



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PARCOURS DE SOINS DES BLESSÉS PSYCHIQUES
LORS DE
SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES
État des lieux et perspectives

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 2017 à 16H00
au **Pôle Formation**
par **KLINK Nadine**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur G. VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur P. THOMAS

Monsieur le Professeur E. WIEL

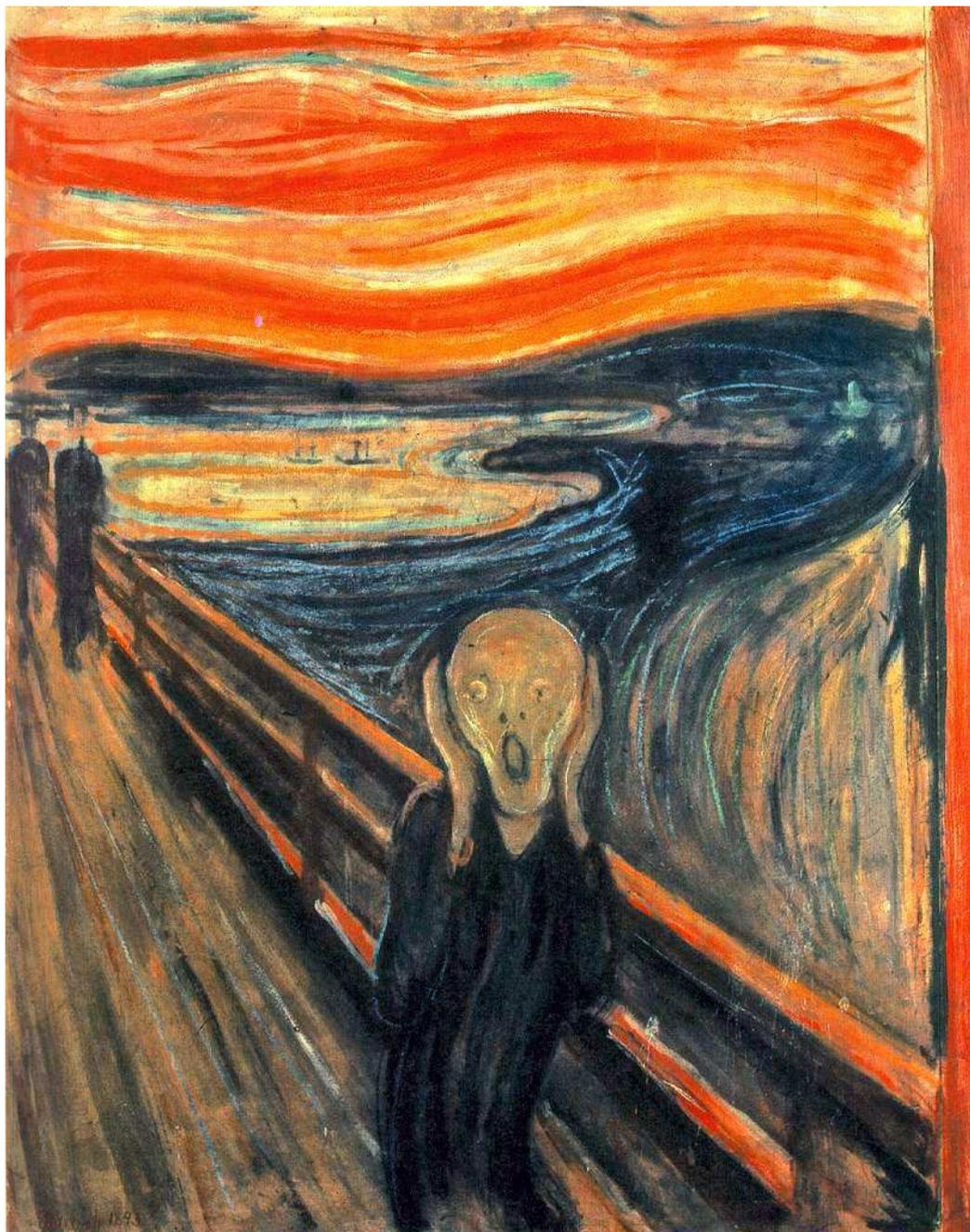
Madame le Docteur F. WAREMBOURG

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur N. GAUD-LE PIERRÈS

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



L'accident traumatisant est un moment propulsif dans sa temporalité, une épiphanie dans son apparition subite, une apocalypse dans sa révélation du néant, et une prophétie dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime.

Claude Barrois, 1988

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	3
I. LE PSYCHOTRAUMATISME : DU CONCEPT À LA CLINIQUE.....	5
A) REPÈRES HISTORIQUES DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE.....	6
1. Période des <i>Précurseurs</i> , observations de la clinique post-traumatique : de l'Antiquité à la guerre de Sécession américaine (1862-1865).....	7
2. Théorisation du trouble et période des <i>Fondateurs</i>	7
3. Période des <i>Continueurs</i> : guerres mondiales, conflits des années 1960.....	12
4. Période des <i>Novateurs</i>	14
5. Époque contemporaine.....	15
6. Psychotraumatologie de l'enfant.....	16
B) CLINIQUE PSYCHOTRAUMATIQUE.....	18
1. Clinique de la réaction immédiate.....	19
1.1 Stress adapté.....	19
1.2 Stress dépassé.....	21
1.3 Dissociation péritraumatique.....	24
2. Clinique de la phase post-immédiate.....	26
1.1 Normalisation des symptômes.....	27
1.2 Trouble de Stress Aigu.....	27
3. Clinique psychotraumatique chronique.....	29
3.1 Épidémiologie.....	29
3.1.1 Généralités.....	29
3.1.2 Cas particulier des Troubles de Stress Post-traumatique survenant après les attentats.....	31
3.2 Facteurs de risques.....	34
3.3 Manifestations cliniques.....	36
3.4 Tableaux cliniques.....	38
3.4.1 Trouble de Stress Post-Traumatique différé.....	38
3.4.2 Trouble de Stress Post-Traumatique sub-syndromique.....	38
3.5 Comorbidités.....	39
3.5.1 Dépression et troubles anxieux.....	39
3.5.2 Addictions.....	40
3.5.3 Trouble de Stress Post-Traumatique et troubles somatiques.....	40
3.5.4 Trouble de Stress Post-Traumatique et troubles des conduites.....	41
4. Clinique psychotraumatique chez l'enfant et l'adolescent.....	42
4.1 Sémiologie du psychotraumatisme de l'enfant.....	42
4.1.1 Généralités.....	42
4.1.2 Les jeux post-traumatiques.....	43
4.2 Spécificités cliniques en fonction du niveau développemental.....	45
4.2.1 De la naissance à un an.....	45
4.2.2 Les jeunes enfants (2 à 6 ans).....	45
4.2.3 Enfants de 6 à 12 ans.....	46
4.2.4 L'adolescent.....	47
5. Modifications neurobiologiques lors de réactions de stress et de psychotraumatisme.....	47

5.1 Structures cérébrales impliquées.....	47
5.2 Hormones et neuromédiateurs impliqués.....	48
5.2.1 Voies GABAergique et glutamatergique.....	48
5.2.2 Voie corticotrope.....	50
5.2.3 Voie adrénérergique.....	52
5.3 Critique du modèle présenté.....	52
6. Aspects génétiques du psychotraumatisme.....	53
7. Approche transculturelle du psychotraumatisme.....	54
II. SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES ET URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.....	57
A) SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES.....	57
1. Le plan ORSEC.....	58
2. Le schéma ORSAN.....	62
3. Le Plan Blanc.....	63
B) LES CELLULES D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.....	65
1. Histoire de l'urgence médico-psychologique et des interventions de crise.....	66
1.1 Création et organisation des CUMP.....	66
1.2 Intervention de crise.....	71
2. Rôle et organisation des CUMP : la prise en charge immédiate des blessés psychiques.....	72
2.1 Organisation sur le terrain.....	73
2.2 Triage des impliqués.....	74
2.2.1 Catégorisation des victimes.....	74
2.2.2 Critères de sévérité et degrés d'urgence.....	75
2.3 Intervention médico-psychologique immédiate et defusing.....	79
2.4 Les thérapeutiques médicamenteuses.....	81
2.4.1 Axe adrénérergique.....	82
2.4.2 Axe histaminergique.....	85
2.5 La prise en charge des enfants.....	86
2.6 L'intervention post-immédiate.....	88
III. ANALYSE DU PARCOURS DE SOINS DES BLESSÉS PSYCHIQUES EN SITUATION D'ATTENTAT : L'ÉTUDE I.M.P.A.C.T.S.....	93
A) OBJECTIFS.....	93
B) MÉTHODE.....	94
1. Généralités.....	94
2. Recrutement.....	94
2.1 Parmi les intervenants.....	95
2.2 Parmi la population civile.....	95
3. Évaluation.....	96
C) RÉSULTATS.....	100
1. Dans la population civile.....	101
1.1 Prise en charge par les CUMP	101
1.1.1 En phase immédiate.....	101
1.1.2 En phase post-immédiate.....	102
1.2 Résultats concernant le Trouble de Stress Post-Traumatique.....	102

