'entrent jamais en rémission ;¹⁵ d'où l'intérêt des prises en charge précoces et adaptées. Bien que dernièrement plus clarifié dans sa définition, le trouble de stress post-traumatique reste sous-diagnostiqué en pratique médicale courante. L'enjeu est important, d'autant que certaines prises en charge spécialisées peuvent elles-mêmes être pourvoyeuses de psychotraumatismes graves (réanimation...). Une plus grande connaissance du trouble, par une sensibilisation des praticiens au diagnostic clinique parfois agrémenté par l'utilisation de certaines échelles scientifiquement validées, devrait permettre une amélioration des prises en charge en pratique courante et une meilleure orientation vers les soins spécialisés. 

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

RÉSUMÉ QU'EST-CE QUE LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ?

Le trouble de stress post-traumatique est un réel problème de santé publique en raison de sa fréquence, de sa chronicité et du handicap généré au quotidien. Connue depuis l'Antiquité, explorée par les psychiatres militaires et les premiers psychanalystes, il est aujourd'hui plus que jamais d'actualité du fait des événements de grande ampleur (terrorismes, catastrophes météorologiques...) survenus en France, et hors territoire, ces derniers temps. Ce trouble est caractérisé par quatre dimensions principales qui sont l'intrusion, l'évitement, l'hypervigilance, les perturbations cognitives et de l'humeur. Le sommeil est très souvent altéré et la comorbidité fréquente. Le risque

suicidaire est également élevé. Le trouble de stress post-traumatique touche une population « tout-venant » même si ont été identifiés un certain nombre de facteurs de risque, comme le sexe, le niveau socio-économique, les antécédents psychiatriques ou traumatiques, etc., avec une place particulière de la dissociation péritraumatique. Les événements à caractère exceptionnel ne doivent pas faire oublier que le quotidien reste aussi un grand pourvoyeur de cette pathologie et que les médecins généralistes sont souvent les premiers consultés. Malgré une apparente « vulgarisation » des symptômes par une plus grande médiatisation, ce trouble spécifique reste encore mal connu dans sa définition et mal appréhendé en pratique médicale courante.

SUMMARY WHAT'S THE POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER?

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a major public health problem by virtue of its frequency, chronicity and the disability it generates in daily life. PTSD has been known since Antiquity and explored by military psychiatrists and early psychoanalysts, but today more than ever it is a topical issue because of the large number of events such as terrorist attacks or meteorological disasters that occurred lately in France and outside the country. This disorder is characterized by four main dimensions: re-experiencing, avoidance, hyperarousal, and cognitive and mood disturbances. Sleep is very often disrupted and comorbidity is common. The suicidal risk is also frequent. PTSD can affect anybody even though a

number of individual risk factors have been identified, such as gender, socio-economic status and psychiatric or traumatic history, with a special focus on peri-traumatic dissociation. As we know, this disorder is the result of exceptional events but it can also be the consequence of more "daily" events which general practitioners are often the first to be consulted for. Despite an apparent "popularization" of the symptoms by greater media coverage, this specific disorder is still poorly understood in its definition and in routine medical practice.

RÉFÉRENCES

1. Crocq PL. Histoire du trauma. *J Psychol* 2003;207:12-7.
2. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14:S1.
3. Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment. *J Clin Med* 2016;5. pii: E105.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
5. Husky MM, Lépine JP, Gasquet I, Kovess-Masfety V. Exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder in France: results from the WMH survey. *J Trauma Stress* 2015;28:275-82.
6. Kolk BA van der, McFarlane AC, Weisaeth L. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press, 2012.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Fifth edition. Washington DC, 2014.
8. Prieto N, Vignat JP, Weber E. Les troubles traumatiques précoces. *Rev Francoph Stress Trauma* 2002;2:39-44.
9. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003;129:52-73.
10. Janet P. *L'automatisme psychologique*. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris : Félix Alcan, 1889 (réédition Paris : L'Harmattan, 2005).
11. 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;160:1337-9.
12. Bernard, P. La dissociation. In: *La thérapie des schémas*. Principes et outils pratiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, Pratiques en psychothérapies, 2015:105-20.
13. Lee DJ, Liverant GI, Lowmaster SE, Gradus JL, Sloan DM. PTSD and reasons for living: associations with depressive symptoms and alcohol use. *Psychiatry Res* 2014;219:550-5.
14. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry* 2013;25:86-99.
15. Chapman C, Mills K, Slade T, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychol Med* 2012;42:1695-703.

MOTS-CLÉS

Trouble de stress post-traumatique, TSPT, diagnostic.

KEY WORDS

post-traumatic stress disorder, PTSD, diagnosis.

Prise en charge des troubles psychotraumatiques

Agir vite après le traumatisme pour limiter le risque de chronicité

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble mental se développant à la suite de l'exposition à un événement potentiellement traumatique. Il est défini selon la cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique et des troubles mentaux* (DSM-5) par quatre types de symptômes : la reviviscence ou le syndrome intrusif, l'hypervigilance/hyperréactivité, l'évitement, les altérations négatives persistantes au plan cognitif et de l'humeur. On distingue l'état de stress aigu, forme clinique apparaissant du 3^e au 30^e jour de l'événement (phase post-immédiate), et le trouble de stress post-traumatique (PTSD en anglais) proprement dit, à partir du 30^e jour de l'événement. Pour chaque sujet, le risque d'exposition à un événement potentiellement traumatique est fréquent, la prévalence vie entière du trouble de stress post-traumatique varie de 1,9 à 6,8 % selon les études,^{2,3} avec une importante comorbidité. Ce trouble peut être appréhendé par différentes approches nosographiques, en elles-mêmes non contradictoires. Au plan psychopathologique, la confrontation brutale au « réel de la mort »,⁴ avec effroi et effraction, en est le déterminant essentiel. L'absence de maîtrise face au caractère imprévisible et menaçant de l'événement vient « chosifier » le sujet, altérer son sentiment d'appartenance ; la culpabilité représentant alors souvent le premier levier défensif face à cet effet de « déshumanisation ».⁵ Au plan neuroscientifique, le conditionnement à la peur, réactionnel au stress et associé à une anormalité

des réseaux cérébraux⁶ et à un encodage très particulier de la mémoire est un modèle très opérant. La prise en compte de ces éléments constitutifs du traumatisme est un enjeu préventif majeur pour éviter l'apparition et la chronicisation du trouble.

En 1995, à la suite des attentats du RER à Paris, la France s'est dotée de cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), c'est-à-dire d'équipes spécialisées, composées de psychiatres, psychologues et infirmiers réparties sur tout le territoire national, susceptibles de prendre en charge en immédiat et en post-immédiat les victimes d'événements potentiellement traumatiques. Cette politique de soin a récemment été intégrée dans le code de la santé publique,⁷ les CUMP étant sous la responsabilité directe des agences régionales de santé et organisées par grandes zones de défense civile.

Aujourd'hui, 20 ans après, de nouveaux attentats en France remettent le psychotraumatisme au premier plan. Dans la majorité des cas, les traumatisés psychiques sont une population tout-venant, sans antécédent ni suivi particulier. Événement exceptionnel (type attentat) à part, le patient psychotraumatisé a pour réflexe de consulter son médecin traitant. Les psychotraumatismes s'inscrivent donc dans la pratique quotidienne du médecin de ville, en dépistage ou en suivi. Au vu de la complexité du trouble et des prises en charge, il apparaît essentiel de mieux définir les pratiques à court, moyen et long termes (v. figure).

NATHALIE PRIETO*,
LUDIVINE NOHALES**,
THOMAS FAVARD***,
ÉRIC CHEUCLE****

* Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) Auvergne-Rhône-Alpes, CUMP 69, Samu de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

** Service de psychiatrie adultes-consultations/liaison, groupement hospitalier Est, Hospices civils de Lyon, université Lyon-1, Psy2 CRNL CH Vinatier, Bron, France

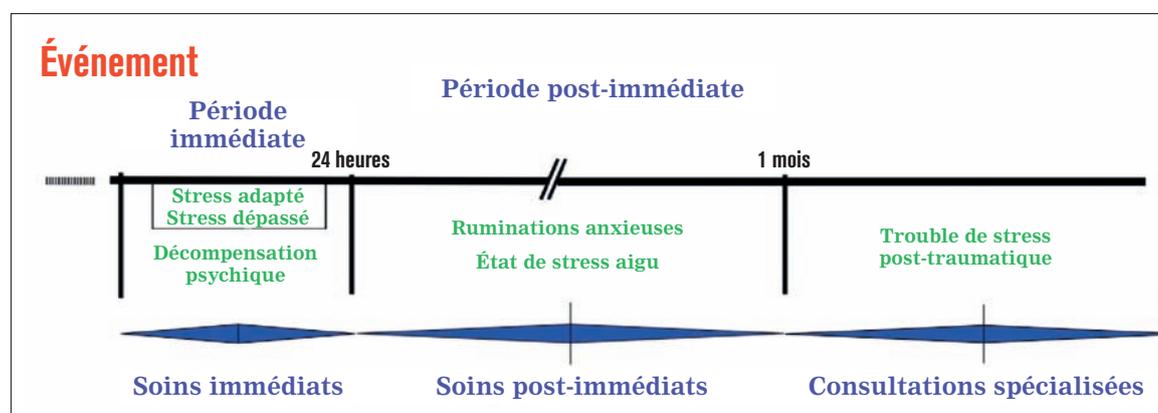
*** Service de psychiatrie, Hospices civils de Lyon, clinique Lyon-Lumière, groupe Clinea-Meyzieu, Lyon, France

**** CUMP 69, Lyon, France

nathalie.prieto@chu-lyon.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Figure.
Événement potentiellement traumatique : temporalité.



TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Prises en charge précoces

Les soins immédiats

Les soins « sur le terrain » pratiqués par les cellules d'urgence médico-psychologique

Voir le focus page ci-contre.

Pour le praticien non spécialiste

Recevoir un sujet dans les trois premiers jours suivant un événement qui l'a potentiellement traumatisé n'est pas chose aisée. Si cette phase est silencieuse au plan strictement nosographique (au sens où aucune classification ne la décrit !), elle ne l'est pas au plan de la souffrance ressentie, exprimée avec une charge émotionnelle d'une telle intensité qu'elle risque de « contaminer » l'intervenant. La difficulté pour le praticien consiste moins « en ce qu'il faut dire » au sujet dans ce moment-là qu'en « comment tenir » face à lui... Cela étant, les éléments cliniques référencés au stress décrit ci-dessus sont essentiels à prendre en compte, car l'état de stress dit « dépassé », révélateur de la dissociation péritraumatique, témoigne de la gravité de l'impact psychique pour le sujet et s'avère un élément pronostique majeur de constitution du trouble de stress post-traumatique. L'attitude empathique et bienveillante, mais authentique du praticien à l'écoute, reconnaissant la souffrance ressentie en évitant les lieux communs et autres maladrotes, est l'étape essentielle qui va permettre au sujet de s'engager dans des soins plus spécialisés, si nécessaire (v. tableau).

Si sur le principe il faut favoriser l'anxiolyse sans entraîner de sédation, la prescription médicamenteuse, à ce stade, fait toujours l'objet d'une controverse aiguë au sein de la spécialité.

ATTITUDES DU SOIGNANT FACE AU SUJET VICTIME	
Attitude à conseiller	Attitude à éviter
Reconnaître la souffrance ressentie	Déramatiser, banaliser, changer de sujet...
Se montrer disponible et à l'écoute	Déculpabiliser
Poser des questions sur l'événement pour en comprendre le déroulé (stress adapté)	Forcer la personne à parler (stress dépassé)
Évaluer les besoins et les préoccupations	Être dans la fascination (être plus intéressé par l'histoire traumatique que par la souffrance du sujet)
Proposer une psychoéducation	
Protéger la personne de tout nouveau préjudice	

Tableau.

Soins post-immédiats

Symptomatologie post-immédiate hors trouble spécifique

Parfois appelée assez injustement « phase de latence », la symptomatologie précoce hors troubles spécifiques (ou avant eux) est loin d'être silencieuse. Les ruminations anxieuses sont au premier plan, le sujet ne pouvant s'empêcher de se réévoquer l'événement, d'en refaire le scénario, de chercher à le « comprendre ». Les autres troubles sont corollaires de cette rumination, motivant parfois à eux seuls la consultation : troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, altération thymique... Le rôle bienveillant du praticien lors de cette phase précoce est essentiel : le dépistage des facteurs de risque de développement d'un trouble de stress post-traumatique, la recherche de comorbidités, la mise en place d'une alliance thérapeutique et une psychoéducation adaptée sont déterminants.

État de stress aigu

La présence de symptômes post-traumatiques spécifiques durant le premier mois est définie par le diagnostic d'état de stress aigu dans les classifications. Mais cette distinction théorique n'est-elle pas déjà la première phase d'un syndrome unique qui peut évoluer vers un trouble de stress post-traumatique ? Classiquement, un état de stress aigu implique de fait une orientation vers une prise en charge spécialisée.

Les recommandations internationales préconisent en première intention une prise en charge psychologique spécifique et ciblée sur l'événement (v. *infra*). Au plan pharmacologique, les guidelines internationales ne recommandent pas l'instauration d'un traitement médicamenteux dans le premier mois,^{8,9} car un traitement médicamenteux trop précoce pourrait empêcher le processus adaptatif naturel. En pratique, la souffrance du sujet conditionne souvent la thérapeutique. Des règles d'hygiène de vie, face à des attitudes contre-productives (alcool, stimulants...), et un traitement symptomatique d'appoint sur une courte durée sont instaurés le cas échéant devant une anxiété récalcitrante, une altération majeure du sommeil⁸ ou une incapacité à démarrer un traitement psychothérapeutique. Comme évoquée antérieurement, la gestion des psychotropes à ce stade est délicate et controversée.

Prise en charge du trouble constitué

Le trouble psychotraumatique chronique est un trouble très invalidant. La prise en charge est longue et spécialisée. Comme pour tout trouble psychiatrique, l'abord du patient demande un examen somatique soigneux et un bilan biologique pour éliminer un trouble comorbide. De la même manière, un trouble mental associé (risque suicidaire, dépression sévère, trouble anxieux sévère...) peut compliquer la pathologie et doit être dépisté et rapidement pris en charge par un spécialiste. >>>

La prise en charge précoce du trouble de stress post-traumatique est-elle utile ?

En lui-même, le sens de cette question n'est pas dépourvu d'ambiguïté, car il s'agit au fond de s'interroger sur le bien-fondé d'un traitement précoce d'une maladie qu'on sait très invalidante dans son évolution. Cela devrait apparaître comme une question incongrue en médecine si elle ne sous-tendait pas toute la polémique de la pratique très controversée du *debriefing* ; comme si les prises en charge effectuées par les cellules d'urgence médicopsychologique (CUMP) se limitaient à cette technique de soin. Pourtant, les interventions assurées par les CUMP vont des soins immédiats sur le terrain (gestion de crise, tri, *defusing* [*v. infra*]...) aux soins post-immédiats individuels, collectifs (*debriefing*, groupe de parole) ou sous forme de consultations spécialisées à plus long terme. Le *debriefing* n'est donc que l'une de ces prises en charge possibles dans les jours suivant une exposition traumatique. Cette technique, créée en 1944, pendant la guerre, pour venir en aide aux soldats très éprouvés sur les champs de bataille a depuis beaucoup évolué, même depuis le *critical incident stress debriefing* (CISD) de Jeffrey Mitchell de 1983. Le CISD a été l'objet d'études, indiscutables sur le plan scientifique, tendant à montrer son inefficacité, voire une aggravation des troubles. Ces études, qui ont jeté pendant longtemps un fort discrédit sur la technique (et même sur les CUMP !), ne répondaient pourtant pas aux critères essentiels (groupes, soin post-immédiat, psychothérapeutes formés...) et ont utilisé le trouble de stress post-traumatique comme seul critère de jugement alors que le *debriefing* vise avant tout l'impact collectif. Les études montrant les effets positifs du *debriefing* concernent presque toutes des groupes de personnes et sont souvent moins connues. Notons que la méta-analyse Cochrane¹ conclut de manière plus nuancée de la façon suivante : « Rien ne permet au-

jourd'hui de démontrer l'effet positif du *debriefing* sur le trouble de stress post-traumatique. » L'adaptation francophone de cette technique par l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) constitue la version actuellement préconisée par les CUMP, toujours codifiée mais plus souple. Elle s'adresse à des sujets, d'un même groupe d'appartenance (par exemple : équipes de secours, professionnels, élèves d'une même classe, équipe sportive...), ayant été confronté ensemble à un même événement potentiellement traumatique (accident, catastrophe, attentat...) et pris en charge de manière collective en post-immédiat (de 48 à 72 heures après l'événement). Le groupe peut être constitué de 5 à 15 personnes, toutes doivent être volontaires. Cette séance collective, unique, ne suffit pas à « détraumatiser » mais elle permet éventuellement d'orienter vers des prises en charge individuelles. Ainsi, le *debriefing* ou IPPI ne doit donc pas occulter le panel très large des prises en charge précoces, les plus spécifiques étant les soins immédiats (dès les premières 24 heures) assurées « sur le terrain », en préhospitalier, par les CUMP dans les suites d'événements de type catastrophe ou à retentissement psychologique collectif. L'objectif essentiel de ces soins immédiats est la réduction de l'impact psychique engendré par l'événement potentiellement traumatique, qu'il soit individuel, collectif et/ou institutionnel. Les événements dits à fort impact collectif engendrent une charge émotionnelle massive, source de désordre et de crise, qu'il faut impérativement prendre en compte et réduire pour ne pas renvoyer aux victimes une image de chaos « cristallisant le traumatisme ». Pour cela, l'organisation, l'aide aux autorités et aux sauveteurs pour garantir les besoins humains fondamentaux immédiats, les conseils en matière de communication et d'information, etc. s'avèrent essentiels. En fait, il s'agit là d'un soin indirect, d'une véritable « guidance » en matière psychique qui doit

rapidement permettre d'introduire un espace de pensée dans le désordre engendré par l'événement.²

Une fois ces éléments d'organisation pris en compte, le type de soin direct aux victimes dépend de leur état clinique. Les sujets en état de stress adapté, accessibles à la relation mais très « chargés » au plan émotionnel, peuvent bénéficier d'un *defusing*³ individuel ou en petit groupe : technique spécialisée de « désamorçage » dont l'efficacité thérapeutique va dépendre des capacités de contenance, de respect des défenses psychiques en œuvre et d'empathie du soignant.

