Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 24 Septembre 2012 à Poitiers
par Melle Anne-Sophie BARON

Le Psychotraumatisme: abords théoriques.
Tempête Xynthia, étude sur les sinistrés de La Faute-sur-Mer deux ans après.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Monsieur le Professeur Louis CROCQ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Yves GUIROY

REMERCIEMENTS

Au Docteur Jean-Yves GUIROY
Psychiatre

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de notre thèse.
Vous avez au cours de notre travail toujours su associer l'humour et la rigueur.
Nous vous remercions pour votre soutien, la pertinence de vos conseils, votre grande disponibilité et votre patience.
Veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude et de tout notre respect.

Au Professeur Jean-Louis SENON

Professeur de Psychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de notre thèse.

Nous avons le privilège de vous côtoyer chaque jour et de bénéficier de votre enseignement et de votre grande culture. La confiance dont vous avez fait preuve à notre égard est plus qu'un honneur.

Nous vous remercions pour vos conseils, votre disponibilité et l'attention que vous nous accordez.

Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance, de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

Au Professeur Ludovic GICQUEL

Professeur de Pédopsychiatre

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.
Votre présence dans notre jury nous permet de vous remercier pour votre enseignement et votre disponibilité.
Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profonde considération.

Au Professeur Pierre INGRAND

Professeur de Santé Publique

Avec gentillesse vous avez accepté de faire partie de notre jury et de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de tout notre respect.

Au Professeur Louis CROCQ

Professeur associé de Psychiatrie

Vous nous comblez en acceptant d'examiner notre thèse.
Vous êtes pour nous une référence et l'attention que vous portez à notre travail est plus qu'un honneur.
Veuillez accepter l'expression de notre plus grand respect et de notre profonde considération.

Ma reconnaissance:

Au Docteur Geneviève POTIRON, pour son soutien tout au long de ce travail, pour sa confiance et ses précieux conseils.

A Wala HAMMI, statisticienne à l'Unité de Recherche Clinique de Poitiers, pour sa patience, son aide précieuse tout au long de ce travail et sa grande disponibilité.

A l'AVIF pour son aide dans la réalisation de notre étude ainsi qu'à tous les sinistrés qui y ont participé.

A Paulette et Armand MORAND, Dominique et Roger METAIS, pour leur aide dans la réalisation de notre étude.

A tous les psychiatres, médecins, infirmiers et secrétaires avec lesquels j'ai travaillé et qui ont participé à ma formation.

A Mme le Docteur Guiroy, pour sa tolérance et sa patience durant toute la réalisation de ce travail.

Je dédie cette thèse:

A mon père, pour sa complicité, son soutien sans faille et son amour. Merci de m'avoir transmis la vocation et la passion pour cette belle spécialité qu'est la Psychiatrie…

A ma mère, pour sa présence, son soutien et son amour.

A mon frère, pour son humour, sa complicité, sa présence et son amour.

A mes grands-parents, Ginette et Michel pour leur aide durant tout mon cursus scolaire, leur présence, leur affection et leur soutien depuis toujours.

A ma grand-mère Simonne, qui n'a jamais douté de ma réussite et dont le souvenir m'accompagne chaque jour…

A mon grand-père Robert, qui sera toujours présent dans mon cœur et qui m'a donné la pugnacité en héritage…

A toute ma famille…

A mes amis Céline, Julien, Clémentine, Vincent, Sophie, Mathilde pour leur présence, leur patience, leur affection et tous les bons moments que nous allons encore partager…

A toute la bande des soirées "ADP"…

A Joëlle.

A Françoise, Alain, et tous ceux que j'aime et qui comptent pour moi, ils se reconnaitront…

A Alpha et Roméo, Garlic, Rocco, Newton, Basile, Maurice, Beluga, Sigmund, Fouks, Upsa, Baloo, Nounou, Roger, Joël, Marc-Aurèle, Coin-Coin…

"Le sang coulait encore et le soleil couchant dorait ces chairs ruisselantes de sang […] cette terrible apparition m'a longtemps poursuivi…"

Adèle Hugo: "Victor Hugo raconté par un témoin de sa vie" .1863.

Table des matières

INTRODUCTION 10

RAPPELS HISTORIQUES 11

I- Le psychotraumatisme 11

a. Les précurseurs : récits légendaires, rêves de bataille et "vent du boulet" 11

b. Les fondateurs : découverte de l'inconscient traumatique : Oppenheim, Charcot, Janet, Freud et quelques autres 12

c. Les continuateurs : la psychiatrie de guerre prend le relai. 13

d. Les novateurs 15

II- Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) 17

a. Au niveau national 17

b. Expérience locale de la CUMP 79 20

GENERALITES 23

I- L'évènement 23

II- Les entités cliniques 24

a. Etat de stress aigu ou ESA 24

b. Etat de stress post-traumatique ou ESPT 25

III- Approches catégorielles 26

a. Les traumatismes de type I, de type II et de type III 26

b. Les traumatismes simples et complexes 27

c. Les traumatismes directs et indirects 27

IV- Approches théoriques 28

a. Approche phénoménologique du psychotraumatisme 28

b. Approche selon Pierre JANET (1859-1947) du psychotraumatisme 31

c. Approche psychanalytique 33

d. Les modèles comportementalistes et cognitivistes 37

e. "Les Lazaréens" 38

V- Epidémiologie 39

a. Etudes de prévalence 39

b. Facteurs de risque 41

c. Facteurs protecteurs 42

NEUROBIOLOGIE DE L'ESPT 43

I- Physiologie de la mémoire 43

a. Organisation de la mémoire ou modèle de Tulving 43

b. Etapes de la mémorisation 44
c. Organisation structurale : modèle de Squire 45
d. Mémoire émotionnelle 47
II- Neuroanatomie 48
a. Hippocampe 48
b. Amygdale 49
c. Cortex préfrontal 50
d. Cortex cingulaire antérieur 50
e. Locus cœruleus 51
III- Mécanismes neurobiologiques 51
a. Systèmes noradrénergiques 52
b. Systèmes sérotoninergiques 53
c. Systèmes dopaminergiques 53
d. Systèmes glutamatergiques 54
e. Systèmes gabaergiques 54
f. Opiacés 55
g. Neuropeptide Y 55
IV- Neuroendocrinologie 56
a. Le cortisol 56
b. Testostérone 60
c. Œstrogènes 60
V- Génétique 60
PRISE EN CHARGE DU PSYCHOTRAUMATISME 61
I- Rappels sur la clinique de la réaction immédiate 61
a. La réaction immédiate adaptative 61
b. La réaction immédiate inadaptée 62
c. Les réactions névropathiques ou psychotiques 62
II- Prise en charge en aigu sur le plan psychique 63
a. Historique des débriefings psychologiques 64
b. autres types de débriefings 67
c. discussion sur les positions actuelles 72
d. Prise en charge précoce ou *defusing* 73
e. Bilan 77
III- Exemples de complications somatiques 78

a. Syndrome de Tako-Tsubo 78
b. Angio-œdème héréditaire (AOH) 80
IV- Prise en charge à distance et au long cours 80
a. Abord pharmacologique 80
b. Abord psychothérapeutique 81
ETUDE 83
I- Introduction 83
II- Justificatif de l'étude 84
a. Contexte 84
b. Hypothèse d'étude et but de la recherche 85
III- Méthodologie 85
a. Objectifs de l'étude 85
b. Population étudiée 85
c. Principe de l'étude 86
d. Instruments d'évaluation utilisés 86
e. Résumé des méthodes statistiques 87
IV- Résultats 88
a. Description de la population étudiée 88
b. Résultats 89
c. Limites ou biais de l'étude 96
V- Discussion 97
CONCLUSION 101
ANNEXES 102
I- Tableau des équivalences de diagnostic entre la réalité clinique, le système DSM-IV et la CIM 10. (L. CROCQ 1998) 102
II- Plan de la zone de distribution des questionnaires à La Faute-sur-Mer. 103
III- Echelle PCLS. 104
IV- Sondage remis aux sinistrés. 105
V- Poster CUMP 79 pour congrès de l'AFORCUMP 2010. 108
BIBLIOGRAPHIE 109

INTRODUCTION

La spécificité du syndrome psychotraumatique a été longtemps méconnue des cliniciens comme des experts. La pathologie traumatique était banalisée dans le fourre-tout de la pathologie réactionnelle ou bien n'était envisagée que de façon fragmentaire, y compris après un traumatisme crânien où on n'allait pas au-delà du "syndrome subjectif des traumatisés crâniens".

Actuellement, l'attention est portée autour de l'évaluation des résultats des interventions à visée préventive ou curative, et à la mise en évidence du développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT) dans les suites d'un évènement traumatique. L'ESPT est un trouble fréquent dont le retentissement socio-économique est important, sa gravité étant surtout en lien avec sa chronicisation et ses comorbidités. La prise en charge du psychotraumatisme est un véritable enjeu de santé publique.

C'est à l'occasion de notre participation avec la CUMP 79 intervenue en renfort de la CUMP 85, au lendemain de la tempête Xynthia, que la réalisation d'un travail autour du psychotraumatisme a éveillé notre intérêt.

Ainsi, nous avons choisi dans un premier temps, de travailler les aspects théoriques du psychotraumatisme, puis dans un second temps, d'étayer notre travail par une étude portant sur l'état psychique des sinistrés de La Faute-sur-Mer, deux ans après la terrible catastrophe. Il nous est apparu intéressant, après deux années de recul, de mesurer les retentissements psychiques et les états de stress post-traumatique persistants dans cette population.

RAPPELS HISTORIQUES

I- Le psychotraumatisme

La pathologie psychotraumatique est connue depuis très longtemps, déjà dans l'Antiquité avec l'Epopée de Gilgamesh jusqu'à nos jours. En revanche, l'histoire de leur prise en charge est plus récente.

Au cours de nos lectures, nous avons retrouvé dans de nombreux travaux, principalement ceux du Général L. Crocq, un découpage en quatre périodes de l'historique du trauma : les précurseurs; les fondateurs; les continuateurs; les novateurs.

a. Les précurseurs: récits légendaires, rêves de bataille et "vent du boulet"

La réflexion sur le trauma est aussi ancienne que la violence des hommes et leur interrogation face à l'irruption incompréhensible et parfois brutale de la mort. Les premières traces de description de psychotraumatisme datent de 2000 av. JC avec le récit de l'épopée mésopotamienne de Gilgamesh (qui pleure la mort d'Enkidu et dont l'angoisse le pousse à poursuivre la vie sans fin), puis en 900 av. JC dans l'Iliade d'Homère. L'Antiquité nous livre également de véritables tableaux cliniques, tel le cas du guerrier athénien Epizelos (390 av. JC) qui lors de la bataille de Marathon "perdit la vue sans avoir été frappé ni de près, ni de loin" (Hérodote), description d'une véritable cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille. On retrouve aussi des références à des rêves traumatiques dans le traité des songes d'Hippocrate (400 av. JC), l'Anabase de Xénophon (390 av. JC), le De natura rerum de Lucrèce (vers 55 av. JC) et, plus tard, dans la Chanson de Roland (vers 1100) - Aude meurt sur le coup en apprenant la mort de Roland à Roncevaux le 15 aout 778 - et dans les Chroniques de Froissard (1388). Le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy dont il fut témoin en 1572, se plaint à Ambroise Paré d'être assailli par des hallucinations et des cauchemars terrifiants qui lui font dresser les cheveux sur la tête, thème repris par Agrippa d'Aubigné dans son poème les Tragiques -"mes cheveux étonnés hérissent en ma tête"- en décrivant les atrocités auxquelles il a assisté en participant aux guerres de religion dans les rangs des huguenots.[35]

A la même époque, Shakespeare dans Roméo et Juliette et Henri IV, mentionne des rêves de bataille et des cauchemars de guerre, et dans Mac Beth décrit des symptômes psychotraumatiques ressentis par le couple Macbeth torturé par la culpabilité de ses crimes. En 1654, ses chevaux emballés manquent de verser le carrosse de Pascal dans la Seine au pont de Neuilly. Il présentera ensuite tous les symptômes de ce qui sera dénommé plus tard névrose traumatique, symptômes décrit par P. Pinel (Nosographie Philosophique, 1798).

Pinel (1809) rapporte des cas cliniques déterminés par les "émotions morales" consécutifs aux évènements de la Révolution et de l'Empire, qui lui permettent de réaliser le classement suivant, selon la sémiologie dominante : l'idiotisme, la manie ou la mélancolie, et surtout les

névroses de la circulation et de la respiration, préfigurations de la névrose traumatique. Goethe, présent à la bataille de Valmy, décrit le bruit étrange et au caractère inquiétant des boulets de canon qui passent près de lui, "comme le frottement d'une toupie, le bouillonnement de l'eau et la voix flutée de l'oiseau", et rapporte l'état d'étrangeté qui l'étreint alors qu'il est entouré par le brouillard de la bataille. Desgenettes, Percy et Larrey, trois médecins de la Grande Armée, décrivent sous le terme de "vent du boulet" les états confuso-stuporeux présentés par les combattants épargnés de justesse par l'explosion d'un obus ou le souffle d'un boulet, tout près d'eux.

Les guerres du milieu du XIXe siècle sont encore plus vulnérantes et pourvoyeuses d'horreur. Dans *Un souvenir de Solferino*, Henri Dunant, spectateur horrifiée et secouriste bénévole de la bataille du 24 juin 1859, décrit, trois ans après les faits, l'hébétude et le désespoir des soldats blessés abandonnés sans secours sur le champ de bataille, ainsi que le désarroi émotionnel des secouristes. M. Da Costa et S.W. Mitchell, médecins dans l'armée nordiste durant la guerre de Sécession américaine (1861-1865) ont décrit, respectivement, le "cœur du soldat" -une sorte d'anxiété cardio-vasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, réductible par la digitaline et le repos- et l'hystérie post-émotionnelle ou "nostalgie" chez l'homme, avant Charcot, mais après Briquet dont le Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie (1859) mentionne nombre de cas d'hystérie réactionnelle à des frayeurs et autres chocs moraux.

b. Les fondateurs: découverte de l'inconscient traumatique: Oppenheim, Charcot, Janet, Freud et quelques autres

En 1888, l'Allemand Herman Oppenheim, au sujet des accidents de chemin de fer, décrit sous le nom de névrose traumatique une entité clinique autonome comprenant le souvenir obsédant de l'accident, des troubles du sommeil (agitation), des cauchemars de reviviscence, les phobies électives (dont la sidérodromophobie ou phobie du chemin de fer) et la labilité émotionnelle. Il opte sans ambiguïté pour la thèse psychogénique incriminant l'effroi (Schreck), qui provoque un ébranlement psychique "tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable". Sa description clinique s'intègre dans le contexte de l'intérêt porté à la pathologie psychique consécutive aux accidents de chemin de fer, attribuée généralement aux effets mécaniques de la commotion de l'encéphale (d'où le railway brain et le railway spine de Putnam et Walton en 1884), tandis que certains cliniciens dont J.-M. Charcot à la Salpêtrière, optaient pour l'hypothèse émotionnelle, au vu des disproportions évidentes entre certains tableaux cliniques spectaculaires et le choc physique minime qui était censé les avoir déterminés.[35] Charcot n'a jamais reconnu l'existence de la névrose traumatique préférant rattacher ce symptôme clinique à l'hystérie, la neurasthénie, voire l'hystéro-neurasthénie, diagnostic créé pour la circonstance. Après la mort de Charcot en 1893, la névrose traumatique gagne son droit de cité, et se voit consacrer des ouvrages démonstratifs comme celui de J. Crocq, qui distingue les "névroses traumatiques graves" avec commotions et lésions organiques probables, et les "névroses traumatiques pures"

fonctionnelles dues à la seule frayeur. Nous retrouvons également la névrose traumatique dans la nosographie allemande notamment avec Kraepelin (1889).

1889 est l'année du Congrès de Paris sur l'hypnotisme et de la thèse de P. Janet, *l'automatisme mental*, dans laquelle il présente 21 cas d'hystérie et de neurasthénie, dont plus de la moitié sont traumatiques. Il montre que ces états peuvent être réduits par induction hypnotique et attribue leur pathogénèse à la "dissociation de la conscience", la partie de la conscience liée à la souvenance brute de l'expérience traumatique (il s'agit d'une espèce de souvenir portant plus sur des sensations et des éprouvés bruts que sur des représentations mentales et qu'il dénomme "idée fixe") faisant bande à part dans un recoin de la conscience, tel un corps étranger, et suscitant des actes et des rêveries archaïques, inadaptés, automatiques, sans liaison avec le reste de la conscience qui continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.

Freud, venu à Paris assister à ce congrès, y découvre que Janet professe des idées semblables aux siennes et publie quelques années plus tard en collaboration avec Breuer ses conceptions sur la question: il emprunte à Janet les hypothèses de la dissociation du conscient et du corps étranger "parasite", trouve le mot de réminiscence, que Janet n'avait pas su trouver, et prône une thérapeutique cathartique de ces hystéries traumatiques, dans laquelle il convient de faire revivre l'évènement assorti de toute sa charge d'affect et de faire associer à son sujet.

Dans l'histoire de la pensée psychiatrique, la découverte de l'inconscient traumatique a donc inauguré celle de l'inconscient. Janet y a devancé Freud; mais les deux médecins de marine Bourru et Burot, professeurs à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, les avaient précédés l'un et l'autre en publiant en 1888, dans leur ouvrage *les variations de la personnalité*, le cas Louis Vivet, guéri de conversions hystériques multiples par reviviscence sous hypnose d'un évènement traumatique qui avait eu lieu huit ans avant l'installation des premiers symptômes… mais aussi par l'utilisation d'esthésiogènes.

c. Les continuateurs: la psychiatrie de guerre prend le relai.

Le XXe siècle a été un siècle de guerre qui n'a pas connu une année sans qu'il y ait une guerre quelque part sur la planète, avec son cortège de violence, de souffrance et de misère.

La guerre des Boers (1899-1902), en Afrique du Sud, a connu des cas de conversion hystérique après une émotion violente éprouvée au combat. Idem concernant la guerre russo-japonaise de 1904-1905, à laquelle l'Allemand Honigman, psychiatre volontaire à la croix rouge, a participé et a créé le terme de "névrose de guerre" (1908). C'est également au cours de ce conflit que fut instaurée la doctrine de la "psychiatrie de l'avant", avec charrettes hippomobiles (le chemin de fer transsibérien était inachevé) parcourant le front à la recherche des blessés psychiques, triés, puis traités à proximité du front.

Mais ces expériences furent totalement oubliées quand la première guerre mondiale éclata, et la masse des blessés psychiatriques évacués sur les hôpitaux de l'arrière et persévérant dans leurs symptômes pour ne pas être renvoyés au front, finit par constituer une fonte non négligeable des effectifs. Sur le plan clinique, "l'hypnose des batailles" identifiée par Milian (1915), désignant les états confuso-stuporeux observés dans les durs combats du début de la guerre, laissa place au "Shell-Shock" observé une fois que le front fut stabilisé et que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient écrasés sous les pilonnages d'artillerie. Le "shell-shock" ou "obusite" en français[34], était un diagnostic reconnu dans les deux camps, mais paraissant davantage provoqué par des syndromes post-émotionnels que post-commotionnels. Les diagnostics les plus souvent posés seront par la suite, l'anxiété, la neurasthénie et l'hystérie de guerre, puis la névrose de guerre et la psychonévrose de guerre. Sur le plan pathogénique, l'hypothèse commotionnelle céda peu à peu la place à l'hypothèse émotionnelle, et aux premières avancées de la psychanalyse dans ce domaine, rattachant le symptôme conversif à sa signification symbolique et inscrivant la pathogénie traumatique dans les avatars de la libido narcissique, tandis que l'Allemand E. Simmel insistait sur la régression de la personnalité sous l'impact du trauma (ensevelissement de la personnalité et "changement d'âme").[19] Sur le plan thérapeutique, toute la gamme des sédatifs connus de l'époque fut essayée avec plus ou moins de succès, ainsi que le repos, l'hypnose, la narco-analyse sous éther ou chloral et la psychothérapie appuyée de persuasion et même de conditionnement aversif par excitation électrique douloureuse. A la fin de la guerre, les dispositifs de psychiatrie de l'avant seront préconisés par les praticiens de l'époque, doctrine qui sera ensuite reprise et codifiée par l'Américain Salmon, avec les cinq principes: immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité et centralité.

De nouveau, lors de la seconde guerre mondiale, on assistera à une fonte des effectifs du fait des évacuations vers l'arrière, la leçon de la première guerre sur les dispositifs de l'avant était déjà oubliée. La circulaire Bradley en 1943 mettra fin à ces carences en restituant la psychiatrie de l'avant, préconisant un traitement et une observation d'une semaine des blessés psychiques et de n'évacuer vers l'arrière que les cas résistants. Ainsi, dans l'armée américaine, sur le plan clinique, on retrouve moins d'hystéries et davantage de troubles psychosomatiques. Sur le plan étiopathogénique, on incrimine non seulement la violence et la durée des combats, mais aussi les conflits intrapsychiques présents ou anciens et les conflits extra psychiques (conflits de groupe). Ordre est aussi donné de proscrire le label "névrose de guerre" au profit de celui "d'épuisement" (*exhaustion*), avec la connotation de "réaction normale à une situation anormale" et l'aphorisme "chacun a son point de rupture" (*breakdown point*).[36] La Seconde Guerre Mondiale s'achèvera avec la découverte des camps d'extermination nazis et l'explosion des bombes atomiques d'Hiroshima et Nagasaki. Le Français Targowla identifia très tôt le "syndrome des déportés", avec asthénie et hypermnésie émotionnelle (équivalent du syndrome de répétition), redécouvert une dizaine d'années plus tard par Eitinger qui le nomma "KZ syndrome", nom depuis adopté par la communauté internationale anglophone. Quant aux rescapés de la bombe atomique, c'est l'Américain Lifton qui, quinze ans après la fin de la guerre, définit un profil

psychopathologique spécial des rescapés caractérisé par l'inhibition, la dépression et la dévalorisation.[19]

En 1950, avec la guerre de Corée, les dispositifs efficaces de psychiatrie de l'avant seront instaurés. En revanche les leçons thérapeutiques des guerres précédentes sont oubliées lors des guerres postcoloniales d'Indochine, d'Algérie, d'Indonésie, de Rhodésie et d'Angola.

C'est la guerre du Viêt-Nam (1964-1973) qui ranima l'attention de la psychiatrie internationale sur l'existence des syndromes psychotraumatiques séquellaires de guerre. Malgré des dispositions de psychiatrie de l'avant prises dès le début du conflit, le nombre des "post-Viêtnam syndromes" différés et manifestés après la démobilisation et le retour au pays devint préoccupant. Les symptômes les plus souvent retrouvés chez les vétérans traumatisés éclataient au terme d'un assez long temps de latence (semaines ou mois) après le retour en métropole. Ils comprenaient des reviviscences pénibles, des cauchemars, un état d'alerte, l'impression d'être séparé d'autrui par une "membrane psychique" d'incommunicabilité, de l'agressivité et surtout l'impression d'avoir perdu son ancienne personnalité, aboutissant le plus souvent à une incapacité à se réinsérer dans la vie professionnelle et sociale. C'est à cette période qu'émergea, à l'initiative de Shatan, la réflexion aboutissant à l'introduction du diagnostic de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) – équivalent de la névrose traumatique des Européens – dans la troisième version du système nosologique américain DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder) en 1980. Afin que ces vétérans traumatisés, refusant de consulter hôpitaux militaires et praticiens civils, puissent bénéficier des soins nécessaires, fut créé le réseau des Vet Centers, centres de consultations installés sur tout le territoire américain et comprenant des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs ou encore des conseillers juridiques. Dix ans après sa création, en 1989, le réseau avait reçu et aidé 700 000 vétérans, soit près du quart des trois millions de GI qui avaient été envoyés au Viêt-Nam.[36]

d. Les novateurs

Par-delà l'expérience militaire, toute une série d'observations et de réflexions sur les traumatismes psychiques survenant dans la société civile, en temps de paix, sont venues étoffer le corpus des travaux sur le PTSD: catastrophes naturelles ou technologiques, accidents individuels ou collectifs, agressions, viols... donnant lieu à de nombreuses publications.

Avec l'expérience, les auteurs du DSM ont été amenés à modifier leurs critères diagnostiques du PTSD, en 1987 avec le DSM-III R (*revised*) et en 1994 avec le DSM IV. Les dernières modifications portent sur le critère A (l'évènement traumatisant doit avoir été vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur), le critère B (on y replace la réactivité psychophysiologique lors de l'exposition à des indices évocateurs, jusqu'alors rattachée aux critères D), le critère C (l'évitement des stimuli évocateurs est joint à l'émoussement de la réactivité), le critère D, dit d'hyperexcitabilité et de nouveaux critères E et F portant

respectivement sur la durée des troubles de plus d'un mois (critère E), et sur la souffrance subjective cliniquement significative et l'altération du fonctionnement social (critère F). Dans le DSM IV apparait pour la première fois le diagnostic d' "état de stress aigu", qui regroupe les critères d'ESPT auxquels s'ajoute l'existence d'un état de dissociation apparaissant dans un créneau de durée de deux jours à quatre semaines après le traumatisme, établissant par là-même un critère temporel nouveau. Nous pouvons noter que la notion de réaction immédiate (premières heures, premier jour) n'apparaît pas dans cette classification, ce qui sera vraisemblablement modifié dans la nouvelle version du DSM, le DSM V dont la parution est attendue.

Ces modifications du DSM ne sont pas inspirées par un souci d'adéquation à la réalité clinique, mais plutôt par un rapprochement progressif inavoué de la pensée américaine vers la clinique psychiatrique européenne. Ce rapprochement se manifeste par l'exigence du caractère vécu de l'évènement traumatique et par la reconnaissance implicite du blocage de la personnalité (hypervigilance, sursauts, difficultés d'endormissement, évitement des stimuli et émoussement de la réactivité générale).

La dixième révision de la Classification Internationale des Maladies mentales (CIM 10) est parue en 1992, et propose : le "diagnostic de réaction aiguë à un facteur de stress" (cote F43.0) ou réaction immédiate du premier jour, "état de stress post-traumatique" (cote F43.1) et "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe" (cote F62.0). Ce dernier diagnostic souligne l'altération de personnalité caractéristique des conséquences de l'expérience traumatique.

En France, de 1965 à 1986, Crocq et al. publièrent une série d'articles sur les névroses de guerre et le traumatisme. Puis, Claude Barrois fit paraître en 1988 le premier ouvrage de référence sur ces troubles, dans ses aspects historiques, cliniques et une optique alliant psychanalyse et phénoménologie, reprise par L. Crocq dans son ouvrage de référence Les traumatismes psychiques de guerre. Par ailleurs, plusieurs cliniciens (Briole, Lebigot) ont proposé une relance de la psychanalyse des névroses traumatiques, en reprenant la métaphore freudienne de la vésicule vivante ou en y transposant la pensée lacanienne.[19]

L'accroissement de la violence, tant lors des conflits armés que dans la vie quotidienne en temps de paix (terrorisme), a conduit les gouvernements dans divers pays à s'inquiéter du sort des victimes et à élaborer des politiques cohérentes de prise en charge et de suivi psychologique, au-delà des actions ponctuelles au coup par coup. En France, c'est en 1995 à la suite de l'attentat terroriste à la bombe du RER Saint-Michel à Paris (25 juillet 1995), que le Président de la République, lui-même venu au chevet des blessés et découvrant leur détresse psychique, a favorisé l'élaboration et la mise en place d'un dispositif de prise en charge de ces "blessés psychiques".

A l'issue des travaux d'une commission formée de psychiatres et de psychologues, présidée par le médecin Général L. Crocq, le 28 mai 1997, un arrêté ministériel et une circulaire

d'application ont instauré le Réseau national des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, les CUMP.

II- Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP)

a. Au niveau national

C'est donc au lendemain de l'attentat terroriste du RER Saint-Michel à Paris en 1995, que les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) ont été mises en place au SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) de Paris dans un premier temps, puis sur l'ensemble des cent départements du territoire français. Les CUMP assurent, en ce qui concerne les catastrophes, les attentats, les accidents collectifs et incidents graves à forte répercussion sociale, la prise en charge médico-psychologique des blessés psychiques, qu'ils soient victimes, témoins ou autres, dès la phase immédiate (sur le terrain même) et dans la période post-immédiate (du deuxième au trentième jour environ). Passé la période aiguë, elles passent le relais aux structures de soins traditionnelles qui assurent la prise en charge de la période chronique.[30]

i. Historique de la création des CUMP

Le 25 juillet 1995, l'attentat terroriste à l'explosif perpétré à la station RER du métro Saint-Michel à Paris, faisait neuf morts et une centaine de blessés somatiques ; ces blessés, ainsi que certains rescapés indemnes, des témoins et même des sauveteurs ont présenté un choc émotionnel et psychologique intense. Dès le lendemain de cet attentat, le Président de la République, Jacques Chirac, ayant constaté lui-même au chevet de blessés soignés dans un grand hôpital parisien l'importance de leur souffrance psychique, confia au Secrétaire d'Etat chargé de l'Action Humanitaire d'Urgence, le Dr Xavier Emmanuelli, la mission de constituer un organisme approprié à la prise en charge de tels blessés psychiques. C'est ainsi que fut créée la "Cellule d'Urgence Médico-Psychologique pour les victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs".

Quelques jours après, la cellule composée de douze membres, psychiatres et psychologues, se réunit pour la première fois au Secrétariat d'Etat à l'Action Humanitaire d'Urgence et reçut sa mission composée de cinq points :

- Définir une doctrine concernant le soutien psychologique précoce et le suivi des blessés psychiques,
- Mettre en place le plus rapidement possible un dispositif étagé pour la prise en charge de ces blessés psychiques (sur le terrain, dans les formations d'évacuation et dans les consultations spécialisées pour séquelles à long terme),
- Assurer la formation des personnels à tous les niveaux (psychiatres, psychologues, infirmiers et autres personnels d'intervention),

- Prévoir l'extension du dispositif à l'ensemble du territoire national et, le cas échéant, à l'étranger (aide aux ressortissants français et demandes de gouvernements étrangers),
- Etablir et maintenir les contacts nécessaires avec les autorités administratives et judiciaires concernées, les universités et le réseau associatif.[7 30 48]

De plus, étant donné la conjoncture de menace de récidive d'attentats terroristes, la cellule mit immédiatement sur pied un dispositif provisoire pour la région parisienne, basé sur le mode de tours d'astreintes hebdomadaires de trois personnels de première ligne (un psychiatre, un psychologue et un infirmier) disponibles 24 heures sur 24 qu'ils soient sur leur lieu de travail ou à leur domicile, et prêts à gagner immédiatement le SAMU pour s'y équiper et se faire acheminer sur le terrain. Une équipe de deuxième ligne se tenait également en réserve au cas où des renforts seraient requis. Cette cellule parisienne fut déclenchée suite à plusieurs attentats successifs, divers accidents collectifs, et prises d'otages (banque, école primaire de Clichy…). Suite à ces premières interventions, des réunions ont été organisées au Secrétariat d'Etat à la Santé, aboutissant à la parution de deux textes officiels :

- La circulaire du 28 mai 1997 (DH/EO4-DGS/SQ2 n° 97/383), relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe,

- L'arrêté du 28 mai 1997, portant création d'un "comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe".

ii. Le réseau d'urgence médico-psychologique : organisation, mode de fonctionnement

Ainsi, les textes officiels prévoient la création d'un dispositif gradué de prise en charge de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes et d'accidents collectifs. Ce réseau national est composé de volontaires et de permanents, formés pour intervenir sur l'ensemble du territoire national, et parfois à l'étranger, pour assurer les interventions d'urgence médico-psychologiques.[22]

Il repose sur une organisation à trois niveaux, national, régional et départemental.

1. le comité national (CNUMP)

Le comité national est un dispositif situé au ministère de la Santé et composé de représentants des ministères particulièrement concernés (Santé, Justice, Intérieur, Défense, Transports), de représentants des CUMP (médecins psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques) et de responsables du SAMU. Ses principales missions sont de définir des objectifs à poursuivre en matière d'urgence médico-psychologique, de veiller à la cohérence

du dispositif mis en place, de préciser les méthodes d'intervention des équipes ainsi que de superviser leur formation et d'évaluer les actions entreprises.[30]

Ses avis ont notamment servi à l'élaboration de la circulaire du 20 mai 2003 (DHOS/02/DGS/6 n° 2003-235), relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique, amenant à la création de cellules départementales coordonnées au niveau régional par des cellules permanentes.[22]

Un projet de décret est paru début Août 2012, remettant en cause l'existence du Comité National au profit d'une commission consultative spécialisée placée auprès de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS). Ce décret permettra de consolider l'organisation de l'urgence médico-psychologique et confiera l'organisation du dispositif aux Agences Régionales de Santé (ARS). Il favorisera également le renforcement des liens entre les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les CUMP. En revanche, il "ne modifiera pas l'animation territoriale des CUMP qui reposeront toujours sur des psychiatres référents au niveau départemental, chargés notamment de la formation des intervenants, avec l'appui technique de CUMP permanentes au niveau régional". Enfin il prévoit la nomination d'un psychiatre référent national, nommé par arrêté du ministre chargé de la santé. (Décret Août 2012)

2. niveau régional

Implantée au chef-lieu de région, l'équipe régionale est composée d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un infirmier, et d'une secrétaire nommés à mi-temps. Ces cellules permanentes assurent un rôle de formation, de soutien scientifique et technique et de soutien opérationnel du réseau interrégional. Elles ont pour rôle :

- d'aider à leur demande, les psychiatres référents départementaux de leur région à calibrer et organiser les interventions des CUMP départementales ;
- d'organiser le renfort d'une CUMP départementale en mobilisant les moyens nécessaires au plan régional, voire national, lorsque le niveau de la catastrophe dépasse les capacités d'intervention de ce département ;
- de former, en lien avec les psychiatres référents départementaux, des volontaires de l'urgence médico-psychologique et de sensibiliser l'ensemble des acteurs de santé de la région susceptibles d'être concernés ;
- de centraliser au niveau régional la liste des volontaires ;
- d'évaluer l'ensemble des actions menées dans le domaine de l'urgence médico-psychologique au niveau régional ;
- si nécessaire, de mettre en place une consultation de psychotraumatologie pour le suivi des victimes et des impliqués.