1.2.1 Facteurs de risques.....	102
1.2.2 Particularité des endeuillés et des proches de victimes.....	103
1.3 Résultats concernant les troubles anxieux, les épisodes dépressifs et le risque suicidaire.....	105
1.4 Résultats concernant l'impact non-psychologique.....	105
1.5 Résultats concernant les consommations de toxiques et l'automédication.....	106
1.6 Prise en charge ultérieure.....	107
2. Dans la population intervenante.....	107
2.1 Résultats concernant les troubles psychiques.....	108
2.2 Résultats concernant les troubles somatiques.....	108
2.3 Résultats concernant les consommations de toxiques et l'automédication.....	109
2.4 Prise en charge psychologique globale.....	109
D) LIMITES.....	110
E) ANALYSE.....	111
F) PERSPECTIVES.....	113
IV. DISCUSSION : LE PARCOURS DE SOINS DES BLESSÉS PSYCHIQUES. ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES.....	114
A) ORGANISATION DES INTERVENTIONS DE TERRAIN.....	117
1. Rôle des CUMP et collaboration avec les autres acteurs impliqués.....	117
2. Intervention immédiate.....	118
2.1 Repérage des sujets à risque.....	119
2.1.1 Triage sur le terrain.....	119
2.1.2 Victimes endeuillées et proches de survivants.....	119
2.1.3 Blessés physiques.....	120
2.1.4 Perdus de vue.....	120
2.2 Rencontre des blessés psychiques.....	121
2.3 Recevoir l'individu dans sa globalité.....	122
2.3.1 Susceptibilité génétique.....	122
2.3.2 Dimension transculturelle.....	123
2.4 Psycho-éducation et defusing.....	125
2.4.1 Psycho-éducation.....	125
2.4.2 Defusing.....	126
2.5 Prise en charge des enfants.....	127
3. Prise en charge post-immédiate : IPPI.....	128
4. Thérapeutiques médicamenteuses : pratique et perspectives.....	130
4.1 Chez l'adulte.....	130
4.1.1 Médicaments dont l'efficacité est reconnue.....	130
4.1.2 Médicaments à l'essai.....	131
4.2 Chez l'enfant : pratique et perspectives.....	133
5. Questionnements généraux.....	134
5.1 Épuisement des professionnels de l'urgence médico-psychologique.....	134
5.2 Lien avec les médias.....	135
5.3 Le statut de victime.....	137
B) ORGANISATION DU RELAIS ET RETOUR D'EXPÉRIENCES.....	138
1. Continuité des soins.....	138
1.1 Relais des soins.....	138
1.2 Transmissions des données médicales.....	140

1.3 Perspectives : le rappel téléphonique.....	141
2. Vigilance post-interventionnelle.....	142
2.1 Sur le long terme.....	142
2.2 Auprès de l'ensemble de la population.....	142

C) ORGANISATION GÉNÉRALE DES RÉSEAUX DE L'URGENCE MÉDICO-

PSYCHOLOGIQUE..... 143

1. Retour d'expérience des attentats de Paris.....	143
1.1 Avis généraux.....	143
1.2 Retour de l'étude IMPACTS.....	144
2. Politique d'anticipation.....	145
2.1 Organisation globale des soins hospitaliers.....	145
2.2 Organisation de l'urgence médico-psychologique.....	146
3. Formation des professionnels.....	147
3.1 Professionnels de l'urgence médico-psychologique.....	147
3.2 Personnel « non-CUMP ».....	148
3.3 Médecins traitants.....	148
4. Risque de « sur-utilisation » des CUMP.....	149

D) CONCLUSION..... 150

CONCLUSION..... 153

BIBLIOGRAPHIE..... 157

ANNEXES..... 171

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Symptômes et critères du diagnostic de TSPT chez l'enfant selon trois catégorisations

Annexe II : Autoquestionnaire des symptômes immédiats de L. CROCQ

Annexe III : Inventaire de détresse péritraumatique

Annexe IV : Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)

Annexe V : Description du Trouble de Stress Aigu établi par L. CROCQ à partir du DSM-V

Annexe VI : Description du Trouble de Stress Post-Traumatique établi par L. CROCQ à partir du
DSM-V

Annexe VII : Attentat du RER de Paris à la station Port-Royal le 3 décembre 1996

Annexe VIII: Certificat Médical Initial selon le modèle national

Annexe IX : Note d'information et recommandations pour les victimes

Annexe X : Note d'information pour les victimes, recommandée par l'instruction de janvier 2017

Annexe XI : Dossier de soins – Fiche de soins

Annexe XII : Impression Clinique Globale

Annexe XIII : Échelle STRS

Annexe XIV : Critères CISD de J.T. MITCHELL

Annexe XV : Questionnaire d'inclusion dans l'étude IMPACTS

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Effraction de l'appareil psychique

Figure 1.2 Prévalence médiane de TSPT pour des événements traumatisants intentionnels et non-intentionnels

Figure 1.3 Localisation des structures du cerveau impliquées dans la clinique psychotraumatique

Figure 1.4 Biologie du psychotraumatisme dans un modèle de peur

Figure 1.5 Voies de signalisation corticodépendantes impliquées dans le TSPT

Figure 2.1 Les différents plan nationaux actionnés lors de SSE

Figure 2.2 Les sept zones de défense françaises et leurs chefs-lieux

Figure 2.3 Organisation au PMA

Figure 2.4 Différents acteurs du plan ORSEC NoVi

Figure 2.5 Catégorisation des victimes

Figure 2.6 Catégories de triage psychiatrique

Figure 2.7 Critères de sévérité à évaluer

Figure 2.8 Principes de l'accueil de J.F KATZ

Figure 3.1 Description de l'exposition subjective et des scores STRS et PDEQ en fonction du degré d'exposition en population civile

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

CUMP : Cellules d'Urgence Médico-Psychologique

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TSA : Trouble de Stress Aigu

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

SSE : Situations Sanitaires Exceptionnelles

I.M.P.A.C.T.S : Investigation des Manifestations traumatiques Post-Attentat et de la prise en Charge
Thérapeutique et de Soutien

PDI : Inventaire de Détresse Péritraumatique

PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire CISD : Critical Incident Stress
Debriefing

LC : Locus Coeruleus

CRH : Corticotropin-Releasing Hormon

GR : Gluco-corticoid Receptor

STRS : Shortness of breath, Tremulousness, Racing heart, Sweating

IPPI : Intervention Psychologique Post-Immédiate

ARS : Agence Régionale de Santé

INAVEM : Institut d'Aide aux Victimes et de Médiation

SIAVIC : Service Intercommunal d'Aide aux Victimes

ORSAN : Organisation de la Réponse du système de Santé en Situation Sanitaire Exceptionnelle

ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

COS : Commandant des Opérations de secours

PRM : Point de Rassemblement des Moyens

PUMP : Poste d'Urgence Médico-Psychologique

DSM : Directeur des Secours Médicaux

AMU : Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

RÉSUMÉ

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ont été créées en 1995 à la suite d'un attentat terroriste parisien. Les attaques terroristes font partie des situations sanitaires exceptionnelles qui déclenchent horreur et effroi parmi ses victimes, les confrontant à leur propre mort ou à celle d'autrui.

Ces attaques sont désorganisatrices et pourvoyeuses de crises, tant sur un plan individuel que collectif et sociétal. Lors de ces attaques, les pouvoirs publics tentent de réduire la désorganisation par la mise en place de plans anticipés qui veillent à coordonner les intervenants tant sur le plan de la sécurité civile que de la sécurité sanitaire. Cette rencontre brutale et inopinée avec le néant de la mort peut faire effraction au sein du psychisme de ses victimes, les marquant ainsi du sceau du trauma et induisant des séquelles psychotraumatiques tels que des Troubles de Stress Post-Traumatique. Ces troubles peuvent toucher les individus de tous âges et de toutes cultures. Ils peuvent avoir des expressions cliniques variables et être corrélés à des comorbidités pouvant brouiller le tableau clinique. Les volontaires des CUMP interviennent au plus près du sinistre auprès des blessés psychiques, créant un cadre humanisant et sécurisant, leur permettant de verbaliser et de mettre du sens sur l'expérience traumatogène afin de prévenir l'apparition de séquelles psychotraumatiques et de les soulager. Ces interventions immédiates et post-immédiates sont un point de repère pour les rescapés et s'intègrent comme l'un des premiers maillons de la chaîne de soins déclenchée lors des secours collectifs d'urgence. Cependant, les CUMP ne sont pas pérennes dans le temps et leurs volontaires se désengagent progressivement pour retourner à leurs activités professionnelles. Un relais des soins vers des structures pérennes pouvant assurer la prise en charge au long cours des impliqués doit alors se faire. Cependant, les attentats récents sur le sol français ont montré que ce relais des soins était extrêmement parcellaire et le risque de perdre de vue des blessés graves était, quant à lui, majeur. L'analyse de l'état des lieux actuel concernant la prise en charge des blessés psychiques lors de situations sanitaires exceptionnelles, telles que les attentats

terroristes, met en évidence un certain nombre d'étapes, dans ce parcours chaotique, qui peuvent parfois être dysfonctionnelles. Elles constituent aussi des points-clés sur lesquels il est possible d'agir afin d'optimiser les parcours de prise en charge et de vie de ces blessés psychiques.