Les sujets en stress dépassé, ayant souvent des troubles comportementaux (sidération, agitation, actes automatiques...) et « dissociés » au plan psychique, dans le déni défensif de l'événement, doivent être accompagnés, rassurés, apaisés (une légère anxiolyse médicamenteuse non sédatrice peut s'avérer utile) sans intrusion ni confrontation à la narration traumatique (risque de répétition).

Enfin, les soins prodigués aux sujets qui décompensent des troubles de la personnalité ou des pathologies antérieures à l'occasion de l'événement s'apparentent à ceux pratiqués en psychiatrie d'urgence. Les soins immédiats s'entendent comme un processus, une première aide, proposé au sujet, ils comprennent une orientation vers des soins ultérieurs si nécessaire ainsi qu'une mise en lien avec d'autres structures pour les démarches à venir. 

**NATHALIE PRIETO*,
LUDIVINE NOHALES**,
THOMAS FAVARD***,
ÉRIC CHEUCLE******

* Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) Auvergne-Rhône-Alpes, CUMP 69, Samu de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

** Service de psychiatrie adultes-consultations/liaison, groupement hospitalier Est, Hospices civils de Lyon, université Lyon-1, Psyr2 CRNL CH Vinatier, Bron, France

*** Service de psychiatrie, Hospices civils de Lyon, clinique Lyon-Lumière, groupe Clinea Meyzieu, Lyon, France

**** CUMP 69, Lyon, France

nathalie.prieto@chu-lyon.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD000560.
2. Prieto N, Cheucle É, Dalphin C, Simond M, Darbon R, Baro P. Catastrophe de type attentat : prise en charge immédiate. L'exemple de Saint-Quentin-Fallavier. *Ann Méd Psychol* 2015;173:859-62.
3. Prieto N, Cheucle E, Faure P, et al. Defusing des victimes des attentats de Paris. Éléments d'évaluation un mois après. *Encéphale* 2016. DOI: 10.1016/j.encep.2016.10.002

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

PRISE EN CHARGE POST-TRAUMATIQUE : QUELLE DURÉE ?

Pour la prise en charge du trouble constitué, les recommandations* du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* [2005 et mise à jour en 2016] préconisent 8 à 12 séances de psychothérapies ciblées lors d'un traumatisme isolé, éventuellement plus en cas de traumatisme complexe. Cinq séances environ, suffisamment longues et rapprochées, suffisent pour la prise en charge d'un traumatisme récent.

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG26/uptake>.

Au plan pharmacologique, les antidépresseurs doivent être maintenus à pleine dose pendant 6 à 12 mois avec une diminution progressive

(Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post traumatic stress disorder, *N Engl J Med* 2017;376:2459-69)

>>> La décision de l'option thérapeutique à privilégier se fait selon la préférence du patient, ses motivations, ses capacités d'engagement, la sévérité de la maladie, l'expérience, la compétence et la disponibilité du clinicien, la réponse au traitement et les comorbidités.¹⁰ Si l'efficacité d'une prise en charge combinée médicamenteuse et psychothérapeutique est aujourd'hui imparfaitement démontrée,¹¹ celle-ci doit être préconisée. Il semble que les psychothérapies validées maintiennent une efficacité après arrêt alors que le risque de rechute est important après l'arrêt des traitements médicamenteux.¹² Il est donc nécessaire de se fixer des objectifs thérapeutiques pour répondre à la souffrance exprimée du patient : diminuer les symptômes de répétition, d'hypervigilance, d'évitement, d'émoussement affectif et traiter les troubles comorbides. La surveillance doit être régulière (constantes, efficacité et tolérance des traitements) et sera plus rapprochée pour les enfants, les sujets âgés, les malades chroniques connus, ceux ayant des risques d'interactions ou des risques métaboliques.¹⁰

Psychothérapies

Différentes approches existent. Les études récentes montrent que plus une thérapie est ciblée sur le traumatisme, plus elle est efficace dans le traitement du trouble de stress post-traumatique.^{11, 12} Citons essentiellement : – la thérapie cognitivo-comportementale ciblée (« TCC ciblée ») qui est une thérapie brève, centrée sur le traumatisme ; elle est recommandée en première intention et peut concerner les symptômes tels que l'insomnie ou les cauchemars ;

– l'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), très à la mode en France ces dernières années, est également préconisée (v. encadré p 102). Il s'agit d'une thérapie codifiée, fondée sur l'association mentale (avec pensées, émotions, sensations corporelles) liée à l'événement traumatique tout en provoquant des stimulations sensorielles bilatérales, pour obtenir un traitement du traumatisme et une diminution de l'anxiété ; – la thérapie fondée sur l'exposition en imagination et *in vivo* est également étudiée et montre une efficacité intéressante sur le trouble de stress post-traumatique ; – la thérapie par l'écriture aurait également une bonne efficacité et permettrait une restructuration cognitive ; de plus amples études sont cependant nécessaires ; actuellement et dans les suites des attentats de Paris, un protocole a été mis en place utilisant un retraitement du psychotraumatisme par l'écriture et sous propranolol ;¹³ – les thérapies permettant la gestion du stress comme celles fondées sur la relaxation sont étudiées depuis peu dans le trouble de stress post-traumatique. Elles sont issues de la prise en charge des troubles anxieux.¹²

L'hypnose et les thérapies de type psychodynamique ou de soutien sont très utilisées en pratique mais nécessitent d'être mieux étudiées au plan scientifique pour en déterminer l'exacte efficacité.

Médicaments

De nombreuses molécules ont été étudiées. Les traitements antidépresseurs sont recommandés pendant 6 à 12 mois.⁸ Ces traitements sont à prescrire en deuxième intention devant un psychotraumatisme, lorsqu'il y a échec ou impossibilité de pratiquer une psychothérapie ciblée, également devant une dépression comorbide ou une hypervigilance sévère.⁹ Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) avec la paroxétine et la sertraline (autorisation de mise sur le marché [AMM] dans l'indication état de stress post-traumatique) – mais aussi d'autres molécules du même type parfois mieux tolérées – ou un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) [venlafaxine] sont les traitements de première ligne. En deuxième intention, on pourra augmenter les ISRS (ou diminuer la posologie s'ils ne sont pas tolérés) ou changer de classe d'antidépresseur avec par exemple la mirtazapine (antidépresseur à forte composante sédatrice) ou potentialiser le traitement de fond par un antipsychotique atypique.¹⁰ La buspirone est un traitement permettant une prise en charge symptomatique et temporaire de l'anxiété liée au traumatisme ;¹⁴ souvent efficace, surtout en post-immédiat, cette molécule mériterait d'être mieux étudiée*.

Les troubles du sommeil, présents dans 70 à 87 % des troubles de stress post-traumatique,¹⁴ doivent être spécifiquement abordés. Classiquement, ils sont considérés comme des symptômes secondaires de la maladie alors qu'ils semblent la déterminer, à la fois facteur de risque ou facteur aggravant. Cela suggère la nécessité de leur

* Aucun autre traitement n'est validé à ce jour, même si de nombreuses pistes sont explorées : kétamine, tétrahydrocannabinol, propranolol...