Avec la circulaire de mai 2003, la mise en œuvre d'un réseau régional des CUMP et l'amélioration du niveau départemental ont vu le jour. Ainsi, sous l'égide des ARH (attribution des moyens nécessaires…), les missions de la CUMP régionale sont celles précédemment dévolues au niveau interrégional. Dans chaque région, le médecin psychiatre responsable de la CUMP du chef-lieu de région est le coordonnateur de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe. La CUMP régionale assure dans son département d'implantation le rôle de CUMP départementale.[22] [30]

3. niveau départemental

Il existe, outre les 37 cellules permanentes régionales, une cellule au niveau de chaque département constituée par un psychiatre référent exerçant en milieu hospitalier, nommé par le Préfet. Ce référent a pour mission d'organiser le service d'urgence médico-psychologique avec les personnels volontaires hospitaliers (médecins psychiatres, psychologues ou infirmiers). Il établit donc une liste de volontaires susceptibles d'intervenir sur le terrain et doit, en collaboration avec le SAMU de son département, définir un schéma d'intervention en cas d'évènement entrainant le déclenchement de la CUMP. Ce psychiatre référent a donc la charge d'organiser sur son département la prise en charge psychologique des victimes dans la phase immédiate, post-immédiate et à long terme.

En résumé, le référent départemental a pour missions:

- le recrutement et la formation des volontaires inscrits sur la liste et susceptibles d'être mobilisés en cas de déclenchement de la CUMP,
- la mise en œuvre d'un schéma-type départemental, convention inter-hospitalière qui prévoit les moyens logistiques, matériels et financiers des interventions,
- la coordination des interventions immédiates dans son département,
- l'organisation de la prise en charge médico-psychologique des personnels de secours intervenant sur des évènements exceptionnels,
- l'organisation de la prise en charge post-immédiate et à long terme des victimes, des impliqués ou des sinistrés après l'évènement.

Depuis la création de ce dispositif, le nombre des interventions a augmenté de façon significative et il a été nécessaire de renforcer le réseau d'urgence médico-psychologique, via la circulaire du 20 mai 2003.[77]

b. Expérience locale de la CUMP 79

Elle voit le jour dès la circulaire de Mai 1997. Un médecin et quelques soignants des Deux-Sèvres reçoivent à Bruxelles une formation de trois jours sur le psychotraumatisme (avec le

regretté Professeur De Clercq), complétée à Niort par le Professeur Crocq. Cet enseignement était négligé jusque-là dans la formation tant des psychiatres que des infirmiers.

Sa première grande intervention est celle survenant à l'occasion de l'accident d'un groupe de cyclistes du personnel de la MAIF le 2 juillet 1998, faisant cinq morts, quatre blessés et neuf rescapés témoins du drame. L'accident provoque une émotion intense dans la ville, la MAIF étant l'un des piliers sociologiques et historiques du lieu. Pis, certaines victimes sont parentes d'infirmières du service des urgences, service où toutes les victimes ont été transportées.

La CUMP renforcée par des soignants des services de psychiatrie reçut 90 personnes en defusing, groupes de parole et entretiens individuels. Il ne fut pas organisé de debriefing. Par contre, l'auteur du malencontreux accident -séparé des autres impliqués- fut suivi pendant près de six mois par un psychiatre rompu à la prise en charge des victimes. Régulièrement, la presse locale informait qu'il s'était suicidé…

Puis se seront:

- AZF en septembre 2001 où la CUMP 79 sera appelée en renfort (comme pour une tempête qui avait dévasté les côtes bretonnes),
- L'assassinat d'un chef de service de la DDE (service contigu à l'hôpital), la grave blessure d'un autre agent alors que l'auteur des coups de feu, mécontent d'une "mise au placard" tirera sur plusieurs autres membres du personnel dans une véritable course d'Amok, se suicidant dès l'arrivée de la police…

Mais après 2003 et le départ de l'hôpital des membres moteurs de la cellule (dont le médecin référent) la CUMP se délite progressivement et perd tant de sa spécificité que d'équipe rompue à œuvrer ensemble. Une organisation autour du psychiatre de garde – qui change tous les jours et intéresse près de 25 PH – est mis en place. Ce médecin doit alors trouver dans l'établissement quelques soignants dont le critère n'est pas la formation au psychotrauma mais… la disponibilité.

Ce schéma de fonctionnement est peu satisfaisant, beaucoup de demandes restant sans réponse et la CUMP 79 disparaît même de l'annuaire recensant les cellules sur le territoire national.

C'est alors qu'il est décidé début 2006 de restructurer la CUMP autour d'un médecin formé à la victimologie (et plus disponible que ses collègues) et d'un cadre de la première équipe. Ainsi une sensibilisation au psychotraumatisme et à sa prise en charge, sensibilisation ouverte à tout le personnel soignant de psychiatrie mais aussi de l'Hôpital général – en particulier celui des services d'Urgence et SAMU – une nouvelle cellule est créée.

Cette information est réalisée grâce à l'appui du coordonnateur régional de l'urgence médico-psychologique de Poitiers, mis en place par la circulaire de mai 2003. Des débats

autour du film "l'effroi des hommes" permettront de réunir une équipe de 30 personnes qui en deux sessions de 15 participants recevra une formation de trois jours (15 heures de cours théoriques et 3 séances de jeu de rôle de une heure trente environ). La majeure partie de cette équipe participera par la suite aux exercices de médecine de catastrophe du département avec le SAMU qui se trouve basé sur le même site qu'elle. Certains seront même les invités de la CUMP 75 et avec le Professeur Karli et le Docteur Cremniter à collaborer aux grandes manœuvres de Dreux, Versailles et dernièrement Châteauroux. Par ailleurs, des jeux de rôle sont régulièrement organisés.

Depuis sa refonte la CUMP 79 – qui réapparait dans l'annuaire des CUMP – a été maintes fois mobilisée pour des évènements à fort retentissement psychologique (suicide en milieu du travail ou scolaire, agressions, asphyxie collective, accidents d'autocar et carambolage autoroutier… Et puis Xynthia, où elle fut appelée à venir en renfort de la CUMP 85 durant près de 10 jours, travail centré sur la commune de La Faute-sur-Mer, très impactée puisque l'on y comptera 29 morts.

Ce sera l'occasion d'une publication critique de cette intervention sous forme de poster présenté au congrès de l'AFORCUMP à Poitiers en 2010.

GENERALITES

I- L'évènement

Il semble incontournable de bien différencier les évènements à potentiel traumatisant pouvant conduire au développement d'un ESPT, des évènements émotionnellement choquants.

Un évènement émotionnellement choquant, est un évènement qui fait violemment prendre peur, qui émeut et qui, par sa composante inattendue ou soudaine peut sérieusement troubler l'équilibre émotionnel et cognitif de l'individu concerné. On peut donner comme exemple l'annonce d'un décès douloureux, inattendu et brutal d'un membre de la famille ou d'une connaissance.

En revanche, un évènement à potentiel traumatisant ou traumatogène est un évènement répondant aux critères suivants: l'évènement

- est soudain et inattendu ;
- donne un sentiment d'extrême impuissance, d'affolement et/ou de colère ;
- est lié à des émotions fortes (anxiété, honte, culpabilité, chagrin) et des sentiments de peur intense voire d'effroi ("der Schreck") [57];
- confronte les victimes de façon directe ou indirecte avec le monde des morts voire même au réel de la mort, dont ils n'avaient jusque-là qu'une représentation, ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique et psychique de soi-même ou d'autrui, menant souvent à un état de stress post-traumatique (Confrontation au néant, au vide…, un blanc dans l'émotion selon Lebigot).

Ce type d'évènement peut donc par la suite s'organiser en souvenirs présentés soit comme des pensées envahissantes et indésirables entrainant des ruminations anxieuses, soit comme des souvenirs spontanés revenant sous la forme de sensations et d'images préverbales non intégrées. Ils sont la conséquence d'évènements péritraumatiques et de dissociations. Ils forment avec les réactions d'évitement et de négation, l'état de stress post-traumatique tel que répertorié dans le DSM IV.

II- Les entités cliniques

Nous nous appuierons sur les critères établis par les classifications DSM et CIM classification internationale des troubles mentaux.[3]

a. Etat de stress aigu ou ESA

L'état de stress aigu est une notion introduite dans le DSM-IV en 1994. Cette entité clinique décrit la symptomatologie présentée par l'individu traumatisé dans le mois suivant l'évènement traumatique. L'intérêt de poser ce diagnostic repose sur l'évaluation et l'identification des sujets à haut risque de développer un ESPT. La création de cette nouvelle entité clinique est liée à une volonté de la part des auteurs d'améliorer le repérage des sujets à risque.

Les critères diagnostiques de l'ESA sont les suivants :

Critère A : le sujet a été exposé à un évènement traumatique au cours duquel deux des éléments suivants sont présents :

- La personne a vécu, été témoin ou a été confrontée à un ou des évènements impliquant, pour elle-même ou pour autrui, un risque de mort, de lésion grave ou une menace vitale immédiats.

- La réaction de l'individu implique une peur intense, une sensation d'impuissance ou d'horreur.

Critère B : au cours de l'évènement ou après celui-ci, la victime présente trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

- Une sensation subjective de torpeur, de détachement ou une absence de réaction émotionnelle

- Une perte de la conscience de son environnement (état de stupeur)

- Une impression de déréalisation

- Une impression de dépersonnalisation

- Une amnésie dissociative impliquant l'incapacité à se remémorer certains aspects importants de l'évènement.

Critère C : l'évènement traumatisant est revécu constamment d'au moins une des façons suivantes : images, pensées, illusions, rêves, épisodes de flash-back récurrents, sentiment de revivre l'évènement ou de détresse au contact d'éléments qui le rappelle.

Critère D : évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (pensées, sensations, conversations, activités, lieux, personnes…).

Critère E : présence d'une anxiété persistante ou de manifestations d'hyperactivation neurovégétative (difficultés à trouver le sommeil, hypervigilance, difficultés de concentration, agitation motrice, réactions de sursaut exagérées).

Critère F : les perturbations entrainent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants, empêchant la victime de rechercher ou demander de l'aide.

Critère G : les perturbations durent au minimum deux jours et au maximum quatre semaines, et apparaissent dans les quatre semaines suivant l'évènement traumatique.

Dans certaines études, l'ESA semble être précurseur de l'état de stress post-traumatique, mais ce n'est pas systématique. En effet, s'il présente une bonne valeur prédictive (proportion de personnes avec un ESA qui développe un ESPT), sa sensibilité (personnes qui développent un ESPT qui ont présenté un ESA) reste faible. Un repérage des patients se limitant exclusivement à la présence d'un ESA n'est donc pas suffisant.

En revanche, si les symptômes sont présents un mois après l'évènement, ayant ou pas présenté un ESA, le diagnostic de l'état de stress post-traumatique peut être posé. Il existerait également une forme différée dont les symptômes apparaitraient seulement après six mois, d'après la description du DSM-IV.[3]

b. Etat de stress post-traumatique ou ESPT

L'état de stress post-traumatique (ESPT) ou post-traumatic stress disorder (PTSD) en anglais, est une entité reconnue et décrite en fonction de plusieurs critères diagnostiques dans le DSM IV. Elle apparait aussi dans la CIM 10.[3]

Le critère A concerne l'exposition du sujet à un évènement traumatique. Le caractère traumatique de l'évènement dépend de l'interprétation que l'individu s'en fait, d'un point de vue objectif comme subjectif. D'un point de vue objectif, le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un ou plusieurs évènements durant lequel ou lesquels des individus ont pu mourir, être très grièvement blessés, menacés de mort ou de graves blessures, ou bien durant le(s)quel(s)s son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. D'un point de vue subjectif, la réaction de l'individu à l'évènement doit s'être exprimée par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Les trois critères suivant regroupent des clusters de symptômes caractérisant l'état de stress post-traumatique.

Le critère B reprend une catégorie de symptômes concernant des reviviscences intrusives de certains aspects de l'évènement, tels que des souvenirs répétitifs et envahissants, des flash-back soudains, des rêves répétitifs et des réactions physiologiques lors de l'exposition à certains indices rappelant l'évènement.

Le critère C regroupe une catégorie de symptômes qui concernent des réactions et des comportements de déni et d'évitement: éviter des aspects et/ou des pensées relatifs à l'évènement, présence d'un engourdissement émotionnel…

Le critère D repose sur une catégorie de symptômes persistants traduisant une hyperactivation neurovégétative, ne préexistant pas au traumatisme: niveau d'irritabilité accru, réactions de sursaut exagérées, hypervigilance, troubles du sommeil, et difficultés de concentration.

Le critère E, quant à lui, précise la durée des symptômes contenus dans les trois critères précédents, qui doit être de plus d'un mois.

Enfin le critère F, précise que l'ensemble du tableau symptomatique présenté doit entrainer une souffrance cliniquement significative, une altération du fonctionnement social et/ou professionnel ou dans d'autres domaines importants chez l'individu traumatisé.[3]

On distingue ainsi, avec la séparation dans le temps, l'ESA qui peut se développer de deux jours à un mois après l'exposition à l'évènement traumatique et l'ESPT qui lui ne peut être diagnostiqué qu'un mois au moins après l'évènement. On définit également, on le verra plus tard, la phase immédiate comme la période allant du moment de l'évènement jusqu'à deux jours après, et la phase post-immédiate qui débute au deuxième jour et se termine au trentième jour.

III- Approches catégorielles

Il existe plusieurs classifications concernant les traumatismes, la plus utilisée étant la classification de Terr.[90]

a. Les traumatismes de type I, de type II et de type III

i. les traumatismes de type I

Le traumatisme de type I fait suite à un évènement traumatique unique, qui présente un commencement et une fin nets. Il est en général induit par un agent stressant aigu, non abusif (catastrophe naturelle, incendie, agression…).

Ce type de traumatisme peut engendrer des conséquences à long terme, conséquences à l'origine d'une souffrance psychique voire traumatique. Par exemple des séquelles physiques consécutives à une agression, un relogement et des conditions de vie précaires suite à la destruction d'un logement par une catastrophe naturelle.

ii. les traumatismes de type II

Le traumatisme de type II quant à lui, est consécutif à un évènement répété, qu'il soit présent de façon constante ou qu'il menace de se reproduire à tout instant, pendant une longue période de temps. Il est donc induit par un agent stressant chronique ou abusif (violences intrafamiliales, abus sexuels, bombardements…).

Il faut cependant bien faire la différence entre une personne dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes de type I, (victime d'une catastrophe naturelle, puis quelques années plus tard victime d'une agression dans la rue, puis quelques temps après échappe à la mort lors d'un accident de la voie publique, etc.) et celle qui souffre de traumatisme de type II.

iii. les traumatismes de type III

Le traumatisme de type III a été ajouté à la classification originale par Solomon et Heide[87], pour désigner des évènements multiples, envahissants et violents, présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif (camps de concentration, camps de prisonniers de guerre, tortures, exploitation sexuelle forcée, etc…).

Notons que les traumatismes induits par la torture ou un abus sexuel doivent être assimilés aux traumatismes de type II voire de type III, cela même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne.

b. Les traumatismes simples et complexes

i. les traumatismes simples

La classification d'Herman[65], qui prend en compte l'assujettissement chronique d'une personne ou d'un groupe de personnes par une autre, définit les traumatismes simples comme des traumatismes de type I.

ii. les traumatismes complexes

Les traumatismes complexes résultent d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes: camps de concentration et de prisonniers de guerre, violence familiale constante, agressions sexuelles durant l'enfance, maisons closes…

Les traumatismes complexes sont donc à rapprocher des traumatismes de type III.

c. Les traumatismes directs et indirects

i. les traumatismes directs

On considère un traumatisme comme direct, lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente, d'horreur ou d'effroi. La victime peut avoir été sujet, acteur volontaire ou involontaire, ou encore témoin de l'évènement traumatique.

ii. les traumatismes indirects ou traumatismes vicariants ou traumatismes par ricochet

Désormais, il est admis qu'un sujet qui n'a pas subi de traumatisme direct, peut présenter des troubles psychotraumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. C'est donc la rencontre avec la personne traumatisée qui constitue en elle-même l'évènement traumatique.

On parle donc de traumatisme vicariant, de traumatisme par ricochet ou de traumatisme secondaire. On peut citer comme exemple les traumatismes trans-générationnels consécutifs à la Seconde Guerre Mondiale.[42]

IV- Approches théoriques

a. Approche phénoménologique du psychotraumatisme

i. L'Être au Monde :

Du point de vue du phénoménologue, l'Être admet le monde comme réel. Le monde existe pour celui qui s'en saisit. La conception de la réalité est indissociable de la relation à autrui, car l'Être par essence existe par sa relation à l'autre et au monde qui l'entoure. L'Être est celui qui est là, qui peut se poser la question de son être, et qui peut se mêler à l'autre dans la rencontre.

L'Être transcendantal recrée constamment le monde qui l'entoure grâce aux perceptions qu'il reçoit, perceptions sensorielles mais également émotionnelles, intuitives, affectives, de l'espace, de la durée… Il s'approprie le monde et lui donne du sens. Cette création s'effectue dans un continuum vital qui la rend possible. Elle s'effectue également parce que justement, au moment vécu, le monde est perçu comme possible. Cette élaboration constante fait de l'Être un Être unique dans une réalité, certes partagée, mais également unique.[33]

L'événement traumatique vient bouleverser l'agencement créateur parce qu'il rend le monde impossible. La rupture de l'harmonie du vécu place l'Être dans l'incapacité à agencer l'ensemble de ses sensations pour recréer un monde concevable. Il n'y a plus d'évidence. Le temps vécu est bouleversé, sans repère, la durée volatilisée.

Ainsi, cet événement, par la rupture qu'il entraîne, place l'Être devant des limites, qu'il percevait auparavant de façon intuitive, mais qui sont désormais bien réelles, les limites de sa propre existence. L'Être se trouve donc brutalement confronté à sa propre mort, et plus même à la néantisation, alors que jusque-là il a vécu avec un sentiment enfoui d'immortalité, il le confronte à l'absurdité existentielle. L'expérience de l'événement traumatisant fait que le monde ne sera plus jamais comme avant. Il serait cependant faux de penser que ce monde sera définitivement, inexorablement dégradé. L'expérience traumatisante peut parfois, au contraire, donner, avec la conjugaison de plusieurs facteurs

(distanciation avec le temps, prise en charge psychologique…), une impulsion créatrice et un nouvel élan vital (Syndrome de Lazare).

ii. Viktor FRANKL (1905-1997)

Bien qu'il soit assez mal connu, et que son orientation était au début franchement psychanalytique (il a côtoyé Freud et Adler, puis a été exclu du cercle psychanalytique à la suite d'un différend avec Adler), son expérience concentrationnaire, et le témoignage qu'il en a fait, le rapproche d'une perspective phénoménologique. C'est à la suite qu'il a élaboré une nouvelle thérapie, la logothérapie qui réintroduit du sens et du spirituel dans l'existence.

Dans *Un psychiatre déporté témoigne* (édition du Chalet, 1967), il décrit la déportation comme une totale déshumanisation de l'être, avili au point de se méfier des manifestations de sa propre vie qui pourraient lui être fatales. Si l'existence corporelle de l'être devait, pour sa survie se réduire, à une non-existence, à une perte d'authenticité en se fondant dans la masse, cette même survie imposait de conserver le sentiment d'être une personne douée de pensée et de liberté intérieure. L'existence spirituelle devient de ce fait prépondérante. Dans ce même témoignage, ses réflexions sur le temps vécu et sur le sens de la réalité dans le camp de concentration, évoquant une dépersonnalisation et une déréalisation "d'adaptation", sont franchement du domaine de la phénoménologie.[32] [33]

iii. Claude VAUTERIN

Louis Crocq rapporte l'approche phénoménologique du trauma de Claude Vauterin, psychiatre militaire et philosophe. Le travail non publié, a été présenté lors d'une journée psychiatrique sur le trauma en 1994 à l'Hôpital d'Instruction des Armées à Lyon. Il oppose " la pathologie traumatique – pathologie de la peur – au reste de la pathologie mentale, pathologie de l'angoisse. A l'inverse de l'angoisse, qui relève du "das-ein", la peur implique un objet extérieur au "das-ein", relevant d'un être au monde plus vaste […] C'est-à-dire accomplissement d'une "tragédie", avec ses références à la mort et au destin. À l'instar de Binswanger, il convient de distinguer l'essence du terrifiant, qui n'aurait pas eu besoin de la scène traumatique pour se manifester, et l'accomplissement historique du terrifiant qui est lié à cette scène. "[33]

iv. Claude BARROIS : Un pont entre psychanalyse et phénoménologie

Dans son ouvrage *Les névroses traumatiques* (1988) [5], Claude Barrois définit le trauma comme une rupture des liens avec le monde, une césure de sens, une intériorité envahie par l'angoisse de néantisation, et un bris de l'unité de l'individu. Le traumatisé a expérimenté "l'effroi", annonce de "la mort de soi comme vérité ultime". La mort à laquelle il est confronté n'a pas de signifiant référant puisqu'elle n'a jamais eu de présentation préalable.

Certains développements avancés par Claude Barrois établissent un pont entre psychanalyse et phénoménologie, notamment lorsqu'il présente l'accident traumatisant comme moment

"propulsif" dans sa temporalité, "épiphanie" dans son apparition, "apocalypse" dans sa révélation, et "prophétie" dans sa proclamation.

v. L'approche phénoménologique du trauma, selon Louis CROCQ

Louis Crocq a une expérience insigne des traumatismes de guerre. Sa contribution dans l'étude clinique, dans l'évolution de la pensée, dans les progrès et la mise en œuvre des soins des traumatisés est sans mesure. Il n'est qu'à se référer à ses nombreux écrits pour s'en convaincre.

Pour illustrer sa pensée nous nous permettons de reprendre ce qu'il a écrit.[32] [33]

"[...] Notre conception du trauma repose sur trois points: l'aliénation traumatique, le bouleversement de la temporalité, et le non-sens impliqué par le trauma.

Tous les sujets se plaignent de ressentir l'impression pénible d'avoir complètement changé de personnalité, de ne plus se reconnaître. Ils ont désormais une nouvelle manière de percevoir, de penser, de ressentir, d'aimer, de vouloir et d'agir […] et nous-mêmes de "personnalité traumatique" (1974), non pas personnalité constitutionnelle ni acquise dans l'enfance mais ce qu'est devenue la personnalité après l'impact du trauma : pusillanime, régressive et écrasée sous triple blocage de ses fonctions de filtrage, de présence et d'amour. Et nous avions proposé (1966) le terme d' "imposture névrotique", pour rendre compte – dans une perspective phénoménologique – du caractère xénopathique de cette invasion de la personnalité par un événement bouleversant, puis par son pseudo-souvenir devenu étranger et tyrannique, invasion vécue par le patient comme étrangeté, dépersonnalisation et aliénation. Car, au-delà de simples schémas du parasite freudien et de la dissociation janetienne, c'est toute une expérience complexe d'être-au-monde contraint et inauthentique qui rend compte du destin malheureux du névrosé traumatique.

La temporalité du traumatisé est profondément altérée. Chez le traumatisé, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté, pour faire place un moment figé sur la terreur ou l'horreur. Le présent cristallisé, statique et privé de son évanescence même… Il ne promet aucun avenir… Et il remodèle même le passé, qui s'est arrêté à l'expérience du trauma sans révision ultérieure, le réorganisant sur cette image et ramenant tous "les passés possibles" à l'unicité d'un seul destin. Il s'ensuit qu'en matière de psychopathologie traumatique, il convient de reconnaître la toute-puissance de l'événement, et de son pouvoir destructeur, bouleversant et désorganisant […]. Ce qui va contribuer à faire que cet événement est "traumatisant", par comparaison avec les événements banals de l'existence, c'est que, refusant de s'inscrire dans la continuité sécurisante de la vie quotidienne, il bouleverse la temporalité.

Cette dernière considération introduit la notion d'"illusion rétrospective" (Louis Crocq, 1974, 1985, 1999), pour critiquer les extensions abusives de l'hypothèse de la prédisposition. En effet, ce dont le clinicien dispose pour explorer le passé, c'est le discours que profère le

patient sur ce passé, au travers du prisme de l'état traumatique d'aujourd'hui, et non pas de la réalité du passé qui est selon la formule de Lacan "porté disparu" […].

De même, l'après-coup impliqué dans le cas où un trauma ancien a précédé un trauma récent n'est pas à considérer dans une filiation causale linéaire, mais – selon la conception de Freud lui-même (1896) – comme "remaniement" et "réinscription" de strates anciennes à la lumière du présent.

L'expérience traumatique a-t-elle un sens...? Pour nous, elle serait, plus encore une expérience de non-sens.

Le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement, non pas tellement sa mort (ou la mort de l'autre), mais sa disparition et son effacement de la vie c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir en acquérir la connaissance…

En fin de compte, au regard de la phénoménologie, l'expérience vécue traumatique, dans son surgissement comme dans sa perpétuation, est un bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec le monde et avec lui-même… "

b. Approche selon Pierre JANET (1859-1947) du psychotraumatisme

Pierre Janet considère très rapidement que l'esprit humain est créateur, ce qui explique qu'il soit évolutif. Il est ainsi amené à décrire son évolution, sa formation, sa complexification progressive. La conséquence de cette évolution c'est qu'il se crée une hiérarchie des fonctions nerveuses et des fonctions psychologiques qui en dépendent. Au départ il n'y a que des fonctions réflexes puis des fonctions automatiques. L'adaptation de plus en plus fine à l'environnement amène une utilisation de plus en plus performante des fonctions nerveuses et psychologiques. Si les fonctions anciennes sont inscrites et sont devenues automatiques, les fonctions en cours de création sont labiles et fragiles. Elles finissent par s'inscrire dans les structures nerveuses et deviendront quasi automatiques, libérant de ce fait de l'énergie psychique qui pourra être utilisée vers de nouvelles conduites adaptatives encore plus fines.

Ainsi les fonctions psychologiques et nerveuses, en perpétuelle évolution, constituent un ensemble hiérarchisé dont dépendent les conduites et les comportements eux-mêmes hiérarchisés. Dans la conception de Pierre Janet les sentiments sont des régulateurs de l'action. Ils interviennent dans l'exécution de l'action, mais aussi après l'action, soit dans un vécu triomphal en cas de réussite, soit dans un vécu de dépression en cas d'échec.[67]

Les actions inférieures, automatiques s'accompagnent de sentiments élémentaires. Les actions supérieures sont complétées par des sentiments plus complexes donnant le sentiment de la réalité, de la durée… L'altération des sentiments entraîne un ensemble de perturbations ouvrant la possibilité de troubles psychologiques, en particulier d'idées fixes.

Cette évolution psychologique n'est possible que grâce à une énergie, une force, une tension psychologique dont la baisse entraîne une perturbation plus ou moins profonde de la qualité de l'action, et de la perception du moment présent. Le manque de tension d'énergie psychique, véritable hypotension psychologique conduit donc au rétrécissement primaire du champ de conscience pouvant aller jusqu'à une véritable dissociation psychique partielle, proche d'une désintégration de la personnalité.

Pierre Janet suppose avec la présence des "idées fixes", que les événements traumatiques sont mémorisés de façon particulière. Cette assertion est un des apports principaux de son œuvre, et il le prouve par sa thérapeutique puisque c'est en agissant sur le souvenir qu'il prétend faire disparaître le symptôme.[67]

Pierre Janet voit aussi une base primaire, aux troubles liés au traumatisme psychique, dans une faiblesse innée, rarement acquise, de synthèse psychique. Il s'agit là bien sûr de la "psychasthénie" constitutionnelle.

L'événement traumatique peut provoquer une émotion déprimante qui va être à l'origine d'une désagrégation mentale. Les élaborations supérieures laissent place aux automatismes, la conscience personnelle constituée d'une activité synthétique du moment présent étant devenue inopérante. Le souvenir de ce traumatisme deviendra subconscient, échappant de ce fait à la personnalité et devenant nocif. Une situation traumatique n'est bien liquidée que lorsque le sujet réagit non seulement par ses actes, mais aussi par l'organisation du souvenir et son acceptation par le Moi. Dans certains cas, le temps peut suffire à la liquidation du traumatisme. Dans les autres cas, Pierre Janet dans ses thérapies propose, en utilisant différentes méthodes telles que l'hypnose, les rêves, le langage, le somnambulisme, etc… de réintégrer le trouble émotionnel dans la conscience et de démolir pierre par pierre le système pathogène qui a conduit au traumatisme pour dans un deuxième temps obtenir la résolution du problème par l'adoption de conduites supérieures. Ainsi, le Moi de la conscience réfléchie et de la volonté prend le pas sur le Moi des conduites automatiques.[53]

Pierre Janet, et c’est un des éléments qui l’ont opposé à Freud, ne croit pas à la catharsis. Par ailleurs à la différence de Freud, il trouve peu d'intérêt à mettre en avant la sexualité dans l'étiologie des psychotraumatismes. Il met au contraire le traumatisme à l'origine des idées fixes subconscientes génératrices d'accidents mentaux, sans donner de relief particulier au traumatisme sexuel qu'il soit réel ou fantasmé.[52]

Pierre Janet aura peut-être, dans sa conceptualisation, mis en avant que le présent est un acte social mais en oubliant la place essentielle de la relation à autrui, base de l'humain et de la richesse du vécu présent.[50] [51] [67]

c. Approche psychanalytique

i. Sigmund FREUD (1856-1939)

La notion de traumatisme psychique, d'origine sexuelle, apparaît dans la deuxième moitié du XIXe siècle, à la suite des accidents des premiers chemins de fer, entraînant des interrogations sur l'hystérie. Briquet (traité publié en 1859) met le traumatisme psychique au premier rang des causes déterminantes de l'hystérie. Il réfute toute étiologie concernant la vie instinctuelle et les organes génitaux.

C'est Oppenheim (1889) qui parle le premier de "névrose traumatique". L'invention du terme ne clarifie cependant pas la délimitation étiopathogénique du champ psychopathologique abordé. Le cataclysme humain de la première guerre mondiale permettra de mettre en place les éléments cardinaux et la spécificité du traumatisme psychique.

J.-M. Charcot prenant très au sérieux la pathologie hystérique, affirmait qu'elle atteignait aussi la population masculine. Il voyait dans ces symptômes le fait d'une "lésion dynamique du système nerveux". Il eut l'idée de provoquer des paralysies chez des hystériques qui n'en présentaient pas, par une suggestion hypnotique de situation traumatique. Il montra que le traumatisme psychique ne pouvait pas créer de dommage à la substance nerveuse comme le croyait Oppenheim. Pour lui, les symptômes sont le résultat de traumatismes qui agissent au moment d'une suggestibilité accrue, notamment au moment de "l'obscurcissement hypnoïde de la conscience". C'est l'effet terrifiant du traumatisme qui joue le rôle principal.[14]

Freud, élève de Charcot, s'interroge sur cette lésion dynamique et émet l'idée qu'il s'agit plutôt d'une altération de la conception que se fait le malade de la fonction ou de l'organe impliqués. Utilisant un modèle énergétique de déplacement inconscient des excitations, il oppose l'hystérie qui serait un excès d'énergie, à la neurasthénie qui serait au contraire un manque d'énergie. Cette conception l'oppose à Pierre Janet. Freud voit "l'en trop" là où Janet voit "l'en moins".

Tout au long de sa vie, Freud évoluera dans sa conception de la psychopathologie du traumatisme.

Freud et Breuer (études sur hystérie – 1895) emprunteront à Janet l'hypothèse du souvenir traumatique parasite et de la dissociation du conscient et proposent le concept de réminiscence (mot que n'avait pas trouvé Janet). Pour Freud, ce qui fait trauma, c'est une expérience entraînant des affects très pénibles, non abréagis immédiatement par des pleurs, des actions, ou une métabolisation psychique, et non abréagis par la suite. Le symptôme n'est que l'expression clinique de la réminiscence. La thérapeutique par catharsis consiste à faire revivre, par le langage, le rêve, les associations d'idées…, l'événement traumatique accompagné de toute sa charge d'affects et ainsi d'obtenir la résolution des troubles, c'est l'abréaction.