INTRODUCTION

Selon le Médecin Général Louis CROCQ, le monde que nous percevons est une réalité travestie par le langage et choyée par l'imaginaire (1). À cela, deux exceptions : la mort et le néant, qui nous imposent leur réel brut sans que nous ne puissions leur attribuer un sens, dans la mesure où nous n'en avons, a priori, aucune représentation psychique préalable. Lors de situations catastrophiques, la confrontation brutale et inopinée à ces deux exceptions peut amener des phénomènes de désorganisation du psychisme, de nos jours regroupés sous le terme de « traumatisme psychique », nommé dans le langage courant des professionnels « psychotrauma ».

Ces traumatismes peuvent frapper non seulement les victimes directes de ces situations catastrophiques, mais également les témoins et les intervenants. Les conséquences psychiques d'un tel événement traumatogène ont longtemps été désignées par le terme de « névrose traumatique », se référant alors à un modèle psychodynamique du fonctionnement psychique. Elles sont aujourd'hui regroupées sous les termes de la nosographie américaine : « Trouble de Stress Aigu » et « Trouble de Stress Post-Traumatique ».

Les catastrophes occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques. L'urgence médico-psychologique vise à soigner précocement ces blessés psychiques. Cette intervention est entrée dans un cadre formel, étayé par des textes de loi, avec la création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique en 1995, à la suite de l'attentat parisien de la station de RER Saint-Michel. Ces cellules interviennent dans différents contextes, notamment lors de situations sanitaires dites exceptionnelles (SSE). Ces situations correspondent à tout contexte susceptible d'engendrer une augmentation de la demande de soins du fait de l'afflux important de victimes auprès des établissements hospitaliers, ou une diminution de l'offre de soins du fait de la mobilisation massive de soignants. Lors de situations catastrophiques, les victimes peuvent être blessées psychiquement autant que physiquement.

Ainsi, le rôle de ces cellules est d'intervenir sur le terrain auprès des blessés psychiques. Cette intervention au plus près de l'évènement catastrophique est la première étape du parcours de soins des victimes marquées par le sceau du trauma.

Dans cette thèse nous étudierons le parcours complet de soins des blessés psychiques lors des situations sanitaires exceptionnelles de type attentat pour en dégager des pistes d'amélioration.

Dans un **premier temps** nous aborderons l'histoire de la psychotraumatologie chez l'adulte et chez l'enfant. Puis nous déclinons la clinique du « psychotrauma » dans ses trois phases : immédiate, post-immédiate et différée. Ensuite nous dégagerons les spécificités du tableau clinique chez l'enfant et nous soulèverons la question transculturelle dans la problématique du psychotraumatisme. Dans cette thèse les situations sanitaires exceptionnelles sont spécifiquement représentées par les attaques terroristes. Ainsi, nous évoquerons les conséquences psychologiques des attentats sur ces victimes.

Dans un **second temps**, nous détaillerons le cadre réglementaire dans lequel s'intègrent les plans et les schémas d'organisations qui permettent d'adapter l'offre de soins en cas de SSE. Nous aborderons l'histoire des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique ainsi que leurs rôles et leur développement sur le terrain. Nous avons choisi d'illustrer les SSE à travers le prisme des attentats terroristes dans la mesure où ces évènements particulièrement désorganisateur ont été, comme nous le verrons, source d'importantes réflexions concernant l'organisation de l'urgence médico-psychologique en France ces dernières années.

Dans un **troisième temps** nous analyserons le parcours de soins des blessés psychiques suite aux attentats parisiens de janvier 2015 selon les résultats de l'étude IMPACTS.

Enfin, nous discuterons du parcours de soins des blessés psychiques lors des situations sanitaires exceptionnelles, et plus particulièrement en situation d'attentat, selon deux axes : un premier chronologique concernant la prise en charge médico-psychologique des blessés psychiques puis un deuxième, plus global, concernant les actions entreprises autour de la question de l'urgence médico-psychologique en dehors d'un contexte d'intervention.

I. LE PSYCHOTRAUMATISME : DU CONCEPT À LA CLINIQUE

La question du psychotraumatisme est aussi ancienne que l'humanité, autant que l'est la réflexion des hommes autour de la confrontation au réel brut et à l'incompréhensible de la mort.

Sur le plan étymologique le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens « traumatismos », signifiant « action de blesser », et « trauma » qui signifie « blessure ». L. CROCQ, ancien psychiatre militaire, définira le psychotraumatisme comme étant un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur (2). Selon cette définition, la violence, la brutalité, la soudaineté et le caractère inattendu d'un événement sont susceptibles de provoquer une *blessure psychique* qui se manifeste alors par une désorganisation psychique, plus ou moins intense et durable. Le sujet est paralysé, ses pensées sont arrêtées et ses émotions absentes (3). Sur le plan sémantique, il est important de noter que le psychotraumatisme ne désigne pas l'événement funeste potentiellement traumatique, mais la *blessure* que celui-ci laisse dans le psychisme. C'est un arrêt sur image, sans possible recours au langage, qui fait « trou-matisme », néologisme qu'emploie J. LACAN (4). Cette confrontation avec le néant est une expérience transgressive, hors-sens, qui exclut le sujet du monde des humains avec un vécu d'abandon, de honte et de culpabilité. C. BARROIS parle, quant à lui, de « rupture communautaire » (5). Il décrit cette rupture comme *déhiscence du tissu social*. Nous la verrons par la suite, cette notion de rupture communautaire est fondamentale en situation sanitaire exceptionnelle et notamment lors d'attentats puisque lors de ces événements, la confrontation avec le réel de la mort entraîne une désunion des individus et une perte de sens de ce qui fait communauté à leurs yeux.

Soulignons que tous les sujets exposés à un même événement potentiellement traumatogène ne présenteront pas tous une clinique psychotraumatique. Une situation traumatique est une expérience singulière qui n'aura pas les mêmes conséquences pour toutes les personnes qui y sont confrontées. Au-delà des caractéristiques objectives de l'événement traumatique, c'est le vécu subjectif des sujets exposés et l'intensité de la résonance de la catastrophe dans leur histoire personnelle qui font le traumatisme. C'est pourquoi nous développerons par la suite les facteurs de risque prédisposant au développement de séquelles psychotraumatiques ainsi que les aspects génétiques de la psychotraumatologie. Nous aborderons également la question transculturelle qui donne à cette clinique un caractère particulier.

Les circonstances qui peuvent produire un psychotraumatisme sont de trois types (6):

- le face-à-face solitaire avec la mort : le sujet voit la mort arriver sur lui, il se voit mort ;
- le réel de la mort rencontré chez un autre ;
- la mort horrible, lorsqu'elle frappe un grand nombre de personnes ou quand les corps des victimes sont méconnaissables.

Dans ce chapitre, nous tenterons de définir ce qu'est un blessé psychique afin de pouvoir comprendre au mieux leur parcours de soins lors de situations sanitaires exceptionnelles. Dans un premier temps, nous aborderons les grandes étapes de l'histoire de la psychotraumatologie puis nous détaillerons les différentes manifestations cliniques psychotraumatiques.

A) REPÈRES HISTORIQUES DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE

N. CHIDIAC et L. CROCQ (7) ont analysé de manière précise les séquences historiques de la place du traumatisme dans la description ou la réflexion épistémologique. Nous nous inspirerons des différentes périodes qu'ils ont pu identifier pour présenter l'évolution de la prise en charge du psychotraumatisme dans l'histoire de la psychiatrie.

1. Période des *Précurseurs*, observations de la clinique post-traumatique : de l'Antiquité à la guerre de Sécession américaine (1862-1865)

L'Épopée de Gilgamesh, écrite au troisième millénaire avant J.-C en Mésopotamie, ou *l'Illiade* d'Omer, écrite vers 800 avant J.-C, dépeignent des symptômes qui correspondent à ce que des psychiatres contemporains appelleraient « psychotraumatisme ». Le premier cas de ce type rapporté dans l'histoire de la psychiatrie de guerre est celui du jeune guerrier athénien Epizelos (Hérodote en 350 av J.-C, dans son livre VI de « Les histoires ») qui fut saisi d'effroi et atteint d'une cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille de Marathon (8). À cette période, ce sont surtout des *rêves traumatiques* qui sont rapportés. Nous pouvons en trouver mention dans le *Traité des songes* d'Hippocrate (400 av J.-C) et dans la *Chanson de Roland* (vers 1110 après J.-C). Plus tardivement c'est le chirurgien français Ambroise Paré qui releva chez le roi Charles IX des symptômes d'hallucinations et des cauchemars terrifiants au lendemain du massacre de la Saint-Barthélémy (1572). Citons également Shakespeare qui, à la même époque, mentionne les rêves de bataille dans ses pièces *Roméo et Juliette* et *Henry IV*.