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

évaluation spécifique à chaque étape de la prise en charge. Les recommandations actuelles déconseillent l'utilisation des benzodiazépines. En effet, bien que favorisant l'anxiolyse et l'amélioration des troubles du sommeil, elles présentent un risque de dépendance et pourraient être un obstacle dans les thérapies d'exposition en entravant le traitement cérébral spontané de l'événement.^{10, 14} Des traitements d'appoint non spécifiques comme le zolpidem ou le zopiclone peuvent également améliorer le sommeil¹⁴ même si le risque de dépendance existe. Malgré l'absence d'AMM, la prazosine est une molécule très intéressante et pourrait même s'avérer, à terme, un traitement de première ligne. Son efficacité sur les cauchemars et les insomnies psychotraumatiques semble avérée, même si le schéma posologique est assez complexe. En dehors des effets indésirables à contrôler (hypotension orthostatique, nausées, céphalées...), la tolérance est globalement satisfaisante.¹⁵

Des recherches sont en cours pour démontrer l'efficacité et définir les modalités d'utilisation de nouvelles molécules ou de traitements biologiques, aussi bien dans le cadre de la prévention secondaire¹⁶ que dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique,¹⁷ comme par exemple la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS).¹⁰

Enfin, comme dans tout trouble psychiatrique, l'hygiène de vie doit être un élément déterminant à prendre en compte et à personnaliser avec le patient. Le sommeil doit être « protégé », les toxiques du quotidien à utiliser avec méfiance (alcool, café, nicotine...), l'activité physique renforcée dès qu'elle s'avère possible. Le traitement des comorbidités somatiques (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, apnées du sommeil, douleur chronique...) est également essentiel. Un bilan et un suivi médical global s'imposent chez tout patient ayant un trouble de stress post-traumatique constitué.

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Les troubles psychotraumatiques sont d'un abord complexe et varié. Leur prise en charge peut être difficile, en particulier pour le psychotraumatisé de longue date. Une fois installé, le psychotraumatisé est plus difficile à remobiliser, d'où l'intérêt des prises en charge précoces spécialisées. L'abord psychothérapeutique doit être préféré (ou combiné) aux médicaments. Cela étant, la disponibilité psychique du médecin est essentielle. Permettre au patient de verbaliser ses émotions, comprendre son trouble et son retentissement dans sa vie quotidienne et lui assurer bienveillance et empathie sont des facteurs d'évolution favorable. L'alliance thérapeutique est un élément majeur de la prise en charge assortie de conseils pratiques, d'un sens à la prescription (médicamenteuse ou psychothérapeutique) et des réévaluations cliniques régulières. Le praticien peut de manière simple – et sans y consacrer trop de temps – aider le patient à augmenter son niveau de résilience jusqu'à l'apparition d'émotions positives et à redéfinir ses objectifs de vie en lien avec la douloureuse expérience vécue. 

RÉSUMÉ PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES

Les traumatismes psychiques sont un enjeu de santé publique, leur prise en charge est complexe et mérite d'être précisée, particulièrement dans le contexte actuel des attentats survenus en France ces trois dernières années. La temporalité depuis l'événement conditionne le type de trouble et donc les modalités de traitement. Dans l'immédiat, dans le contexte de l'événement collectif, la prise en charge par les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) est très spécialisée en associant au tri et soins directs aux victimes, des soins indirects sous forme de gestion de la crise. Pour le praticien, une connaissance précise des troubles dans la phase précoce, avant la survenue d'un trouble de stress post-traumatique, est impérative. De même, aborder un sujet ayant une charge émotionnelle forte nécessite un savoir-faire particulier. Il s'agit d'établir avec le sujet une véritable alliance thérapeutique, facteur essentiel de prévention d'une pathologie plus enkystée. Les traitements médicamenteux à cette phase sont encore peu codifiés. Lorsque la pathologie est avérée, le trouble de stress post-traumatique et l'existence d'une éventuelle comorbidité (dépression, addiction, etc.) nécessitent des soins spécialisés. Les psychothérapies ciblées sont le traitement de première intention, très souvent associées à un traitement médicamenteux (anti-dépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, par exemple), en fonction de la gravité des symptômes. Les troubles du sommeil, conditionnant probablement la pathologie, nécessitent une vigilance particulière. Quoi qu'il en soit, toute médication doit être adaptée au sujet. De même que doivent être individualisés les éléments d'approche relationnelle, tout conseil et autres règles d'hygiène de vie ainsi que l'orientation vers un soin spécialisé.

SUMMARY TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Psychological traumas, whose cares are complex, need to be furthermore clarified since they recently became a major public health issue in the wake of the terrorists' attacks that struck France over the past three years. It is its temporality since the event which will determine the type of disorder which might appear thus its adequate processing treatment. In the short term, in the context of collective events or disasters, treatments of psychological suffering by the Medico-Psychological Units (CUMP) are very specific by combining sorting out and direct health care to the victims as well as indirect care such as crisis management. For the health practitioner, a precise knowledge of the disorders which might appear at the early stage, prior to the onset of PTSD, is mandatory. Likewise, approaching a patient with a high emotional load requires specific skills. This is about establishing a real therapeutic alliance with the patient, key factor to prevent a more embedded pathology. Medical treatments at this stage are yet sparsely codified. When pathology is confirmed, post-traumatic stress disorders together with the existence of potential comorbidity (depression, addiction, etc.) require specialized care. Targeted psychotherapies are the first-line treatments, often combined with medical treatments (SSRI antidepressants, for instance) depending on the symptom's seriousness. Sleep disorders, likely conditioning the pathology, will require heightened vigilance. In any case, medication should be adapted to the patient. Similarly, elements of relational approach, any advice, or other health lifestyle rules together with referral to more specific cares, should be individualised.

MOTS-CLÉS

trouble de stress post-traumatique (TSPT), cellules d'urgence médico-psychologique, thérapeutique.

KEYWORDS

post-traumatic stress disorder (PTSD), medico-psychological units, therapeutic.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth Edition. Washington DC, 2014.
2. The ESEMeD/MHEDEA 2 000 investigators, 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* 2004;109:38-46.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
4. Lebigot F. L'effroi du traumatisme psychique : Le regarder en face ou s'en protéger. *Rev Francoph Stress Trauma* 2002;2:139-46.
5. Prieto N, Vignat JP, Weber E. Les troubles traumatiques précoces. *Rev Francoph Stress Trauma* 2002;2:39-44.
6. Canini F, Trousselard M, Andruetan Y. Mécanismes neurobiologiques des états de stress. *Médecine et Armées* 2011;39:129-32.
7. Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles. *JORF* n° 0007 du 9 janvier 2013, p. 716, texte n° 10. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/1/7/AFSP1205870D/jo/texte> ou <http://bit.ly/2qeZbKO>
8. Phoenix Australia. Centre for posttraumatic mental health. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. <http://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf> ou <http://bit.ly/2CvuDUI>
9. World Health Organization, Van Ommeren M. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Genève: WHO, 2013 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/> ou <http://bit.ly/2Cttid9>
10. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14:S1.
11. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12:CD003388.
12. Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. Posttraumatic stress disorder: overview of evidence-based assessment and treatment. *J Clin Med* 2016;5(11). pii: E105.
13. Thomas É, Saumier D, Pitman RK, Tremblay J, Brunet A. Consolidation and reconsolidation are impaired by oral propranolol administered before but not after memory (re)activation in humans. *Neurobiol Learn Mem* 2017;142:118-25.
14. Maher MJ, Rego SA, Asnis GM. Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs* 2006;20:567.
15. Simon PY, Rousseau PF. Treatment of post-traumatic stress disorders with the alpha-1 adrenergic antagonist prazosin. *Can J Psychiatry* 2017;62:186-98.
16. Howlett JR, Stein MB. Prevention of trauma and stressor-related disorders: a review. *Neuropsychopharmacology* 2016;41:357-69.
17. Farach FJ, Pruitt LD, Jun JJ, Jerud AB, Zoellner LA, Roy-Byrne PP. Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. *J Anxiety Disord* 2012;26:833-43.

FOCUS

EMDR, thérapies par les mouvements oculaires et hypnose dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique

* Abréaction : réaction différée ou tardive, qui fait revivre l'événement traumatisant accompagné des affects pénibles avec lesquels il avait été vécu, et qui offre à ces affects une voie d'expression propice à leur décharge.

Le trouble de stress post-traumatique (et ses symptômes intrusifs de reviviscence s'imposant sur un mode circulaire) apparaît comme une pathologie de la mémorisation, de l'intégration des souvenirs, de la temporalité. À l'impensable de l'événement traumatique, l'hypnose, la technique *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) et l'intégration par mouvements oculaires (IMO) vont substituer une réalité autre, construisant un récit narratif devenu supportable pour le patient en transformant un

événement traumatique en souvenir certes douloureux mais qui peut désormais s'archiver dans la mémoire autobiographique du patient. L'EMDR, l'IMO et certaines approches spécifiques en hypnose sont des stratégies fondées sur l'exposition et la désensibilisation. Ces pratiques thérapeutiques doivent donc être mises en œuvre par des professionnels formés à ces techniques et à la clinique du traumatisme psychique. L'empathie du thérapeute, son adaptation congruente au patient ainsi que sa capacité à conserver

maîtrise et bonne distance, quelles que soient les réactions d'effroi, sont des prérequis. Pour l'ensemble de ces approches, la première rencontre est consacrée à recueillir l'anamnèse des troubles, l'histoire des traumatismes et les antécédents médicaux (cardiaques, vasculaires, épileptiques, ophtalmologiques) et un éventuel état de grossesse qui peuvent contre-indiquer ces approches susceptibles de provoquer des abréactions^{1*} violentes ou des crises d'épilepsie liées à la stimulation visuelle.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

EMDR

Francine Shapiro a conceptualisé cette technique après avoir fait l'observation fortuite que certaines pensées perturbantes avaient soudainement disparu alors qu'elle avait bougé les yeux horizontalement et en diagonale.² L'EMDR met en jeu des mouvements bilatéraux des yeux ainsi que d'autres stimulations bilatérales alternées (tactiles ou auditives). C'est un traitement accéléré qui peut entraîner le dévoilement d'éléments très difficiles et perturbants. C'est pourquoi il est important de s'assurer que le patient pourra y faire face (**v. encadré**).