Entre 1895 et 1897, il élabore une "Théorie de la Séduction" dans laquelle il présuppose que le traumatisme à l'origine des névroses est toujours d'origine sexuelle. Le traumatisme initial entraîne un refoulement, mais n'a pas d'effet négatif immédiat. Dans un deuxième temps, un autre traumatisme ne ferait que réactualiser les affects du traumatisme initial (Neurotica).

Par la suite Freud s'aperçoit que le traumatisme initial, d'ordre sexuel, est souvent fantasmé et la première guerre mondiale l'amène à revoir ses conceptions, sans doute par l'ampleur des atrocités vécues, mais aussi, également, parce qu'il est directement concerné par l'événement. Ses trois fils, son neveu et son gendre sont au front, la clientèle se fait rare. Un an après la mort de son père, à un moment crucial de son auto-analyse, un rêve lui apporte la matière de ce qui deviendra le complexe d'Œdipe. Bien qu'il n'abandonne pas l'idée du trauma initial (*L'Homme au loup*) [55], il dira "je n'ai pas abandonné la théorie du trauma, mais je l'ai dépassée : c'est-à-dire que je ne la considère pas, aujourd'hui, comme incorrecte, mais comme incomplète" (*L'Interprétation des rêves*) [56].

En septembre 1918, il préside le Vème congrès international de psychanalyse à Budapest. Il y prononce l'*Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre* dans laquelle il prône que la névrose traumatique du temps de paix découle des avatars de "la libido narcissique" qui s'attache au Moi à ses dépens.

En 1920 paraît l'essai "Au-delà du principe de plaisir" [54]. Freud y explicite sa conception des névroses traumatiques. Il s'interroge sur le rôle des cauchemars à répétition, donc de la répétition du désagréable. Il émet l'idée que cette compulsion de répétition entraîne un état d'angoisse, permettant d'appréhender le danger comme si, dans le réel, la survenue brutale du danger a surpris le sujet au point d'empêcher la pleine expression d'une angoisse protectrice. Ce qui fait trauma c'est l'effraction des défenses par la surprise et la violence de l'événement traumatisant, allant jusqu'à annihiler l'angoisse et la peur. Le psychisme est ainsi pollué par un souvenir nocif. Il s'en défend par des tentatives d'assimilation ou d'expulsion, en particulier par la répétition de cauchemars. Ces tentatives sont vectrices de symptômes. Freud utilise l'image de la "vésicule vivante", le psychisme étant représenté par une vésicule vivante protégée contre les stimulations extérieures par une couche superficielle protectrice qui les repousse, les atténue, les filtre pour les rendre acceptables. Cependant, le fonctionnement de cette vésicule n'est pas aussi simple, car elle reçoit également des stimuli internes, mobilisant une énergie qui serait utile pour renforcer la barrière de défense face à un danger. Il s'agit là d'un système énergétique en constant remaniement. La réalité du traumatisme dépend à la fois de la réelle violence de l'événement mais aussi de l'état constitutionnel et momentané des défenses.

Ce schéma purement économique du traumatisme témoigne de la difficulté qu'il y a à le considérer. Par ailleurs l'expérience clinique montre qu'une blessure physique ne protège pas contre le développement d'une névrose traumatique, contrairement à l'affirmation : la

blessure, "en exigeant un surinvestissement narcissique de l'organe atteint, lierait l'excitation en excès".

Les successeurs de Freud s'empareront de cette métaphore économique, croyant pouvoir se passer du nouveau dualisme pulsionnel : pulsion de vie, pulsion de mort.

ii. Otto FENICHEL (1897-1946)

Dans son ouvrage *La théorie psychanalytique des névroses* plusieurs fois réédité jusqu'en 1945, qui traite de toute la psychopathologie, Fenichel consacre, et c'est la première fois depuis Kraepelin, un chapitre exclusivement dédié à la névrose traumatique et à ses complications psychonévrotiques. Il a axé sa théorie de la névrose traumatique sur le blocage de fonction du Moi. Il examine le concept de trauma dans le même terme de la métaphore économique qu'avait utilisé Freud. Des stimuli d'intensité suffisamment importante peuvent provoquer un traumatisme chez n'importe qui. Cependant le Moi peut se trouver affaibli pour plusieurs raisons : de mystérieuses raisons constitutionnelles, un état de maladie, de fatigue ou d'épuisement, une impossibilité due aux circonstances d'effectuer une décharge motrice (au combat l'action protège contre le trauma). Toutefois, le facteur le plus important est représenté par des refoulements antérieurs qui monopolisent la capacité de contrôle.[36]

Le trauma aura comme premier effet un blocage, ou un affaiblissement, des fonctions du Moi, toutes concentrées sur une tâche unique : la mise sur pied des énergies défensives destinées à maîtriser l'écrasante invasion de l'excitation. Différentes possibilités peuvent alors s'observer : soit le sujet est sain et reposé et les énergies défensives pourront maîtriser l'afflux d'excitation, soit le sujet est momentanément épuisé bien que sain et l'excitation sera partiellement maîtrisée, il fera une névrose traumatique pure, soit le sujet présente déjà des troubles qui accaparent toute son énergie mentale dans la maîtrise des refoulements, l'excitation traumatique agira alors pleinement et il développera une névrose traumatique "colorée" ou "compliquée". Fenichel observe parmi les symptômes une première série de phénomènes régressifs de tous ordres, et parmi ceux-ci une tendance à rechercher des substituts protecteurs aux adultes tout puissants de leur enfance. La deuxième série de symptômes évoqués sont les crises émotives représentant des décharges d'excitation produite au moment du trauma, mais qui n'ont pas pu être suffisamment libérées. Ensuite, Fenichel aborde les troubles du sommeil et les symptômes de répétition. Les rêves traumatiques et les reviviscences diurnes constituent un mode de défenses archaïques faisant revivre activement ce qui a été vécu passivement, procurant une décharge différée et libératrice.[36]

Pour Fenichel chaque individu a un point de rupture. Il évoque les sujets narcissiques qui se voient atteints dans leur toute-puissance, il aborde également l'angoisse d'abandon qui resurgit quand il s'avère que l'entourage n'a pas été à même de protéger le traumatisé, il cite également l'angoisse de castration provoquée par la menace d'une blessure physique.

Tous les traumatismes de l'enfance peuvent se trouver réactivés et déterminer toute la symptomatologie sous le couvert d'un "trauma écran". Il s'attarde également sur un dernier cas de figure dans lequel le conflit prédominant oppose le Moi au Surmoi. Ce dernier se réjouit de la punition infligée au Moi coupable qui se sent abandonné par le destin. La névrose traumatique devient "mélancolie narcissique" ce qui explique ce que l'on appelle aujourd'hui la "culpabilité du survivant". La culpabilité du sujet, c'est d'avoir espéré, même inconsciemment, que ce soit l'autre et pas lui qui y reste.

iii. Karl ABRAHAM (1877-1925) et la traumatophilie

Le trouble déclenché par le traumatisme trouve "sa vraie origine dans des résistances anciennes et inconscientes à la sexualité." [1] Karl Abraham remarque la tendance à la répétition du traumatisme chez une victime. C'est la traumatophilie. Il attribue ce phénomène à la constitution innée. Cette tendance masochiste laisse entrevoir la notion de compulsion de répétition introduite plus tard. Aujourd'hui d'autres auteurs se réfèrent à cette tendance et parlent d'une "addiction au trauma".

iv. le trauma selon Sandor FERENCZI (1873-1933)

Ferenczi élève de Freud a été mobilisé en 1914-1918. Il place les névroses de guerre mono symptomatiques dans les hystéries de conversion : il y a au moment de la commotion (de l'effroi) fixation traumatique de l'investissement psychique sur une partie du corps. L'affect soudain, accompagné de peur, ne peut être maîtrisé dans le psychisme. Les innervations prévalentes au moment du traumatisme persistent sous forme de symptômes morbides. Les victimes ne sont pas revenues de leur effroi.

Il distingue un deuxième groupe de malades qui présentent des troubles plus diffus. Aux manifestations neurologiques généralisées s'associent des troubles émotionnels, des perturbations du sommeil avec cauchemars, des répétitions de rêves de situations dangereuses vécues au front. Presque tous se plaignent d'une perte totale, ou d'une forte inhibition de leur libido et de leur puissance sexuelle. Ferenczi parle d' "hystérie d'angoisse", ce qui correspond à la névrose traumatique aujourd'hui. L'illusion d'immortalité est ébranlée. Faisant appel à la régression névrotique, il relativise le rôle de la prédisposition. Un traumatisme suffisamment grand peut tout autant ébranler la confiance en soi d'un homme dit normal.[32]

S'intéressant aux autres symptômes de la deuxième catégorie de patients, ces symptômes ne se produisant pas si la personne est préparée au choc, à l'attente, elle sera capable de localiser l'excitation produite par le choc et pourra empêcher l'apparition d'effets à distance. Dans "l'hystérie d'angoisse", l'attention mobilisée lors du choc a été insuffisante, et l'énergie excessive s'est écoulée par des voies anormales.

En ce qui concerne l'impuissance sexuelle, il fait l'hypothèse que, dans ces traumatismes, il s'agit d'une lésion du Moi, d'une blessure d'amour propre, du narcissisme dont la conséquence naturelle est la disparition de la capacité d'aimer un autre que soi-même.

Par la suite, Ferenczi va parler de névrose traumatique. Un choc ou une série de chocs entraînent un repli de la libido sur le Moi. L'hypertrophie de l'amour du Moi entraîne une régression narcissique infantile, le mobile primaire étant le plaisir de retrouver l'abri sûr de la situation infantile abandonnée autrefois à contrecœur.

v. Jacques LACAN : le trauma fait trou dans le signifiant

Reprenant les réflexions de Lacan, des psychanalystes contemporains tels que F. Lebigot (1997), G. Briole (1988,1994), considèrent que le trauma serait une rencontre "non manquée" avec le réel sans que le système signifiant protecteur n'ait eu le temps de se mettre en place. Les sujets non traumatisés vivent une réalité travestie par le fantasme qui, en fait, camoufle ce que la réalité à de violent et de menaçant. Le réel traumatique bouscule le rêve qui devient cauchemar. Le réel traumatique est indicible et fait trou dans le signifiant. Reprenant la métaphore freudienne de la vésicule, F. Lebigot dit que l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, non seulement dans l'inconscient, dans lequel elle pourrait nouer des liens pour devenir sensée, mais également dans le lieu inaccessible à la conscience, le refoulé originaire.[33]

d. Les modèles comportementalistes et cognitivistes

i. le modèle pavlovien

En 1924, Ivan Pavlov (1849-1936) observe au cours d'une crue de la Neva qui a envahi son laboratoire (le niveau d'eau atteignant presque le plafond des cages des chiens) que les animaux en cours de conditionnement présentaient un bouleversement post-émotionnel des conditionnements acquis ou en cours. Ils présentaient des comportements d'égalisation (réponses stéréotypées à tout stimulus, quelle qu'en soit l'intensité), comportement de désorganisation paradoxale (l'animal réagit plus aux stimuli faibles qu'aux stimuli forts) comportement de réaction ultra paradoxale (les conditionnements positifs acquis deviennent négatifs et vice versa), et comportement d'excitation paroxystique (comparable à la crise d'hystérie chez l'homme). Pavlov y voit les quatre modalités de l'inhibition supra-maximale, ou réaction d'urgence. La désorganisation des conditionnements acquis antérieurement provoque une réaction comparable à l'installation de la névrose traumatique chez l'homme.[83]

ii. Autres modèles inspirés du conditionnement

M. Seligman (1968) a élaboré le modèle de "l'impuissance apprise", ou "résignation acquise": des chiens soumis à des chocs électriques sans possibilité de les éviter, réagissent d'abord par des aboiements et de l'agitation, puis cessent de se débattre et restent repliés

sur eux-mêmes. (Expérience répliquée à Bordeaux en 1970 chez Cardo et Le Moal, sur des souris, lors de travaux sur l'ulcère gastroduodénal de contrainte.)

Van der Volk (1984) a transposé cette hypothèse au syndrome post-traumatique, en le considérant comme relevant du modèle du choc sans échappatoire.

I. Janis parle du rôle positif de "l'inoculation croissante". Cette théorie a été reprise par R. Gal pour expliquer l'habituation progressive de la population de Tel Aviv soumise aux tirs irakiens pendant la guerre du golfe.[33]

iii. Les modèles cognitivistes

D'autres modèles, dits cognitivistes, reposent sur la connaissance que le sujet a du danger, le préparant à se défendre ou à fuir. (E. Foa et J. Kozak)

La prise de conscience de ses propres réponses par le sujet va lui fournir un nouveau motif d'accroître sa vigilance et de déclencher de nouvelles réactions d'alerte, entraînant un cercle vicieux de la réaction de danger auto entretenue avec biais "confirmatoire" (C. Chemtob 1988). Une théorie similaire propose un modèle de passage de "l'alarme vraie" à "l'alarme apprise", et des comportements d'alerte et d'évitement à l'attitude d'appréhension anxieuse systématique.[33]

e. "Les Lazaréens"

C'est Jean Cayrol qui en 1945 dans un essai intitulé *Lazare parmi nous* [16] invente le qualificatif de Lazaréen, pour décrire la situation de ces hommes et femmes qui reviennent, comme lui, des camps de concentration et semblent incapables d'en guérir, marqués à tout jamais par ce qu'ils ont vu et ce qu'ils ont subi.

Ils ont franchi les frontières de l'humain et porteront désormais sur le monde, incapables de reprendre le cours antérieur de leur existence, un regard autre, empli de solitude, de deshumanisation et de culpabilité.

S'inscriront dans cette lignée Primo Levi, Jorge Semprun, Malraux, bien loin de la résurrection positive de la littérature médiévale et religieuse de la *Légende Dorée* au *Mystère de la Passion* d'Arnoul Gréban. C'est de cette dernière acception que le Professeur Clervoy créera le Syndrome de Lazare, alors que l'Evangile de Saint-Jean ne dit trop rien de lui, sinon qu'il fut ressuscité après trois jours de mort réelle.

V- Epidémiologie

a. Etudes de prévalence

L'état de stress post-traumatique présente des données épidémiologiques qui varient en fonction des pays, des populations étudiées et des instruments employés. Les plus grandes études épidémiologiques ont été menées aux Etats-Unis, où depuis une quinzaine d'années, la prévalence estimée du PTSD parait augmenter, sans que l'on sache si c'est une progression réelle ou si elle résulte de l'amélioration des outils d'étude et/ou procédures utilisés. Ces études sont moins fréquentes en Europe, où la prévalence apparait nettement inférieure (probablement du fait de l'utilisation d'outils peu spécifiques à ce type de pathologie). Il est vrai que le champ des conséquences psychopathologiques relatives à un évènement potentiellement traumatique ne se résume pas au seul PTSD, mais comprend une série de troubles dits non spécifiques, tels que les troubles de l'humeur, autres troubles anxieux, abus de substances toxiques, affections psychosomatiques, phobies.

Si la prévalence reste peu élevée dans la population générale, elle est en revanche plus élevée dans certaines populations spécifiques ou soumises à un évènement particulier.[84]

i. prévalence de l'ESPT en population générale

La première grande étude réalisée aux Etats-Unis est l'étude ECA (Epidemiologic Catchment Area) réalisée par J. Helzer à Saint-Louis en 1987. Les résultats montraient une prévalence de PTSD "vie entière" de 0,5 % chez l'homme et de 1,3 % chez la femme, mettant aussi en évidence que 15 % des hommes et 16 % des femmes présentaient certains symptômes psychiques spécifiques consécutifs à une expérience traumatique.[84] Cette première étude soulignera l'importance des comorbidités psychiatriques.

Cette enquête a été reprise en 1991 par J. Davidson, étudiant la prévalence de l'ESPT sur la vie entière et dans les 6 mois précédents, dans un échantillon de 2985 sujets. Il retrouvait une prévalence "vie entière" à 1,30 % et dans les 6 mois précédents à 0,44%.[47]

La plus grande étude réalisée sur près de 6000 sujets, est la NCS (National Comorbidity Survey) dirigée par Kessler en 1995. Pour lui, la proportion de sujets impliqués dans un évènement traumatique était de 60,7 % pour les hommes et de 51,2 % pour les femmes, et le risque de développer un ESPT dépendait de la nature de l'évènement traumatique vécu et du sexe du sujet. La prévalence "vie entière" du PTSD est de 7,8 % (soit 10,4% chez les femmes et 5,4% chez les hommes). Il mentionne également l'existence d'une importante comorbidité entre l'ESPT et d'autres pathologies, comorbidité estimée à 88,3 % chez l'homme et à 79 % chez la femme. La dépression était le trouble comorbide le plus souvent retrouvé (48 % des sujets étudiés sur la vie entière). Les évènements les plus rapportés comme étant à l'origine d'un ESPT étaient le fait d'avoir été témoin d'un évènement violent ou d'avoir été exposé à une situation de combat militaire pour les hommes, alors que pour les femmes se sont les agressions sexuelles qui étaient le plus souvent dénoncées comme à l'origine de leur trouble.[84]

En Europe, les résultats montrent une prévalence des troubles traumatiques en population générale qui semble nettement moins élevée. Selon l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), publiée en 2004 par Alonso et al., réalisée sur un échantillon d'environ 21 500 sujets résidant dans six pays d'Europe, la prévalence vie entière de l'ESPT est estimée à 1,9 % (2,9 % chez les femmes et 0,9 % chez les hommes). Ces chiffres sont comparables à ceux de l'étude menée par le Centre français de l'OMS, sur un échantillon d'environ 30 500 sujets majeurs représentatifs de la population française métropolitaine. Cette étude SMPG (Santé Mentale en Population Générale) relève une prévalence de 0,9 % pour l'ESPT (0,6 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes). L'exposition à un évènement traumatique vie entière était retrouvée chez 30 % des sujets. Quant au diagnostic de psychotraumatisme au sens large, il était retrouvé chez 4,6 % de la population (4 % chez les hommes, 5 % chez les femmes), ce diagnostic englobant l'exposition à un évènement traumatique, des reviviscences en rapport avec l'évènement et au moins un élément de retentissement psychopathologique dans le mois écoulé (conduite d'évitement ou d'hyperéveil).[84]

ii. variation de prévalence suite à certains évènements spécifiques : catastrophe naturelle

Les études concernant les troubles psychiques induits par les catastrophes naturelles et les accidents technologiques sont peu nombreuses. Dans son étude, Shore compare, un an après, une population exposée à l'éruption volcanique du mont Sainte-Hélène et une population témoin. Les résultats montrent une proportion nettement augmentée de pathologies telles que l'anxiété généralisée et les symptômes dépressifs dans le groupe à haut niveau d'exposition traumatique, soit 11,1 % pour les hommes versus 0,9 % pour les témoins, et 20,9 % chez les femmes versus 1,9 % chez les témoins.[47]

Lors de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, en 2001, 45,5 % des 430 sujets hospitalisés dans les services d'urgence présentaient un taux élevé de symptômes de stress post-traumatique cinq à dix semaines après l'explosion.[84]

De façon consensuelle, les catastrophes d'origine humaine – attentats, fusillades, accidents de la voie publique ou agressions – sont davantage pourvoyeuses d'ESPT que les catastrophes naturelles – inondations, tremblements de terre –.

Si les chiffres de prévalence eux-mêmes varient d'un travail à l'autre, les auteurs s'accordent généralement pour considérer que le trouble est présent de façon significative en population générale, qu'il représente une préoccupation de santé notable et que ses conséquences sont lourdes dans les différents pans de la vie du sujet. Le plus souvent il est comorbide et sa prévalence, à évènement ou exposition comparable, est double chez les femmes par rapport aux hommes, mais le risque d'exposition étant bien moindre chez ses dernières, au final, les chiffres globaux de vie entière sont quasiment identiques.[47]

b. Facteurs de risque

Les facteurs de risque ou de vulnérabilité contribuent à la probabilité que l'exposition à un évènement traumatique ait des conséquences à long terme sur la santé mentale. Ils sont associés au développement, au maintien ou à l'exacerbation de la symptomatologie. Ils représentent un véritable enjeu en termes de mesures préventives primaires et secondaires.[84]

On peut distinguer trois catégories de facteurs, les prétraumatiques, dont les caractéristiques sont préexistantes au trauma, les péritraumatiques, dont les particularités sont présentes lors de l'évènement et immédiatement après, et enfin les post-traumatiques, dont les caractéristiques surviennent à la suite du trauma.

Dans les facteurs prétraumatiques, on retrouve les antécédents psychologiques et psychiatriques personnels et familiaux, l'existence d'évènements traumatiques antérieurs, ainsi que certaines variables sociodémographiques telles que l'âge, le sexe etc… En effet, dans de nombreux articles, le sexe féminin apparait comme un facteur de risque indiscutable, car à niveau d'exposition égale, il multiplie par deux le risque de PTSD. Les antécédents psychiatriques et leur comorbidité au sens large, incluant les troubles des conduites (conduites addictives) sont également classiquement retrouvés dans bon nombre d'études. A noter que la comorbidité, et les troubles dépressifs en particulier, sont également reconnus comme un facteur de chronicité du PTSD. Le bas niveau socio-économique est un facteur également reconnu et selon son étude de 1998, Breslau le décrit même comme le seul facteur probant, classant par là même les autres paramètres sociodémographiques (la race, le statut marital, le niveau d'éducation et la situation par rapport à l'emploi…) comme des facteurs de confusion.[84]

En revanche, les résultats de la National Comorbidity Survey indiqueraient la vulnérabilité du jeune âge non comme un facteur de risque, mais plutôt comme un facteur lié à une plus forte comorbidité ou à un niveau de préparation psychologique moindre.

Dans les facteurs péritraumatiques, sont pris en compte le type d'évènement vécu, la sévérité de l'évènement traumatique et des caractéristiques qui lui sont associées comme le fort niveau de stress, l'apparition rapide de symptômes traumatiques et les troubles dissociatifs (ou dissociation péritraumatique).

Dans les facteurs post-traumatiques sont retrouvés les situations de vie stressantes, la présence de symptômes dépressifs, l'existence d'un état de stress aigu chez le sujet traumatisé, et un soutien social absent, inefficace ou négatif.

c. Facteurs protecteurs

Les facteurs protecteurs ou de résilience contribuent à maintenir l'équilibre et le développement des individus après un évènement traumatique. Ils facilitent l'adaptation en prévenant le développement de symptômes post-traumatiques ou en atténuant leur intensité. La résilience est le thème du dernier ouvrage *Trauma et Résilience* [25] qui apporte "un message d'espoir" selon la préface du Professeur J-L Senon. Il collige tout ce qui peut pallier à l'entrée en névrose traumatique constituée.

Ainsi, le soutien social défini au sens large, c'est-à-dire le soutien qui dépend à la fois de l'individu, de son entourage familial et social proche, mais aussi le soutien que le sujet reçoit des secours, des soins précoces, de l'aide financière éventuelle de la communauté sont reconnus comme exerçant un réel effet protecteur.[84]

NEUROBIOLOGIE DE L'ESPT

I- Physiologie de la mémoire

a. Organisation de la mémoire ou modèle de Tulving

Parmi les différents modèles structuraux existant, nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle qui fait référence actuellement, le modèle de Tulving.[93]

Ainsi la mémoire humaine se décompose en deux grands types : la mémoire explicite ou déclarative, et la mémoire implicite ou non déclarative.

i. la mémoire déclarative ou mémoire explicite ou mémoire à long terme

Elle correspond à l'ensemble des souvenirs conscients du sujet. Ce dernier peut donc avoir accès aux informations stockées de façon volontaire. Cette mémoire explicite se réfère à la récupération intentionnelle d'une expérience antérieure.

Elle se décompose en deux sous-types, la mémoire épisodique et la mémoire sémantique.

1. Mémoire épisodique

Elle correspond à la conscience autonoétique (conscience de soi, de son identité) et à l'ensemble des souvenirs propres du sujet, c'est-à-dire l'ensemble des connaissances personnelles et autobiographiques, datées et précises dans le temps et l'espace. Le sujet peut alors volontairement, consciemment ou à la suite d'un stimulus revivre l'expérience du souvenir, refaire l'expérience du contexte dans lequel il a acquis ce souvenir.

C'est une mémoire verbale ou visuelle.

2. Mémoire sémantique

Elle correspond à la conscience noétique (conscience du monde) c'est-à-dire à l'ensemble des connaissances conceptuelles et générales sur le monde, partagées par tous. Elle ne concerne donc que des données impersonnelles, et est indépendante du contexte spatio-temporel d'encodage. Ainsi, le sujet sait qu'il sait, mais ne saura pas se souvenir du contexte dans lequel il a appris l'information.[59]

La mémoire sémantique est le type de mémoire qui sera le plus longtemps préservée dans le cadre des pathologies neurodégénératives et du vieillissement.

ii. Mémoire implicite, non déclarative

Contrairement à la mémoire explicite, la mémoire implicite ne fait pas appel à une démarche volontaire, intentionnelle ou consciente de la part du sujet. Elle ne suppose aucune récupération volontaire d'une expérience passée. Tulving la décompose en trois sous-parties.

1. La mémoire procédurale

La mémoire procédurale ou conscience anoétique correspond au système d'action de la mémoire.[59] Elle concerne les habiletés perceptives, motrices et cognitives, acquises, comme faire du vélo…

Elle est inconsciente et n'implique aucun souvenir.

2. Le système de représentation perceptive (SRP)

Il est responsable des effets d'amorçage (*priming*), il traite les informations liées à la forme, à la structure et non au sens. Le SRP n'implique pas le souvenir volontaire du passé mais reflète l'influence du passé sur le présent. Il permet de générer les représentations mentales.[59]

3. La mémoire de travail ou mémoire à court terme

Elle concerne le stockage et la manipulation à court terme d'informations verbales et visuo-spatiales. Elle est donc limitée dans le temps ainsi qu'en quantité. Elle implique également le traitement de l'information stockée temporairement. Sa capacité d'empan varie de 5 à 9 éléments (retenir un numéro de téléphone avant de le composer par exemple).

Ainsi, dans le modèle de Tulving, la mémoire explicite et la mémoire de travail sont conscientes, c'est-à-dire que le sujet doit décider volontairement de retrouver une information stockée dans ces systèmes, contrairement à la mémoire implicite.

C'est un modèle pyramidal dans lequel chacune des différentes mémoires apparaît dans un ordre précis. Ainsi, la mémoire procédurale est la première à apparaître et la dernière à être atteinte par le vieillissement. A contrario, la mémoire épisodique se développe plus tard, elle est plus évoluée, mais sera la première à pâtir des effets du vieillissement.

On remarque dans l'ESPT, un renforcement de la mémoire épisodique permettant au sujet de se souvenir très en détails de l'évènement traumatique.[59]

b. Etapes de la mémorisation

Il existe, d'après Tulving, trois étapes nécessaires à la mémorisation, l'encodage, le stockage et la récupération.

i. l'encodage

L'encodage fait intervenir des processus complexes, conscients et inconscients, qui traitent et convertissent les caractéristiques d'un épisode en une trace mnésique. Plus l'encodage est profond plus la trace mnésique est forte et durable, et plus la récupération sera facilitée.

Un encodage profond, correspondant à la mise en place de stratégies d'associations verbales ou imagées de caractéristiques sémantiques (conceptuelles et abstraite) de l'information, est plus efficace qu'un encodage superficiel sur les bases de caractéristiques physiques et concrètes.

Le caractère distinctif de l'épisode est donné par le contexte dans lequel il est apparu. Ce contexte est intégré à la trace mnésique lors des processus d'encodage.

Un encodage efficace implique donc la formation d'une trace mnésique riche, élaborée et distincte.

ii. le stockage

Le stockage est possible grâce aux processus de consolidation, comme la réactivation (répétition) et la réorganisation. Lors d'un nouvel apprentissage, les nouvelles informations relatives à l'épisode sont stockées au niveau des lobes temporaux internes, plus précisément au niveau de l'hippocampe. Mais à ce stade, ces informations sont alors vulnérables à l'oubli.

Certaines informations vont être progressivement consolidées par la réactivation (répétition) permettant leur stockage à long terme. Lors de nouveaux épisodes présentant des informations similaires, il y a réorganisation et consolidation des anciens et des nouveaux souvenirs.

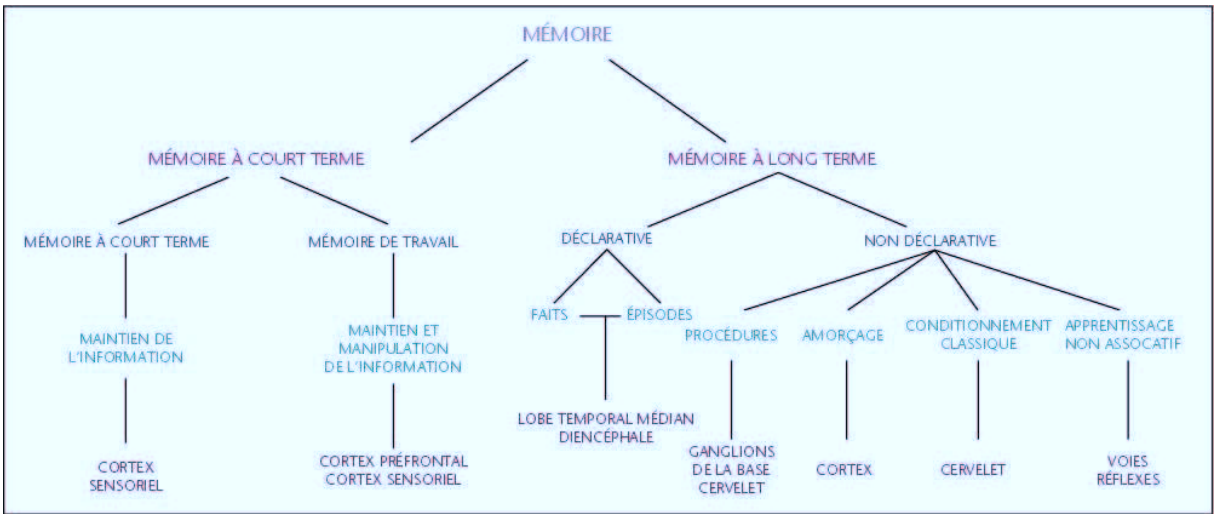
iii. la récupération

La récupération est possible grâce à la spécificité des informations qui ont été encodées. En effet, les souvenirs sont associés à de précieuses informations contextuelles, on parle de représentations. Elles sont stockées dans la mémoire à long terme. Elles sont des indices pour la récupération, mais chaque information récupérée peut servir d'indice à la récupération d'autres informations. Il s'agit d'un processus conscient.

c. Organisation structurale : modèle de Squire

Il existe plusieurs classifications de la mémoire : celles de Cohen et Squire (1980), Schacter (1987), Baddeley (1988), Schacter et Tulving (1994).

La classification selon le modèle de Squire[88] permet d'associer les différentes entités aux structures cérébrales. C'est actuellement le modèle de référence dans le domaine des neurosciences.



Modèle de SQUIRE.

L'amygdale est impliquée dans le conditionnement classique. En effet, c'est elle qui attribue une valeur émotionnelle au stimulus présenté (neutre) en produisant une réponse conditionnée émotionnelle (RCE).

Mais les émotions ne dépendent pas seulement de l'amygdale, elles ont une double composante au niveau de la mémoire :

- une composante déclarative/explicite, donc consciente sous le contrôle du lobe temporal médian avec l'hippocampe comme structure majeure,

- une composante non déclarative/implicite, inconsciente, avec comme structure princeps l'amygdale.

Un patient avec une lésion hippocampique, présente une réponse émotionnelle normale mais ne pourra pas expliquer pourquoi ni à quoi cela fait référence pour lui. La mémoire implicite, non déclarative est conservée, alors qu'un sujet avec une amygdale lésée, présente des altérations des réponses émotionnelles conditionnées mais il peut se rappeler l'expérience passée et il repère la nature du stimulus (aversif). La mémoire déclarative, explicite, épisodique est conservée.

Il ne s'agit donc pas d'un modèle figé, les structures interagissent entre elles pour permettre la mémorisation et ainsi la réalisation d'un comportement adapté du sujet en fonction de la situation.

d. Mémoire émotionnelle

i. définition d'une émotion

Une émotion peut être définie comme un état affectif intense. Il s'agit d'une perturbation à la fois physique et psychique. Elle est transitoire (la métaphore de la vague est fréquemment utilisée) et peut prendre plusieurs formes différentes, on parle de coloration.[60]

L'émotion est une réaction à un évènement réel ou imaginaire.

ii. lien entre mémoire et émotion

En 1998, Damasio a mis en évidence chez des patients atteints de lésion amygdalienne ou du Cortex Préfrontal ventro-médian (CPFvm), un double déficit. Ces patients présentent à la fois un déficit émotionnel et une impossibilité dans la prise de décision (difficulté dans le choix). Damasio crée dons le postulat suivant: l'émotion donne une valence, alors le choix ne peut être décidé. L'état émotionnel module les cognitions. De même pour la mémorisation, le sujet gardera en mémoire les informations ayant une coloration émotionnelle, elles sont par la suite consolidées pour une récupération future.[60]

iii. définition de la mémoire émotionnelle

La mémoire émotionnelle donne une valeur émotionnelle à un stimulus (ou une situation) soumis au processus de mémorisation. En 1984, Delacour donne la définition suivante: "la mémoire émotionnelle peut être définie comme la faculté d'acquérir, de consolider et de restituer des informations connotées émotionnellement."