C'est seulement au début du XIX^{ème} siècle que le trouble post-traumatique suscite l'intérêt du monde médical. En 1809, P. PINEL, aliéniste français, dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, offre la première description d'un militaire en retraite souffrant vraisemblablement d'une *névrose traumatique à caractère hypochondriaque*. Il résuma cette clinique sous le terme de « névrose de la circulation et de la respiration » (9).

2. Théorisation du trouble et période des *Fondateurs*

C'est le neurologue allemand H. OPPENHEIM qui est considéré comme le premier *fondateur* de la psychotraumatologie en donnant au psychotraumatisme une dimension théorique et non pas simplement descriptive (10). Il introduit en 1884, dans son article des *Archives médicales de Westphalie*, la notion de « névrose traumatique ». Celle-ci désignait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cau-

chemars, qui apparaissaient dans les suites d'un accident (de chemin de fer généralement). Pour H. OPPENHEIM, l'effroi provoquerait un ébranlement psychique tellement intense qu'il en résulterait une altération psychique durable (11). Nous aborderons ultérieurement cette notion d'effroi et son rôle dans la psychopathologie du psychotraumatisme.

Il reviendra à E. CHARCOT, dans ses *Leçons du mardi* (12), d'être l'un des premiers à établir l'identité de cette névrose traumatique et de faire un lien avec un concept dont il est un des fondateurs : l'hystérie. Contrairement à H. OPPEHEIM, qui considérait la pathologie traumatique comme une conséquence simple et directe de l'accident, E. CHARCOT soutient que l'événement (le choc) viendrait actualiser le potentiel pathogène d'un terrain héréditaire (la *diathèse*).

En 1899, P. JANET, dans sa thèse de doctorat en Lettres *L'automatisme psychologique* (13), a été le premier psychanalyste à formuler des hypothèses sur la formation du traumatisme psychique. Selon lui, des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction et y demeurent ensuite comme un *corps étranger*. Ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience : la souvenance brute de cet événement fait bande à part dans un recoin du pré-conscient, ignoré de la conscience et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices *automatiques*, non délibérées et inadaptées (hallucinations, cauchemars, sursauts, actes automatiques) tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. P. JANET présenta l'origine traumatique de vingt cas d'hystérie et de neurasthénie, et mit en évidence, la possibilité, sous hypnose, d'induire la cessation des symptômes.

À la fin du XIX^{ème} siècle et dans la première moitié du XX^{ème} siècle, ce sont les psychanalystes qui feront avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques. S. FREUD faisait remarquer que nous savons que nous allons mourir mais que nous ne savons pas ce qu'est la mort : « nous n'avons pas la possibilité de nous représenter le néant qu'elle est » (14). En 1893, dans sa *Communication préliminaire*, il

reprit les hypothèses de P. JANET et désigna la souvenance brute, l'idée fixe selon Janet, de l'événement par le terme de *réminiscence*. Selon S. FREUD, la pathologie de ces troubles est liée à la réminiscence de la charge d'affect non-abréagié par l'action ou la parole. Ainsi dès 1893, (15) il proposa de traiter ces névroses traumatiques par la *méthode cathartique*, dans laquelle l'*abréaction* (libération d'affect accompagnant l'évocation d'un événement traumatique) par l'hypnose ou la suggestion entraîne une *catharsis*, qui permet de lever le refoulement du souvenir traumatique ou qui s'oppose à sa constitution. Plus clairement, il convenait de faire revivre l'événement, assorti de toute sa charge d'affect, et de demander au sujet d'établir des associations d'idées afin de lui attribuer du sens et de le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après. Cette méthode permettait, selon S. FREUD, une verbalisation de l'expérience traumatique dans sa globalité, sans imposer d'interdit, ni de moratoire pour son versant émotionnel.

S. FREUD a mis en avant deux aspects du psychotraumatisme : son aspect dynamique d'*effraction* au travers des défenses du psychisme et son aspect d'*absence de signifiant*, c'est-à-dire de sens. D'autre part, en 1921, dans son essai *Au-delà du principe de plaisir* (16), il va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du psychotrauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une « vésicule vivante », protégée par une couche superficielle, le *pare-excitation*, qui sert de contenant et de protection à l'appareil psychique. Le rôle de ce *pare-excitation* est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables. Chaque individu est doté d'un pare-excitation plus ou moins fort. Un événement potentiellement traumatisant peut ainsi faire *effraction* pour certains individus et pas pour d'autres, ou pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. En situation de stress, lorsqu'un individu voit venir le danger, il a le temps de renforcer son pare-excitation en fonction de son énergie mobilisable. En situation traumatique, l'individu est confronté à l'événement inopiné de manière si brutale et inattendue qu'il n'a pas le temps de mobiliser ses ressources afin de le renforcer.

F. LEBIGOT reprend et complète la métaphore de la « vésicule vivante » utilisée par S. FREUD pour décrire l'appareil psychique. Le stress presse et déforme la membrane sans la pénétrer. Le traumatisme va causer, de par sa brutalité, une *effraction* de la membrane. L'image du traumatisme va alors pouvoir s'incruster dans la vésicule pour y demeurer tel un *corps étranger interne* (17).

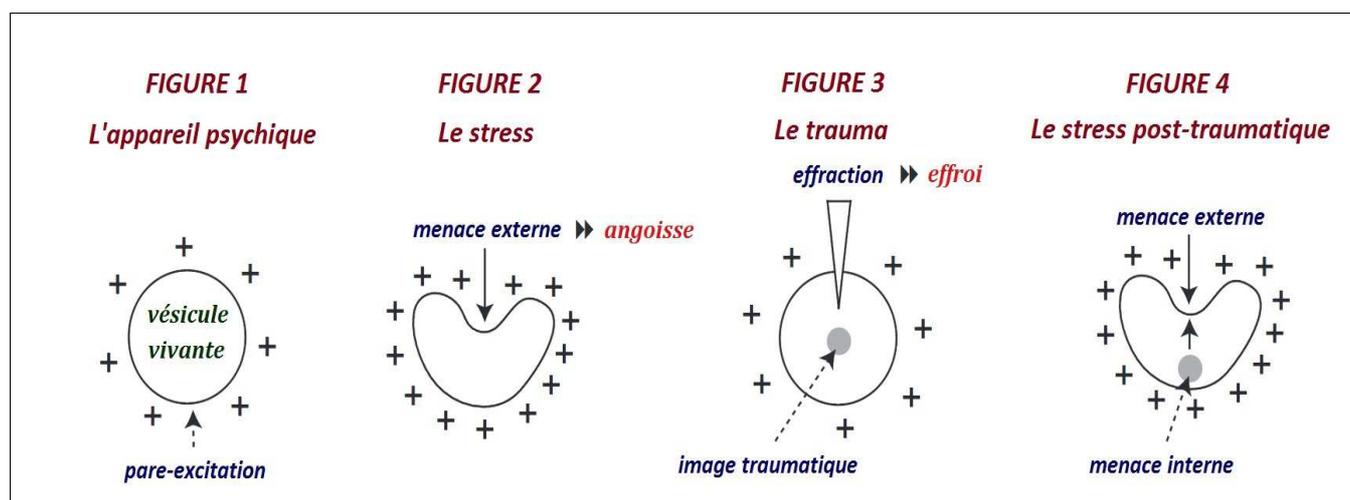


Figure 1.1 Effraction de l'appareil psychique (6)

Ainsi, cette effraction traumatique désigne la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme sans qu'elle soit transformée en réalité par les représentations. C'est une image brute que le sujet aura désormais en lui. Une fois installée dans l'appareil psychique, elle y demeure, parfois seulement quelques jours, plus souvent des mois, des années ou durant toute la vie du sujet. Elle peut être symbolisée métaphoriquement comme une image chargée d'une importante quantité d'énergie. Aucunement portée par une représentation, elle va alors être « clivée » du reste du psychisme et l'énergie qu'elle porte va être déchargée à la conscience avec une périodicité variable sous la forme de symptômes psychogènes. Ces symptômes sont marqués par la répétition de l'image, identique au détail près à ce qu'elle était le jour où elle a fait effraction, et s'accompagne de la reviviscence de la charge émotionnelle de l'événement.