Le traitement suit un protocole en sept phases : les phases spécifiques du traitement (exposition, désensibilisation et retraitement de l'information) sont mises en œuvre après une période de stabilisation clinique et d'exploration du traumatisme.

La première phase permet le recueil de l'histoire du patient et la planification du traitement. L'objectif de la deuxième phase est de mettre en place une relation thérapeutique sécurisée et d'aider le patient à s'apaiser : c'est une phase de stabilisation. Les patients peuvent alors parler plus facilement de l'événement traumatique sans être débordés. Le thérapeute explore le traumatisme avec précision et recherche l'événement qui sera la cible du traitement par la mise à jour d'une image ou d'une autre expérience sensorielle (bruit, odeur...). Le patient identifie une croyance négative associée à cet événement (« j'aurais dû agir », « je ne vaudrais rien »). Du choix de la croyance négative découle une croyance positive qui constituera l'objectif à atteindre pour le patient. En outre, il va mesurer le niveau de perturbation liée à l'émotion ressentie (honte, tristesse, peur, etc.) sur une échelle de 0 à 10 (10 étant le niveau de perturbation maximale) et ressentir où siège cette perturbation dans le corps.

La quatrième phase est celle de la désensibilisation. Le patient se concentre sur l'événement traumatique identifié en même temps qu'il suit des yeux les mouvements bilatéraux de l'index du thérapeute. La désensibilisation consiste à évacuer les émotions, les images, les sensations, les réactions corporelles liées au traumatisme. Le thérapeute ne

fait pas d'interprétation, il évalue avec le patient l'état d'inconfort après une dizaine de stimulations bilatérales. Il accompagne le patient dans son cheminement jusqu'à ce que l'évocation de l'expérience ne suscite plus de perturbation. La désensibilisation est terminée quand l'inconfort est coté à 0 par le patient.

La cinquième phase (phase d'ancrage) consiste à installer une cognition positive à la place de la croyance négative, toujours accompagnée par des séries de stimulations bilatérales. Le travail s'arrête lorsque la croyance positive est ressentie comme vraie par le patient.

La sixième phase permet de s'intéresser au vécu corporel et à la persistance de sensations corporelles pénibles. La septième est une étape de clôture et de commentaire autour de la séance. Lors de la séance suivante, thérapeute et

patient explorent les changements qui se sont produits. Cette réévaluation permet de fixer les objectifs de la séance. L'efficacité de l'EMDR a été démontrée dans le traitement du trouble de stress post-traumatique.^{3,4}

Intégration par les mouvements oculaires

L'IMO a été créée par Connirae et Steve Andreas en 1989 et développée par Danie Beaulieu. Cette pratique thérapeutique est moins connue que l'EMDR mais certains points sont communs. Le processus de base nécessite que le patient ait à l'esprit le traumatisme qu'il souhaite traiter en même temps qu'il suit des yeux une cible déplacée par le thérapeute. Celui-ci guide les yeux du patient dans différentes zones du champ visuel. Cette activité permet de mobiliser les ressources mentales du patient et de

**DALILA REZZOUG,
CATHERINE LE DU,
THIERRY BAUBET**

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Avicenne, AP-HP, université Paris 13, CESP/ Inserm 1178, Bobigny, France

dalila.rezzoug@aphp.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

TECHNIQUES EMDR ET IMO

Précautions avant la mise en route du traitement

Pour l'ensemble de ces approches, il faut recueillir l'anamnèse des troubles, l'histoire des traumatismes et les antécédents médicaux (cardiaques, vasculaires, épileptiques, ophtalmologiques) ou un état de grossesse ; et vérifier si le patient peut bénéficier du traitement par les mouvements oculaires.

S'il existe des antécédents cardiovasculaires ou neurologiques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, épilepsie), l'avis du médecin traitant est requis dans la mesure où ces approches sont susceptibles de provoquer des abréactions violentes ou des crises d'épilepsie liées à la stimulation visuelle.

S'il existe des douleurs oculaires, les mouvements oculaires sont contre-indiqués, il faut privilégier d'autres types de stimulations (auditives ou tactiles).

Début du traitement par rapport à l'apparition des troubles

Le traitement peut débuter 1 mois après l'événement mais peut être mis en œuvre plus tôt si la situation du patient se dégrade.

Le traitement peut intervenir plusieurs années, voire décennies après le traumatisme.

Indications

Le traitement est indiqué chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte avec des aménagements du cadre chez l'enfant et des séances plus courtes.

Contexte psychiatrique

Les états psychotiques décompensés contre-indiquent l'utilisation des mouvements oculaires.

Le traitement EMDR peut être réalisé lors d'une hospitalisation si le contexte clinique l'exige.

Le contexte d'antécédents ou d'usage de toxiques doit inviter à la prudence du thérapeute.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

créer des liens entre des modes de traitement de l'information jusque-là séparés.

L'IMO s'appuie sur une intégration multisensorielle alors que l'EMDR met en jeu une restructuration cognitive consciente. De plus, l'IMO utilise des nombreux schémas de mouvements oculaires dans des directions différentes à une vitesse choisie par le patient, ce qui la distingue de l'EMDR qui maintient le même schéma jusqu'à désensibilisation complète et pour laquelle la vitesse des mouvements est plus rapide.⁵

L'hypnose dans le traitement du traumatisme

L'hypnose peut se définir comme un état de conscience modifiée se caractérisant par un retrait du monde extérieur et une hypercentration sur son monde perceptif interne avec perte transitoire des repères spatio-temporels ; la dissociation inhérente au phénomène hypnotique va agir comme un puissant levier thérapeutique. Ainsi que le souligne Milton Erickson, fondateur de l'hypnose moderne, « *le processus hypnotique est essentiellement la vivification de souvenirs, d'idées et de compréhensions si puissamment qu'ils sont subjectivement vécus comme des événements extérieurs, plutôt que comme des processus internes, ce qui les dote du statut d'expériences réelles* ». ⁶ Les thérapies mettant en œuvre l'hypnose sont indiquées dans un grand nombre de situations. Nous présentons ici des stratégies d'utilisation de l'hypnose spécifiques au traumatisme. Elles ne sont donc aucunement exhaustives de l'utilisation de l'hypnose mais illustrent le travail orienté directement sur le traumatisme.

Lors de la première rencontre, le thérapeute cherche quels éléments visuels, auditifs, olfactifs, kinesthésiques sont prépondérants au cours des reviviscences (odeurs, images, bruit d'explosion...). Ces éléments perceptivo-sensoriels sont utiles pour orienter la séance. Le thérapeute explore par ailleurs les goûts, les loisirs, ce qui constituait la trame du quotidien avant l'événement. Il explique au patient le déroulement d'une séance et les phénomènes déconcertants qu'il pourrait être amené à vivre et s'assure de son hypnotisabilité par une

première induction hypnotique. S'il est établi que le patient répond à l'hypnose, le thérapeute peut opter pour une méthode de « double dissociation » mise au point par des psychiatres militaires de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes de Lyon.

Le patient va revivre sous hypnose l'intégralité du déroulement de la scène traumatique, en la visualisant sur un écran de salle de cinéma. Installé en imagination et muni d'une télécommande qui lui assure la maîtrise, il a la possibilité de mettre sur pause, d'accélérer, de couper le son, de faire un arrêt sur image en modifiant un détail de la scène ou de passer de la couleur au noir et blanc. Rendu à la fois spectateur et acteur, accompagné par son thérapeute dans l'ici et maintenant, le patient repasse le film jusqu'au moment où l'abréaction est complète sans que les images provoquent l'effroi traumatique, rangées désormais parmi les souvenirs douloureux. La séance d'hypnose s'achève sur une induction de calme retrouvé.

Cette technique d'exposition est éprouvante à la fois pour le patient qui se trouve confronté à ses reviviscences et pour le thérapeute qui l'accompagne ; elle est néanmoins d'une très grande efficacité. Le thérapeute reverra le patient 15 jours après, puis

6 mois plus tard pour s'assurer du maintien de l'efficacité du traitement. Bien souvent, une seule séance est nécessaire pour traiter les symptômes traumatiques.