On retrouve toujours la double composante mémoire épisodique (les souvenirs) et les réponses conditionnées émotionnelles (situation/stimulus/réponse émotionnelle) impliquant les deux systèmes (mémoire déclarative et non déclarative).[60]

iv. modulation émotionnelle de la mémoire épisodique

On voit bien à travers l'exemple du 11 septembre 2001 (attentat du World Trade Center à New York), que même sans avoir été présent sur les lieux de l'évènement, chacun se souvient où il était quand il a appris la nouvelle, quelle était son activité en cours et celle effectuée dans la journée et pour certains, comment ils étaient vêtus ce jour-là.

On parle de souvenirs flashs pour caractériser des souvenirs rapidement formés, avec une richesse de détails associés à un vécu émotionnel important. Même si les souvenirs flashs sont rares et relatifs, le plus souvent, à des évènements publics marquants, on voit comment un évènement à composante émotionnelle est plus facilement retenu que celui à composante émotionnelle neutre.

En revanche, les patients atteints de lésions amygdaliennes ne présentent pas d'amélioration de la mémoire épisodique lors d'un évènement à connotation émotionnelle

forte. Ainsi, le niveau d'éveil émotionnel apparait comme un facteur de consolidation mnésique d'un évènement, ce qui a d'ailleurs été confirmé par des travaux d'imagerie.

v. modulation biochimique de la mémoire

Une augmentation de concentration en hormones de stress (adrénaline et glucocorticoïdes) issues des glandes surrénaliennes est également concomitante à la réaction de l'évènement à fort vécu émotionnel. L'éveil émotionnel a donc un rôle dans le renforcement mnésique. Les glucocorticoïdes agissent comme modulateurs sur les récepteurs adrénergiques et augmentent la consolidation mnésique.

Expérimentalement, les capacités mnésiques concernant les informations à composante émotionnelle sont améliorées par l'injection de ces hormones. Cet effet est également retrouvé lorsque le sujet est soumis à un stress.

L'éveil émotionnel et le stress apparaissent donc comme de puissants renforçateurs mnésiques.

II- Neuroanatomie

Dans le cas de l'ESPT, les études d'imagerie cérébrale ont apporté des données très importantes en montrant que certaines structures cérébrales pouvaient être anormales chez les patients, structurellement ou fonctionnellement. Mais il n'existe toujours pas d'unanimité sur la spécificité anatomique de ces anomalies, et beaucoup de discussions sont toujours en cours.

a. Hippocampe

L'hippocampe lieu de la mémoire de travail, est une structure cérébrale bilatérale et sous-corticale aussi appelée centre de la mémoire déclarative, est impliquée dans l'encodage des informations contextuelles et dans l'acquisition de réponses comportementales conditionnées. C'est également une structure éminemment plastique, en remodelage permanent sur les plans cellulaire et dendritique, et le lieu où semblent s'effectuer principalement dans le cerveau les processus de la neurogénèse.[41] L'hippocampe possède aussi un grand nombre de récepteurs aux glucocorticoïdes et exerce un rétrocontrôle négatif sur cet axe, dès que le taux de cortisol devient excessif.[58]

La moitié des études en IRM montrent une diminution du volume hippocampique chez les patients présentant un ESPT comparativement à des sujets témoins, l'autre moitié n'a pas révélé ce résultat.[96] En revanche, toutes les études utilisant l'imagerie spectroscopique (IRSM) constatent une forte diminution (environ 20 %) du nombre de neurones vivants dans l'hippocampe des sujets avec un ESPT comparativement à un groupe témoin. La diminution du nombre de neurones vivants dans l'hippocampe tel que détecté par la spectroscopie

n'est pas toujours, ou du moins pas immédiatement, accompagnée d'une réduction de son volume, ce qui expliquerait les résultats discordants obtenu avec l'IRM.[96]

Se pose alors la question de savoir si ces anomalies volumétriques sont constitutionnelles (présentes dès la construction du cerveau pendant la vie embryonnaire) ou si elles sont acquises.[41] Les études portent sur des couples de jumeaux monozygotes dont l'un des deux est vétéran du Vietnam alors que l'autre n'y est jamais allé. Les résultats montrent des volumes hippocampiques diminués (environ 10 %) tant chez les vétérans ESPT que chez leur jumeau non exposé, en comparaison de paires de jumeaux tous les deux indemnes d'ESPT. Cela suggère ainsi qu'un faible volume hippocampique est un facteur de vulnérabilité préexistant, potentiellement génétique, qui prédisposerait à l'apparition d'un ESPT après exposition à un trauma psychique et non pas consécutif à ce trauma.

Quant aux études utilisant la spectroscopie par résonnance magnétique, elles ont aussi montré une diminution du taux d'acide aminé N-acétyl-aspartate (NAA), un marqueur de l'intégrité et de la viabilité des neurones, au niveau de l'hippocampe des patients adultes atteints de PTSD.[38] [64]

La diminution du volume hippocampique suite à des situations répétées de stress a d'abord été constatée dans plusieurs études animales, puis confirmée chez des patients avec un ESPT par des études de neuro-imagerie structurelle, qui se sont concentrées sur cette structure cérébrale. Ainsi, les données de l'imagerie cérébrale structurelle rejoignent les hypothèses neuroendocrinologiques (développées plus loin), qui postulent une atrophie hippocampique sous l'influence des glucocorticoïdes, l'hippocampe étant riche en récepteurs glucocorticoïdes.

b. Amygdale

L'amygdale ou centre de la mémoire émotionnelle, est une structure cérébrale située dans la partie inféro-médiane du lobe temporal et connectée aux régions corticales et sous-corticales impliquées dans la réponse au stress et à la mémoire émotionnelle. Elle est au centre du circuit du stress, car une fois mobilisée elle active diversement certains noyaux de l'hypothalamus, de la substance grise périaqueducale et des structures du tronc cérébral, qui influencent à leur tour le fonctionnement du système nerveux autonome, sympathique et parasympathique et l'activité de l'axe corticotrope.[58] L'amygdale est aussi impliquée dans la reconnaissance des visages et des expressions faciales.[41]

Des anomalies de la structure et du fonctionnement de l'amygdale ont été retrouvées à l'imagerie cérébrale chez les patients atteints d'une pathologie psychiatrique, notamment des états de stress post-traumatique. Les résultats confirment les liens avec la clinique, et la présence d'activations amygdaliennes excessives dans l'ESPT.

Les connexions entre le cortex préfrontal et l'amygdale modulent la réaction au stress et permettent l'extinction de la mémoire de la peur, dans la mesure où le cortex préfrontal

exerce un contrôle inhibiteur par l'amygdale.[64] Les études d'imagerie fonctionnelle avec épreuves de provocation de symptômes, chez des patients avec un ESPT, ont montré une hyperréactivité amygdalienne et un défaut d'activation du cortex préfrontal et antérieur cingulaire. L'hyperréactivité amygdalienne a aussi été confirmée par les études d'activation cognitive.

Ces données sont en accord avec plusieurs études neurologiques et psychologiques qui suggèrent que l'hyperréactivité amygdalienne correspond au noyau des symptômes anxieux de l'état de stress post-traumatique, tandis que le défaut d'activation des cortex préfrontal et cingulaire antérieur refléterait l'absence d'extinction des réflexes conditionnés négatifs.[38]

c. Cortex préfrontal

Le cortex préfrontal médian comprend le cortex cingulaire antérieur, l'aire parolfactive de Broca et le gyrus frontal moyen. Le cortex préfrontal médian (CPFm) est connecté à l'amygdale, où il exerce un contrôle inhibiteur sur la réponse au stress et la réactivité émotionnelle. Il permet aussi l'extinction de la peur conditionnée en activant l'inhibition de la peur acquise. Les patients atteints d'ESPT montrent une diminution de volume du cortex frontal, et notamment une diminution de volume du cortex cingulaire antérieur.[64] Une altération de la forme du cortex cingulaire antérieur et une concentration diminuée de NAA au niveau de ce dernier, ont été rapportées.[64]

La plupart des études fonctionnelles avec épreuves de provocation de symptômes, chez des patients avec un ESPT, ont montré un défaut d'activation des cortex préfrontal et cingulaire antérieur.[38]

d. Cortex cingulaire antérieur

Le cortex cingulaire antérieur est une structure pivot, impliquée dans la régulation des phénomènes attentionnels, des réponses émotionnelles et dans le conditionnement de la peur. Comparativement à des sujets exposés sans ESPT, chez les sujets présentant un ESPT on a observé une diminution de matière grise ou une diminution du nombre de neurones vivants dans cette structure.

L'augmentation du nombre de neurones vivants au sein du cortex cingulaire sous traitement et avec amélioration clinique, a été démontrée par De Bellis et al. en 2001.[64] Cette étude suggère une possible réversibilité de la perte neuronale au sein des structures cérébrales impliquées dans l'ESPT.

Enfin, des épreuves d'activations cognitives utilisant l'*emotional counting stroop* auprès de vétérans du Vietnam avec et sans ESPT, ont révélées que les patients souffrant d'ESPT n'activaient pas leur cortex cingulaire antérieur, alors que ceux indemnes l'activaient. A l'inverse, les patients souffrant d'ESPT activaient la partie dorsale du cortex cingulaire, alors que les contrôles ne l'activaient pas. Or, la partie antérieure du cortex cingulaire est

impliquée dans le traitement des informations émotionnelles et sa partie dorsale dans la cognition. Ces résultats apportent des arguments soutenant l'hypothèse selon laquelle il existe dans l'ESPT un trouble des réactions de peur conditionnée.[96]

e. Locus cœruleus

Le locus cœruleus est une composante fondamentale du système nerveux central intervenant dans l'alerte et la vigilance, les réflexes d'orientation vers la nouveauté, l'attention sélective et la réponse cardiovasculaire à un stimulus menaçant. Il est activé par la sécrétion de CRH et déclenche, au travers de mécanismes de *firing neuronal*, une hypersécrétion noradrénergique dans de nombreuses régions corticales et sous-corticales. Cette noradrénaline de son côté stimule la sécrétion hypothalamique de CRH dans le noyau para ventriculaire. Structure largement impliqué dans les aspects neurobiologiques du stress, le locus coeruleus est donc lui-même régulé par plusieurs modulations qui ont un rôle soit de stimulation (CRF, glutamate), soit d'inhibition (noradrénaline, adrénaline, neuropeptide Y, sérotonine, GABA, benzodiazépines ou opiacés endogènes).[46]

III- Mécanismes neurobiologiques

En neurobiologie, le cerveau est conçu comme un ensemble complexe de neurones qui s'organisent en circuits puis en réseaux pour traiter les entrées sensorielles (les perceptions), les relayer jusqu'au cortex – les représentations et les affects ou sentiments –, puis les traduire en sorties comportementales ou psychiques.[94]

C'est un signal chimique qui connecte deux neurones entre eux en faisant appel aux molécules nommées neuromédiateurs. Il en existe de nombreux, mais les plus impliqués dans le psychotraumatisme sont la noradrénaline (neuromodulateur des rapports avec le monde externe), la sérotonine (neuromodulateur des rapports avec le monde interne du sujet), et la dopamine (modulateur/intégrateur final de l'essentiel des sorties motrices ou psychiques). D'autres dont la physiologie est moins bien connue, mais qui seraient impliqués également dans l'ESPT sont le GABA, le glutamate, les opiacés…[40 98]

Un certain nombre d'anomalies des neurotransmetteurs ont été mises en évidence dans l'ESPT, il faut néanmoins souligner que:

- ces anomalies concernent majoritairement la libération périphérique des neurotransmetteurs,
- il n'existe pas au niveau central de véritable cohérence de dysfonctionnement d'un neurotransmetteur, contrairement à la dépression et aux psychoses pour lesquelles il existe des cibles thérapeutiques précises,

- si on peut parfois faire correspondre le dysfonctionnement d'un neurotransmetteur à un symptôme ou une petite série de symptômes, il est impossible de les faire correspondre au syndrome clinique complet de l'ESPT,
- les anomalies retrouvées concernent pour beaucoup des neurotransmetteurs différents de ceux classiquement étudiés c'est à dire ceux dont la physiologie est moins bien connue (GABA, Glutamate, Opiacés et autres).

L'étude du système nerveux central chez les malades a permis de mettre en évidence chez eux de nombreuses anomalies dans le fonctionnement de certaines structures cérébrales, ainsi que dans leurs constituants neuronaux et biochimiques, ce qui a conduit à la construction d'hypothèses très concrètes concernant la physiopathologie des troubles mentaux. Mais les anomalies retrouvées sont loin d'être constantes d'une étude à l'autre, et elles ne permettent pas aujourd'hui de donner des visions précises et systématiques de ce qui pourrait se passer dans les cerveaux des malades, avec une correspondance satisfaisante entre un élément clinique donné et le dysfonctionnement particulier d'une structure cérébrale.[98] [99]

Néanmoins, de grandes lignes se dessinent.

a. Systèmes noradrénergiques

Etant donné l'importance des symptômes hyper adrénergiques dans le PTSD (hypervigilance, reviviscences, anxiété, tachycardie, augmentation de la pression artérielle diastolique, diaphorèse), le système noradrénergique/locus cœruleus et ses diverses efférences ont été la cible de nombreuses études neurobiologiques ces dernières années.

La noradrénaline (NAD) est l'un des principaux neuromédiateurs du système nerveux central (SNC), et de la réponse au stress du système nerveux autonome (SNA). La majorité de la NAD centrale provient des neurones du locus cœruleus, lesquels ont des terminaisons dans diverses régions cérébrales impliquées dans la réponse au stress comme le cortex préfrontal, l'amygdale, l'hippocampe, l'hypothalamus, le thalamus et la substance grise périaqueducale.

Il existe un circuit entre l'hippocampe, l'amygdale et le locus cœruleus, dans lequel le CRF et la NAD interagissent pour augmenter la peur conditionnée et l'encodage des souvenirs émotionnels, renforcent l'éveil et la vigilance et intègrent les réponses au stress des systèmes endocriniens et autonomes. Cette cascade est inhibée par les glucocorticoïdes.[64]

Les anomalies des systèmes noradrénergiques dans l'ESPT ont été les premières mises en évidence, il y a une vingtaine d'années, à travers l'observation d'une augmentation de la noradrénaline et de l'adrénaline urinaires chez les patients.[40] Une diminution des récepteurs alpha-2 sur les plaquettes est un autre élément en faveur de l'hyperactivité noradrénergique périphérique.

Récemment une étude a montré une augmentation de la NAD dans le liquide céphalo-rachidien, suggérant l'existence d'une hyperactivité noradrénergique centrale dans l'ESPT. Une hyperactivité noradrénergique centrale a également été mise en évidence par des tests de provocation noradrénergique, notamment avec la yohimbine, provoquant une attaque de panique uniquement chez les sujets présentant un ESPT. La NAD est aussi impliquée dans l'attention et dans les réactions de peur, et une hyperactivité noradrénergique pourrait jouer un rôle dans les symptômes d'hypervigilance.

Notons également qu'il a été proposé que les bêtabloquants (propranolol), donnés dans la période post-immédiate du trauma, pouvaient s'opposer à l'inscription des mémoires traumatiques et, donc, diminuer le risque de développer ultérieurement un ESPT.[95]

b. Systèmes sérotoninergiques

Le principal argument en faveur d'une implication des systèmes sérotoninergiques dans l'ESPT est l'efficacité des antidépresseurs sérotoninergiques, du moins sur certains aspects du trouble. Les autres arguments évoqués sont les suivants :

- les agonistes sérotoninergiques (type m-CPP) sont plus anxiogènes chez les ESPT que chez les contrôles ;
- la libération de prolactine, stimulée par la fenfluramine (autre agoniste sérotoninergique), est diminuée chez les ESPT ;
- le contenu des plaquettes en sérotonine est diminué chez les ESPT ;
- les sites plaquettaires de recaptage de la paroxétine et de la fluoxétine sont diminués ;
- des symptômes tels que l'agressivité, l'impulsivité et les idées suicidaires qui sont fréquentes chez les ESPT, semblent en grande partie sous la dépendance sérotoninergique ;
- les systèmes sérotoninergiques, en particulier dans l'amygdale, sont une des principales cibles des réactions de stress.

Ces éléments, dont certains sont communs avec d'autres troubles (surtout la dépression), rendent difficile de proposer une théorie sérotoninergique solide dans l'ESPT, d'autant que les antidépresseurs sérotoninergiques ne sont pas efficaces chez tous les patients souffrant d'ESPT. On peut mettre cela en lien avec le fait que ces molécules n'agissent que sur certains symptômes de l'ESPT, mais aussi qu'il pourrait exister différentes formes d'ESPT.[40 94]

c. Systèmes dopaminergiques

Une augmentation de la dopamine plasmatique, bien que peu spécifique, a été observée chez les sujets atteints d'ESPT. Le rôle général de la dopamine est de participer à l'attribution d'un sens aux stimuli environnementaux.[40 98] Certains auteurs ont fait l'hypothèse de l'existence d'une sensibilisation des systèmes dopaminergiques dans l'ESPT. En effet, une telle sensibilisation pourrait modifier les réponses, au niveau de l'amygdale, aux stimuli extérieurs, c'est-à-dire conduire à accentuer le caractère menaçant de stimuli qui n'ont pas de signification particulière, en favorisant le rappel mnésique, par l'amygdale, des souvenirs

désagréables et produisant les symptômes interprétatifs ou paranoïaques observés chez les patients.[40]

d. Systèmes glutamatergiques

Le glutamate est le principal neurotransmetteur excitateur présent dans le cerveau, et les systèmes glutamatergiques sont impliqués de façon majeure aussi bien dans les réactions de stress que dans le fonctionnement de la mémoire. Un rôle des systèmes glutamatergiques a été proposé pour expliquer trois aspects de l'ESPT, un aspect clinique avec le rôle possible du glutamate dans les mécanismes de la dissociation, un aspect de modélisation de l'ESPT avec l'implication du glutamate dans la peur conditionnée, et un aspect neurodégénératif avec un rôle du glutamate dans les atrophies hippocampiques.[94 99]

Pour les peurs conditionnées, rappelons que cela constitue le modèle le plus couramment utilisé pour expliquer l'ESPT: l'évènement traumatique est associé à un certain nombre d'évènements contextuels et à distance de l'évènement, l'un de ces évènements contextuels (bruit, lieu, ressemblance quelconque) peut à lui seul déclencher la reviviscence de l'épisode traumatique. L'amygdale a un rôle central dans la peur conditionnée, et une modification de la transmission glutamatergique dans l'amygdale peut complètement modifier les réactions de peur conditionnée. De nombreux arguments cliniques et neurobiologiques font penser que l'activité glutamatergique au décours immédiat de l'évènement traumatique conditionne le développement de la peur conditionnée, et que le blocage de l'activité glutamatergique à ce moment-là peut bloquer le développement de la peur conditionnée. L'argument clinique principal est le fait qu'un coma prolongé au moment de l'évènement traumatique protège contre l'ESPT -on sait que l'activité glutamatergique est minimale durant le coma-.

Selon D.J. Nutt, l'ESPT serait lié à une sur-stimulation des récepteurs NMDA, sur-stimulation qui via un mécanisme calcium-dépendant, renforcerait l'inscription des mémoires traumatiques et pourrait produire des lésions neurotoxiques cérébrales.[40]

e. Systèmes gabaergiques

L'acide gamma-amino-butyrique (GABA) est le principal neurotransmetteur inhibiteur présent dans le cerveau, et les systèmes gabaergiques sont très impliqués dans les réactions de stress. Les récepteurs aux benzodiazépines sont des récepteurs au GABA et la majorité des anxiolytiques sont des stimulants des récepteurs aux benzodiazépines. Dans certains modèles de l'expérimentation animale, diverses formes de sensibilisation au stress, peuvent à long terme, être bloquées en activant les systèmes gabaergiques au moment du stress.

Certains auteurs ont retrouvé chez les patients atteints d'ESPT des taux plasmatiques élevés en certains neurostéroïdes ayant des effets antagonistes sur les récepteurs au GABA. Ils proposent donc que la présence de ces stéroïdes puisse être un facteur supplémentaire d'anxiété chez les patients.

D'une façon générale, les systèmes gabaergiques sont impliqués dans les systèmes de défense contre le stress, mais n'ont été que peu étudiés chez les patients souffrant d'ESPT.

Enfin, une étude récente a montré qu'un taux plasmatique bas de GABA au décours immédiat d'un accident de la route apparaissait comme un facteur prédictif de développement d'un ESPT deux mois plus tard.[95] [98]

f. Opiacés

L'administration d'opiacés dans les suites immédiates de tâches d'apprentissage diminue les processus d'encodage mnésique de la mémoire à long terme par une diminution de relargage de la noradrénaline dans l'amygdale, alors que l'administration d'antagonistes opiacés augmente cet encodage. Un état d'analgésie a été observé chez certains patients souffrant d'ESPT lors d'épreuves de provocation de symptômes, et cette analgésie a pu être bloquée par la naloxone. Les processus de sur-consolidation mnésique pourraient donc être diminués en cas d'administration précoce d'opiacés après un évènement traumatique.

Saxe a réalisé une étude dans laquelle il évaluait l'effet d'une administration de morphine sur l'évolution d'enfants gravement brûlés.[62] Une corrélation négative significative entre la quantité de morphine administrée lors de l'hospitalisation et l'intensité de la symptomatologie psychotraumatique à six mois, à l'exclusion de tout autre médicament, a été observée. Cette corrélation étant indépendante de l'activité purement antalgique des morphiniques. Ces résultats sont en cohérence avec des données plus anciennes observées au cours de différents conflits armés (méthodes de narcolepsie pendant la première guerre mondiale, la diminution des symptômes d'hyperéveil sous héroïne chez des vétérans du Vietnam).[40]

Ces données, encore parcellaires, donnent donc à penser que les opiacés jouent un rôle dans l'ESPT.

g. Neuropeptide Y

Le neuropeptide Y (NPY) est un neurotransmetteur qui présente une action d'inhibition du neurotransmetteur auquel il est "couplé", la noradrénaline, lorsqu'il agit au niveau des récepteurs pré-synaptiques. On le retrouve dans le Locus Cœruleus, l'amygdale et l'hippocampe, structures impliquées dans le PTSD.

Il a été montré que le NPY inhibe les circuits CRF/NAD impliqués dans la réponse au stress et à la peur, et réduit la libération de NAD par les cellules nerveuses sympathiques.[64] Un défaut de NPY pourrait donc favoriser une mauvaise adaptation au stress et contribuer ainsi au développement du PTSD.

En effet, les sujets souffrant de PTSD ont montré une diminution des concentrations plasmatiques de NPY et une réponse émoussée du NPY à la stimulation par la yohimbine, en comparaison à un groupe contrôle sain, ce qui suggère que la diminution de l'activité du NPY

pourrait contribuer à l'hyperactivité noradrénergique retrouvée dans le PTSD.[64] Le NPY pourrait favoriser la guérison ou la prévention de la survenue du PTSD : en effet, il a été démontré que des vétérans du Vietnam ne présentant pas de PTSD avaient un taux plasmatique de NPY élevé en comparaison à ceux atteints de PTSD.[100]

IV- Neuroendocrinologie

Cet axe consiste en une série de facteurs qui s'activent mutuellement. Le premier facteur est la corticotropin-releasing hormone (CRH), synthétisée dans le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus. La CRH passe dans le système porte hypophysaire active, au niveau de l'hypophyse antérieure, l'hormone adénocorticotrope ou ACTH, qui a son tour est libérée dans le sang périphérique pour aller activer la libération de cortisol dans les glandes surrénales. Le cortisol libéré dans le sang périphérique va exercer un rétrocontrôle ou feedback négatif sur les récepteurs aux corticoïdes situés dans le cerveau pour, notamment, freiner l'activité de l'axe. Le feedback s'exerce à trois niveaux, au niveau de l'hypophyse, au niveau du noyau paraventriculaire de l'hypothalamus (freine la sécrétion de CRH) et au niveau de plusieurs structures cérébrales capables d'avoir une activité inhibitrice sur la sécrétion de CRH, principalement l'hippocampe.[99]

a. Le cortisol

Un certain nombre de troubles endocriniens ont été décrits dans l'ESPT, mais les plus caractéristiques sont ceux concernant l'axe corticotrope ou l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), troubles ayant donné lieu au plus grand nombre de travaux.[64 98 99]

i. physiologie de l'axe corticotrope

L'axe corticotrope ou axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) est un système neuroendocrinien en cascade avec une boucle de rétroaction négative, dont le fonctionnement est connu depuis plus d'un demi-siècle. Il aboutit à la synthèse des glucocorticoïdes.

L'hypothalamus, point de départ de l'axe HHS, possède de nombreuses afférences avec les structures du système limbique (amygdale, hippocampe, septum, thalamus et cortex préfrontal). L'amygdale, lorsqu'elle détecte un stress, stimule l'hypothalamus qui libère la corticotropin-releasing hormone (CRH) également appelée le corticotropin-releasing factor (CRF). Cette neuro-hormone est transportée par le système porte hypothalamo-hypophysaire jusqu'à son récepteur spécifique présent sur les cellules corticotropes de l'hypophyse antérieure. A son tour, la CRH stimule l'hypophyse. Suite à cette stimulation, l'hormone adénocorticotrope (ACTH) est alors libérée dans la circulation sanguine permettant d'atteindre les glandes surrénales et d'induire la libération du cortisol.

Il existe plusieurs niveaux de régulations au niveau de cette voie :

- un rétrocontrôle négatif sur la production de CRH au niveau de l'hypothalamus et au niveau de l'hypophyse avec l'ACTH;

- l'intensité de rétrocontrôle est proportionnelle à la concentration en glucocorticoïdes;

- un rétrocontrôle au niveau hippocampique, induisant l'inhibition de l'hypothalamus.

L'axe corticotrope présente une double rythmicité, un rythme circadien sur 24h, en lien à l'alternance jour/nuit, avec un pic au moment du réveil, avant la mise en route de l'activité motrice et un rythme ultradien avec 3 puls par heure. L'organisme est maintenu en état de veille, permettant de sonner l'alerte si besoin.

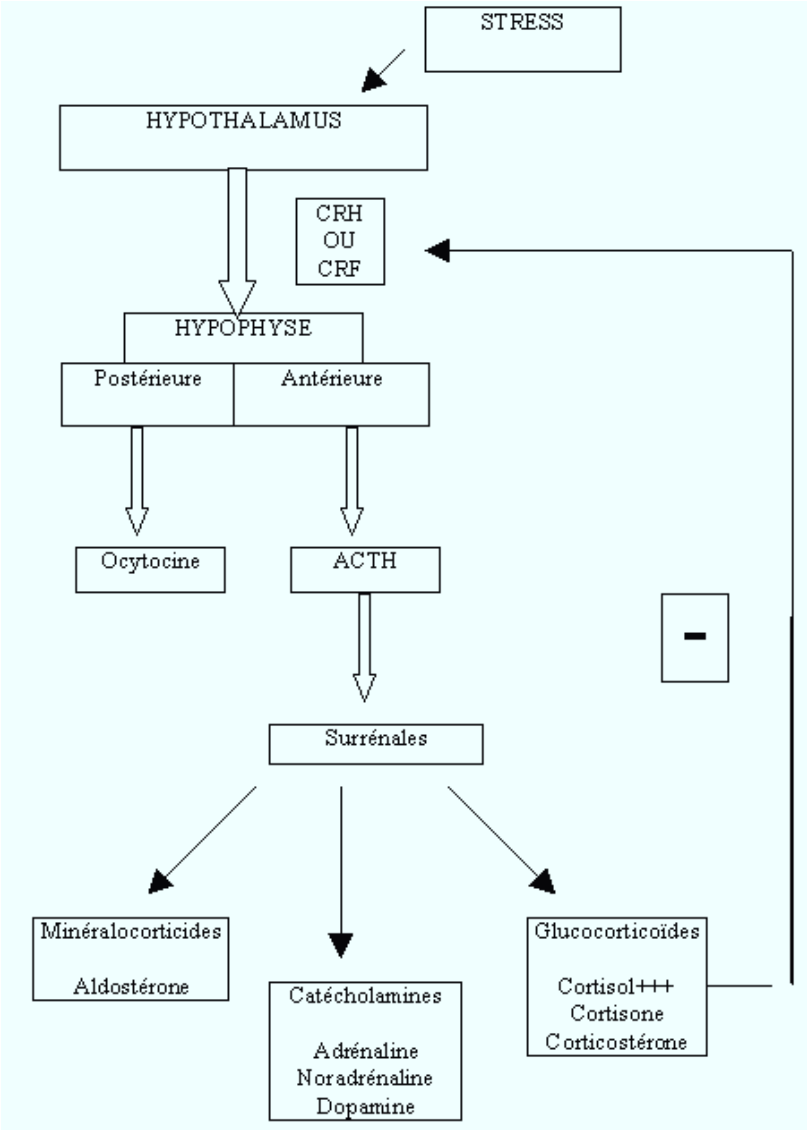


Schéma de l'organisation fonctionnelle de l'axe corticotrope

ii. rôle des glucocorticoïdes

Dans les réactions de stress, les corticoïdes ont un rôle majeur, et l'amygdale est la principale structure cérébrale mise en jeu, capable d'activer l'ensemble des réactions de stress. Elle semble pouvoir déceler les stimuli menaçants et activer tous les sous-systèmes intervenants dans la réaction de stress, tels que les neurotransmetteurs et l'axe HHS. Donc, face à un évènement émotionnel fort, l'axe corticotrope s'active, aboutissant à la production de cortisol. S'il s'agit d'un évènement traumatique ou traumatisant, ce phénomène est majoré. A son tour, le cortisol agit au niveau de l'hippocampe en synergie avec la noradrénaline, notamment dans l'encodage des souvenirs traumatiques.[8]

Les glucocorticoïdes, substances très lipophiles, ont la capacité de passer la barrière hémato-méningée, et donc d'aller se fixer sur les récepteurs aux glucocorticoïdes intracérébraux, notamment au niveau hippocampique. Cela explique alors l'atrophie hippocampique retrouvée en imagerie et les déficits en mémoire déclarative chez les sujets présentant un ESPT.

iii. modifications de l'axe corticotrope dans l'ESPT

Une des fonctions majeures du cortisol est de limiter directement toutes les réponses biologiques au stress en abrégeant les réactions de défense normalement activées par le stress; l'autre est d'inhiber le fonctionnement de l'axe corticotrope par rétrocontrôle négatif.[8] [99] Il a été démontré par Selye que la sécrétion de cortisol était dépendante de la sévérité et de l'intensité du stress. Les altérations de l'HHS dans l'ESPT ne correspondent pas à celles qui sont en cause dans les effets chroniques au stress.

Un dérèglement de l'HHS, pourrait, selon les hypothèses actuelles, être à l'origine ou favoriser la mise en place de plusieurs pathologies psychiatriques, notamment l'état de stress post-traumatique. Dans ses travaux, Yehuda a pu mettre en évidence le rôle important et le fonctionnement très particulier de l'HHS dans l'ESPT. Ainsi, contrairement aux résultats attendus, similaires à ceux retrouvés dans les réactions au stress (hyperactivité de l'HHS), on retrouve une hypoactivité de l'axe dans l'ESPT, ce qui fait de cette entité nosologique une pathologie autonome, unique, étroitement liée à une adaptation particulière de l'HHS au stress. Yehuda retrouve alors chez les sujets ESPT une cortisolémie significativement plus basse le soir, une rythmicité circadienne plus marquée et des pics de cortisol plus nets, plus élevés et plus étroits. De plus, et ce contrairement aux sujets déprimés, les sujets ESPT ont des taux bas de cortisol circulant, mais des récepteurs aux corticoïdes plus nombreux et plus sensibles. Les études portant sur les effets de la dexaméthasone ont démontré que, dans l'ESPT, le cortisol exerce un feed-back négatif très puissant, soit que l'axe corticotrope est hypersensible, et ce dans quasiment toutes les catégories d'ESPT.

Une autre caractéristique de l'HHS dans l'ESPT est l'augmentation de la CRH dans le liquide céphalo-rachidien des patients avec un ESPT en comparaison aux sujets sains.