Selon F. LEBIGOT (18) (19), l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique et va se fixer dans l'inconscient. Il précise que l'inconscient est le lieu d'*avant le langage*, où il n'y a aucune représentation et où sont notamment déposées les premières expériences du nourrisson. Avec l'acquisition du langage, ces expériences se lient à des représentations. L'expérience traumatique, quant à elle, court-circuite le recours au langage et renvoie le sujet à des expériences archaïques du tout-petit, des angoisses d'anéantissement ou des expériences brutes de jouissance. Le traumatisé psychique, qui n'aura donc pas les mots pour verbaliser, communiquer et partager ce qui lui arrive et l'origine de sa souffrance, va alors se sentir isolé vis-à-vis de la communauté des Hommes. Cela rejoint l'idée de *rupture communautaire* de C. BARROIS que nous évoquions préalablement.

E. KRAEPLIN, de son côté, décrit une *névrose d'effroi* (20) qui associe à des ruminations obsédantes autour du traumatisme des insomnies et des cauchemars, une symptomatologie dépressive (anhédonie, asthénie), anxieuse (agoraphobie, hypocondrie), cognitive (troubles mnésiques) et parfois dissociative. Il met en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insiste sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir été impliqué dans l'accident pour développer une clinique post-traumatique, mais qu'il peut suffire d'en avoir été le spectateur (21). Cette notion est primordiale, nous le verrons par la suite.

Les psychanalystes K. ABRAHAM (22) et S. FERENCZI (23) mettaient en lumière l'atteinte narcissique réalisée par le traumatisme, S. FERENCZI parlant alors de la *fin de l'illusion d'immortalité*. Bien que les individus aient conscience qu'ils vont mourir, ils sont cependant bercés par l'illusion de leur immortalité. C'est cette illusion, nécessaire à la vie, qui permet au sujet de faire des projets à court, moyen mais aussi long terme. Le jour d'un accident traumatogène tel qu'un attentat, le sujet est confronté au néant de la mort et perdrait ainsi cette illusion d'immortalité. Cela se traduirait cliniquement par une anhédonie, une aboulie et un apragmatisme, les sujets ne percevant alors plus de sens et d'intérêt à leur vie.

3. Période des *Continueurs*, guerres mondiales, conflits des années 1960

Tout au long du XX^{ème} siècle, l'intérêt pour les troubles psychotraumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques à ce sujet. Les *Continueurs* (7) ont décrit de multiples réactions de chocs psychologiques issus de l'expérience des deux guerres mondiales : l'*Hypnose des batailles* de G. MILLIAN, l'*obusite* (*shell-shock* en anglais) de C.S MYERS, les *névrose de guerre* du psychiatre allemand S.HO-NIGMAN et la *peur morbide acquise* de P.VOIVENEL. Ainsi, durant cette période, les observations cliniques sont plus poussées. Cependant aucun concept nouveau n'est proposé.

Par ailleurs, les manifestations cliniques post-traumatiques observées pendant la Première Guerre Mondiale étaient souvent décrites en des termes faisant référence à l'hystérie et à la neurasthénie. Lors de la Seconde Guerre Mondiale il a été repéré que la clinique psychotraumatique se manifestait souvent au travers de troubles psychosomatiques. Ainsi, il a été repéré des tics de la face chez le soldat ayant bâillonné un ennemi au visage, des spasmes abdominaux chez d'autres qui avaient poignardé l'adversaire à l'abdomen ou encore des cécités conversives chez des snipers.

Les principes de la psychiatrie de l'avant ont été instaurés par le psychiatre russe AUTOCRATOV lors de la guerre Russo-Japonaise (1904-1905) (24). Ils ont été énoncés par des psychiatres français comme G. ROUSSY et J.LHERMITTE en 1915, A. GRANJUX en 1916 et M. LAIGNEL-LAVASTINE en 1917 (25). Ils ont été codifiées en 1917 par l'américain T. SALMON sous cinq axes (21) :

- immédiateté,
- centralité,
- espérance de guérison,
- proximité,
- simplicité.

Ce n'est qu'en avril 1943, face au problème préoccupant de perte d'effectif, que la circulaire Bradley prescrivit de traiter sur place, à l'avant, tous les blessés psychiques pendant une semaine, avant de n'évacuer vers l'arrière que ceux qui s'avéraient « irrécupérables » à court terme. La circulaire recommandait l'emploi du diagnostic anglais d'« exhaustion » (qui signifie « épuisement ») auprès des blessés pour éviter le terme anglais « war neurosis » dont la traduction Française serait « névrose de guerre ».

Ces principes ont été utilisés notamment pendant la guerre de Corée (1950-1953) et la guerre du Vietnam (1955-1975), puis repris par T. SALMON et formalisés de nouveau en 1986 par un autre psychiatre militaire, R. SOKOL, afin d'obtenir le sigle mnémotechnique « BICEPS » (26):

- brièveté,
- immédiateté,
- centralité,
- espérance,
- proximité,
- simplicité.

Le psychologue militaire Z. SOLOMON a pu procéder en 1995 à une étude statistique rétrospective, lors de la guerre d'Israël, qui a démontré que les soldats qui avaient présenté une « réaction aiguë de combat » et bénéficié d'un soutien psychiatrique précoce assuré sur la ligne de front guérissaient plus vite, pouvaient reprendre leur service plus tôt et étaient en général exempts de séquelles psychotraumatiques tardives (27).

Aujourd'hui, la doctrine des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique est fondée selon ces principes. Les professionnels interviennent immédiatement, sur le terrain, auprès des blessés psychiques. Le fonctionnement en détail de ces cellules sera traité ultérieurement.

4. Période des *Novateurs*

La Classification Internationale des Maladies (CIM) (28) inclut en 1948 les troubles mentaux à sa sixième version et crée alors la catégorie des « acute situation maladjustments », traduit en français par « trouble de l'adaptation situationnelle ». Quatre ans plus tard, l'American Psychiatric Association (APA) en fait autant avec le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) et fait basculer la théorisation psychopathologique (avec la notion de névrose traumatique) vers une conception basée sur le modèle neurobiologique du stress.

Le DSM, dans sa première édition (29), crée un syndrome appelé « gross stress reaction » (traduit en français par « réaction à un stress brutal ») pour décrire les réactions psychotraumatiques aiguës définies comme des situations dans lesquelles l'individu a été confronté à de sévères épreuves physiques ou à un stress émotionnel extrême, telles que les situations de combat et les catastrophes civiles (incendie, séisme, explosion...). Cette catégorie diagnostique (disparue du DSM-II, publié en 1968) réapparaît sous la forme de « Post-Traumatic Stress Disorder » (PTSD) dans la troisième version du DSM en 1980 (30). Est alors introduite une description des séquelles chroniques qui peuvent survenir dans les suites d'un événement potentiellement traumatique. Cette description est incorrectement traduite en français sous le terme d' « État de Stress Post-Traumatique » (ESPT). Il serait plus juste, selon certains auteurs, de le traduire par le terme de « *Trouble* de Stress Post-Traumatique » (TSPT) qui souligne plus justement le caractère chronique de la pathologie. Le diagnostic de TSPT ne pouvant être établi qu'après une latence d'un mois minimum, la description des réactions aiguës avait donc disparu du DSM-III. Pour combler cette lacune, en 1994, l'APA, dans sa quatrième version du DSM (31), crée le diagnostic d'« Acute Stress Disorder » traduit en français sous le terme d' « État de Stress Aigu » (ESA). Là encore nous parlerons de « *Trouble* de Stress Aigu » (TSA), même si ce tableau clinique n'est pas à proprement parlé « chronique ». Il peut par contre être qualifié de « trouble » dans la mesure où il comprend intrinséquement le risque de se pérenniser et de se transformer en TSPT.

En 2013, dans sa 5^{ème} édition (32), l'American Psychiatric Association apporte des modifications significatives aux troubles post-traumatiques (ESA et TSPT). Initialement classés dans la catégorie des Troubles Anxieux, le DSM-V crée un chapitre distinct pour les troubles consécutifs à des événements traumatiques et stressants : « trauma and stress-related disorders ». Cela semble pertinent puisque, contrairement aux troubles anxieux, ces troubles post-traumatiques sont déclenchés par un agent extérieur identifiable, l'événement traumatique. Plusieurs différences sont à noter par rapport au DSM-IV. Tout d'abord, le critère A2 du DSM IV (« la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ») n'apparaît plus dans la nouvelle version. Cela peut sembler surprenant puisque, comme nous le verrons, la réaction d'effroi participe au développement de troubles post-traumatiques. Par ailleurs, le DSM-V étend le niveau d'implication vis-à-vis de l'événement potentiellement traumatique. Il n'est plus obligatoire d'avoir vécu l'accident directement pour se voir attribuer ces diagnostics. Une personne proche émotionnellement d'une victime directe ou un sujet confronté à la répétition de récits traumatogènes dans le cadre professionnel sont inclus et il est donc possible, selon le DSM, que de tels sujets développent une symptomatologie post-traumatique.