Une autre approche hypnotique beaucoup moins exposante, plus douce et symbolisée consiste à réinscrire la vie du patient dans un fil narratif au moyen de récits ayant un début, un milieu et une fin, structurés autour d'analogies et de métaphores qui restituent sens et mouvement à la vie du patient. Une telle construction, qui doit impérativement correspondre au patient (isomorphisme) sans qu'il y reconnaisse sa propre histoire, permet de raconter une catastrophe advenue tout en figurant une issue pensable et permet d'aborder non seulement l'événement traumatique mais aussi la culpabilité, la solitude, le deuil et tous les remaniements psychiques imposés par le traumatisme.

L'hypnose, processus psychique dont la dissociation est l'une des composantes majeures, se révèle efficace dans la prise en charge des troubles post-traumatiques chez l'enfant et l'adulte.^{7,8}

Les études actuelles ne peuvent pas conclure sur l'efficacité à long terme des psychothérapies en raison du faible nombre de données disponibles.⁴ 

RÉFÉRENCES

1. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob, 1999.
2. Shapiro F. Manuel d'EMDR. Paris : Dunod-InterÉditions, 2007.
3. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). AHRQ Comparative effectiveness reviews 2013. Report No.: 13-EHC011-EF.
4. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Fauconnier A, Fournier-Charrière E, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels. Inserm U1178, juin 2015. https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf ou <http://bit.ly/2CAGKAZ>
5. Beaulieu D. L'intégration par les mouvements oculaires. Québec : Éditions Québecor, 2012.
6. Erickson MH. Life reframing in hypnosis. New York: Irvington, 1985.
7. Huynh ME, Vandvik IH, Diseth TH. Hypnotherapy in child psychiatry: the state of the art. Clin Child Psychol Psychiatry 2008;13:377-93.
8. O'Toole SK, Solomon SL, Bergdahl SA. A metaanalysis of hypnotherapeutic techniques in the treatment of PTSD symptoms. J Trauma Stress 2016;29:97-100.

Victimes d'attentats : aspects médico-légaux

L'accompagnement dans les démarches médico-judiciaires doit être associé aux soins

La série d'attaques terroristes de 2015 et 2016, par son ampleur, a mobilisé des circuits de soins multiples et hétérogènes. Le nombre élevé des personnes exposées a, dès les premières heures, débordé les structures normalement dédiées à leur accueil (cellules d'urgence médico-psychologique [CUMP] et services d'urgences référents). Le maintien sur plusieurs mois des recours aux soins a encore participé à élargir le nombre de primo-intervenants dans la prise en charge. Les démarches médico-judiciaires, souvent peu connues des non-spécialistes, sont nécessaires à la reconnaissance du statut de victime. Elles comportent plusieurs étapes bien définies. Or le manque d'harmonisation des réponses médico-légales peut entraîner une perte de chance dans l'établissement des droits, ainsi qu'une multiplication des démarches et examens médicaux. En effet, la victime, devenue « plaignante », doit se livrer à un parcours de reconnaissance dont la pénibilité l'expose à des conséquences de surtraumatisme.

Cette nécessaire harmonisation justifie des recommandations de bonnes pratiques destinées à tout praticien, pour guider la rédaction du certificat initial, préciser la place de ce premier constat médico-légal dans les suites judiciaires, et mettre en place les conseils initiaux à donner aux victimes. Cela implique la connaissance par le praticien du parcours pénal et civil depuis le dépôt de plainte jusqu'à la phase d'indemnisation. Cet accompagnement personnalisé dans les démarches judiciaires et administratives doit en effet s'associer aux soins, afin d'aider au processus de reconstruction des personnes impliquées.

Certificat médical initial d'une victime d'attentat terroriste

La rédaction d'un certificat médical de coups et blessures physiques et psychiques relève d'un constat que tout médecin inscrit à l'Ordre des médecins doit pouvoir établir à la demande de la victime, ou sur réquisition d'une autorité judiciaire. Afin d'alléger et d'anticiper le parcours médico-judiciaire, nous conseillons de proposer, dès le premier recours médical, l'établissement de ce certificat. En effet, ce premier temps de soin implique souvent le récit de l'évé-

nement traumatique et de ses suites. Une nouvelle consultation ultérieure imposée par les autorités judiciaires expose à un nouveau et obligatoire rappel de l'événement, dans un processus souvent épuisant. Cette consultation, alors déclenchée par la procédure, fait parfois entrave aux stratégies individuelles de récupération psychologique.

La rédaction du certificat médical répond à des impératifs légaux : le médecin doit ne rapporter que ce qui est constaté (sans interprétation ni tri) ; le certificat doit comporter l'identification du médecin signataire (nom, prénom, adresse, numéro d'inscription à l'Ordre des médecins), l'identification de la victime (nom, prénom, date de naissance), celle du représentant légal ou d'un traducteur éventuel, la signature du praticien, la date, l'heure et le lieu de l'examen.^{1,2} Par ailleurs, si le certificat médical est effectué sur réquisition, il doit mentionner la prestation de serment (sauf si le rédacteur est expert inscrit auprès d'une cour d'appel), et indiquer le nom et la fonction du requérant.^{1,2}

Lors de l'entretien avec le patient, le médecin doit répertorier le type d'exposition au traumatisme, de la manière la plus précise possible (lieu, durée, exposition visuelle, sonore ou autre). Il doit ensuite décrire l'ensemble des symptômes psychiques qui ont émergé dans les suites de l'agression, en précisant la réaction péri-traumatique, post-traumatique immédiate, ainsi que l'état clinique objectivement constaté lors de l'examen.

Ce certificat doit comporter l'estimation d'un temps d'incapacité totale de travail (ITT). Pour rappel, l'ITT correspond à la période pendant laquelle il existe un retentissement significatif sur les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, se déplacer). En cas d'examen initial dans les heures qui suivent l'événement, nous proposons de délivrer une ITT provisoire minimale (de type « supérieure à quinze jours » ou « supérieure à trente jours »), cela malgré l'absence de parallélisme obligatoire entre la gravité de l'événement et l'intensité du traumatisme psychique. Cette ITT aidera à la recevabilité de la plainte pénale, et évitera, là encore, les répétitions d'examens en séquence. Elle pourra, le cas échéant, être complétée par une réévaluation ultérieure lors d'un nouvel examen à distance (le plus souvent sur réquisition en unité médico-judiciaire).^{1,2}

**RAPHAËLLE WALLAERT,
MATHIAS WOHL,
NICOLAS DANTCHEV**

Unité de psychiatrie,
hôpital Hôtel-Dieu,
Paris, France

nicolas.dantchev@aphp.fr

Les auteurs
déclarent n'avoir
aucun lien d'intérêts.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

À l'occasion du dispositif de prise en charge hospitalière des victimes d'attentats mis en place à l'hôpital Hôtel-Dieu en novembre 2015, des certificats médicaux initiaux de retentissement psychologique mentionnant l'ITT ont été systématiquement établis. Cette préconisation a été reprise dans le référentiel national des cellules d'urgence médicopsychologique (CUMP).³ Nous proposons un modèle qui peut aider tout praticien à l'établissement de ce certificat (fig. 1).

Informations sur le parcours judiciaire

Ce premier examen permet de délivrer une information quant aux possibilités d'aide juridique et psychologique, d'expliquer l'importance d'une plainte pénale et les principes de l'indemnisation. Cette information est bien sûr ajustée à l'état clinique de la personne exposée.

L'examen médical permet de conseiller le patient et de l'orienter vers un soutien psychologique, psychiatrique, et juridique. Dès les premiers moments, il est recommandé d'indiquer les lieux et coordonnées des associations d'aide aux victimes qui offrent un accompagnement d'information et de soutien, qui peut se maintenir tout au long de la procédure judiciaire, du dépôt de la plainte jusqu'à l'exécution de la décision.^{1,2}

Ce premier temps d'accès aux soins doit également souligner l'intérêt de se diriger rapidement vers les services de police afin de réaliser un dépôt de plainte pénale. Cette démarche, bien qu'essentielle à la reconnaissance ultérieure, est parfois difficile pour les personnes exposées non blessées physiquement, qui vont souvent mettre plusieurs semaines à constater ou accepter le niveau d'impact psychologique. Pour faciliter cette démarche de plainte, une permanence de police a parfois été mise en place à proximité des lieux de soins. De manière complémentaire, des volontaires des CUMP ont pu organiser une présence sur les lieux des services de police qui recevaient les plaintes, afin de faciliter dès les premiers jours l'accès à une prise en charge.