Ainsi, les modifications associées aux états de stress post-traumatique apparaissent diamétralement opposées à celles découlant des expositions chroniques au stress ou observées dans les états dépressifs. Classiquement, les études montrent que dans les dépressions et/ou les expositions au stress chronique, on observe une augmentation des taux de cortisol circulant, une diminution de la concentration et de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes, une érosion du rétrocontrôle négatif et une désensibilisation progressive de l'axe corticotrope. L'ESPT, lui, est caractérisé par une diminution des taux de cortisol circulant, une augmentation de la concentration et de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes, une augmentation de l'inhibition par rétrocontrôle négatif et une sensibilisation progressive de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

1. décroissance des taux de cortisol

On observe, chez les sujets souffrant d'ESPT, une cortisolémie et une cortisolurie abaissées, en comparaison a des sujets traumatisés sans ESPT ou des sujets contrôles. Des analyses chronobiologiques confirment cette diminution de la cortisolémie tout au long du rythme circadien pour les sujets ESPT, avec un cycle nycthéméral de la sécrétion de cortisol conservé et nettement accentué.[8 99]

2. augmentation de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes

Ces résultats retrouvés dans plusieurs études comparant les sujets traumatisés avec ESPT et ceux sans ESPT, ont permis de supposer que l'élévation du nombre et de la sensibilité des récepteurs situés sur l'axe HHS pourrait intensifier le rétrocontrôle négatif du cortisol au niveau de cet axe.

3. forte inhibition par rétrocontrôle négatif

Les sujets présentant un ESPT ont des modifications de leur rétrocontrôle négatif. Des tests utilisant la dexaméthasone (agoniste aux récepteurs des glucocorticoïdes) ont montré l'induction d'une forte inhibition de l'axe HHS, soit une hypersensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes. Ils retrouvent également un taux basal de cortisol plus faible chez ces patients.

4. rôle de la CRH

Une étude utilisant le test à la métopirone a montré, chez un groupe de sujets souffrant d'ESPT une élévation majeure de l'ACTH comparativement au groupe contrôle. Ces résultats suggèrent que l'hypersécrétion de CRH est un élément important de la physiopathologie de l'ESP.

Toujours selon Yehuda, il existerait chez les patients ESPT à la fois une hyperstimulation chronique de l'hypophyse et une hypersensibilité des récepteurs centraux aux corticoïdes qui potentialiseraient le feed-back négatif du cortisol sur le cerveau. Le test à la métyrapone

a démontré la réalité de ce feed-back renforcé. On peut alors se poser la question du moment auquel apparaît cet hypofonctionnement de l'axe corticotrope : est-il consécutif au trauma ou préexistant ? Elle défend l'hypothèse selon laquelle il y aurait, avant même la survenue du stress traumatique, des cortisolémies plus basses que la moyenne chez les sujets qui développent un ESPT, soit l'hypothèse d'une vulnérabilité à l'ESPT.

Au total, l'axe HHS devient, chez les patients atteints d'ESPT, hypo-actif mais hyper-réactif. Les neurones hippocampiques deviennent aussi plus vulnérables, on explique donc comment un antécédent de traumatisme peut constituer un facteur de risque de développement d'un ESPT.[98]

b. Testostérone

Les stress psychiques sont associés à une diminution des taux de testostérone, en rapport soit avec une diminution de synthèse de LH-RH au niveau de l'hypophyse, soit avec une diminution de sécrétion de LH au niveau hypophysaire. Récemment, une diminution des taux de testostérone dans le LCR a été rapportée chez des patients souffrant d'ESPT et mis en relation avec une augmentation des taux de CRH.[95]

c. Œstrogènes

Les femmes sont plus sensibles aux effets des stress traumatiques ; cependant, l'influence des œstrogènes est mal documentée dans ce processus, l'effet des œstrogènes sur l'humeur et l'anxiété serait médié par les systèmes sérotoninergiques; il y aurait une action directe des œstrogènes sur l'expression du gène du CRF, ainsi que sur le nombre et l'activité des récepteurs aux glucocorticoïdes.[95]

V- Génétique

La maltraitance infantile entrainerait une diminution des ARNm du récepteur aux glucocorticoïdes avec une augmentation de la méthylation d'un site cytosine dans la région du promoteur de NR3C1 qui correspond à une fermeture de la serrure et au verrouillage épigénétique de l'expression du gène. Cela pourrait amener à une sensibilité au stress alors que cette modulation résulte elle-même d'un stress précoce.[61]

Les stress psychiques (et les stress oxydatifs) entrainent un raccourcissement accéléré des télomères leucocytaires dont la taille est considérée actuellement comme un marqueur de l'âge biologique. Ce même phénomène a été observé dans la schizophrénie et les troubles de l'humeur donnant un vieillissement précoce et des risques cardiovasculaires ou cancérologiques.[91]

PRISE EN CHARGE DU PSYCHOTRAUMATISME

I- Rappels sur la clinique de la réaction immédiate

La réaction immédiate est cette réaction qui suit immédiatement le traumatisme et qui ne dure que quelques heures (d'une heure à six heures). Le plus souvent elle est normale, adaptative, malgré la présence de symptômes neurovégétatifs gênants, mais elle est parfois pathologique et inadaptative.

Au-delà de quelques heures, on parle de réaction post-immédiate. Ces états psychiques s'étendent de quelques jours à un mois ou plus, aboutissant soit à un retour à la normale, soit à la constitution d'un syndrome psychotraumatique caractérisé et durable.

a. La réaction immédiate adaptative

Cette réaction, également appelée stress adapté, est une réaction d'alerte et de mobilisation qui se manifeste dans les sphères cognitive, affective, volitionnelle et comportementale.

Au niveau cognitif, il se produit une élévation immédiate et rapide du niveau de vigilance, une focalisation de l'attention et une exacerbation des capacités d'évaluation et de raisonnement, le tout aboutissant à l'élaboration d'une décision. La perception bascule subitement du mode réceptif passif au mode actif de prospection sélective des signaux pertinents.[26] Le sujet voit toute son attention, tout son esprit monopolisés par la situation de danger. Ses facultés de jugement, d'évaluation, de mémoire, de raisonnement sont exacerbées dans une hyperactivité rapide répondant à l'urgence de la situation présente.

Dans la sphère affective se produit une bourrasque émotionnelle relativement perturbante mais qui entretient l'état d'alerte du narcissisme menacé. Dans la réaction normale, on remarque une réduction de cette émotion et un contrôle des débordements de la peur. La relation à autrui quant à elle demeure normale et adéquate à la situation, tant vis-à-vis des co-victimes (empathie, entraide, altruisme) que contre l'agent menaçant (agressivité, hostilité). [20] [27]

Concernant la sphère volitionnelle, la réaction immédiate se traduit par un désir impérieux de passage à l'acte, de mise en œuvre de décision ayant pour but de réduire la sensation désagréable de tension interne présentée par le sujet.

Dans la sphère comportementale, le sujet présente une séquence d'attitudes et de gestes adaptés, rapides mais non précipités, harmonieux et efficaces. Leur but est de réduire ou effacer la menace, ou de mettre le sujet à l'abri ou hors de portée de cette menace. Ces comportements seront adaptés, modulés en fonction des résultats obtenus et des obstacles rencontrés.

Ainsi, la réaction physiologique immédiate est a priori adaptative voire salvatrice, et ses trois caractéristiques majeures sont la focalisation de l'attention, la mobilisation d'énergie et l'incitation à l'action. C'est une réaction d'exception, grevée de symptômes gênants et coûteuse en énergie. D'ailleurs, lorsqu'elle se termine, elle débouche sur un état psychique ambigu qui mêle soulagement euphorique et sensation d'épuisement physique et psychique.

b. La réaction immédiate inadaptée

Cette réaction, dite aussi réaction de stress dépassé, se présente chez des sujets psychologiquement fragiles, ou non préparés, ou isolés, dans les agressions exceptionnellement violentes ou dans les situations d'agression prolongée ou répétée à de courts intervalles de temps. Cette réaction peut prendre quatre formes: la sidération, l'agitation, la fuite panique et l'activité automatique.[27] [31]

La sidération saisit d'un coup le sujet, et dans toutes ses facultés cognitives (incapacité de percevoir, d'évaluer, de penser, de s'exprimer), affectives (état stuporeux ou état second), volitionnelles (sidération, incapacité de prendre une initiative, une décision, comme frappés d'une paralysie de la volonté) et comportementales (comme paralysés, pétrifiés).

L'agitation est en revanche la réaction inverse, véritable état d'excitation psychique, de désordre affectif et d'anarchie volitionnelle. Le sujet subissant l'évènement traumatique a envie d'agir, mais son stress est trop intense pour lui permettre de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision. Il peut alors, soit obéir à un ordre salvateur donné par autrui, soit libérer sa tension anxieuse dans une décharge motrice sauvage et désordonnée.

La fuite panique est une réaction de course éperdue, inadaptée, une fuite impulsive, non raisonnée, éperdue, sans but, en bousculant, renversant et piétinant autrui.

Enfin le comportement automatique, de prime abord, n'attire pas l'attention car ne donne pas lieu à des gestes spectaculaires. Les sujets présentant ce type de réaction semblent avoir un comportement tout à fait normal, mais un œil exercé remarquera qu'ils ont des gestes saccadés, répétitifs et inutiles, ou dérisoires et peu adaptés à la situation. Leurs visages présentent une totale absence d'expression, ils n'enregistrent aucune parole bien qu'ils donnent l'impression d'écouter, et restent silencieux.

Ces réactions de stress dépassé sont de durée variable, le plus souvent ne dépassent pas quinze minutes, mais elles peuvent parfois perdurer une heure ou plus.

c. Les réactions névropathiques ou psychotiques

Ces réactions surviennent chez des sujets prédisposés. Les sujets névrotiques ont conscience de l'état morbide de la situation et conservent leur instinct de survie, alors que les sujets psychotiques n'ont pas conscience de l'état morbide de la situation et leur instinct de survie est hors circuit.[29] [31]

Les réactions anxieuses surviennent surtout dans les situations de menace ou d'attente pendant lesquelles le sujet (connu comme anxieux) se montre intenable avec des symptômes d'angoisse psychique et somatique, sub-agité et capable de se jeter en avant vers le danger. En revanche une fois la catastrophe survenue, le sujet anxieux se comporte généralement bien de façon adaptée et se montre un bon exécutant.

La réaction hystérique est plus rarement observée dans la période immédiate, mais davantage pendant la phase post-immédiate. Elle peut se présenter comme une crise d'agitation hystérique, un état second, un état d'errance, voire des états de conversions (cécité, surdité, mutisme, paralysie, tremblements, etc…) l'ensemble de ces manifestations traduisant en général un intense sentiment de détresse avec pantomime d'appel à l'aide.

La réaction phobique est également plus souvent observée en post-immédiat. Elle s'exprime par une angoisse intense à la vue de la menace phobogène, les conduisant à perpétuer leurs rituels protecteurs ou conjuratoires.

Concernant les réactions psychotiques, on retrouve la réaction confusionnelle, la réaction délirante, la réaction maniaque et la réaction mélancolique. La réaction confusionnelle est marquée par la stupéfaction, une désorientation temporo-spatiale, une stupeur affective, un état d'inhibition ou d'agitation, et surtout une relation à autrui inexistante. La réaction délirante ou bouffée délirante, habituellement de courte durée (un à trois jours) repose sur l'extériorisation d'un délire polymorphe dans ses thèmes comme dans ses mécanismes, pouvant conduire le sujet à adopter un comportement potentiellement dangereux. La réaction maniaque se manifeste par une excitation psychomotrice, une agitation incohérente, une émission de propos volubiles, etc… et surtout par une euphorie joyeuse totalement hors de propos avec la gravité de la situation et pouvant aller jusqu'à importuner autrui. La réaction mélancolique est très rare et s'exprime par une symptomatologie relative aux états dépressifs profonds. Une telle réaction ne fait en général qu'inaugurer un état mélancolique plus prolongé chez un sujet connu pour ses antécédents similaires.[29] [37]

Ces réactions immédiates, névrotiques et psychotiques, sont rares et généralement le fait de sujets antérieurement connus comme porteurs de leur pathologie.

II- Prise en charge en aigu sur le plan psychique

De nombreux auteurs soulignent le bien fondé des méthodes abréactives, particulièrement au niveau de la prise en charge précoce. Le "debriefing psychologique" serait ainsi censé atténuer voire prévenir les lourdes séquelles psychotraumatiques par son action cathartique et une verbalisation émotionnelle précoce. Les résultats sur l'efficacité de ce traitement sont cependant contradictoires. Les uns affirmeraient qu'il existe autant d'études montrant les effets positifs que celles montrant des effets négatifs. Pour les autres, ces résultats controversés seraient probablement le fait de résultats d'approches techniques différentes du debriefing, centrées soit sur la verbalisation de l'expression émotionnelle, soit sur la

narration de l'évènement traumatique (modèle de Mitchell), cette dernière étant considérée comme insuffisante.

a. Historique des débriefings psychologiques

i. l'Historical Group Debriefing de Marshall

L'historien et officier S. L. Marshall (1900-1977) est le premier, en 1945, à envisager la réalisation d'un debriefing comme bilan psychologique à la suite d'un évènement traumatisant. Son postulat de départ était que les échanges de paroles entre combattants ayant participé à la même opération, avaient un effet bénéfique sur le moral des hommes, leur motivation, leur efficacité au combat et sur la cohésion du groupe. Il avait observé cet effet cathartique de la parole lors des débriefings techniques de rigueur dans les armées américaines.[28]

Pour réaliser sa méthode de narration historique (Historical Group Debriefing), il invite chaque participant à relater les faits de la manière la plus factuelle possible et dans l'ordre chronologique de leur déroulement. Ainsi, il donne priorité aux faits et pas aux émotions. Le sujet doit retranscrire ce qu'il a vu pendant la bataille avec le plus de précision possible, en donnant un maximum de détails. Cela permet donc à chacun de retrouver sa place dans le déroulement de l'opération et d'en avoir une meilleure compréhension. Dans le groupe, il n'existe alors plus de hiérarchie c'est-à-dire que la parole de tous les membres possède une valeur égale.

Il estimait que cette méthode "dissipait le brouillard du combat" et permettait aux participants de s'en sentir soulagés et confortés dans leur estime de soi.

Les quatre bénéfices qu'il rapportait à sa technique étaient :

- la valorisation du rôle individuel du combattant,
- la mise en valeur de la mission de son unité,
- l'évacuation des peurs, des émotions, des frustrations et des rancœurs éprouvées pendant l'action et même pendant le service,
- la favorisation de la verbalisation et la diminution de passages à l'acte impulsifs et nuisibles (rixes, alcoolisme et retrait dépressif).

ii. la psychiatrie de l'avant

A partir de la Seconde Guerre Mondiale, les psychiatres militaires reçoivent l'ordre officiel de prendre en charge les sujets psychotraumatisés sur le terrain. Cette injonction sera officialisée par la circulaire Bradley (26 avril 1943), inspirée des notions de psychiatrie de l'avant, recommandant de ne pas évacuer systématiquement les blessés psychiques vers l'arrière, tentant d'abord de les traiter sur place et ce pendant une semaine. Cela reposait sur les cinq principes suivants (Principes de Salmon):[42]

- l'immédiateté (ne pas laisser le sujet à sa méditation solitaire génératrice de pensées morbides),

- la proximité (traitement près de la ligne de front permettant au soldat de rejoindre son unité plus rapidement après sa guérison),

- l'espérance de guérison (le message véhiculé est qu'il s'agit d'une réaction normale à une situation anormale, et qu'il va certainement guérir),

- la simplicité (traitement par le repos et des entretiens centrés sur l'évènement, sans s'aventurer dans l'exploration du passé infantile),

- la centralité (tous les thérapeutes sont formés à la même doctrine et aux mêmes techniques, et travaillent en réseau, avec possibilité de réguler le flux des arrivées de patients).

L'objectif de cette prise en charge est clairement centré sur le fait d'éviter la fuite des effectifs, et la récupération des soldats afin de les rendre plus efficients et capables de participer à de nouvelles batailles.

Les principes de cette circulaire seront utilisés par les psychiatres militaires jusque dans les années 1980.

iii. Sokol

En 1980, avec le retour les soldats de la guerre du Vietnam, on s'aperçoit que la psychiatrie de l'avant ne suffit plus. En effet, l'administration américaine doit faire face à la chronicisation des complications post-traumatiques de ses soldats revenus du front. C'est R. Sokol, psychiatre militaire qui fut chargé d'organiser un dispositif spécial. Il crée en 1986 le Stress Management Team (STM) et donne au debriefing une valeur thérapeutique et préventive, sans pour autant que les rescapés soient considérés comme des malades.[86]

Il reprend les cinq principes de Salmon évoqués précédemment et en ajoute un sixième, constituant ainsi "BICEPS" :

- B pour brièveté du traitement, avec une prise en charge dans un délai de deux à trois jours,

- I pour immédiateté de l'intervention, le plus tôt possible après l'évènement,

- C pour centralité ou exigence de traiter toutes les victimes ensemble, dans le même lieu et de s'inspirer d'une doctrine unique,

- E pour espérance, c'est-à-dire inculquer aux patients la conviction qu'ils allaient être rapidement débarrassés de leurs symptômes liés au choc émotionnel,

- P pour proximité de la zone de l'évènement (zone de combat ou zone où a eu lieu l'évènement),

- S pour simplicité du traitement, qui devrait être interventionniste, porter sur l'évènement sans chercher à explorer le passé infantile et viser à renforcer les défenses de l'ego des victimes dans une approche reconstructive.

L'équipe qui intervient dans cette prise en charge est multidisciplinaire. Elle se compose d'un psychiatre chef d'équipe, d'un psychiatre adjoint, d'un psychologue, de deux assistants sociaux, et d'un aumônier (*chaplain*). Au gré des besoins, ce noyau peut être étoffé par d'autres personnels de ces catégories, prélevés pour la circonstance, sur les effectifs des hôpitaux de l'armée.

De nos jours, les *chaplains* font toujours partie des équipes de *debriefers* anglo-saxonnes.

Les interventions se divisent en quatre phases:[28]

- La préparation (*planning and preparation*):

C'est la phase initiatrice indispensable selon Sokol, qui soulignait qu'un debriefing réalisé dans l'urgence conduit souvent à l'échec. On y définit le nombre et la qualité des personnels d'intervention ainsi que leur rôle, celui du psychiatre étant surtout un rôle de coordonnateur. C'est également l'occasion d'effectuer un briefing auprès de l'équipe, permettant de libérer l'anxiété anticipatrice.

- L'extraction-triage (ou *defusing*):

Cette étape permet de réaliser un premier contact entre les personnels de l'équipe et l'ensemble des victimes à débriefer (avant leur répartition en petits groupes). Elle a pour but d'apporter un premier soutien psychologique aux victimes tout en évaluant les différentes réactions et en les informant du déroulement des opérations. Sokol la considère comme le

préambule du debriefing. En fait, elle correspond à ce que l'on appelle aujourd'hui defusing (soit désamorçage ou déchoquage).

- Bilan psychologique (*debriefing*):

La phase de debriefing proprement dite peut ne pas succéder directement à la phase d'extraction-triage, en fonction de la durée des transports entre le terrain et le lieu du debriefing. Sokol recommande de maintenir les victimes dans un local et une ambiance calmes, à l'abri de toute stimulation visuelle ou auditive nocive, et de toute intervention sociale parasite (pression inquiète des familles ou harcèlement par les médias).

Il s'étend peu sur les techniques du debriefing en tant que telles, préconisant une adaptation aux circonstances plutôt que l'application d'une technique rigide, combinant les principes de la psychothérapie individuelle avec les techniques de la thérapeutique de groupe. Il insiste sur l'importance d'encourager les victimes à s'exprimer le plus spontanément possible, voire de relancer ceux qui demeurent silencieux, et d'intervenir activement pour atténuer les sentiments de honte et de culpabilité. Il insiste sur l'aide à apporter aux sujets pour reconquérir l'estime du groupe, tout en étant vigilant aux dérives paranoïaques pouvant conduire à des attaques contre la hiérarchie.

Sokol distingue deux types de debriefing de groupe: le style "expérientiel", centré sur le simple échange d'expériences entre les membres, et le style "éducationnel", dans lequel l'équipe intervient pour donner une information sur la nature et la normalité des symptômes ressentis et des symptômes à venir éventuellement. D'après son expérience, ce deuxième style s'avérerait plus efficace sur le plan thérapeutique et préventif.[86]

- La réinsertion:

La phase de réinsertion doit être intégrée dans le processus du debriefing, dont elle constitue la phase finale. Elle a pour but de préparer les victimes à affronter leur environnement antérieur, physique et social, prévoyant un travail avec les familles, tout cela dans un souci de reprise d'autonomie.

Sokol apporte une composante thérapeutique et préventive jusqu'alors non prise en compte, il s'inquiète également dans sa dernière phase de la qualité du soutien social à apporter aux victimes. Ce type de debriefing psychologique reste néanmoins très directif et intrusif, même si le retour que les soldats font de leur vécu en lien avec cette technique reste positif.[28]

b. autres types de débriefings

i. le Critical Incident Stress Debriefing (CISD) selon J. Mitchell

En 1983, le psychologue américain et ancien pompier Jeffrey Mitchell reprend la technique narrative de Marshall et les applications militaires pour définir et codifier les procédures de debriefing, applicables aux équipes de sauveteurs (civils, pompiers et policiers). Son but est

de réduire les désordres émotionnels survenus chez les pompiers et sauveteurs au lendemain des incidents critiques survenus au cours d'opérations de secours dans les catastrophes, et de faciliter la réinsertion professionnelle et familiale. Ce type de debriefing est donc spécifiquement destiné aux sauveteurs, et actuellement, il est utilisé sous l'appellation PEGS (Powerfull Event Group Support).[81]

La technique repose sur une prise en charge groupale, permettant l'accueil et l'apprentissage des réactions de stress. Elle s'appuie essentiellement sur la reconstruction cognitive de l'évènement et sur l'information du caractère normal des pensées, des réactions et des symptômes décrits. Elle consiste à faire raconter l'incident par les participants dans l'ordre de progression suivant: vision (ce qu'ils ont vu), action (ce qu'ils ont fait), la cognition (ce qu'ils ont pensé) et émotion (ce qu'ils ont ressenti). Chaque entité est décrite sur deux niveaux, au moment de l'évènement puis pendant la séance.

Le moment le plus opportun pour réaliser le debriefing psychologique, est situé pour Mitchell, entre 24 et 72 heures après l'évènement. Ni trop tôt, afin que les sujets ne soient plus sous le choc de l'évènement, ni trop tard, afin que les évolutions pathologiques ne soient pas installées.

Le lieu doit être neutre, différent de celui où l'incident a eu lieu, n'appartenant pas à l'institution à laquelle appartiennent les sujets impliqués. Ce doit être un endroit calme et sécurisant. Tout élément extérieur est proscrit (téléphones éteints). Les participants s'installent en cercle ou autour d'une table.

Les personnels qui assurent le debriefing sont soit du personnel de santé mentale (psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux), soit des sauveteurs (pompiers, policiers, personnels de la protection civile) motivés pour apporter de l'aide à leurs pairs (*peer support*), à leurs camarades traumatisés. Les intervenants doivent être volontaires, motivés et doivent avoir reçu une formation spécialisée en debriefing. Les intervenants sont choisis en fonction de l'incident et des sujets impliqués.

Le debriefing doit être assuré par un leader qui peut être soit médecin, psychologue, assistant social ou cadre, mais il doit être spécialement formé à cette technique, et expérimenté. Dans l'idéal il doit venir d'un organisme extérieur à l'institution, et ni lui ni son équipe ne doivent avoir été impliqués dans l'incident.

Les personnels de debriefing qui accompagnent le leader doivent aussi être formés à cette procédure. Ils peuvent intervenir en appui du leader, ils observent et signalent discrètement, pendant le déroulement de la séance, les sujets qui présentent des signes de décompensation émotive, de retrait ou d'irritation.[81]

Le debriefing s'applique spécifiquement à tous les personnels de secours impliqués lors d'un incident critique : sauveteurs, pompiers, policiers, infirmiers, cadres, assistants sociaux, psychologues et médecins. Il peut aussi être réalisé individuellement, mais l'impact en

termes de restructuration cognitive sera moins important. De plus, Mitchell insiste sur la distinction entre debriefing et intervention thérapeutique. Il s'appuie sur les quatre points suivants :

- Déroulement strict du debriefing versus déroulement souple de la thérapie,
- Raconter l'évènement versus le revivre,
- Ne pas interpréter versus interpréter,
- Expliquer, dédramatiser et conseiller versus écoute neutre.

La procédure peut être appliquée individuellement, pour un seul sauveteur, ou collectivement à toute une équipe dont tous les membres sont concernés par le même incident. L'effectif optimum de fonctionnement se situe entre cinq et douze personnes, ce qui permet à chacun de s'exprimer plusieurs fois suffisamment longuement pendant une séance de deux à quatre heures. Si l'effectif est plus important, il est recommandé de le diviser en sous-groupes, répartis au hasard ou en fonction des profils de poste.

La procédure du debriefing doit se dérouler rigoureusement en sept étapes : l'introduction (explication du déroulement de la séance et de son caractère de confidentialité absolue), la description des faits, la description des cognitions, la description des réactions, la description des symptômes (normal et pathologique, les symptômes à venir éventuels), l'enseignement (ou psychoéducation) et enfin le retour d'expérience avec la synthèse et la distribution de documents explicatifs auxquels les participants pourront se référer.

Ainsi, dans le cadre très spécifique du debriefing, Mitchell est très réticent à la confrontation d'emblée des sujets à leur vécu émotionnel. C'est ainsi qu'il justifie le déroulement en étapes strictes, en expliquant les différents niveaux. En effet, il préconise de partir des faits, car il s'agit d'un niveau sécurisant et impersonnel, puis de passer au niveau des pensées et cognitions, qui est plus personnel et propre à chacun. Il termine en descendant au niveau émotionnel et au niveau des symptômes où le sujet apparait le plus fragilisé.[81]

Il remonte au niveau de l'explication et de la connaissance de ces émotions, puis au niveau de l'explication des pensées, de telle façon que les pensées rationnelles se substituent aux pensées inadéquates, et revient enfin au niveau des faits, éclairés cette fois de toutes les informations et explications nécessaires. Ainsi, la vision partielle et fausse de l'évènement est remplacée par une connaissance objective et globale. Il illustre cette démarche par une courbe en forme de V, les deux branches du V se situant au niveau descriptif, la partie médiane de chaque branche au niveau cognitif, et la pointe du V au niveau affectif. On part à gauche dans le descriptif, on descend dans les cognitions, puis dans les émotions et les symptômes, puis on remonte à droite en s'expliquant sur les symptômes, sur les réactions et le vécu au moment de l'incident, sur les cognitions (identification critique des cognitions

justes et de cognitions erronées). On termine enfin au niveau de la description objective, cette fois, avec des connaissances adéquates.

Le debriefing psychologique de Mitchell est la référence en ce domaine. Toutefois, lui-même se défend d'y attribuer une vertu thérapeutique ou préventive. Cette technique n'est pas applicable à tout type de population, s'agissant ici spécifiquement de sauveteurs. Le groupe est souvent antérieurement constitué et ils affrontent les évènements dans le but d'apporter leur aide aux victimes. Le contexte de l'exposition au traumatisme diffère par rapport à la population générale. Cette procédure reste néanmoins longue et nécessite plusieurs intervenants.

ii. l'expérience francophone

La position française est distincte de la position américaine. En effet, l'accent est mis sur la verbalisation des émotions plutôt que sur le récit factuel des évènements.[29]

C'est à la suite d'interventions diverses comme l'effondrement de la tribune du stade de Furiani (5 mai 1992), et la prise d'otage par des terroristes islamistes des passagers et membres d'équipage du vol Airbus Paris-Alger (25 décembre 1994) que le Général Louis Crocq édicta les dix principes du debriefing.[31]

Le debriefing à la française a deux fonctions. Il a à la fois un but préventif (prévention de l'installation de séquelles psychotraumatiques) et un but thérapeutique (réduire les symptômes persistants liés au stress ainsi que les premiers symptômes résultant d'une expérience traumatique). C'est un modèle qui s'applique aussi bien aux victimes qu'aux intervenants, et qui repose sur les principes suivants:

- La restitution du cadre spatio-temporel et des valeurs normales,
- La récupération de l'autonomie du sujet,
- Verbalisation de l'expérience vécue (visée cathartique),
- Informer sur les symptômes éprouvés avec remise d'une plaquette d'information,
- Diminuer les sentiments d'isolement et d'incommunicabilité,
- Harmoniser les relations du groupe (réduire tensions, conflits et dérives xénopathiques),
- Réduire les sentiments d'insécurité, d'impuissance, d'échec et de culpabilité,
- Préparer les sujets à la réinsertion dans le monde,

- Repérer les sujets à risque,

- Aider les sujets à mettre un point final à l'évènement.

A l'origine, le debriefing psychologique est une technique de décharge émotionnelle qui vise l'abréaction, décharge émotionnelle permettant au sujet de se libérer de l'affect attaché au souvenir d'un évènement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou de ne pas rester pathogène.

Mais au-delà de la simple décharge émotionnelle, qui peut être spontanée ou provoquée lors du debriefing psychologique, l'élaboration n'est possible que si les émotions sont libérées. C'est la visée cathartique qui ajoute la valeur thérapeutique au debriefing ou "construire un sens à partir de l'évènement".[73]

La séance peut être individuelle ou collective, mais dans ce cas, il faut que le groupe ait été constitué préalablement. La participation doit être volontaire. La durée moyenne de l'intervention est de deux ou trois heures.

Le nombre d'intervenants doit être de trois au minimum (l'animateur et deux observateurs). L'animateur dirige la séance, il se présente ainsi que ses collègues et expose le principe de la séance et sa garantie de liberté et de confidentialité. Il encourage les personnes présentes à exprimer toutes les réactions, sensations, émotions qu'elles ont éprouvées pendant et depuis le choc, mais aussi l'incrédulité et le déni éprouvés. C'est lui qui conclura la séance en reprenant ce qui aura été formulé, en proposant si nécessaire une date pour une autre séance. C'est une différence notable avec les autres types de debriefing qui eux ne proposent qu'une séance unique. De son côté, l'observateur fournit le soutien émotionnel à l'animateur, aide les participants qui revivent une crise émotionnelle, et note le déroulement de la séance. Il permet au sujet en utilisant la reformulation, de trouver un sens à l'évènement et d'aller vers l'élaboration psychique. Le troisième intervenant est celui qui réconforte la personne en proie à une trop forte décharge émotionnelle qui va perturber le fonctionnement du groupe. Elle a pour rôle de l'accompagner hors du groupe, de la réconforter et de la réintroduire discrètement dans le groupe.

Il s'agit donc d'offrir un soutien émotionnel et une compréhension de l'évènement au participant. L'intervenant doit pouvoir entendre le récit et la souffrance des participants, sans chercher de manière défensive, à en amoindrir la portée ou à la banaliser. Il se doit de pouvoir rassurer, de posséder les compétences indispensables à l'établissement de cette technique et de pouvoir avoir autorité sur un groupe. Le thérapeute encourage la verbalisation, maintient une attitude d'écoute, sans jugement. L'intervenant utilise la reformulation et l'empathie, propices à l'établissement d'un climat de confiance. Il doit être capable de prendre la distance indispensable vis-à-vis des réactions des participants, sans les prendre pour soi (essayer de focaliser l'émotion sur sa source réelle). Le discours sera orienté, autant que possible, sur des aspects positifs, tout en donnant des informations qui constituent des repères indispensables. On ne le redira jamais assez, mais la confidentialité

totale doit être la règle absolue, et elle est expliquée aux participants. Les organisateurs restent vigilants à ce qu'il n'y ait pas de constitution hiérarchique des groupes, ainsi qu'à la promotion d'un confort physique préalable. Les groupes sont composés au maximum de 10 personnes, permettant à chacun de pouvoir s'exprimer. Il ne faut pas hésiter à fractionner les groupes si nécessaire.

Type de debriefing	**Population**	**Intervenants**	**Durée**	**Nombre**	**Particularité**
Marshall	Militaires	Militaires		Groupe de pairs sans prise en compte de la hiérarchie	Narration dans l'ordre chronologique Attachement aux détails descriptifs
Sokol	Militaires	Psychiatres (deux), psychologue, assistante sociale, *chaplain*			Propriété préventive et thérapeutique
Mitchell	Sauveteurs	Deux intervenants formés	4 heures	En individuel ou en groupe (de 5 à 12 personnes)	En 7 étapes
Debriefing à la française	Sauveteurs ou victimes	Deux intervenants formés minimum	2 heures	En individuel ou en groupe (maxi 10 personnes)	Trouver un sens à l'évènement Proposition de séance supplémentaire

Récapitulatif des différentes techniques de Debriefing citées

c. discussion sur les positions actuelles

Les études favorables au debriefing psychologique sont clairement en nombre inférieur par rapport à celles qui le discréditent dans les domaines explorés, à savoir sa capacité à prévenir la survenue de l'ESPT dans son application limitée à une prise en charge en individuel. Des méta-analyses ont été réalisées sur la question, avec des critères moins restrictifs. En 2003, Bledsoe et al. retrouvent une majoration des symptômes anxieux avec le debriefing psychologique, via une méta-analyse. Ils suggèrent un rôle potentiellement iatrogène de cette technique, et recommandent la prudence concernant son utilisation au sein des services d'urgence sous cette forme, et insistent sur la nécessité de réaliser des études complémentaires afin d'en comprendre le mécanisme de l'efficience si elle existe.