Le DSM-V s'éloigne donc de la définition du psychotraumatisme telle qu'elle était posée jusqu'alors, faisant écho aux questionnements actuels concernant des sujets non-impliqués directement dans l'accident et de leur inclusion dans un parcours de soins spécifique du psychotraumatisme.

5. Époque contemporaine

La vie fait place à des catastrophes inopinées tant naturelles, humaines que chimiques, qui confrontent de manière brutale et inattendue ses victimes à l'effroi et au néant de la mort.

L. CROCQ constate qu'au-delà de l'expérience des militaires une série d'observations et de réflexions sur les traumatisés psychiques, suite à des événements survenus dans la société civile en temps de paix, sont venus étoffer les travaux sur le TSPT (8). Dans son article *Historiques des catastrophes urbaines et in-*

dustrielles de 2004 (33), il revient sur l'éruption volcanique de Pompéi en 79 après J.-C qui a fait 1049 morts, l'incendie de Rome en 64 qui en fit des milliers, le séisme de Lisbonne en 1755 qui a engendré entre 50 000 et 70 000 décès et l'inondation de Paris en 1910.

Un événement pivot qui a marqué les réflexions actuelles autour de la prise en charge du psychotraumatisme « de masse » dans le monde occidental est le double attentat du World Trade Center à Manhattan le 11 septembre 2001, dont le bilan s'élevait à presque 3000 morts. Cet événement majeur a par ailleurs marqué un tournant important en faisant entrer les sociétés occidentales dans l'ère du terrorisme. Le terrorisme, guerre en temps de paix, constitue pour nos sociétés démocratiques une véritable agression psychologique et émotionnelle capable d'engendrer de profondes blessures au sein de la population civile frappée, tant sur le plan individuel que social. L'impréparation de cette population, l'aspect inattendu et absurde de l'agression ainsi que les questions obsédantes que se posent les victimes (« pourquoi moi? pourquoi font-ils cela? »), confèrent à l'atteinte psychotraumatique engendrée par de telles situations une coloration particulière. Les conséquences psychologiques du terrorisme ont été décrites dès les années 1980, à la suite des attentats perpétrés à Paris (34) et seront abordées plus en détail par la suite.

6. Psychotraumatologie de l'enfant

Les enfants sont également vulnérables au psychotraumatisme. Comme chez l'adulte, l'effraction traumatique se produit en raison de l'effroi ressenti au moment de l'événement traumatogène mais également du fait de l'effondrement des valeurs de l'enfant, d'une destruction de la croyance en l'invulnérabilité de ses parents et de l'infailibilité de leur protection (35).

Nous devons les premières descriptions cliniques chez l'enfant à A. FREUD et D. BURLINGHAM qui, en 1943, présentent leurs observations d'enfants évacués de la nurserie de Hampstead afin d'échapper aux bombardements de Londres (36). Elles évoquent les mécanismes de déni, de projection et surtout d'identification à l'agresseur comme étant mis en jeu comme des mécanismes de défense du Moi. Elles

insistent sur l'importance de la présence des parents durant l'événement traumatique et de leurs réactions ainsi que sur l'influence très nette de l'anxiété maternelle post-traumatique sur le développement de troubles psychotraumatiques ultérieurs.

L. TERR, psychiatre américaine, a étudié pendant 4 ans des enfants victimes d'une prise d'otage en 1976. Elle rapporte des rêves au cours desquels les enfants revivent l'évènement traumatique et des jeux où ils le remettent en scène. Elle a pu constater que, malgré les différences individuelles, la plupart des symptômes étaient communs à tous les enfants observés, quels que soient leur fonctionnement antérieur ou l'anxiété des parents. Elle constata que les enfants étaient dans l'incapacité de se projeter dans l'avenir : « c'est comme si la prise d'otage était devenue l'expérience référente de leurs vies ». Ainsi, elle fut l'une des premières à conclure que les enfants pouvaient être affectés gravement par des évènements terrifiants (37) (38). Ce fut également elle qui fit en 1991 la distinction, bien connue de nos jours, entre les traumatismes de type I (subséquents à des évènements uniques, isolés, limités dans le temps comme des accidents ou des catastrophes) et les traumatismes de type II (liés à des situations traumatogènes qui se répètent, des abus ou des maltraitances) (39).

Dans le DSM-III, la première description du TSPT s'appliquait exclusivement à une population adulte. En 1987, dans sa révision (30), et en 1994, dans le DSM-IV, quelques brèves mentions concernant les enfants ont été ajoutées. Ces critères se sont toutefois avérés difficilement applicables aux jeunes enfants et peu représentatifs des réactions qu'ils manifestent après un événement traumatisant. Dans le DSM-V un sous-type développemental a été introduit : le « TSPT pré-scolaire » (PTSD Preschool Subtype) concernant les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Ainsi, les seuils diagnostiques ont été abaissés, des critères jugés inappropriés ont été supprimés (par exemple, l'incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme, le sentiment d'avenir bouché) et d'autres ont été adaptés (par exemple, les items évaluant le vécu interne ont été commutés en comportements observables). Les différences notables entre le DSM-IV

et ce sous-type sont résumées dans l'Annexe I. Des études ont généré des résultats justifiant l'inclusion de ce sous-type de TSPT dans le DSM-V pour les enfants d'âge préscolaire (40) (41).

Ainsi, nous avons vu qu'une clinique psychotraumatique est observable chez des blessés psychiques de tous âges. Bien qu'au cours des dernières décennies celle-ci à été décrite sous différents termes, ce sont aujourd'hui les termes de Trouble Stress Aigu et de Trouble de Stress Post-Traumatique qui sont communément utilisés et il existe des critères cliniques précis que nous allons détailler dans le chapitre suivant.

B) CLINIQUE PSYCHOTRAUMATIQUE

L. CROCQ énonce que, sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment où la terreur et l'horreur ont été vécues sans possibilité de vivre le présent ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses. Plus qu'une perte de sens, le psychotraumatisme est une expérience de non-sens, ce passage où l'individu quitte le monde de la représentation pour celui du néant (2).

Dans ce chapitre, nous allons détailler les manifestations cliniques que peuvent présenter les blessés psychiques de différents âge, dans les suites immédiate, post-immédiate et différée d'un événement traumatogène. Nous détaillerons les différents facteurs de risque de développement d'une symptomatologie post-traumatique ainsi que les aspects génétiques qui y sont liés. Nous évoquerons aussi la dimension transculturelle du psychotraumatisme, aspect essentiel dans la prise en charge des blessés psychiques. Par ailleurs, nous présenterons les données scientifiques actuelles concernant les modifications neurobiologiques observables en présence d'une clinique psychotraumatique, état des lieux nécessaire pour une meilleure appréhension des thérapeutiques existantes dans ce domaine.

1. Clinique de la réaction immédiate

Le « Trouble de Stress Post-Traumatique » n'est pas une réaction passagère comme le stress, c'est cependant ce terme de « stress » qui a été retenu pour évoquer cette symptomatologie. Il est important de différencier un psychotraumatisme, c'est-à-dire une expérience de rencontre inopinée avec le réel de la mort, et le concept de « stress ».

Avant d'aborder les troubles de stress aigu et post-traumatique, il est nécessaire de revenir sur ce que l'on appelle le « stress physiologique ». Puis nous détaillerons les réactions pathologiques de stress dépassé et de dissociation péritraumatique. Lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace mettant en jeu son intégrité, il présente une réaction réflexe d'alarme pour faire face au danger. En 1950, le physiologiste canadien H. SEYLE adopte le terme de *stress* pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 le « syndrome général d'adaptation ». Dans la conception de H. SEYLE (42), le stress représente la réaction de l'organisme à un agent extérieur *stresseur*. C'est un phénomène naturel, physiologique, ou neurophysiologique, qui met immédiatement l'organisme agressé en état d'alerte et de défense. Cette réaction immédiate comporte un ensemble de mécanismes bio-psycho-physiologiques, qui se déclenchent et se déroulent sans l'intervention de la volonté, c'est-à-dire contrôlés par le système nerveux autonome. Cette réaction de stress peut être normale, adaptative (stress adapté) ou pathologique, inadaptée lorsque le niveau de détresse est trop élevé (stress dépassé et dissociation péritraumatique). Nous allons à présent aborder ces différentes notions en détails.

1.1 Stress adapté

En situation classique, le stress est un moyen pour l'individu de se mobiliser sur le plan bio-physiologique. L'excitation des systèmes nerveux central et autonome ainsi que la libération d'endorphine et de noradrénaline entraînent un état d'alerte repérable cliniquement notamment par une tachypnée, une tachycardie et une hypertension artérielle.