Il est important d'informer la victime de ses droits à se constituer partie civile. Précisons qu'après la survenue d'un acte de terrorisme, les victimes, les familles des personnes décédées et toute personne s'estimant lésée peuvent se constituer partie civile, une information judiciaire étant systématiquement ouverte par le parquet. Cette disposition permet d'être informé de l'évolution du dossier, d'avoir accès à l'ensemble des pièces et de solliciter une audition et la réalisation d'actes d'investigation auprès du juge d'instruction. La constitution de partie civile peut se faire à tout moment de la procédure, jusqu'au jour de l'audience.⁴

Enfin, les personnes exposées doivent être informées de la possibilité d'une indemnisation par le Fonds de garantie des victimes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI). La saisine de ce fonds peut être effectuée par le procureur de la République qui adresse la liste unique de victimes (LUV), constituée notamment à partir du relevé des plaintes pénales. Cette liste n'est cependant pas limitative. Ainsi, toute personne non signalée qui s'estime victime d'un acte de nature terroriste peut saisir le FGTI pour une demande d'indemnisation, si elle apporte les justifications nécessaires. Elle dispose pour ce faire d'un délai de 10 ans à compter de la date de l'attentat (article L. 422-3 du code des assurances).^{4,6}

Au niveau de la politique publique, la délégation interministérielle à l'aide aux victimes, qui a relayé en aout 2017 le secrétariat d'état à l'aide aux victimes, vise à améliorer la coordination dans la prise en charge immédiate des victimes de terrorisme. Il est en charge de la cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV), dont les missions sont précisément de centraliser les données concernant les impliqués, d'informer et d'accompagner la victime et son entourage, de coordonner l'action de tous les ministères intervenants, en relation avec les associations et le parquet (fig. 2).^{4,5}

**CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL
CONCERNANT LE RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE**

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie avoir examiné le __/__/__ à _____
 sur réquisition d'un examen de retentissement psychologique ; autorité requérante _____
 à la demande de l'intéressé(e)
Mme/M _____ ; né(e) le __/__/__

Qui déclare avoir été exposé(e) à :
Type d'événement (attaque, accident, etc.) : _____
Lieu _____ Date __/__/__ Heure __ h __
Niveau d'implication : direct témoin entourage
Type d'exposition _____
Précisez le détail des perceptions potentiellement traumatiques :

A l'examen :
Contact : _____
Décrit une réaction immédiate à type de :
 déréalisation activité automatique agitation prostration sensation de mort imminente
 peur intense amnésie
Détails : _____

Rapporte des réactions ultérieures à type de :
 troubles attentionnels _____
 troubles de l'appétit _____
 hypervigilance anxieuse _____
 ruminations anxieuses _____
 syndrome de répétition _____
 symptômes dépressifs _____
 conduites d'évitement _____
 réaménagement de la vie quotidienne _____
Préciser la durée et le type de gêne fonctionnelle significative dans les actes de la vie courante :

Traitement depuis les faits _____
Arrêt de travail depuis les faits _____

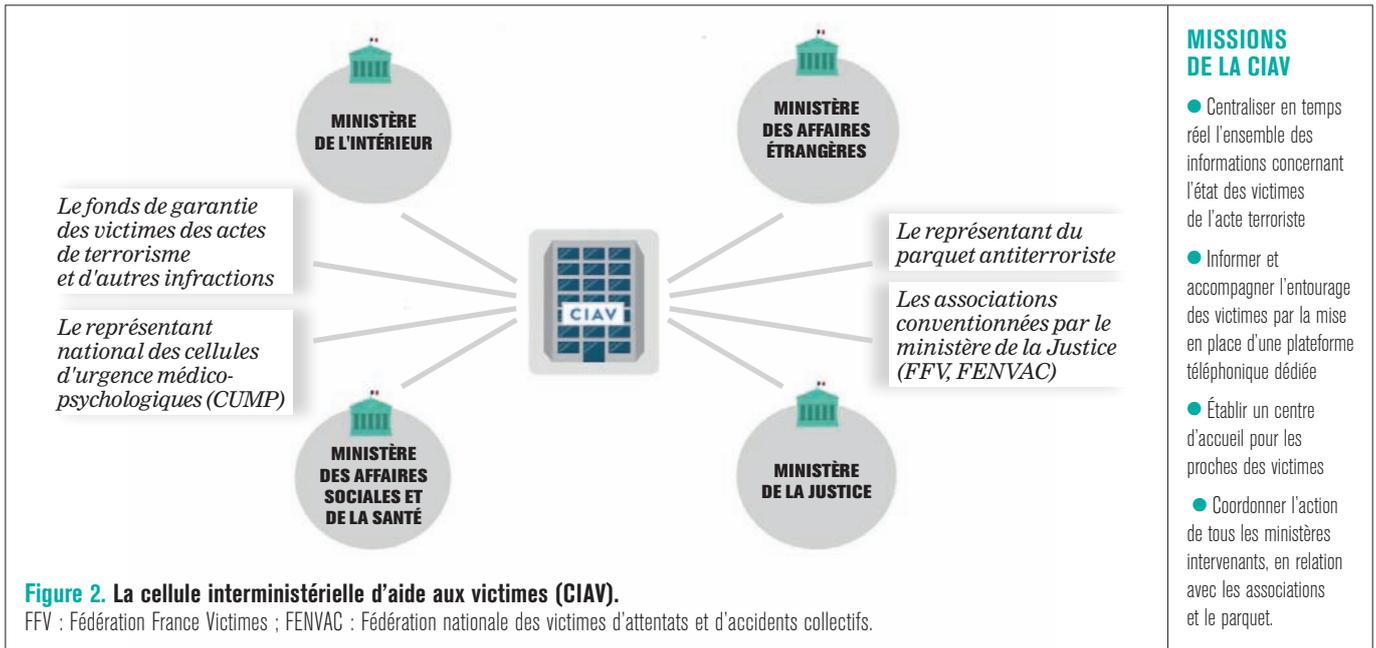
Au total, ce jour, il existe un retentissement psychologique sévère modéré léger.
Les lésions constatées ce jour et leur retentissement fonctionnel justifie une INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (ITT) psychologique, exprimée en nombre de jours de gêne fonctionnelle significative de _____ (en lettres), soit ____ jours (en chiffres) à compter de la date des faits (art. 222-7 à 222-16 du Code Pénal), sous réserve de complications.

Copie remise à l'intéressé(e) : oui non

Date de rédaction du certificat : __/__/__ Signature Cachet

Figure 1. Exemple de certificat médical initial de retentissement psychologique.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE



Procédure d'indemnisation

L'indemnisation par le FGTI concerne l'intégralité des dommages corporels (physiques et psychiques) et les préjudices moraux et économiques. Cette indemnisation concerne aussi bien les victimes et personnes impliquées que les ayants droit des victimes décédées. Le FGTI verse une première provision au plus tard un mois après avoir reçu la demande de la victime pour faire face aux premiers frais, ce qui constitue une avance financière sur l'indemnisation définitive. Si la situation le justifie, d'autres provisions pourront être versées tant que l'indemnisation définitive du préjudice ne sera pas intervenue.⁶ En effet, l'indemnisation définitive nécessite une procédure parfois longue, à la recherche d'une « juste indemnisation ».

L'évaluation du préjudice ne se fera qu'après une expertise médico-légale complète organisée par le FGTI, qui comporte une expertise principale parfois complétée d'avis spécialisés (notamment psychiatriques). Le principe de ces expertises est d'évaluer les postes de préjudice, à travers l'examen médical, aidé des documents médicaux présentés par la victime. L'évaluation des séquelles permanentes ne peut se faire que si l'état est « consolidé », c'est-à-dire stabilisé et peu susceptible d'évolution en aggravation ou amélioration. En l'absence de consolidation, l'expert reverra le demandeur à une date ultérieure avant de pouvoir évaluer définitivement le dommage subi, ce qui n'est parfois possible qu'après plusieurs mois ou années. C'est pour éviter une répétition d'examens que le FGTI recommande aux victimes d'interroger leur

médecin traitant ou le spécialiste qui les suit pour savoir si leur état clinique est évolutif, ou si l'expertise définitive peut avoir lieu.

Après consolidation, l'offre d'indemnisation définitive est présentée par le FGTI au plus tard trois mois après réception des justificatifs des préjudices. La victime dispose alors d'un délai de 15 jours de recours concernant l'offre d'indemnisation. En cas de refus, ce sont les tribunaux qui déterminent judiciairement le montant que le FGTI devra régler.⁶

Par ailleurs, les victimes d'actes de terrorisme peuvent bénéficier des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, au titre de victimes civiles de guerre.^{4,5} En ce qui concerne les organismes d'assurance maladie, depuis décembre 2015, les personnes présentes sur les lieux de l'attentat ayant subi un dommage lié directement à l'acte de terrorisme peuvent bénéficier d'un remboursement à 100 % de tous les soins liés à l'acte de terrorisme (loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale).^{4,5}

CONCLUSION

Les dispositifs d'aide aux victimes d'actes terroristes ont pour but de reconnaître et de soulager la souffrance. Les démarches légales accompagnent cette lente reconstruction. Le praticien, mobilisé aux différentes étapes, participe à cette démarche par ses certificats, en particulier le certificat initial, et via l'information qu'il délivre. Cette information implique sa connaissance des démarches judiciaires et des acteurs institutionnels que la victime doit activer afin d'obtenir, souvent après des années, une indemnisation définitive. ●

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

CAS PARTICULIER : RESSORTISSANTS FRANÇAIS VICTIMES D'UN ATTENTAT À L'ÉTRANGER

La qualification de l'infraction comme « acte terroriste » incombe aux autorités de l'État dans lequel l'acte survient.