Certains recommandent donc la prudence face au travail sur les émotions, préférant attendre trois ou quatre séances de debriefing avant de l'aborder. Ils recommandent d'ailleurs d'axer la prise en charge sur la sympathie, le soutien social, la psychoéducation et de ne pas travailler sur les expériences personnelles et les émotions avant 4 à 6 semaines après l'évènement.[28]

A l'inverse, les auteurs francophones comme De Clerq et al. en 1996 s'opposent à cette position. Ils revendiquent une souplesse indispensable dans l'utilisation de cette technique : "comment imaginer dans nos pays francophones de passer deux sessions de debriefing psychologique à aborder uniquement le factuel, la narration des faits, la conceptualisation des traumatismes et de ne laisser l'expression des affects, des émotions, de la détresse émotionnelle aiguë ressentie par la victime que pour la troisième ou quatrième séance ?"[43]

Des études randomisées rigoureuses sont donc nécessaires pour évaluer les effets du debriefing psychologique, en précisant à la fois le type d'évènement (catastrophe naturelle, attentat, accident…), le type de sujets (victimes ou intervenants) et la méthode utilisée (Mitchell, debriefing à la française…).

Pour les auteurs francophones, le debriefing, dans sa visée thérapeutique, ne peut être conduit de manière ponctuelle. Il apparait alors comme un point de départ d'un travail d'assimilation sur plusieurs séances ou d'une thérapie poursuivie en consultation. D'autre part, ils recommandent la pratique du debriefing en post-immédiat, dans les jours qui suivent l'évènement traumatique (dans les 2 à 3 jours en moyenne).

Pour Lebigot, la prise en charge de groupe présenterait des écueils. Il pense que la compassion diminue la volonté d'autonomisation du sujet, et met en garde contre la "déculpabilisation" (technique de Mitchell). Pour lui, la culpabilité est un levier thérapeutique propre au sujet mais de façon plus tardive. Mais aussi dédramatiser prétendrait à retirer artificiellement ce caractère "dramatique" de l'évènement.

Il y a donc nécessairement une différence dans la prise en charge en fonction du type de participants. Un debriefing qualifié de "technique" pour les sauveteurs et, un plus "psychiatrique" pour les victimes. Concernant le debriefing psychologique, les études réalisées semblent en faveur d'une grande prudence. Actuellement, les référentiels se positionnent plutôt contre le debriefing psychologique à intervention unique et systématique chez tous les sujets ayant subi un évènement traumatique.

d. Prise en charge précoce ou *defusing*

L'école française soutient la technique de debriefing qui s'adresse à des victimes qui présentent des symptômes psychotraumatiques avérés ou émergents, et/ou une souffrance

psychique. Ce travail doit être effectué par des psychiatres ou des psychologues cliniciens spécialement formés à ces approches.

Il existe donc une continuité d'action qui relie le defusing, le debriefing et la thérapie du trauma. A chaque étape la victime est accompagnée du thérapeute. Le terme de debriefing n'apparait donc plus le plus adéquat, et il lui est désormais préféré le terme d'intervention psychothérapeutique précoce ou intervention précoce post-immédiate (IPPI). Ainsi, dans le déroulement de ce type d'intervention, la narration des faits est un point de départ pour une expression des émotions puis des cognitions. Chacun énonce aussi les actes réalisés à chacune de ces étapes, cette progression allant vers une représentation de l'évènement. Dans tous les cas, cette intervention doit rester une offre de soins proposée à des sujets volontaires.

L'intervention psychothérapeutique précoce est donc recommandée par l'école française, la plupart des auteurs estimant que dans la majorité des cas, une prise en charge précoce permettrait la réduction de la durée moyenne des symptômes d'au moins 50 %.[82] Même s'il n'existe pas d'étude longitudinale sur le sujet, on peut néanmoins retrouver une circulaire du Ministère de la Santé du 28 mai 1997 qui précise le cadre de l'urgence médico-psychologique, DH/EO4-DGS : SQ2 n°97/283.

i. le *defusing* psychologique

Le *defusing* (ou désamorçage dans sa traduction littérale) s'intègre dans une prise en charge précoce du traumatisme, en lien avec les soins immédiats. Il prend donc place dans les premières heures qui suivent le traumatisme, sur les lieux même de l'évènement.

C'est également le temps de l'évaluation et de l'orientation qui sont les axes essentiels de la prise en charge immédiate. L'intervenant doit être capable de repérer quel sujet présente un état pathologique ou non, permettant ainsi de l'orienter vers le type de prise en charge le plus adapté. Il est aussi un "sas" apaisant entre l'évènement traumatique et le retour au monde réel et au quotidien. La littérature actuelle reste assez pauvre concernant la description de cette technique.

L'évaluation permet de repérer les différents états cliniques des victimes, notamment s'il s'agit d'un état de stress adapté ou dépassé, décompensé, avec une possible orientation vers une hospitalisation immédiate. L'intervenant doit donc être capable de repérer les sujets à risque notamment les symptômes dissociatifs. Il est établi que les sujets les plus à risque sont ceux présentant une précarité sociale, une perturbation de la mémorisation des faits, des manifestations neurovégétatives, des tentatives d'adaptation par la fuite et l'évitement.

Il existe différents types de vécus péritraumatiques, en lien avec le contexte du traumatisme:

- le sentiment d'arbitraire: l'évènement est ressenti comme violent, soudain, faisant rupture avec la vie du sujet vécue jusque comme un continuum, entraînant des questionnements du type: "pourquoi moi ? Jamais je n'aurais pensé que cela pourrait m'arriver…"

- le sentiment de culpabilité: il s'agit d'un mécanisme de défense en réponse au sentiment d'arbitraire. Le sujet se réapproprie la responsabilité de l'évènement, ce qui représente pour lui un véritable soutien que le thérapeute se doit de respecter. En effet ce sentiment est garant du lien avec l'humanité et peut être traumatogène si on le lui retire.

- l'altération du sentiment d'appartenance: cela correspond à un vécu d'étrangeté à l'égard de soi mais aussi des autres. Le traumatisme brise l'unité du sujet mais aussi met en souffrance les liens interpersonnels antérieurs, amenant le sujet à présenter des difficultés par rapport à son système de représentations antérieures ("je ne me reconnais plus", "je ne suis plus le même…")

ii. La technique française

Selon le médecin Général Louis Crocq, qui traduit le defusing par le déchoquage immédiat, le but serait de "procéder à un entretien psychothérapeutique visant une première verbalisation des émotions et des affects".[31]

La pratique est gouvernée par trois objectifs principaux:

- Favoriser l'ouverture d'un espace de parole contenant et rassurant, espace qui se définit comme un "soin psychique immédiat",

- Contenir et réguler les décharges émotionnelles,

- Ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatogène.

Si pour Crocq, le *defusing* est un debriefing sommaire ou sa version épurée, Lebigot souligne son "caractère d'accompagnement du patient basé sur la réassurance, la restauration d'un premier soutien psychologique de base et une contenance, il représente un temps inaugural de verbalisation émotionnelle immédiate".[31] [42]

1. la technique

Cette technique s'adresse aux personnes en état de stress adapté, souhaitant avoir un temps d'écoute. Il s'agit d'un entretien court (entre 10 et 30 minutes), dans un lieu préférentiellement différent de celui de l'évènement ou bien dans un espace bien délimité prévu à cet effet. Le temps de l'intervention précoce est aussi nécessaire pour rassurer le sujet sur sa sécurité, et le resituer dans l'espace temporel.

Cet entretien ne doit pas être intrusif, laissant au sujet la possibilité de différer l'entretien à un autre moment s'il le souhaite, en notant bien que cet entretien supplémentaire est possible et non obligatoire.

2. les professionnels

Les professionnels doivent être en capacité de contenir les émotions ressenties par les victimes, comme la détresse, la frayeur, le sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'étrangeté. Ils incarnent la fonction de porte-parole, et doivent également travailler sur la réintégration de la réalité. Le travail d'expression traumatique doit être réalisé en respectant les mécanismes de défense, l'intervenant reconnaissant la souffrance ressentie, sans chercher à la banaliser, ni à la minorer (dédramatiser), ni chercher à déculpabiliser la victime, et acceptant les processus de désengagement.

L'écoute se doit d'avoir une vertu réparatrice au sens où elle relance l'activité psychique, notamment la capacité de liaison et de représentation du sujet. La parole prend une fonction apaisante et le sujet peut ainsi donner sens à cette expérience. Le « toucher » (contraire aux pratiques habituelles) peut être utilisé dans un but de réassurance.

3. le temps de la récupération émotionnelle

L'objectif principal de ces premiers entretiens est la récupération physique avant la décharge émotionnelle. Cela peut aussi être le moment d'un premier éclaircissement bref du rôle de chacun dans l'intervention.

Pendant ce premier contact de récupération émotionnelle et de récapitulation cognitive, les intervenants répondent simplement aux questions posées par les victimes, tout en restant très vigilant au cadre qui doit être calme et accueillant, et à la possibilité de disposer de boissons fraîches ou chaudes….

A ce stade, on n'explore pas les émotions. En effet, la majorité des travaux montrent qu'une telle approche risque d'être néfaste en re-traumatisant.

Pendant ce premier contact immédiatement après l'évènement, il n'est pas question de reconstruire le déroulement des faits de façon détaillée, cela se fera dans un second temps (debriefing) dans les jours suivant le trauma.[31] [42]

Même si les émotions ne sont pas encore explorées en détail, il arrive que les victimes puissent spontanément les exprimer, sous forme de détresse ou de désarroi notamment, surtout en cas de blessés physiques ou de personnes décédées. Une écoute immédiate offre déjà un premier soutien émotionnel, mais celle-ci ne doit être ni exploratrice, ni thérapeutique.

e. Bilan

Les nombreuses études réalisées sur le debriefing montrent bien qu'on ne peut pas l'utiliser de façon ubiquitaire, d'une part parce qu'il n'existe pas qu'une seule technique, d'autre part parce qu'il existe plusieurs temps différents de prise en charge et plusieurs types d'évènements traumatisants.

On retrouve au cours de la déclinaison de l'ensemble des techniques de prise en charge plusieurs spécificités qui peuvent être discutées.

i. la précocité de l'intervention

La question du moment de l'intervention ressort de la plupart des études. Conceptuellement on peut séparer le temps d'intervention en deux intervalles, l'immédiat (de 0 à 48 heures) et le post-immédiat (de 48 heures à quelques semaines).

D'emblée, avec la technique de Mitchell, la précocité de la prise en charge apparaît comme déterminante, une intervention précoce permettrait de prévenir l'installation des troubles. Cette hypothèse est également soutenue par les neurobiologistes.[46] Cette intervention doit avoir lieu dans les 48 heures suivant le traumatisme pour montrer plus d'efficacité.

Néanmoins, à ce principe de précocité biologique, on peut également opposer un principe psychopathologique. Dans l'intervalle court suivant le trauma, les sujets sont sous le choc de l'évènement. Pendant cette phase, le sujet peut présenter des évitements massifs. Cette période critique et symptomatique peut être assimilée à une phase nécessaire du traitement de l'information. Il apparaît que le debriefing psychologique sous sa forme actuelle soit délétère lorsqu'il est réalisé avant 48 heures. Le *defusing* semble plus adapté.

Ainsi, on comprend qu'une prise en charge précoce utilisant des techniques d'exposition de thérapie comportementale peut agir comme renforçateur plutôt que comme désensibilisation si elle n'est pas réalisée au moment adéquat.

Quels que soient les résultats des études, en pratique il paraît difficile de pouvoir intervenir immédiatement après l'évènement. Nous sommes donc limités par le principe de réalité. Néanmoins, d'autres études portant sur le type de technique et leur efficience par rapport au délai d'intervention pourraient apporter des informations supplémentaires.

ii. la verbalisation émotionnelle

La croyance de base portant sur le bénéfice pour le sujet de la verbalisation émotionnelle, est une notion portée par la culture psychanalytique francophone, avec la méthode cathartique. Hors, cela reste une théorie et n'a pas été démontré. En revanche, le retour subjectif des patients est plutôt favorable, puisque 80 % des personnes expriment leur satisfaction de pouvoir parler et être écoutées dans ce type de contexte.[43]

Actuellement, la verbalisation dépend d'une part des approches utilisées, entre le narratif, la verbalisation émotionnelle des affects et d'autres part du type de travail dans lequel elle s'intègre (programme psychologique structuré ou verbalisation libre). En tout cas, l'activité préventive de la verbalisation sur les conséquences post-traumatiques ne fait pas encore l'unanimité. Les recherches sont à poursuivre via de nouvelles études.

Ainsi, nous avons montré qu'il n'existe pas un seul type de debriefing. Il s'agit d'une technique d'origine militaire, décrite avec précision, de manière protocolaire, la rendant peut être un peu rigide et critiquée par certains auteurs. Il n'existe aucun consensus sur son utilisation tant à cause des divergences importantes entre les écoles, que des biais méthodologiques dans les études. La position actuelle est de faire preuve de prudence, surtout face à une utilisation trop précoce.

Nous avons également évoqué d'autres techniques d'intervention précoce, comme le defusing, qui est un des outils complémentaires au debriefing psychologique correspondant à des moments différents de la prise en charge. En effet, nous avons montré l'importance des différents temps autour de la prise en charge du trauma, que le clinicien se doit de savoir repérer.

Les facteurs d'efficience des techniques sont encore mal connus. Il apparait en revanche que le soutien social et la psychoéducation, retrouvés dans la majorité des techniques décrites soient des outils thérapeutiques importants dans la prise en charge du psychotraumatisme. Concernant la verbalisation, la littérature se montre plus prudente étant dit que le travail sur les émotions doit être modulé en fonction des affects et de la temporalité.

Toutes les études publiées concluent en recommandant la réalisation de travaux complémentaires. Les différences des résultats en fonction des sous-groupes témoignent de l'importance du terrain, des facteurs de risque et des facteurs culturels. Ce sera donc les objectifs que devront essayer de clarifier les prochains travaux.

III- Exemples de complications somatiques

a. Syndrome de Tako-Tsubo

Le Tako-Tsubo est une cardiomyopathie aiguë se présentant sous forme d'un syndrome coronarien aigu et réversible sans atteinte anatomique.[23 71 80]

En effet, depuis les années 1990, est individualisée au Japon et puis plus récemment chez des sujets de type caucasien une nouvelle entité clinique : le syndrome de Tako-Tsubo. Son nom est issu de la forme que prend le ventricule gauche dans la phase aiguë. Au Japon, un *tako-tsubo* est un pot en terre cuite présentant une base large et un collet étroit, qui sert à capturer les poulpes ("tako" signifiant poulpe et "tsubo" signifiant pot).

Il existe plusieurs orthographes – takotsubo, tako-tsubo, tako tsubo – et il est aussi appelé cardiopathie de stress, STT ou plus récemment syndrome de ballonisation apicale transitoire du ventricule gauche. Et bien que cette pathologie soit appelée "cardiopathie de stress", elle est encore bien mal connue, voire même méconnue du monde psychiatrique. En effet les nombreuses publications récentes dont elle fait l'objet émanent quasi exclusivement de nos confrères cardiologues.[45]

Cette pathologie touche généralement les femmes ménopausées exposées à un stress aigu psychologique (deuil, frayeur, contrariété) ou physique (anesthésie, geste invasif, douleur). La prévalence varie de 0,5 à 2 % des syndromes coronariens et jusqu'à 4,9 % chez les femmes.[80]

Les mécanismes physiologiques sont encore mal connus, même si l'hypothèse d'une décharge de catécholamines liée au stress et une sensibilité myocardique à ces catécholamines fait consensus.[23 45 71 80]

Ainsi les symptômes cliniques font évoquer un syndrome coronarien aigu. Les résultats des examens complémentaires réalisés vont également dans le sens d'une pathologie aiguë d'ordre coronarienne, avec des anomalies électriques à l'ECG (sus ou sous-décalage du segment ST, onde Q) et des dosages des enzymes cardiaques augmentés. En revanche la coronarographie montre toujours un réseau coronaire sans aucune anomalie, éliminant par la même le diagnostic de syndrome coronarien aigu.

Le pronostic est bon et l'évolution se fait généralement vers la guérison. La récupération d'une fonction ventriculaire "ad integrum" est la règle dans la majorité des cas.

Il existe des critères d'exclusion: la sidération myocardique d'origine ischémique, l'hémorragie méningée, le phéochromocytome, la myocardite aiguë et la cardiomyopathie rythmique.

Il apparaît dans les quelques études portant sur cette entité, que le facteur déclenchant retrouvé dans la quasi-totalité des cas est l'exposition à un stress intense physique ou le plus souvent émotionnel.

Le traitement actuel n'est pas consensuel, les patients étant habituellement pris en charge comme des patients atteints d'un syndrome coronarien aigu (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion, bêtabloquant, antiagrégant plaquettaire, voire parfois anticoagulant).

Il semble qu'il existe des comorbidités psychiatriques avec la dépression et les troubles anxieux.

Donc, bien qu'il soit encore peu connu de nos confrères psychiatres, il semble que le diagnostic de Tako-Tsubo soit de plus en plus souvent rencontré. Il est donc indispensable d'en connaître l'existence et les symptômes, en particulier pour les intervenants en phase immédiate et post-immédiate.

b. Angio-œdème héréditaire (AOH)

L'angio-œdème héréditaire est une maladie génétique rare, qui se caractérise par des épisodes récurrents de gonflements (œdèmes) situés au niveau du visage, des muqueuses et des organes internes, parfois susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital.[12]

Sa prévalence est estimée entre un cas sur 10 000 et un cas sur 50 000. Il existerait environ 1000 personnes atteintes en France.

La cause de l'AOH est un défaut génétique qui induit un déficit en inhibiteur de la C1 estérase. Ainsi, soit l'organisme produit une quantité trop faible de cette protéine (AOH de type 1), soit cette protéine n'est pas fonctionnelle (AOH de type 2). Le type 3 ne présente pas de déficit en inhibiteur de la C1 estérase, et regroupe toutes les causes dites idiopathiques et iatrogènes.

Les facteurs déclenchant peuvent être de types différents, par exemple, infection, petites blessures, irritations mécaniques, opérations chirurgicales ou stress, ce qui nous intéresse surtout dans ce travail.

En effet, suite à un état de stress consécutif à un évènement traumatique, il est possible en post-immédiat, de voir des tableaux somatiques faisant évoquer une réaction allergique ou œdème de Quincke, les manifestations étant similaires. En revanche ce qui permet de faire le diagnostic d'angio-œdème héréditaire est l'inefficacité totale des antihistaminiques et des corticoïdes, traitements classiques de l'œdème de Quincke et des réactions allergiques.

Les traitements utilisés pour cette pathologie, sont peu nombreux et pas tous disponibles en France. On utilise le Danazol®, l'Exacyl® ou acide tranexamique en intraveineux, et des inhibiteurs de la kallikréine ou Icatibant®.

IV- Prise en charge à distance et au long cours

Dans ce dernier paragraphe nous ne ferons que citer, sans les décrire dans le détail, les différentes techniques de prise en charge des syndromes psychotraumatiques apparus et/ou diagnostiqués à distance de l'évènement.

a. Abord pharmacologique

Les traitements de référence aujourd'hui reconnus dans le traitement de l'ESPT, sont les antidépresseurs sérotoninergiques (IRS).

Il est communément admis que les anxiolytiques et les hypnotiques n'ont pas leur place dans le traitement de l'ESPT. En cas de nécessité on leur préfèrera des anxiolytiques dérivés pipéraziniques (hydroxyzine). En cas d'échec ou de mauvaise réponse au traitement antidépresseur, il serait recommandé malgré la fragilité des études, d'associer d'autres

thérapeutiques. Tous les régulateurs de l'humeur ont été proposés, ainsi que les anti-adrénergiques, la buspirone et plus récemment des antipsychotiques de nouvelle génération.[24]

b. Abord psychothérapeutique

L'abord psychothérapeutique est la pierre angulaire du traitement de l'ESPT. De nombreuses approches ont été proposées.[24]

- les thérapies psychodynamiques :

Le point commun de l'ensemble de ces thérapies est qu'elles sont centrées sur l'abréaction pour permettre au patient la verbalisation de l'évènement traumatique afin d'en revivre l'expérience émotionnelle dans une visée cathartique.

- Les thérapies cognitives et comportementales :

Elles sont clairement codifiées et s'articulent autour de quatre phases, évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme.[24]

- L'hypnose :

Freud et Janet ayant remarqué les liens entre hypnose, dissociation et traumatisme, l'hypnose peut donc être un outil efficace dans le champ du traumatisme psychique. Utilisée dans la pathologie psychotraumatique elle est focalisée sur le trauma en ce qu'elle vise la stabilisation et la réduction des symptômes, le traitement des souvenirs traumatiques et le travail sur la personnalité et son contexte. L'objectif principal du travail thérapeutique est de « casser le monolithe » que représente le trauma en entrant avec prudence dans la bulle hypnotique qui s'est constituée pour pouvoir ponctuer la crise psychique, apprendre au patient l'autohypnose et lui offrir des suggestions spécifiques concernant le contexte et le vécu du trauma.[24]

- L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR):

C'est une technique découverte par Shapiro à Palo-Alto aux Etats-Unis, de façon fortuite. En effet, alors qu'elle présente des difficultés personnelles, elle découvre l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses souvenirs. Le principe de cette thérapie consiste en une exposition en imagination de tout ou partie du trauma, pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va-et-vient de la main du thérapeute qui sera répété jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'évènement traumatique. Controversée en France cette technique est aujourd'hui recommandée par les instituts américains les plus sérieux.[24]

- Les Mouvements Alternatifs en Thérapie et Hypnose (MATH) :

Ce modèle intégratif associe d'une part une stratégie de traitement, l'hypnose et d'autre part les stimulations alternatives. Ce modèle serait applicable aux troubles psychotraumatiques complexes mais aussi aux troubles anxieux, dépressifs, à la douleur, ...

- Acceptance Commitment Therapy (ACT) et Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT):

Ces techniques pour le moins récentes, mais qui commencent à connaître un réel développement, sont basées sur la pleine conscience. L'expérience clinique de cette approche montre combien elle peut être bénéfique pour les patients ayant vécu des traumatismes. Pour l'instant il n'existe pas de protocole adapté à cette pathologie mêlant les techniques ACT et MBCT. Elles restent donc à développer.[76]

ETUDE

I- Introduction

La tempête Xynthia -dont le nom provient d'une liste de noms utilisée depuis 1954 par l'Université libre de Berlin (ULB) pour nommer les tempêtes synoptiques qui affectent l'Europe- est une dépression météorologique majeure ayant frappé plusieurs pays européens entre le 26 février et le 1er mars 2010. Cet épisode de vents violents a principalement touché la France (Aquitaine, Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Bretagne et Normandie), l'Espagne (îles Canaries, Galice, Asturies et Pays basque), le Portugal, la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne et dans une moindre mesure, le Royaume-Uni, la Scandinavie et les pays bordant la mer Baltique.

La tempête Xynthia ne présentait pas de caractère exceptionnel (vitesses maximales de vent sur le littoral : 160 km/h), mais elle a été l'une des plus meurtrières depuis la tempête de décembre 1999. La concomitance de ce phénomène avec une marée haute (coefficient de 102) s'est traduite par une surcote sur le littoral, et une montée des eaux assez exceptionnelle causant la mort de 59 personnes et de nombreux dégâts matériels. En France, la tempête a provoqué près de deux milliards d'euros de dommages. C'est dans la nuit du 27 au 28 février 2010 que le littoral atlantique a été violemment frappé par cette tempête.

La surcote a atteint une valeur exceptionnelle de près de 1,50 m sur les côtes vendéennes et charentaises du fait de la conjonction de trois facteurs :

- de forts coefficients de marée (102 contre 77 au moment du passage de la tempête Martin en 1999),
- l'influence du creusement dépressionnaire, agissant comme un "aspirateur" soulevant l'océan,
- l'effet des vents de surface poussant la houle vers le littoral.

Cette conjonction conduit à la rupture de plusieurs digues dans plusieurs localités, provoquant de fortes inondations dans le département de Vendée et notamment dans la commune de La Faute-sur-Mer.

Les brèches formées dans les digues (alors submergées) protégeant le littoral du marais vendéen, ont permis à la haute mer d'envahir des terres situées sous le niveau des marées hautes de vives eaux. L'effet du courant a accentué rapidement les brèches, provoquant de graves inondations dans des quartiers habités et occasionnant de nombreuses victimes. Ces dernières n'ont pu trouver secours dans les étages, les maisons de la région vendéenne étant souvent construites de plain-pied avec un toit à faible pente, sans aucun étage ni grenier: la seule issue pour ceux qui ont été surpris était de parvenir à s'échapper de leur maison à temps, ou à se réfugier sur le toit. Certains furent même prisonniers dans leur

maison, leurs volets roulants mus par l'électricité ne pouvant être ouverts, cette dernière étant coupée.

Ainsi, au matin du 1er mars, une soixantaine de maisons dans les communes les plus touchées du littoral vendéen se trouve noyée sous plus de deux mètres d'eau sans que les plongeurs-sauveteurs ne parviennent à les visiter pour les évacuer. Certains de ces quartiers inondés derrière les digues ne connaîtront pas de retrait des eaux avant plusieurs jours (malgré les pompages mis en place par la sécurité civile) en raison des coefficients de marée qui atteindront leur pic le plus élevé dans la journée du lundi 1er mars, mais aussi à cause des précipitations qui ont repris dimanche soir et lundi matin.

Ce sont 29 personnes qui ont trouvé la mort à La Faute-sur-Mer, dans une dépression à un mètre sous le niveau de la mer, en contrebas de la digue du fleuve côtier Lay. Depuis, et par sécurité, l'État a racheté 700 maisons (à La Faute-sur-Mer et à L'Aiguillon-sur-Mer, de l'autre côté de l'estuaire) pour les raser. Le chantier a démarré en mars 2011.

En effet, le nombre important de décès survenus en France a remis en cause l'urbanisation du littoral, l'entretien des digues et les systèmes d'alerte mis en place depuis plusieurs années. Dans les deux départements les plus touchés (Vendée et Charente-Maritime), la tempête a eu pour conséquence des mouvements de populations, certes souvent limités (évacuation de zones devenues inconstructibles, dans le cadre du plan de prévention des risques d'inondations) et une prise de conscience de la nécessité d'un meilleur entretien des digues (mise en place du "Plan digues 2010").

Les populations, durement éprouvées, se sont depuis regroupées en associations et ont entamé des actions en justice, afin de mieux déterminer les responsabilités de chacun dans le bilan de cette catastrophe.

II- Justificatif de l'étude

a. Contexte

C'est suite à notre participation via la CUMP 79 venue en renfort de la CUMP 85 au lendemain de la tempête Xynthia, que nous avons réellement été sensibilisés au sujet du psychotraumatisme, qui jusqu'alors n'était qu'une réalité abstraite. En effet, dans la nuit du 27 au 28 février 2010, le littoral atlantique a violemment été touché par cette tempête, qui a entrainé la mort de 59 personnes sur le territoire français.

Nous avons choisi de nous centrer sur le littoral vendéen et en particulier sur la commune de La Faute-sur-Mer, pour réaliser notre travail. En effet, c'est dans cette localité que l'on déplore le plus grand nombre de victimes, 29 personnes décédées.

b. Hypothèse d'étude et but de la recherche

La population dont les habitations sont le plus éloignées de la digue présentent-elles davantage d'ESPT que celle dont les habitations sont proches?

Ainsi, nous cherchons à montrer que contrairement à la pensée commune, ce ne sont pas les personnes les plus proches de la digue qui sont les plus psychotraumatisées par la catastrophe Xynthia.

III- Méthodologie

a. Objectifs de l'étude

i. Objectif principal

Ce travail a pour objectif principal d'évaluer l'influence éventuelle de la distance existant entre l'origine de la catastrophe et les habitations sur le développement d'un ESPT chez les sujets impliqués.

ii. Objectifs secondaires

Dans un second temps, nous avons cherché à évaluer l'influence d'antécédents traumatiques, de comorbidités anxieuse et dépressive sur le développement d'un ESPT chez les sujets impliqués. Nous avons également cherché s'il existait une corrélation entre le score PCLS et la hauteur maximale de l'eau dans l'habitation des sinistrés.

Enfin, nous cherchons à évaluer l'efficacité de la CUMP intervenue sur le terrain, ainsi que la vision qu'en a la population sinistrée de La Faute-sur-Mer.

b. Population étudiée

Nous avons choisi de nous centrer sur la population de La Faute-sur-Mer, commune la plus fortement impactée, surtout en ce qui concerne le nombre de victimes décédées, et au sujet de laquelle aucun travail n'a encore été réalisé.

i. Critères d'inclusion

Les sujets inclus dans cette étude sont :
- des sujets âgés de 18 ans et plus,
- des deux sexes,
- présents le jour de la tempête et confrontés directement à l'inondation par submersion lors de la tempête Xynthia, dans la nuit du 27 au 28 février 2010.

ii. Critères d'exclusion

Dans cette étude, ont été exclus les propriétaires et locataires d'un logement situé sur la commune absents sur le site le soir de la tempête, ainsi que les sujets mineurs.

c. Principe de l'étude

Afin de réaliser cette étude, nous avons choisi de contacter l'association AVIF de La Faute-sur-Mer (Association des Victimes des Inondations de la Faute), pour nous permettre d'accéder à une population de sinistrés présents le jour de la tempête, sans présager de la présence d'un ESPT. Grâce à cette association, nous avons pu contacter les sinistrés dont les habitations ont été détruites et qui ne demeurent désormais plus sur la commune.

Nous avons également :

- sollicité l'ensemble des sujets sinistrés présents dans leur résidence Fautaise pendant la durée de l'étude, en faisant du porte à porte,

- profité du jour de la sortie en mairie des cartes délimitant les zones rouge et noire définitives, pour solliciter les habitants sinistrés répondants à nos critères d'inclusion,

- à partir de nos connaissances sur place, utilisé le "bouche à oreille".

Nous avons borné les recherches à une zone du village, définie de façon arbitraire, se limitant à la partie la plus lourdement sinistrée. (Annexe II)

Les sujets qui ont accepté de participer, après présentation du projet et une explication fournie concernant le but de l'étude, étaient invités à remplir deux questionnaires d'auto-évaluation.

Ce travail a été réalisé de début juin à fin août 2012, soit plus de deux ans après la catastrophe. Il s'agit d'une étude pilote, rétrospective, menée sur une seule des communes confrontées à cette inondation par submersion marine.

d. Instruments d'évaluation utilisés

Nous avons choisi d'utiliser deux questionnaires pour réaliser notre étude. Tout d'abord, et ce afin de pouvoir diagnostiquer la présence d'un ESPT chez le sujet étudié, nous avons soumis les participants à un questionnaire d'autoévaluation, l'échelle PCLS (PTSD Checklist Scale) ou échelle de l'état de stress post-traumatique (annexe 2). C'est une échelle traduite et validée en français par Cottraux et al. en 2001. [97]

Cet auto-questionnaire est composé de 17 items évaluant les 17 symptômes d'ESPT présentés dans le DSM-IV, cotée par le sujet sur une échelle de 1 à 5 (1= pas du tout, 2= un peu, 3= parfois, 4= souvent, 5= très souvent). Il permet de mesurer les trois sous-syndromes

principaux de l'ESPT: la répétition (items 1 à 5), l'évitement (items 6 à 12) et l'hyperactivité neurovégétative (items 13 à 17). Le diagnostic d'ESPT est retenu pour un score supérieur ou égal à 44.

Nous avons également réalisé un sondage, nous permettant de préciser plusieurs informations utiles à notre évaluation, en particulier concernant les questionnements autour de l'efficacité de la CUMP et de la vision que les victimes en ont, mais aussi précisant l'existence d'antécédents traumatiques et de comorbidités antérieures au trauma. Il nous a également permis de déterminer la distance du logement par rapport à la digue, et de relever la hauteur maximale de l'eau dans les logements. (Annexe IV).

e. Résumé des méthodes statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec SAS version 9.3.

Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant les moyennes et les écart-types. Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant des effectifs et des pourcentages.[49]

Le test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les scores de la PCLS entres différents groupes de population.

Des corrélations ont été étudiées à l'aide du coefficient non paramétrique de Spearman.

La distribution normale des variables a été vérifiée simultanément à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov et la représentation graphique des histogrammes-Scree Plot.

Le niveau de significativité retenu était " p inférieur à 0,05 ".

IV- Résultats

a. Description de la population étudiée

L'auto-questionnaire a été rempli par 58 personnes, 26 (45 %) hommes et 32 (55%) femmes de 18 à 90 ans avec une moyenne d'âge de 62,67 ans (± 15,23). La population interrogée est plus particulièrement caractérisée par une proportion importante de personnes âgées avec 56 % de personnes âgées de plus de 65 ans (Tableau 1).

Les retraités représentent 69% de la population.

Tableau 1 : Données démographiques.

	n	%
Age		
Moins de 65 ans	25	43%
65 ans ou plus	33	57%
Sexe		
Hommes	26	45%
Femmes	32	55%
Retraité	40	69%
En activité	13	72%
Antécédents de trauma	12	20%
AVP	3	27%
AVP avec négligence durant l'enfance	2	18%
Inondation	3	27%
Attouchements durant l'enfance	1	9%
Deuil		18%
Anxiété généralisée	11	19%
Dépression	3	5%
Résidence principale	39	67%
Distance du lieu d'habitation par rapport à la digue		
A moins de 200 m	26	45%
200 m ou plus	32	55%

Parmi les 58 personnes interrogées, 39 personnes avaient leur résidence principale dans la zone sinistrée. Le lieu de résidence, principale ou non, se trouvait dans 45% des cas près de la digue, autrement dit à moins de 200 de la digue.