Sur le plan psychologique, l'alerte et la mobilisation se manifestent dans les quatre sphères : cognitive, affective, volitionnelle et comportementale (43) :

- dans la sphère *cognitive*, la vigilance s'élève et l'attention est focalisée sur la situation menaçante. Les capacités d'évaluation et de raisonnement sont exacerbées. La perception du sujet bascule du mode réceptif passif à un mode actif de prospection sélective des signaux pertinents. Ses facultés cognitives (attention, évaluation, mémorisation, raisonnement) sont stimulées dans une hyperactivité afin d'élaborer des « décisions d'urgences » ;
- dans la sphère *affective*, il se produit une décharge biologique d'adrénaline qui entretient l'état d'alerte et inspire des sentiments d'appréhension ou de peur (contrôlée) mais aussi de combativité. La relation à autrui demeure normale et adaptée à la situation (empathie, altruisme, entraide envers les co-victimes ou agressivité et colère envers l'agent menaçant) ;
- dans la sphère *volitionnelle*, la réaction de stress adapté se traduit par un désir impérieux de passer à l'action ;
- dans la sphère *comportementale*, elle se traduit par une séquence d'attitudes et de gestes adaptés à la situation.

On peut donc définir le stress comme une réaction réflexe neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation des défenses de l'individu face à une agression ou une menace. Cette réaction immédiate d'exception est utile et adaptative. Grâce à son stress le sujet peut s'échapper ou faire face au danger (44). Il comporte cependant des symptômes gênants (notamment liés à l'activation neurovégétative du système nerveux central et à la décharge d'adrénaline). De plus, il est coûteux en énergie et, lorsque qu'il s'achève, s'installe alors une sensation ambiguë d'épuisement physique et psychique intriquée avec un vécu euphorique de soulagement.

1.2 Stress dépassé

Les réactions immédiates de stress dépassé sont le fait de sujets psychologiquement vulnérables, non-préparés ou fragilisés par divers facteurs (épuisement, isolement). Elles peuvent également être observées dans les agressions exceptionnellement violentes, trop prolongées ou répétées à de courts intervalles de temps (43).

Ces réactions archaïques, stéréotypées sont inadaptatives et peuvent être éphémères (quelques minutes) ou prolongées (quelques heures). L. CROCQ les classe en quatre catégories : la sidération, la réaction d'agitation, la fuite panique et le comportement d'automate (44). Nous les décrirons et associerons quelques vignettes cliniques afin de les illustrer (26):

- la **réaction de sidération** laisse la personne totalement figée, dans un état associant stupéfaction cognitive et stupeur affective. Sur le plan volitionnel, le sujet est frappé d'une inhibition de la volonté. Sur le plan comportemental, il est comme paralysé, pétrifié. La personne demeure immobile dans le danger et incapable de prendre la moindre décision pour s'en soustraire.

Je suis restée ahurie et sidérée comme une statue... Je ne savais plus où j'étais et je ne comprenais pas ce qui m'était arrivé. Je voyais autour de moi des gens brûlés se sauver en hurlant. Mais moi, j'étais sur un nuage, je restais immobile à me regarder brûler sans rien pouvoir faire... C'est mon mari qui m'a sauvée en me roulant par terre pour éteindre mes vêtements en feu, et qui m'a porté en dehors des flammes.

- la **réaction d'agitation** est un état d'excitation psychique, de désordre affectif et d'anarchie volitionnelle. Le sujet agressé et stressé a envie d'agir mais son stress est trop important pour lui permettre de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision. Sa tension anxieuse est alors libérée dans une décharge motrice désordonnée et incohérente, non-dirigée vers un but précis.

Mlle C, victime d'un attentat dans une station de métro a réagi par un état d'excitation mentale extrême, avec cris, gesticulations et déplacements impulsifs et inadaptés, courant dans la fumée vers un mur, puis se heurtant à un autre mur, avant d'être guidée vers la sortie par un sauveteur. Une fois à l'air libre, elle raconte ce qu'elle a vu et ce qu'elle a fait, dans un discours volubile et précipité, accompagné d'une mimique effarée et de gestes saccadés.

- la réaction de **fuite panique** se traduit par un comportement de fuite affolée, effrénée et irréfléchie que le sujet développe au mépris de tout danger et qui peut parfois le précipiter de nouveau dans le danger. Cette impulsion à la fuite panique est contagieuse et peut dégénérer, par imitation, en panique collective.

Monsieur D, rescapé d'un crash aérien en pleine forêt, a été guidé par le personnel de bord pour évacuer l'avion par le toboggan. Mais, dès qu'il s'est relevé, pris d'une panique incoercible, il s'est mis à courir droit devant lui dans la forêt et ne s'est arrêté qu'au bout d'une demi-heure de course. Il a été retrouvé par les sauveteurs, plusieurs heures plus tard, obnubilé et hagard.

- le **comportement d'automate** attire peu l'attention. Les sujets semblent avoir un comportement normal. Cependant, un observateur exercé remarquera que leurs gestes sont saccadés, répétitifs et inutiles ou dérisoires, peu adaptés à la situation. L'expression de leur visage est « absente ». Si on leur parle, ils semblent écouter mais ils ne mémorisent pas. Lorsque cette réaction se dissipe, le sujet aura l'impression d'émerger d'un rêve.

Une CUMP arrive sur les lieux d'un braquage de banque particulièrement violent. Lorsqu'ils entrent, ils sont interpellés par deux employés de l'agence, qui soulignent le courage remarquable d'une de leur collègue, Mme M., qui « est restée imperturbable durant tout le braquage », « elle a continué à travailler comme si rien ne se passait et elle continue toujours à travailler d'ailleurs ». Lorsque les

membres de la CUMP s'approchent de Mme M., ils constatent que depuis 45 minutes, elle passe le même chèque dans le même lecteur. Elle se trouve dans un état de profond désarroi contemporain d'une réaction d'action automatique. Il lui aura fallu, avec l'aide du personnel, une heure pour réintégrer la réalité et échanger avec eux.

Par ailleurs, L. CROCQ retient la possibilité de survenue immédiate de réactions psychotiques (43) qui peuvent être de plusieurs types :

- lors d'une réaction *confusionnelle*, le sujet présente une désorientation temporo-spatiale. Il est obnubilé, stuporeux et bradypsychique. Cette réaction peut être éphémère (quelques minutes) ou prolongée (plusieurs heures voire plusieurs jours) ;
- la réaction *délirante* se manifeste par l'apparition d'une symptomatologie délirante qui peut prendre différentes formes et qui durera entre 1 et 3 jours ;
- la réaction *maniaque* se traduit par une excitation psychomotrice, une gesticulation, des propos volubiles mais surtout une euphorie joyeuse hors contexte vis-à-vis de la situation ;
- la réaction *mélancolique* se traduit par un état dépressif avec une inhibition psychomotrice, une douleur morale intense, une exagération pessimiste des conséquences de l'événement, un sentiment de culpabilité et des propos auto-accusateurs ;
- la réaction *schizophréniforme* est l'expression clinique chez un individu touché d'une schizophrénie latente qui équivaut à une décompensation schizophrénique des symptômes habituellement présents.

Certains indices dans le tableau clinique initial sont à détecter car annonciateurs de séquelles psychotraumatiques. Des cliniciens américains, comme C.R. MARMAR (45), se référant au concept de dissociation tel que P. JANET l'a décrit, ont recherché de tels critères prédictifs qu'ils ont dénommé « signes de dissociation péritraumatique » et de « détresse péritraumatique ». Il s'agit des symptômes que nous avons dé-

crit plus haut dans les tableaux cliniques des réactions de stress dépassé. L. CROCQ propose d'utiliser un auto-questionnaire de 20 questions afin d'évaluer les réactions de stress immédiates (Annexe II) (46).

La **détresse péritraumatique** comprend les émotions négatives ressenties (impuissance, tristesse, colère, culpabilité...) et le sentiment de menace (peur pour sa sécurité, inquiétude pour autrui, avoir pensé mourir...). Cette détresse peut être évaluée par l'**inventaire de détresse péritraumatique** (PDI) (Annexe III). Il contient plusieurs items et la consigne pour chacun d'eux est de coter une réponse en fonction de ce que le sujet a ressenti pendant et immédiatement après l'événement critique. La qualité de ses caractéristiques psychométriques et de sa capacité à prédire des troubles post-traumatiques permet de recommander son utilisation (47) (48) (49).

Au-delà des réactions de stress dépassé et de détresse péritraumatique, des expériences de dissociation péritraumatique peuvent survenir immédiatement après la confrontation à un accident traumatogène.

1.3 Dissociation péritraumatique

Les réactions de stress dépassé que nous venons d'aborder sont des réactions dites « dissociatives ». La dissociation est un concept très utilisé dans le champs de la psychotraumatologie mais qui ne s'y limite pas. Nous allons aborder certains aspects de ce concept, en contexte traumatique, qui nous semblent importants.