◆ Lors d'un attentat

Lors d'un attentat, des dispositifs particuliers de gestion de l'événement sont mis en place par les autorités consulaires et judiciaires françaises afin de coordonner l'information et la prise en charge de l'ensemble des familles et il peut être proposé un dispositif simplifié d'indemnisation en parallèle de la procédure pénale.

◆ Dépôt de plainte

La victime ou ses ayants droit ont la possibilité de déposer plainte auprès des autorités locales qui peuvent dénoncer officiellement le crime aux autorités françaises. Dans ce cas, la qualification pénale de l'infraction sera fixée par la loi nationale. Les droits des plaignants, en termes notamment d'information sur l'évolution de la procédure, de statut à l'audience et d'indemnisation dans le cadre de la procédure

pénale, sont alors fixés par la législation nationale applicable dans le pays où les faits ont été commis.

La victime ou ses ayants droit ont la possibilité de déposer plainte auprès du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie de leur domicile et ainsi de se constituer partie civile devant le juge d'instruction du tribunal de leur domicile. En effet, l'article 113-7 du Code pénal dispose que « la loi française est applicable à tout crime, ainsi qu'à tout délit puni d'emprisonnement, commis par un Français ou par un étranger hors du territoire de la République lorsque la victime est de nationalité française au moment de l'infraction ».

Il n'est pas utile qu'il y ait une réciprocité d'incrimination (c'est-à-dire que les deux pays qualifient de la même façon les faits dès lors que ceux-ci sont considérés en France comme un délit ou un crime). Le critère de nationalité ne s'attache qu'à la victime directe. Si la victime ne dispose d'aucune résidence en France, la juridiction compétente est le parquet de Paris.

◆ Demande d'indemnisation

La victime, ou ses ayants droit, peuvent transmettre directement une demande d'indemnisation au Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et autres infractions (FGTI)*. Ils peuvent en complément s'adresser à l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM)** qui pourra leur accorder une assistance psychologique et juridique (informations sur ses droits, aide pour déposer le dossier d'indemnisation).

La Fédération nationale des victimes d'attentats et d'accidents collectifs (FENVAC)*** propose de façon complémentaire soutien psychique et informations.

* FGTI – www.fondsdegarantie.fr

Tél. : 01.43.98.77.00 ou 01.43.98.77.39

** INAVEM – www.france-victimes.fr

N° national « 08 victimes » 08 842 846 37

Tél depuis l'étranger : +33 (0)1 41 83 42 08

e-mail : 08victimes@inavem.org

*** FENVAC – www.fenvac.org

Tél. : 01 40 04 96 87

e-mail : federation@fenvac.org

RÉFÉRENCES

1. Scheid I, Wohl M, Dantchev N. Réquisition pour motif psychiatrique en structure d'urgences. Urgences 2013;6:1-14. http://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/006_Dantchev.pdf ou <http://bit.ly/2AUcvVe>
2. Haute Autorité de santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Recommandations de bonnes pratiques, HAS 2011. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf ou <http://bit.ly/2BEO29R>
3. Dantchev N, Ben Younes S, Mullner J, Wallaert R, Wohl M, Cantin D. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge psychologique hospitalière des impliqués. Ann Fr Med Urgence 2016;6:55-61. https://archives-rig.revuesonline.com/gratuit/AFMU6_1_133410055.pdf ou <http://bit.ly/2yRVXek>
4. Holveck J. La prise en charge des victimes de terrorisme : un enjeu devenu majeur. Droit Pénal. Lexisnexis Jurisclasseur, octobre 2016. <http://www.tendancedroit.fr/la-prise-en-charge-des-victimes-de-terrorisme-un-enjeu-devenu-majeur/> ou <http://bit.ly/2zkC9nw>
http://www.lexisnexis.fr/pdf/2016/Droit_penal/Etudes/dpn1610etude20.pdf ou <http://bit.ly/2BsX0JB>
5. Gouvernement.fr. Démarches -Victimes d'attentat : guide-victimes.gouv.fr, le guichet unique d'information et de déclaration. www.gouvernement.fr/guide-victimes/guide-victimesgouvfr-le-guichet-unique-d-information-et-de-declaration-pour-les-ou ou <http://bit.ly/2abqGNn>
6. Quelle indemnisation pour les victimes du terrorisme ? La lettre d'information du Fonds de garantie, février 2016. <http://fondsdegarantie.cab08.net/media/FGO216/fondegarantie-terro2.pdf> ou <http://bit.ly/2Bs4Cap>

RÉSUMÉ VICTIMES D'ATTENTATS : ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

La France a récemment été le terrain de multiples attaques terroristes confrontant de nombreux médecins, parfois non spécialisés, à prendre en charge un afflux soudain et massif de personnes exposées. Dans ce cadre, l'urgence médicale initiale se complète d'un accompagnement dans les démarches médico-judiciaires. Celles-ci, souvent peu connues des non-spécialistes, sont nécessaires à la reconnaissance du statut de victime. Elles comportent plusieurs étapes bien définies. Nous proposons des recommandations afin de guider le praticien dans la rédaction du certificat médical initial, et dans l'accompagnement aux démarches de plainte pénale et d'indemnisation.

SUMMARY VICTIMS OF TERRORIST ATTACKS: FORENSIC ISSUES

France has recently suffered multiple terrorist attacks. A lot of physicians had to face massive incoming victims. The first priority was somatic and psychological care. However, lack of juridical counseling led to delay in victim status recognition. Legal procedures are essentials in patients' recovery. We propose guidelines for medical certificate writing and first response legal orientation of terrorism victims.

MOTS-CLÉS

démarches médico-judiciaires, attentats terroristes, terrorisme, reconnaissance du statut de victime, certificat médical initial.

KEY WORDS

victim status recognition, terrorist attacks, juridical counseling, medical certificate.

À RETENIR

TSPT : les messages clés

THIERRY BAUBET

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CUMP 93, hôpital Avicenne, Bobigny, France

thierry.baubet@aphp.fr

T. Baubet déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

- 1** Les événements traumatogènes (susceptibles d'induire un TSPT [trouble de stress post-traumatique]) sont des événements soudains et imprévus qui confrontent à une menace pour la vie ou l'intégrité physique ainsi que l'ensemble des agressions sexuelles.
- 2** Les personnes affectées peuvent développer des troubles aigus dès les premières heures et dans le premier mois (dissociation, stress traumatique aigu). La présence ou l'absence de ces symptômes n'est pas prédictive de l'évolution vers une pathologie chronique (TSPT).
- 3** Les cellules d'urgence médico-psychologique interviennent dans le cadre des SAMU à la suite d'un appel au 15 en cas d'événements traumatogènes collectifs (accidents, attentats, catastrophes, morts violentes en public...) dans l'immédiat et le mois qui suit l'événement.
- 4** Le TSPT associe des reviviscences (réactualisation de la scène traumatique produisant une grande détresse), des symptômes d'évitement, un état d'alerte, des troubles cognitifs et des émotions négatives, pendant une durée supérieure à un mois. La chronicisation est fréquente, de même que les comorbidités (dépression caractérisée, addictions, suicidalité).
- 5** De nombreuses personnes souffrant de TSPT ne cherchent pas d'aide spécialisée pour de multiples raisons : sentiment de honte, de culpabilité, évitement. Pourtant, ce trouble se soigne. Les omnipraticiens et les autres spécialistes ont un rôle fondamental de dépistage et d'orientation. La recherche d'antécédents d'événements traumatogènes devrait faire partie de toute anamnèse.
- 6** Le traitement de première ligne du trouble de stress post-traumatique est psychothérapique. L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme et de l'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est bien démontrée. En France, bien que peu d'essais cliniques aient été menés à ce jour les thérapies psychodynamiques sont fréquemment pratiquées.
- 7** Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont indiqués lorsque la psychothérapie est peu efficace ou refusée par le patient, et en cas de dépression caractérisée associée. Les benzodiazépines ne sont jamais indiquées en traitement de fond.
- 8** Le TSPT concerne également les enfants, même très jeunes. Il interfère avec le développement de l'enfant dans tous les domaines : affectif, cognitif, socialisation. Tout changement dans le comportement de l'enfant après une confrontation à un événement traumatogène doit alerter.
- 9** Lorsque l'événement résulte d'une infraction (agression, attentat), le certificat médical initial et l'accompagnement médico-judiciaire sont fondamentaux pour la reconnaissance du statut de victime et l'obtention des droits qui lui sont liés.