20% de la population reconnaissait avoir déjà vécu au moins un traumatisme dans le passé, dans la majorité des cas des inondations ou des AVP. Parallèlement à cela, 11 personnes

avaient des antécédents d'anxiété généralisée et nous avons dénombré 3 personnes avec des antécédents de dépression.

b. Résultats

- Echelle PCLS

La moyenne du score total de l'échelle PCLS, échelle diagnostique du psychotraumatisme, est de 32,02 ± 13,22.

Tableau2 : Les scores de la PCLS

	mean	SD
PCLS-Score Total	**32,02**	**13,22**
PCLS-répétition	11,36	4,52
PCLS-évitement	9,66	4,8
PCLS-hyperactivité	10,97	5,04

Nous avons cherché s'il existait des corrélations entre les résultats du PCLS (scores total et sous-syndrome) et différents critères recueillis dans notre sondage : distance par rapport à la digue, comorbidité anxieuse, hauteur de l'eau, sexe, résidence principale et conséquences en lien avec l'évènement.

- Distance par rapport à la digue

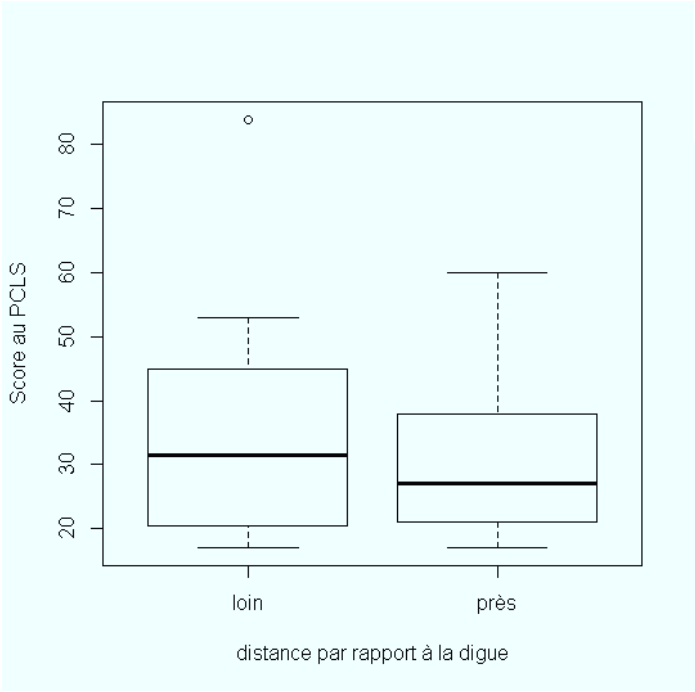
Tableau 3 : Liens PCLS et distance par rapport à la digue.

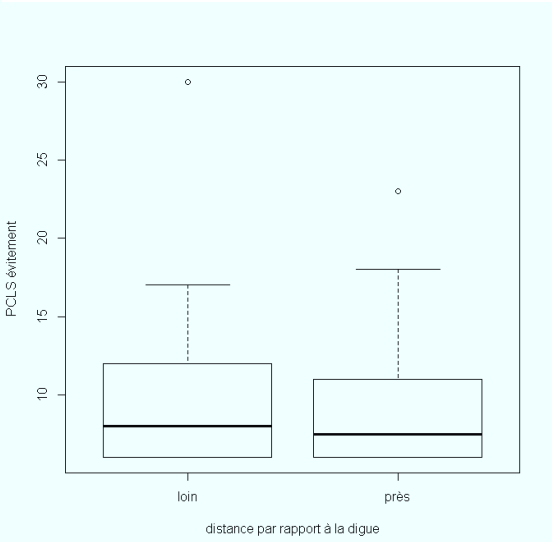
	200 m ou plus	moins de 200 m	p-valeur
PCLS Score Total	33,44 ± 14,63	30,26 ± 11,29	0,5625
PCLS-répétition	11,75 ± 4,73	10,88 ± 4,28	0,5001
PCLS-évitement	9,91 ± 5,06	9,35 ± 4,52	0,7624
PCLS-hyperactivité	11,72 ± 5,94	10,04 ± 3,53	0,6254

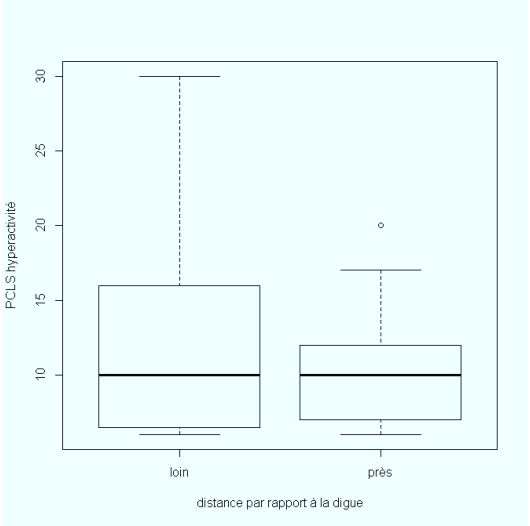
Test non paramétrique de Mann Whitney

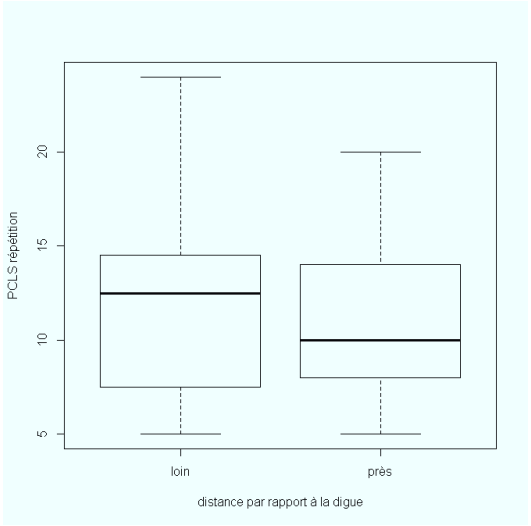
Au risque α=5%, il n'y a pas de différence statistiquement significative du Score totale au PCLS selon la distance par rapport à la digue

On constate que les scores de la PCLS sont en moyenne plus élevés pour les personnes qui habitent plus loin de la digue que celles qui habitent proche de la digue, cependant cette différence n'est pas statistiquement significative.









- Anxiété préexistante

Tableau 4 : Liens entre PCLS et comorbidité anxieuse préexistante.

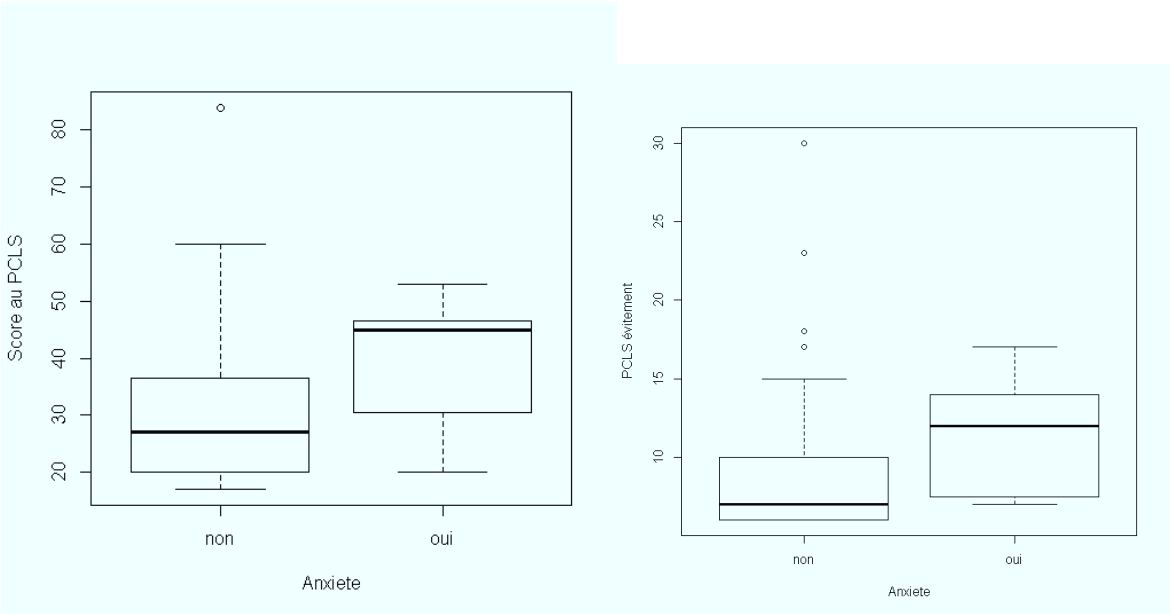
	Anxiété généralisée		
	OUI	NON	p-valeur
PCLS Score Total	39,72 ± 10,71	30,21 ± 13,19	0,0104
PCLS-répétition	13 ± 3	10,97 ± 4,75	0,1049
PCLS-évitement	11,45 ± 3,702	9,23 ± 4,95	0,0203
PCLS-hyperactivité	15,27 ± 5	9,95 ± 4,53	0,0016

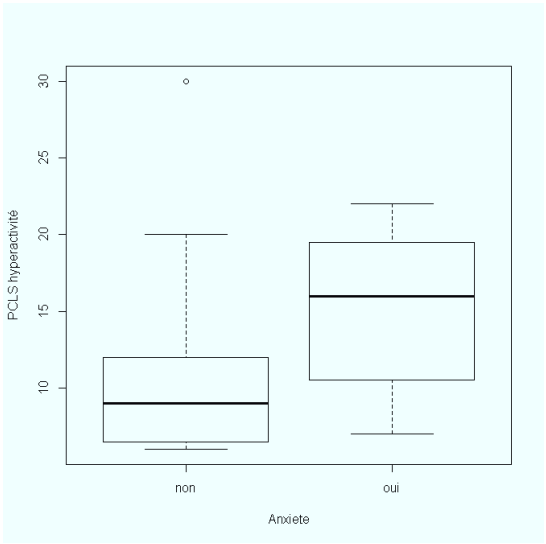
Test non paramétrique de Mann Whitney

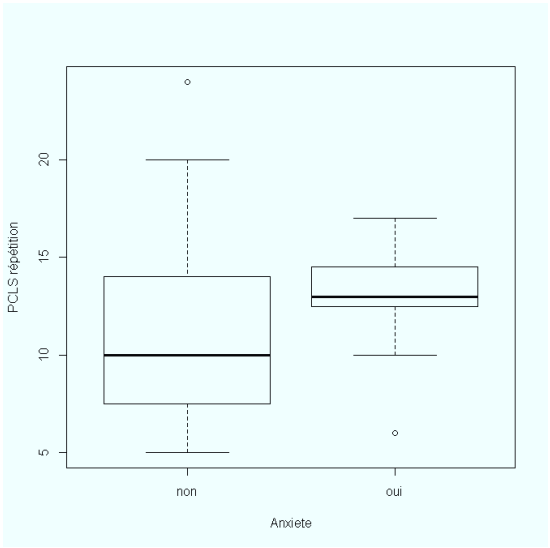
Il existe une différence statistiquement significative du Score totale de la PCLS entre les personnes avec ou sans antécédents d'anxiété généralisée.

Les personnes ayant des antécédents d'anxiété généralisée ont un score total à la PCLS en moyenne plus élevé (39,72 ± 10,71) que les personnes sans antécédents (30,21 ± 13,19).

La différence est également statistiquement significative pour les dimensions évitement (p=0,203) et hyperactivité (p=0,0016) de la PCLS, mais n'est que tendancielle pour la dimension répétition (p=0,1049).





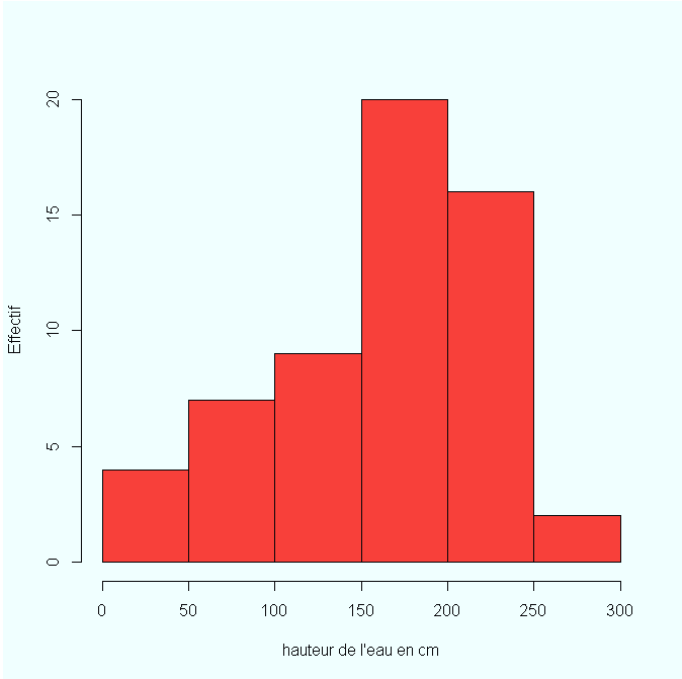


- Hauteur de l'eau

Tableau 5. Corrélation entre la hauteur de l'eau et les scores de la PCLS

	r	p-valeur
PCLS-Score Total	**0,43**	**0,008**
PCLS-répétition	0,45	0,004
PCLS-évitement	0,5	<0,0001
PCLS-hyperactivité	0,37	0,0039

r : Coefficient de corrélation de Spearman obtenu entre les scores de la PCLS et la hauteur de l'eau



La hauteur de l'eau avait atteint en moyenne 170,43 cm (± 64,06).

Un lien a été retrouvé entre la hauteur de l'eau et les scores de la PCLS. Le coefficient de corrélation est plutôt modéré avec le score total de la PCLS (p=0,008, r=0,43). Il est plus particulièrement satisfaisant avec la dimension évitement de l'échelle du PCLS.

- Sexe

Tableau 6 : liens entre PCLS et sexe

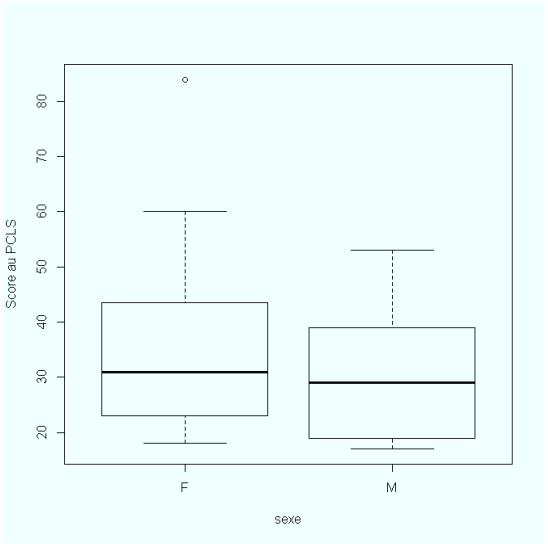
	Sexe		
	F	M	p-valeur
PCLS Score			
Total	33,87 ± 14,33	29,73 ± 11,58	0,0104
PCLS-répétition	12,28 ± 4,56	10,23 ± 4,29	0,1049
PCLS-évitement	10,06 ± 5,43	9,15 ± 3,92	0,0203
PCLS-hyperactivité	11,47 ± 5,48	10,34 ± 4,46	0,0016

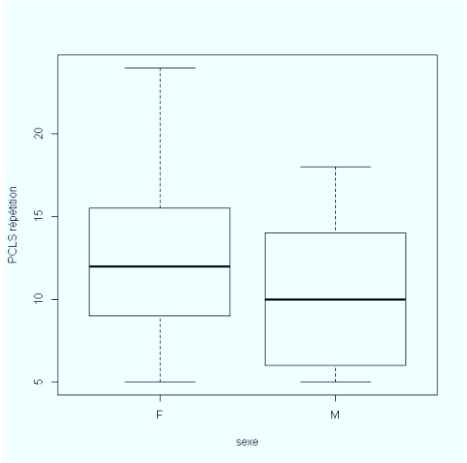
Test non paramétrique de Mann Whitney

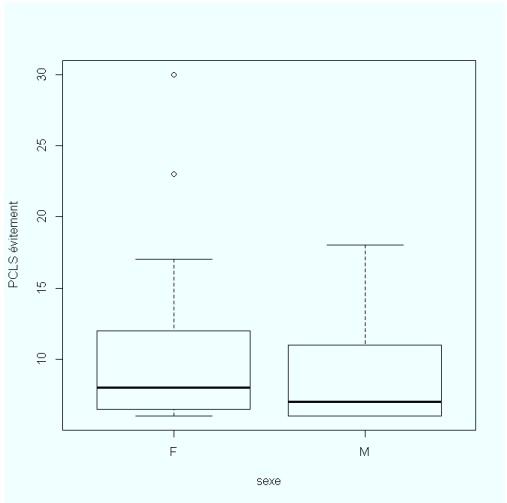
Il existe une différence statistiquement significative du Score totale de la PCLS entre les Hommes et les femmes (p=0,0104).

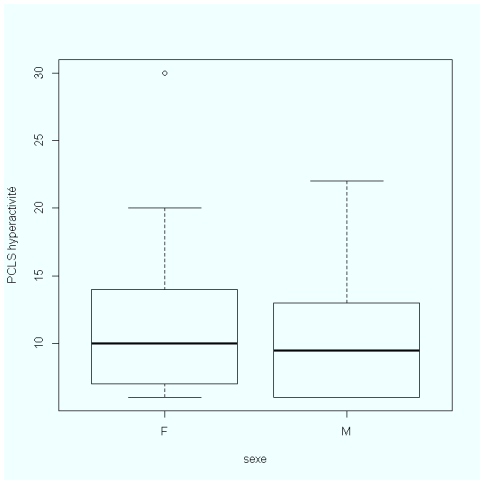
Les femmes ont un score total à la PCLS plus élevé (33,87 ± 14,33) que les hommes (29,73 ± 11,58).

La différence est également statistiquement significative pour les dimensions évitement (p=0,203) et hyperactivité (p=0,0016) de la PCLS, mais n'est que tendancielle pour la dimension répétition (p=0,1049).









- Résidence principale

Tableau 7 : Liens entre PCLS et résidence principale.

	Résidence principale		
	OUI	NON	p-valeur
PCLS Score Total	32,54 ± 14,45	30,95 ± 10,54	0,9934
PCLS-répétition	11,28 ± 4,87	11,52 ± 3,83	0,73
PCLS-évitement	9,82 ± 5,18	9,32 ± 3,98	1
PCLS-hyperactivité	11,38 ± 5,56	10,11 ± 3,75	0,61

Test non paramétrique de Mann Whitney

Il n'y a pas de différence statistiquement significative. (Pas de lien entre le psychotraumatisme et le type de résidence).

- Conséquences liées à l'évènement

Nous avons recherché les différentes conséquences de l'évènement sur la population exposée, les dommages subis et les répercussions psychiques et somatiques.

Tableau 8. Caractéristiques liée à l'évènement

	n	%
Dommages subis		
Dommage Corporel	15	26%
Perte d'un proche	2	3%
Autres manifestations liées à l'évènement		
Trouble somatique	3	5%
Trouble addictif	0	0%
Tabagisme	4	7%
Addiction : Alcool	3	5%
Hospitalisation en Psychiatrie	1	2%
Suivi psychiatrique	7	12%
Traitement psychotrope	9	16%
Traitement hypnotique	12	21%

Pendant la catastrophe, 2 personnes ont subi la perte d'un proche et 15 ont eu dans leur entourage au moins une personne blessée. (Nombre de blessés 0,29 ± 0,53 et nombre de personnes présentes 2,78 ± 1,12).

Suite à l'évènement 5% des personnes interrogées disent avoir des troubles somatiques, 4 (7%) personnes sont devenues dépendantes au Tabac et 3 (5%) à l'alcool, 15 % ont suivi un traitement par psychotropes, 21 % un traitement par hypnotiques, 12 % ont nécessité un suivi psychologique ou psychiatrique, et enfin une personne est décédée un an jour pour jour après la catastrophe.

- CUMP

Tableau 9 : Population interrogée et CUMP

	n	%
Connaissance CUMP	39	67
Informations reçues	5	23,81
Prise en charge par la CUMP	11	19

Nous nous sommes également intéressés à la proportion de la population ayant connaissance de l'existence des cellules d'urgence médico-psychologiques, ainsi qu'à celle ayant reçu des informations les concernant et enfin au nombre de sinistrés ayant bénéficié d'une prise en charge par ces structures. Après la catastrophe, 67 % de sujets interrogés connaissent l'existence de ces structures, 33 % des sujets ont reçu des informations à propos des CUMP et 19 % ont bénéficié d'une prise en charge par la CUMP.

- Médias

Suite à l'annonce de la tempête faite par les médias et entendue par 86 % des sujets interrogés, 14 % s'étaient préparés au niveau matériel, et 8,5 % s'étaient préparés psychologiquement.

c. Limites ou biais de l'étude

Dans la réalisation de cette étude, le recul de plus de deux ans après l'évènement a certainement atténué les symptômes ressentis par les sinistrés, et donc diminué le nombre de diagnostics de psychotraumatisme.

La destruction de plusieurs centaines de logements situés sur la zone étudiée a augmenté la difficulté du recueil des données nécessaires à ce travail.

La délimitation de façon arbitraire de la limite de 200 mètres pour différencier les sujets qui habitent loin (≥ 200 mètres) de ceux qui habitent près (< 200 mètres) représente également une limite subjective et artificielle aux résultats apportés par notre travail.

L'utilisation d'un sondage constitue un biais à notre travail.

Le petit effectif sur lequel repose notre étude (N=58 sur 150 questionnaires distribués) diminue probablement sa puissance.

Enfin, d'autres psychotraumatismes se sont ajoutés à celui proprement lié à l'évènement, notamment la destruction des maisons.

V- Discussion

Cette étude propose une approche descriptive d'une population exposée à un même évènement traumatique, avec une vision rétrospective. La petite taille de l'échantillon incite à une interprétation prudente.

Le nombre de participants est peu élevé, 58 personnes sur une population de plus de 1000 personnes exposées à la catastrophe, ce qui doit faire évoquer un biais de sélection dans la population observée.[66] Il est possible que les sujets qui ont accepté de participer à cette étude aient été les plus traumatisés et aient accepté de faire part de leur vécu de façon "expiatoire", alors que les "indemnes" ne sentaient pas l'envie de parler de leur expérience. Cela entrainerait une surévaluation des ESPT dans cette population. Mais le contraire est également possible, les sujets les plus traumatisés auraient moins participé à l'étude, évitant d'évoquer à nouveau cette pénible expérience encore douloureuse pour eux.

Sur les 58 questionnaires remplis, nous retrouvons 13 diagnostics d'ESPT (Score PCLS ≥ 44) soit un taux de 22,4%, ce qui est en adéquation avec l'étude InVS [66] qui retrouve un taux de 24% de manifestations psychotraumatiques sur la commune de La Faute-sur-Mer.

Le but de ce travail était de démontrer si la proximité de la source de la catastrophe avait une influence sur le développement d'un ESPT. Notre postulat de départ était que le nombre de psychotraumatisés serait supérieur dans la population habitant loin de la digue, les sujets se sentant probablement protégés par la distance qui les séparaient du Lay, à l'origine de la submersion. Si les résultats qui apparaissent sur le graphique représentant la moyenne des scores PCLS en fonction de la distance près/loin (box plot) semblent visuellement valider cette hypothèse, les résultats statistiques ne vont pas dans ce sens. Ils ne retrouvent aucune corrélation entre la distance par rapport à la digue et le développement d'un état de stress post-traumatique. La limite établie de façon arbitraire à 200 mètres afin de déterminer si l'habitation est près ou loin de la digue est fort probablement la source d'un biais important de notre étude, de même que le faible effectif de sujets interrogés. Il serait probablement intéressant afin d'affiner les résultats de poursuivre cette étude sur un effectif plus important.

Pour expliquer ce résultat, nous pouvons émettre l'hypothèse que plus on habite "loin" de la digue moins on s'est préparé psychologiquement à l'éventualité d'une inondation, se sentant protégé par la distance "habitation-digue". Nous pouvons également insister sur la nature de l'agent traumatogène. En effet, et on le retrouve dans la littérature, en fonction de la nature de l'agent traumatogène le taux d'ESPT est plus ou moins élevé. En cas de catastrophe naturelle les sujets sont moins susceptibles de déclarer un ESPT qu'après un évènement traumatique d'origine humaine.[10] Ce résultat ne semble par ailleurs pas si surprenant, en effet, si la proximité de la source de l'évènement traumatique constitue un facteur de risque de développer un ESPT, comme ce que l'on retrouve dans les données de la

littérature, dans notre étude, elle ne paraît définitivement pas avoir une influence directe et importante sur la genèse d'un état de stress psychotraumatique.

En revanche, nous retrouvons un coefficient de corrélation plutôt modérée entre la hauteur maximale de l'eau et le score total de la PCLS (p=0,008 ; r=0,43) signifiant la présence d'un ESPT. Il est plus particulièrement satisfaisant avec le sous-syndrome "évitement" de l'échelle. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que plus l'eau a atteint une hauteur importante, plus les sujets se sont sentis pris au piège dans leur logement, impuissants et se sont vus mourir. Cette confrontation au réel de la mort a probablement provoqué des sensations d'effroi majeures et des états de dissociation péritraumatique, qui représentent des facteurs de risque élevés d'ESPT. Malheureusement la distance de deux ans qui nous sépare de Xynthia ne nous permettait pas d'étudier ces données.

Les échanges réalisés avec les participants à l'étude nous permettent, malgré tout, au décours du récit des évènements, de faire le diagnostic d'états de dissociation péritraumatique, mais nous ne pouvons pas inclure ces données recueillies de façon anecdotique.

La significativité retrouvée entre la comorbidité anxieuse et la présence d'un ESPT est en accord avec les données de la littérature.[63] [69] [79] En effet, l'anxiété représente un facteur de risque élevé pré-traumatique d'ESPT. Nous retrouvons dans notre étude que le psychotraumatisme est en moyenne plus élevé chez les personnes qui ont des antécédents d'anxiété généralisée, en particulier en ce qui concerne le sous-syndrome "hyperactivité".

Ces résultats corroborent ceux de l'étude InVS [66], qui rapportent l'existence de troubles du sommeil importants (données recueillies surtout par les médecins généralistes locaux), avec réveils toutes les nuits à 3 heures du matin, heure à laquelle l'inondation a eu lieu. Les troubles du sommeil, en lien avec une hyperactivité neurovégétative, sont également retrouvés dans les symptômes décrivant l'anxiété généralisée dans le DSM-IV[3]. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse suivante selon laquelle les moyens de défense et d'adaptation psychiques seraient altérés chez les sujets anxieux, d'où une plus grande vulnérabilité au développement d'un ESPT.

La différence statistiquement significative de l'étude de corrélation entre le score total de la PCLS et le sexe, qui retrouve un taux d'ESPT supérieur chez les femmes est en accord avec les données de la littérature. [26] [39] [47] [84] Nous pouvons penser que ces résultats sont en lien avec la présence d'une comorbidité anxieuse.

Nous retrouvons, mais de façon non significative dans notre étude, le développement de troubles somatiques après la catastrophe. Pourtant des chercheurs ont constaté dans leurs études, qu'après une catastrophe naturelle ou technologique impliquant des dommages matériels importants aux biens collectifs ou individuels, l'état de santé physique et psychologique des sinistrés sont significativement plus détériorés que ceux des non-

sinistrés.[63] [78] Nous avons également retrouvé que quatre cas de Tako-Tsubo ont été hospitalisés dans le service de cardiologie de La Roche-sur-Yon.

Ce qui ressort aussi, de façon majeure dans notre étude, est la non-connaissance et/ou la méconnaissance de la CUMP par la population sinistrée. Effectivement, si 67 % des sinistrés connait l'existence des cellules d'urgence médico-psychologiques, seulement 33 % ont reçu des informations concernant ces cellules, et 19 % ont bénéficié de leur prise en charge.

Le retour des sujets ayant bénéficié d'une prise en charge par la CUMP est positif. La possibilité qui leur a été donnée de s'exprimer par rapport à l'expérience vécue et l'écoute attentive des soignants ont été soulignées.

Notre participation au renfort de la CUMP 85, et le poster réalisé par la CUMP 79 pour le congrès de l'AFORCUMP 2010 (Annexe V), nous permettent d'émettre les hypothèses suivantes:

- le défaut de déplacement des membres des CUMP auprès des victimes qui étaient dans la crainte et/ou le refus de quitter leur logement sinistré,
- l'absence d'espace repérable et facilement accessible pour permettre la verbalisation des émotions et du vécu,
- le manque de formation théorique et/ou pratique des équipes d'intervention.

Il existe, dans le vécu des sinistrés, une impression de total abandon suite à la catastrophe, les sujets se sentant totalement démunis, tant au niveau matériel que psychique. Ils étaient complètement incapables de solliciter l'aide psychique appropriée, et ce même plusieurs jours après la tempête, car ils étaient pour la plupart inconscients de leur détresse psychique péritraumatique. Il faut ajouter que les sinistrés éprouvaient de grandes difficultés à quitter leur domicile, même inondé et dévasté, cherchant à retrouver et récupérer des objets, souvenirs, photos… mémoires de leur vie antérieure au trauma, mais aussi, et de façon plus pragmatique pour certains, par peur des cambriolages.

Ce qui apparait, de façon très nette, à la suite de nos rencontres avec les sinistrés, c'est la nécessité de parler de l'évènement et de leur vécu de cette catastrophe, encore deux ans après les faits.

Cette donnée nous permet de nous poser la question de l'influence des médias sur le développement des ESPT. En effet, les médias actuels sont omniprésents et nous laissent à penser que pour s'inscrire dans la réalité, tout évènement doit passer par eux. Ils créent l'évènement et le détruisent tout aussi rapidement, faisant de l'information une marchandise, loin de sa mission fondamentale. Leurs répercussions sur les personnes impliquées sont nombreuses et graves, et elles le sont tout autant auprès des spectateurs de l'horreur. Si leur présence dans la couverture d'évènements traumatiques peut apporter, dans un certain contexte, une réassurance auprès des victimes et des familles impliquées, la

dérive de certains médias conduit bien souvent à renforcer les blessures psychiques des personnes directement impliquées.[85] Qu'en est-il auprès des victimes de Xynthia? Il serait intéressant d'explorer cette question.

Notre étude est une étude pilote, qui repose sur un sondage impressionniste de la population des sinistrés de La Faute-sur-Mer. Le faible effectif sur lequel elle repose nous pousse à interpréter les résultats de la façon la plus prudente possible. En revanche, deux ans après l'évènement, les acteurs de cette catastrophe restent, pour certains, extrêmement impactés. Ils expriment pour la plupart le besoin de verbaliser, et pour ceux dont les logements ont été détruits, une grande douleur par rapport au fait d'avoir dû quitter la commune à laquelle ils restent extrêmement attachés.

Il serait intéressant, dans l'avenir, de pouvoir poursuivre cette étude sur un effectif plus important, l'idéal, utopique, serait bien sûr que ce soit sur la totalité des sujets sinistrés. Mais la réalisation d'un tel travail semble éminemment ardue.

CONCLUSION

Comme nous le soulignions au début de notre travail, bien que la névrose traumatique ait été identifiée dès 1888 par Oppenheim chez des accidentés du travail ou du chemin de fer, et que les conflits armés aient par la suite montré la fréquence des névroses de guerre, la spécificité du syndrome psychotraumatique a été longtemps méconnue des cliniciens comme des experts. La pathologie traumatique était banalisée dans le fourre-tout de la pathologie réactionnelle ou bien n'était envisagée que de façon fragmentaire: l'hystéro-traumatisme, la sidérodromophobie, l'hyperesthésie émotionnelle paroxystique des déportés…

Depuis les années 1980 et l'entrée de l'état de stress post-traumatique dans le DSM-III, après que les problèmes posés aux Etats-Unis par l'afflux des "post-Vietnam syndroms" aient relancé l'intérêt pour cette pathologie, son individualisation a permis un nouveau départ à l'étude des psychotraumatismes. Dans les décennies qui ont suivi, le champ des observations s'est élargi aux victimes des catastrophes de toutes natures.

Dans ce travail, nous avons tenté de faire une description assez complète de la pathologie psychotraumatique, en l'illustrant avec une étude sur les répercussions de la catastrophe naturelle Xynthia. Les résultats de cette étude vont dans le sens des données retrouvées dans la littérature, et notre hypothèse principale selon laquelle nous pensions trouver un plus grand nombre d'ESPT dans la population la plus éloignée de la digue n'est pas vérifiée.

Nous retenons également, l'importance de la parole chez les victimes et/ou impliqués. Il faut que l'émotion, le désarroi, voire l'effroi, puissent se mettre en mots avant qu'ils ne s'enkystent en image traumatique perturbatrice, que ce soit dans un groupe de parole, par un defusing ou un debriefing, collectif ou individuel.

Les résultats de cette étude nous permettent d'ouvrir notre réflexion sur les points suivants:

- l'importance de se déplacer vers les victimes étant dans l'incapacité d'identifier leurs souffrances psychiques et leurs difficultés d'adaptation au trauma,

- la nécessité d'une formation continue, théorique et pratique, des équipes intervenant au sein des CUMP,

- l'importance d'uniformiser cette formation au niveau national, en se méfiant toutefois de certaines recettes préconisées, telles celles de la Croix Rouge suisse, qui ne présente qu'un support informatique théorique et individuel à ses bénévoles, alors que le travail pratique en équipe, se connaissant et s'entrainant par des jeux de rôle, semble plus bénéfique.

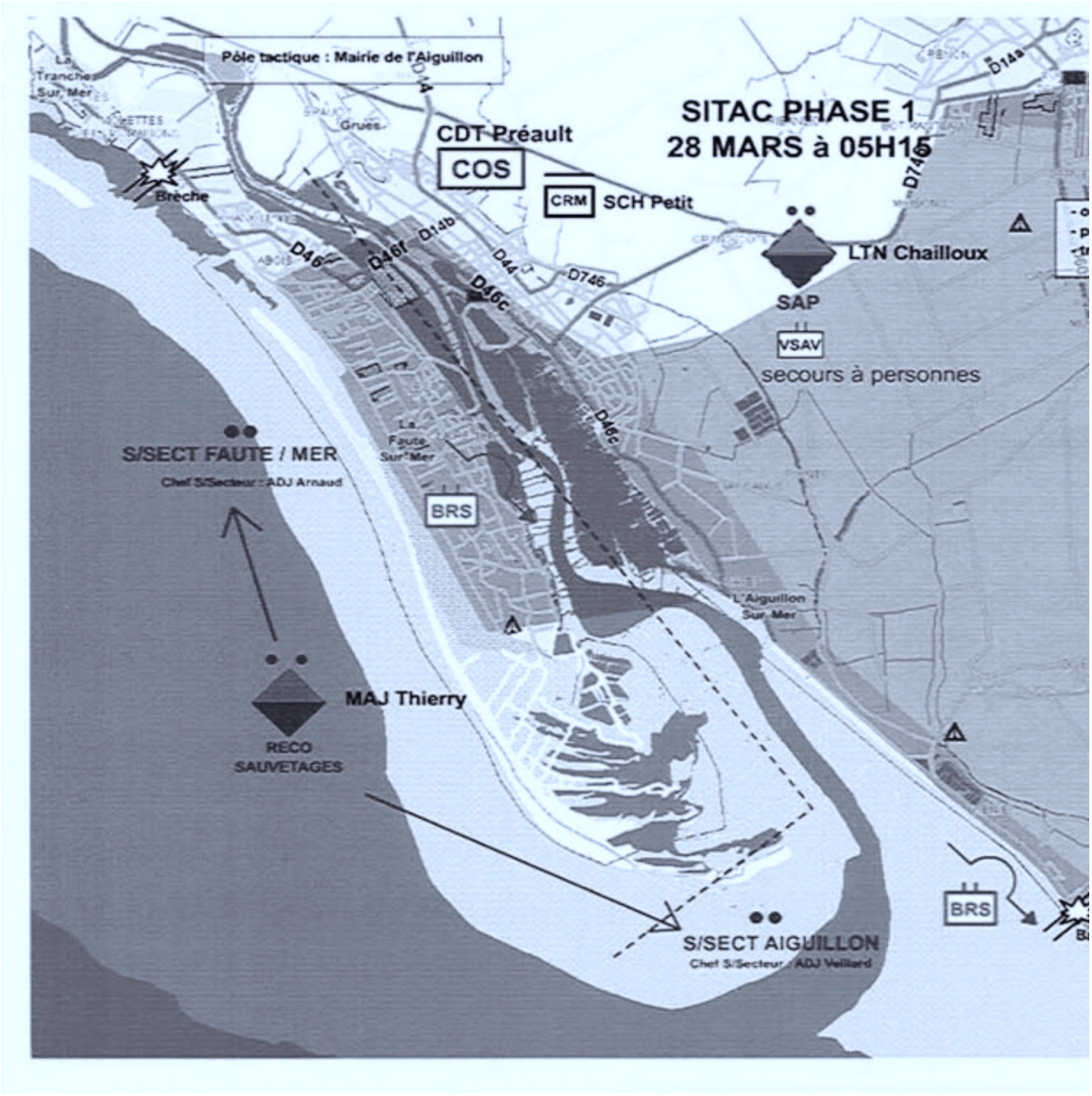
ANNEXES

I- Tableau des équivalences de diagnostic entre la réalité clinique, le système DSM-IV et la CIM 10. (L. CROCQ 1998)

	TABLEAUX CLINIQUES	DIAGNOSTIC DSM-IV	DIAGNOSTIC CIM 10
PATHOLOGIE IMMEDIATE (quelques minutes à un jour)	**Stress dépassé** **Réaction névropathique** **Réaction psychotique**		**Réaction aigue à un facteur de stress** (F43.0)
PATHOLOGIE POST-IMMEDIATE (deux jours à un mois)	**Décharge différée** **Queue de stress** **Latence d'une névrose traumatique**	**Etat de stress aigu** (308.3) **PTSD forme « aigue »** (309.81) (si <1 mois)	**Etat de stress post-traumatique transitoire** (F43.1) (si <1 mois)
PATHOLOGIE CHRONICISEE (> un mois)	**Névrose traumatique** Transitoire Durable (au long cours)	**PTSD forme « aigue »** (309.81) (si de 1 à 3 mois) **PTSD forme « chronique »** (309.81) (>3 mois)	**Etat de stress post-traumatique durable** (F43.1) (si de & mois à 2 ans) **Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe** (F62.0) (>2 ans)

SYNDROMES PSYCHO-TRAUMATIQUES AIGUS ET CHRONIQUES

II- Plan de la zone de distribution des questionnaires à La Faute-sur-Mer.



III- Echelle PCLS.

PCL – S

Nom **Prénom** **Date**

Instructions

Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent.
L'évènement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :
Date de l'évènement:

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet évènement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

PCL-S for DSM-IV (11/1/94 Weathers, Litz, Huska, & Keane-National Center for PTSD-Behavioral Science Division.
Traduction J. Cottraux.

Score total

IV- Sondage remis aux sinistrés.

QUESTIONNAIRE POUR L'ETUDE SUR LES SINISTRES DE XYNTHIA.

Prénom : **sexe** :

Age :

Profession :

Adresse (le nom de la rue) :

Antécédents : (Avant Xynthia)

- Traumatiques : (répondre par oui ou par non)

  - Accident de la voie publique :
  - Viol unique :
  - Viols répétés :
  - Maltraitance dans l'enfance :
  - négligence dans l'enfance :
  - Catastrophe naturelle et si oui, laquelle :
  - Ne souhaite pas répondre :
  - Oui, mais ne souhaite pas préciser :

Comorbidités :

Etiez-vous sujet antérieurement à:

- ☐ Anxiété
- ☐ Dépression

Usiez-vous de :

- ☐ Tabac Si oui combien :
- ☐ Alcool Si oui combien :
- ☐ Abus de substances Si oui la(es)quelle(s) :

Résidence :

Principale ☐ Secondaire ☐

Etage(s) OUI ☐ NON ☐ Si oui combien :

Présent(e) le jour de la tempête OUI ☐ NON ☐

A entendu l'annonce de la tempête dans les médias OUI ☐ NON ☐

Préparation Matérielle OUI ☐ NON ☐

Psychologique OUI ☐ NON ☐

Nombre de personnes présentes :

Nombre de personnes blessées : décédées :

Evènement :

Avez-vous vu la vague arriver ? OUI ☐ NON ☐

Avez-vous été réveillé par l'eau ? OUI ☐ NON ☐

Si non qu'est-ce qui vous a réveillé :

Avez-vous attendu les secours ? OUI ☐ NON ☐

Avez-vous bénéficié de l'aide des secours OUI ☐ NON ☐

Si oui lesquels :

Hauteur maximale de l'eau dans votre domicile :

Après la catastrophe, vous avez été pris en charge par :

- ☐ SAMU
- ☐ Pompiers
- ☐ Gendarmerie
- ☐ Police municipale
- ☐ Croix Rouge
- ☐ Prévention civile
- ☐ Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP)
- ☐ Autre, préciser :

Répercussions depuis l'évènement :

Avez-vous été hospitalisé en psychiatrie ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, combien de temps après l'évènement :

Si oui, combien de séjours avez-vous fait ?

Avez-vous développé des troubles physiques ? OUI ☐ NON ☐

(Cardiologique, rhumatologique, pneumologique…)

Si oui, lesquels :

Avez-vous développé ou accentué des troubles addictifs ? OUI ☐ NON ☐

(Alcool, tabac, médicaments, drogues…)

Si oui, lesquels :

Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ? OUI ☐ NON ☐ AURAIT AIME ☐

Suivez-vous un traitement psychotrope ? OUI ☐ NON ☐

(Antidépresseur, anxiolytique…)

Utilisez-vous des somnifères ? OUI ☐ NON ☐

Si oui qui vous les a prescrits :

☐ Médecin traitant

☐ Autre, Précisez :

Concernant la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique ou CUMP :

Connaissez-vous son existence ? OUI ☐ NON ☐

Aviez-vous reçu des informations concernant la CUMP ? OUI ☐ NON ☐
(rôle/utilité/localisation/gratuité/coordonnées…)

Avez-vous bénéficié d'une prise en charge par la CUMP ? OUI ☐ NON ☐

Si oui :

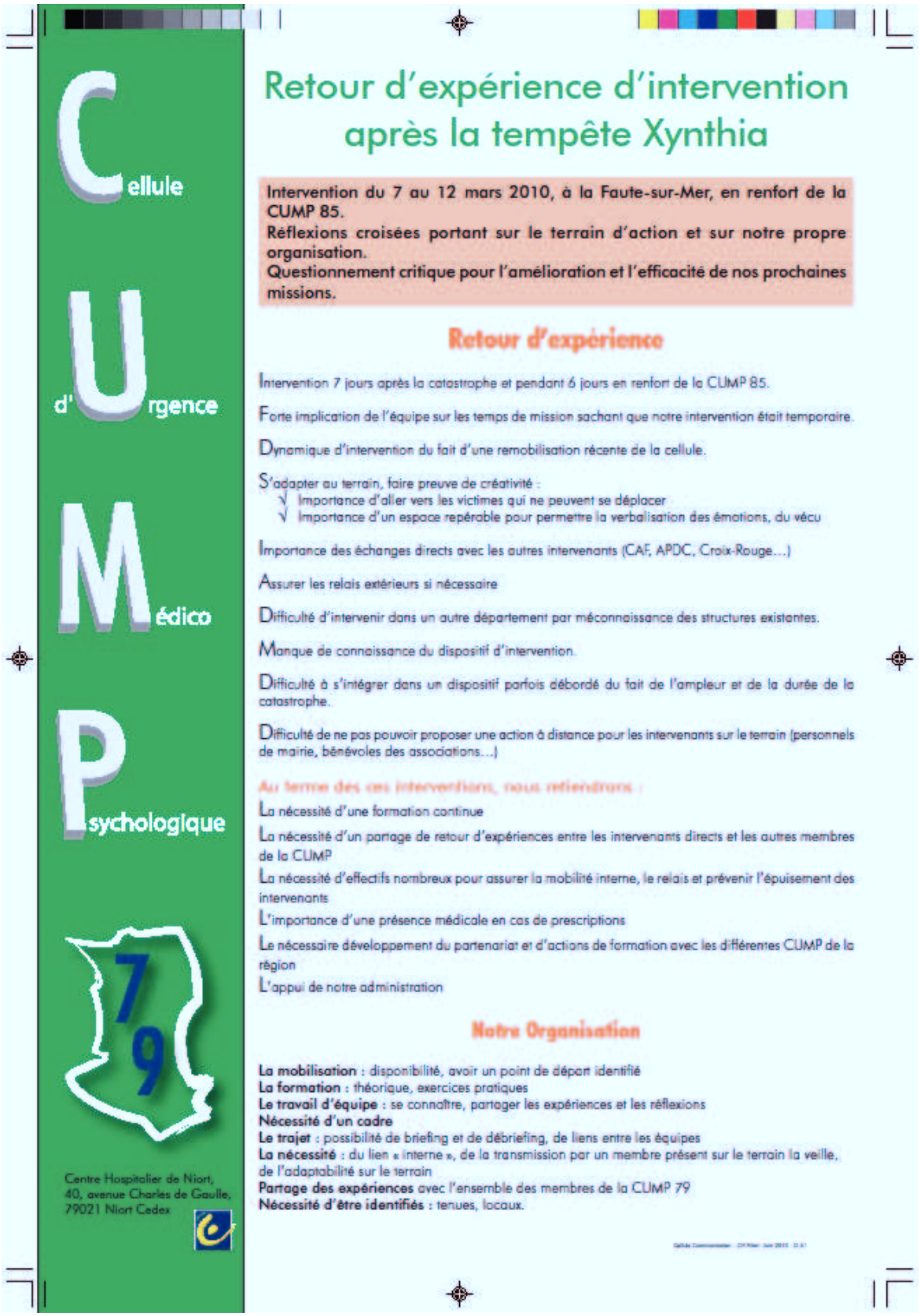
☐ Immédiatement (dans les 24H)

☐ Après quelques jours Combien de jours:

☐ Les deux

Si oui : qu'en retenez-vous ?

V- Poster CUMP 79 pour congrès de l'AFORCUMP 2010.



Cellule d'Urgence Médico Psychologique

Retour d'expérience d'intervention après la tempête Xynthia

Intervention du 7 au 12 mars 2010, à la Faute-sur-Mer, en renfort de la CUMP 85.
Réflexions croisées portant sur le terrain d'action et sur notre propre organisation.
Questionnement critique pour l'amélioration et l'efficacité de nos prochaines missions.

Retour d'expérience

Intervention 7 jours après la catastrophe et pendant 6 jours en renfort de la CUMP 85.

Forte implication de l'équipe sur les temps de mission sachant que notre intervention était temporaire.

Dynamique d'intervention du fait d'une remobilisation récente de la cellule.

S'adapter au terrain, faire preuve de créativité :
- √ Importance d'aller vers les victimes qui ne peuvent se déplacer
- √ Importance d'un espace repérable pour permettre la verbalisation des émotions, du vécu

Importance des échanges directs avec les autres intervenants (CAF, APDC, Croix-Rouge…)

Assurer les relais extérieurs si nécessaire

Difficulté d'intervenir dans un autre département par méconnaissance des structures existantes.

Manque de connaissance du dispositif d'intervention.

Difficulté à s'intégrer dans un dispositif parfois débordé du fait de l'ampleur et de la durée de la catastrophe.

Difficulté de ne pas pouvoir proposer une action à distance pour les intervenants sur le terrain (personnels de mairie, bénévoles des associations…)

Au terme des ces interventions, nous retiendrons :

La nécessité d'une formation continue

La nécessité d'un partage de retour d'expériences entre les intervenants directs et les autres membres de la CUMP

La nécessité d'effectifs nombreux pour assurer la mobilité interne, le relais et prévenir l'épuisement des intervenants

L'importance d'une présence médicale en cas de prescriptions

Le nécessaire développement du partenariat et d'actions de formation avec les différentes CUMP de la région

L'appui de notre administration

Notre Organisation

La mobilisation : disponibilité, avoir un point de départ identifié
La formation : théorique, exercices pratiques
Le travail d'équipe : se connaître, partager les expériences et les réflexions
Nécessité d'un cadre
Le trajet : possibilité de briefing et de débriefing, de liens entre les équipes
La nécessité : du lien « interne », de la transmission par un membre présent sur le terrain la veille, de l'adaptabilité sur le terrain
Partage des expériences avec l'ensemble des membres de la CUMP 79
Nécessité d'être identifiés : tenues, locaux.

79

Centre Hospitalier de Niort,
40, avenue Charles de Gaulle,
79021 Niort Cedex

BIBLIOGRAPHIE

1. Abraham K. Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre. Œuvres complètes, Tome II. Paris : Payot ; 1973.
2. Abraham K., Schaefer M., Malta L.-S., Dörfel D., Rohleder N., Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2006; 30: 1004-31.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème édition. (Version internationale, Washington DC, 1995). Traduction française JD Guelfi et al. Paris: Masson; 1996. 1056p.
4. Bailly D. Neurobiologie de l'état de stress post-traumatique. Neuropsy news spécial. 2003 Mars ; p. 83-86.
5. Barrois C. Les névroses traumatiques. 2. Paris : Dunod ; 1998.
6. Barrois C. Le trauma, un symptôme de la culture de notre époque ? Stress et Trauma. 2010 ; 10 (4) : 199-205.
7. Besson K., Grosse E.-M., Samuelian J.-C. Interventions précoces des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique : le cas de la cellule des Bouches-du-Rhône. Ann Méd Psychol, 2007 ; 165 : 562-69.
8. Birmes P., Escande M., Gourdy P., Schmitt L. Facteurs biologiques du stress post-traumatique : aspects neuroendocriniens. L'Encéphale. 2000 ; XXVI : 55-61.
9. Birmes P., Escande M., Moron P., Schmitt L. L'hystéro-neurasthénie traumatique dans les Leçons du Mardi du Pr. Charcot : opposition à la Névrose traumatique mais anticipation du trouble de stress post-traumatique? Ann Méd Psychol. 2005 ; 163 : 336-343.
10. Birmes P., Klein R. Facteurs prédictifs et évolution du trouble de stress post-traumatique. In: Jehel L., Lopez G. Psychotraumatologie: évaluation, clinique, traitement. Paris: Dunod. 2006: p 49-56.)
11. Birmes P., Senard J.-M., Escande M., Schmitt L. Facteurs biologiques du stress post-traumatique : neurotransmission et neuromodulation. L'Encéphale. 2002 ; XXVIII : 241-7.
12. Bouillet L., Ponard D., Drouet C., Massot C. L'angio-œdème non allergique : mise au point. La revue de Médecine Interne. 2002 ; 23 : 533-41.
13. Briole G., Lebigot F., Lafont B., Favre J.-.D., Vallet D. Historique, évolution des idées. In : CPNLF dir. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Paris : Masson ; 1994. p. 15-40.
14. Brun R. Traité général des Névroses. 3ème édition. Paris : Payot ; 1956.
15. Carroy J. Le rappel des personnalités anciennes par suggestion. Paris : Champ Psychosomatique. 2001 Janvier ; 21 : p. 9-24.
16. Cayrol J. Lazare parmi nous. Paris : édition du Seuil ; 1950. 106 p.
17. Chahraoui K., Besse P., Bénony H., Bonin B., Gisselmann A. La consultation psychologique spécialisée pour les sujets souffrant de syndromes psychotraumatiques : premiers éléments d'évaluation. Ann Méd Psychol. 2004 ;162 : 351-359.
18. Charaoui K., Laurent A., Colbeau-Justin L., Weiss K., De Vanssay B. stress psychologique des sinistrés des inondations de la Somme : une étude exploratoire. L'Information Psychiatrique. Avril 2003 ; Vol. 79, Numéro 4 : 307-318.

19. Chidiac N., Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Méd Psychol. 2010; 168 : 311-19.
20. Chidiac N., Crocq L. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. Ann Méd Psychol. 2010 ; 168 : 639-44.
21. Chidiac N., Crocq L. Le psychotrauma III. Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. Ann Méd Psychol. 2011 ; 169 : 327-331.
22. Circulaire DHOS/O2/DGS6C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe. Bulletin officiel n° 2003-26
23. Combes A., Luyt C.-E., Trouillet J.-L. Le syndrome de Tako-Tsubo ou comment mourir de peur… Réanimation. 2008 ; 17 : 177-180.
24. Cottencin O. Les traitements du psychotraumatisme. Stress et trauma. 2009 ; 9 (4) : 241-244.
25. Coutanceau R., Smith J., Lemitre S. Trauma et résilience. Paris, Dunod. 2012.
26. Cremniter D., Coq J.-M., Chidiac N., Laurent A. Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson), Psychiatrie, 37-113-D-10, 2007, 13p.
27. Crocq L. Clinique de la réaction immédiate. In : Crocq L, dir. Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victims. Paris : Masson ; 2007. p.15-26.
28. Crocq L. Histoire critique du debriefing. In : De Soir E, Vermeiren E. Les debriefings psychologiques en question. Anvers, Garant Editeur. 2002 b ; p. 73-130.
29. Crocq L. L'approche cathartique. Revue francophone du stress et du trauma. 2003 ; 3(1) :15-24.
30. Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. Ann Méd-Psychol, 1998, (156) 1 : 48-53.
31. Crocq L. L'intervention immédiate. Le journal des psychologues. 2004 ; 214 :50-5
32. Crocq L. La psychiatrie de la Première Guerre Mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. Ann Méd Psychol. 2005 Avril-Mai. 163 ; 269-89.
33. Crocq L. Les modèles explicatifs du trauma. Le Journal des psychologues. 2002 février ; 194 : 24-39.
34. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerres. Paris : Odile Jacob ; 1999.
35. Crocq L. Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques. Neuropsy News Spécial. 2003 Mars : 10-18.
36. Crocq L. Prise en charge des syndromes psychotraumatiques dans l'Histoire. In : Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudemand M. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Paris : Masson ; 2005.
37. Crocq L., Doutheau C., Sailhan M. Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, 37113-D-10, 2-1987, 8p.
38. Damsa C., Andreoli A. place de la neuroimagerie dans l'étude des états de stress post-traumatiques. EMC. 2004 ; 37-113-A-11.
39. Darves-Bornoz J.-M. Histoire de la notion de traumatisme psychique d'origine sexuelle. In : CPNLF dir. Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Paris : Masson ; 1996. p. 15-31.
40. De Beaurepaire R. Aspects biologiques des états de stress post-traumatiques. In : Bauman N, Thurin J-M, dir. Stress, pathologies et immunité. Paris : Flammarion ; 2003. p. 135-54.

41. De Beaurepaire R. Bases biochimiques et neurobiologiques de la psychiatrie. EMC-Psychiatrie. 2005 ; 2 : 4-39.
42. De Clercq M., Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris : Ed Masson ; 2001
43. De Clerq M., Vermeiren E., Henry de Frahan B. Le debriefing psychologique après une catastrophe ne suffit pas. Evaluation de l'importance des états de stress post-traumatiques pour les patients ayant bénéficié d'un debriefing. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. 1996 ; 3 :87-98.
44. Deschamps R., Moulignier A. La mémoire et ses troubles. EMC, Neurologie. 2005 ; 2(4) :505-25.
45. Devaud M.-L., Fromentin B., Max A., Ricard-Hibon A., Mantz J. Le syndrome de tako-tsubo: enjeu thérapeutique. Ann Fran d'Anesth et Réa. 2007 ; 26 : 344-347.
46. Ducrocq F., Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. L'Encéphale. 2005 ; 31 : 212-226.
47. Ducrocq F., Vaiva G. Epidémiologie des troubles post-traumatiques. In : Jehel L., Lopez G., et al. dir. Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement. Paris : Dunod ; 2006. p. 1-11.
48. Ducrocq F., Vaiva G., Molenda S. les cellules d'Urgence Medico-Psychologique en France : A propos d'un dispositif de secours pour les attentats, de-catastrophes et d'accidents collectifs. Journal International de Victimologie. 2002 octobre ; tome 1 (1) : 11p.
49. Falissard B. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. 3ème édition. Paris : Masson ; 2005.
50. Fouks L. Cours de psychopathologie de l'hystérie. 1976. Documents privés non édités.
51. Fouks L. Cours de Psychopathologie de la névrose. 1977. Documents privés non édités.
52. Fouks L., Guibert S., Cardon S., Jallot P. Pierre Janet et l'analyse psychologique désagrégeante. Ann Méd Psychol. 1990 ; 148 : 194-99.
53. Fouks L., Guibert S., Montot M. La notion du temps vécu chez P. Janet. Ann Méd Psychol. 1988 ; 146 : 941-52.
54. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Paris : PUF ; 1920.
55. Freud S. Cinq psychanalyses. 7ème édition. Paris : Presses universitaires de France ; 1975.
56. Freud S. L'interprétation des rêves. Paris : Presses universitaires de France ; 1973.
57. Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. In : Œuvres complètes. Paris : PUF. 1992 ; Tome XVII. p. 282.
58. Galinowski A., Lôo H. Biologie du stress. Ann Méd Psychol. 2003; 161: 797-803.
59. Gil R. Les troubles de la mémoire. In : Gil R, dir. Neuropsychologie. Paris: Masson; 2010. p. 174-209.
60. Gil R. Neuropsychologie des émotions. In: Gil R, dir. Neuropsychologie. Paris: Masson; 2010. p. 309-354.
61. Gourion D. Avancées et recherches. L'Encéphale. 2009; 35:101-106.
62. Granger B. Eugène Minkowski, une œuvre philosophique, psychiatrique et sociale. Levallois-Perret : Interligne ; 1999.
63. Guillaumont C., Maltais D. Spécificités des interventions dans le cas de catastrophes naturelles. In : Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudemand M. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Paris : Masson ; 2005. p. 107-112.
64. Heim C., Nemeroff C.B. Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. CNS Spectr 2009 January; 14:1 (Suppl 1): 13-24.

65. Herman J. Trauma and recovery : the aftermath of violence from domestic abuse to political terror. New-York : Basic Books ; 1997
66. Institut de veille sanitaire. Bilan de la surveillance des conséquences de la tempête Xynthia dans le sud-ouest de la Vendée. Septembre 2011. 34 p.
67. Janet P. Les Névroses. Paris: Flammarion; 1909.
68. Jehel L., Duchet C., Paterniti S., Consoli S.-M., Guelfi J.-D. Etude prospective de l'état de stress post-traumatique parmi des victimes d'un attentat terroriste.
69. Josse E. Le développement des syndromes Psychotraumatiques: Quels sont les facteurs de risque ?, 2006.
70. Kelley-Puskas M., Cailhol L., D'Agostino V. Chauvet I., Damsa C. Neurobiologie des troubles dissociatifs. Ann Méd Psychol. 2005 ; 163 : 896-901.
71. Knafo A., Marechal V., Loas G. Tako-tsubo et comorbidities psychiatriques. Ann Méd Psychol. 2012 ; 170 : 334-337.
72. Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. Ann Méd Psychol. 1997 Octobre ; 155 : 522-526.
73. Lebigot F. Le debriefing individuel du traumatisé psychique. Ann Méd Psychol. 1998, (156) 6 : 417-21.
74. Lebigot F. Prise en charge psychothérapiques psychodynamiques. In: De Clercq M, Lebigot F, dir. Les traumatismes psychiques. Paris: Masson; 2001. p. 245-252.
75. Lebigot F., Gauthier E., Morgand D., Régès J.-L., Lassagne M. Le debriefing psychologique collectif. AMP. 1997; 155, n°6 : 370-78.
76. Liénard Y. Trauma et pleine conscience. In : Coutanceau R, Smith J, Lemitre S, dir. Trauma et résilience. Paris : Dunod ; 2012. p. 248-254.
77. Louville P., Ducrocq F. Les cellules d'urgence médico-psychologique. In : Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M, dir. Psychotraumatismes: prise en charge et traitements. Paris: Masson; 2005. p. 127-132.
78. Maltais et al. L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés. Santé mentale au Québec. 2000 ; XXV, 1: p. 116-137.
79. Marchand A., Boyer R., Nadeau C., Martin M. Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers: Volet prospectif Dépôt légal Bibliothèque et Archives nationales 2011; ISBN : 978-2-89631-578-9 (PDF) octobre 2011.
80. Marechal V., Loas G., Droulin H. Le psychiatre de liaison et le Tako Tsubo… L'Encéphale. 2011 ; 37 : 388-392.
81. Mitchell J.T. When disaster strikes…the critical incident stress debriefing process. Jems. 1983 Jan; 8(1) :36-9
82. Nehmé A. D.-F., Vaiva G. Les débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. Revue de la littérature. Revue francophone du stress et du trauma. 2004; 4 (4).
83. Pavlov I. Conditioned reflex. Oxford: Oxford University Press; 1927.
84. Prieto N., Rouillon F. Importance de l'enjeu en termes épidémiologiques. In: Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudemand M. dir. Psychotraumatismes: prise en charge et traitements. Paris: Masson; 2005. p. 9-14.

85. Romano H., Crocq L. Evènements traumatiques et médias : quelles répercussions pour les sujets impliqués? Ann Méd Psychol. 2010 ; 168 : 416-421.
86. Sokol R. Treatment of victims in hostage situations, in the USAREUR stress management team. Comportements dans les catastrophes de guerre et de paix ; 1986; Symposium de l'OTAN; 1986.p.218-28
87. Solomon EP., Heide KM. Type III Trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. Int J Offender Ther Comp Criminol. 1999; 43:202-10.
88. Squire LR. Memory systems of the brain: a brief history and current perspective. Neurobiol Learn Mem. 2004; 82:171-7.
89. Tatossian A. Psychiatrie phénoménologique. Paris : ETIM ; 1997.
90. Terr LC. Chilhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry. 1991 Jan ; 148 (1) :10-20
91. Teyssier J.-R., Ragot S., Donzel A., Chauvet-Gelinier J.-C. Longueur des télomères dans le cortex des patients atteints de troubles dépressifs. L'Encéphale. 2010; 36: 491-494.
92. Tréhel G., Abraham K. (1877-1925) : psychiatre de guerre à l'hôpital d'Allenstein. Perspectives Psy. 2010 Avril-juin ; 49 : 144-157.
93. Tulving E. Elements of episodic memory. Oxford: Clarendron Press; 1983.
94. Vaiva G. Psychotrauma et fonctionnement cérébral. Perspectives thérapeutiques. Stress et Trauma 2009; 9 (4) : 210-13.
95. Vaiva G., Brunet A., Boss V., Ducrocq F. Neurobiologie des états de stress psychotraumatique. In : Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudemand M. dir. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Paris : Masson ; 2005. p. 24-33.
96. Vaiva G., Ducrocq F. Neurobiologie des états de stress psychotraumatiques. In : Jehel L, Lopez G, et al. dir. Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement. Paris : Dunod ; 2006. p. 13-25.
97. Yao S.-N., Cottraux J., Note I., De Mey-Guillard C., Mollard E., Ventureyra V. Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. L'Encéphale. 2003; XXIX: 232-8, cahier 1.
98. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry, 2001, 62 (Suppl. 17) : 41-46.
99. Yehuda R. Psychoneuroendocrinology of posttraumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am. 1998; 21: 359-79.
100. Yehuda R, Brand S, Yang RK. Plasma neuropeptide Y concentrations in combat exposed veterans: relationship to trauma exposure, recovery from PTSD, and coping. Biol Psychiatry. 2006; 59: 660-663.

Résumé:

La spécificité du syndrome psychotraumatique a été longtemps méconnue des cliniciens comme des experts. Actuellement, l'attention est portée autour de l'évaluation des résultats des interventions à visée préventive ou curative, et à la mise en évidence du développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT) dans les suites d'un évènement traumatique. L'ESPT est un trouble fréquent dont la prise en charge est un véritable enjeu de santé publique.

Ainsi, nous avons choisi dans un premier temps, de travailler les aspects théoriques du psychotraumatisme, puis dans un second temps, d'étayer notre travail par une étude portant sur l'état psychique des sinistrés de La Faute-sur-Mer, deux ans après la terrible catastrophe. Ce travail a pour objectif principal d'évaluer l'influence éventuelle de la distance existant entre l'origine de la catastrophe et les habitations, sur le développement d'un ESPT chez les sujets impliqués.

Sur les 58 questionnaires remplis, nous retrouvons 13 diagnostics d'ESPT (Score PCLS ≥ 44) soit un taux de 22,4%, qui est en adéquation avec celui de l'étude InVS qui évalue les manifestations psychotraumatiques sur les victimes de la commune de La Faute-sur-Mer. Si les résultats qui apparaissent sur le graphique représentant la moyenne des scores PCLS en fonction de la distance près/loin semblent visuellement valider cette hypothèse, les résultats statistiques ne vont pas dans ce sens et ne retrouvent aucune corrélation entre la distance par rapport à la digue et le développement d'un état de stress post-traumatique.

En revanche, nous retrouvons un coefficient de corrélation plutôt modérée entre la hauteur maximale de l'eau et le score total de la PCLS (p=0,008 ; r=0,43) signifiant la présence d'un ESPT. La significativité retrouvée entre la comorbidité anxieuse et la présence d'un ESPT est en accord avec les données de la littérature.

Notre étude est une étude pilote, qui repose sur un sondage impressionniste de la population des sinistrés de La Faute-sur-Mer. Deux ans après l'évènement, les acteurs de cette catastrophe restent, pour certains, extrêmement impactés, exprimant pour la plupart le besoin de verbaliser.

Il serait intéressant, dans l'avenir, de pouvoir poursuivre cette étude sur un effectif plus important, l'idéal, utopique, serait bien sûr que ce soit sur la totalité des sujets sinistrés. Mais la réalisation d'un tel travail semble éminemment ardue.

MOTS CLES: Psychotraumatisme; catastrophe naturelle; étude pilote rétrospective.