Suite au choc traumatique, l'altération de la conscience peut entraîner une dissociation des phénomènes psychologiques qui se traduit par un vécu de distorsion de la réalité (dépersonnalisation, déréalisation) et par l'expression de troubles inhérents (amnésie dissociative, actes automatiques). Ces expériences accompagnent souvent l'état de stress dépassé. Ce sont des phénomènes connus sous les termes de « dissociation péritraumatique ». Cette forme de dissociation se définit par une rupture immédiate ou post-immédiate de l'unité psychique survenant à la périphérie de l'événement traumatique. Cela équivaut

à une altération des fonctions d'identité ou de perception de l'environnement, se traduisant par une impression de détachement ou d'anesthésie émotionnelle, une réduction de la conscience de l'environnement et/ou l'altération de la perception de la réalité, de son corps ou du temps (50). Elle permet au sujet de ne plus être en contact avec des émotions submergeantes trop douloureuses. Elle l'aide à prendre de la distance face à ce qui est en train de se produire et permet de lui redonner un certain sentiment de sécurité (51).

La dissociation a fait l'objet d'une conceptualisation ancienne qui a influencé les conceptualisations nosographiques actuelles du psychotraumatisme. C.R. MARMAR a retenu comme signes de dissociation péri-traumatique (45) :

- la confusion mentale,
- la désorientation spatiale,
- l'impression de temps ralenti,
- la perte du fil des idées,
- l'impression d'être le spectateur d'un film,
- l'impression d'étrangeté de l'environnement,
- l'amnésie de certains aspects de l'événement,
- l'impression que l'événement arrive à quelqu'un d'autre mais pas à soi,
- l'impression d'agir en « pilote automatique ».

Nous abordons la dissociation car plusieurs études (52) (53) (54) (53), dont deux méta-analyses de A.Y. SHALEV et al. (55) et E. OZER et al. (56), ont montré un lien entre la dissociation péri-traumatique et la survenue de TSPT. Elles rapportent que les sujets qui présentent une des réactions de dissociation péri-traumatique présentent une plus grande vulnérabilité à développer un TSPT. Ce lien s'apparente à ce que proposait P. JANET : le sujet confronté à un événement traumatogène éprouve une émotion violente qui provoque une *désagrégation mentale* qui exerce une action dissociante sur le psychisme. La

dissociation péritraumatique entraîne, durant l'exposition, une altération de l'état mental et un détachement. Les souvenirs encodés dans ce contexte *dissocié* ne peuvent être traités émotionnellement et continueront à se présenter à la conscience sous la forme d'intrusions (57).

En pratique clinique, les expériences dissociatives au moment du traumatisme ou immédiatement après peuvent être quantifiées à l'aide du **Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)** (Annexe IV) (58). D'après les auteurs, la dissociation péritraumatique est un excellent critère prédictif de stress post-traumatique (59) (60).

Par ailleurs, une étude a montré qu'un sentiment d'*effroi* ressenti lors de l'événement augmentait le risque de présenter un TSPT (61). L'effroi est une réaction qui partage certaines caractéristiques de la dissociation péritraumatique puisqu'il implique une absence complète d'émotions, de pensées, de mots ou la sensation d'être figé pendant une partie de l'évènement. Paradoxalement, la réaction d'effroi, qui était l'un des critères diagnostique du DSM-IV, a été retirée du DSM-V. Cependant, les résultats de cette étude nous font nous questionner sur la nécessité d'évaluer cliniquement ce sentiment dans les suites d'un événement traumatogène.

2. Clinique de la phase post-immédiate

Dans les suites directes d'un événement traumatogène, les sujets peuvent développer des réactions de stress physiologique adaptées, des réactions de stress dépassé et des réactions de dissociation péritraumatique. Ces réactions sont temporaires et peuvent laisser place à un Trouble de Stress Aigu dans les jours qui suivent. C'est pourquoi la période post-immédiate (classiquement du 2^{ème} au 30^{ème} jour) est une période cruciale qui requiert une surveillance psychologique attentive et soutenue. Une victime n'ayant pas présenté une réaction pathologique aiguë peut être amenée à développer des symptômes post-traumatiques dans les jours qui suivent.

1.1 Normalisation des symptômes

La première évolution possible est une diminution puis un amendement des symptômes neuro-végétatifs du stress en 24 heures environ. Le rescapé ne ressent alors pas de tension psychique et sa pensée n'est pas monopolisée par la souvenance brute de l'événement. Soulignons que ce retour progressif à la normale peut être entrecoupé de *décharges émotionnelles différées*. Ces décharges visent à libérer les tensions émotionnelles contenues pendant l'action. En effet, pendant que le sujet est en état d'alerte, il concentre ses conduites dans l'unique but de s'extraire du danger ; les réactions spontanées qui pourraient compromettre cette extraction sont donc négligées voir réprimées (tremblements, agitation, cris, envie de pleurer, besoin d'uriner...) et peuvent réapparaître sous forme d'*abréactions*, c'est-à-dire de réactions différées (62).

1.2 Trouble de stress aigu

La variante pathologique de la réaction post-immédiate a été énoncée sous de différents termes (période « d'incubation », de « contemplation »). Elle a longtemps été appelée « phase de latence » car il était considéré que les victimes étaient asymptomatiques pendant plusieurs semaines ou mois avant de développer une « névrose traumatique ». Cette phase a été conceptualisée par les cliniciens américains à travers la notion d'« État de Stress Aigu » dans leur révision du DSM-IV en 1994 ainsi que dans le DSM-V en 2013. Ce Trouble de Stress Aigu est un alliage de symptômes de la réaction immédiate et de symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique.

Les sujets qui présentent un Trouble de Stress Aigu selon la définition du DSM-V (32), (Annexe V) peuvent être des victimes directes d'un événement traumatogène, des témoins directs, des intervenants ou encore des sujets apprenant qu'un événement traumatogène a touché un membre de leur famille proche ou un ami proche. Les sujets présentent divers symptômes responsables d'une détresse majeure pouvant apparaître dans les 3 jours à 1 mois après l'événement traumatogène. Parmi ces symptômes, les *reviviscences* sont quasiment pathognomoniques et apparaissent sous forme de souvenirs récurrents, de rêves de

répétition de l'événement, d'un vécu dissociatif comme si l'événement allait se reproduire (comme le jeu traumatique chez l'enfant) et d'une détresse lorsque la victime est exposée à un stimulus évocateur de l'événement. Les sujets sont généralement dans l'incapacité de se confronter de nouveau à ces stimuli et manifestent des *conduites d'évitement* soit cognitives (évitement des souvenirs et des sentiments associés à l'événement) soit comportementales (évitement des personnes, des lieux, des conversations ou des situations associés à l'événement). Des symptômes d'*hypervigilance*, témoins du climat d'hyperadrénergie, peuvent être présents (troubles du sommeil, irritabilité, hypervigilance, trouble de la concentration, réaction de sursaut). Enfin, les sujets peuvent présenter des difficultés à ressentir des émotions positives.

Dans cette définition, les signes dissociatifs (déréalisation ou dépersonnalisation, amnésie dissociative) peuvent accompagner le tableau clinique. Dans le DSM-IV, (63) l'accent était mis sur ces signes et l'établissement du diagnostic exigeait qu'au moins trois des cinq symptômes dissociatifs soient présents : engourdissement émotionnel, impression de déréalisation ou de dépersonnalisation, réduction de la conscience de son environnement, amnésie dissociative. Dans le DSM-V, les victimes d'un événement traumatogène présentant un Trouble de Stress Aigu peuvent manifester plusieurs symptômes incluant ou non des symptômes dissociatifs. Rappelons que les expériences de dissociation péritraumatique sont les signes cliniques immédiats les plus prédictifs de l'évolution vers un trouble psychotraumatique constitué.

L'entité clinique telle qu'elle est définie dans le DSM-V ne se limite pas à « trier » les victimes en fonction de leur seul risque de développer une pathologie post-traumatique sur le long terme via la recherche de symptômes dissociatifs mais elle envisage plus largement d'identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévère durant la période post-immédiate (durant laquelle le diagnostic de TSPT ne peut être posé). Cette distinction particulière est importante dans certains pays, par exemple aux États-Unis, où cette reconnaissance peut s'avérer décisive pour l'obtention du remboursement des soins de santé.

3. Clinique psychotraumatique chronique

Pendant longtemps la pathologie psychotraumatique n'a été connue que des psychiatres militaires. Ce n'est qu'après la guerre du Vietnam (1955-1975), avec la survenue d'un grand nombre de « post-Vietnam syndromes » chez les vétérans américains, que cette pathologie a été mieux connue du monde civil. En pratique il existe différents types de TSPT : certains vont apparaître précocement et d'autre tardivement, certains seront pauci-symptomatiques et d'autres multi-symptomatiques, certains seront bien tolérés et d'autres auront d'importantes répercussions psychologiques invalidantes sur le plan social. Cependant les critères précis du DSM-V nous fournissent un profil clinique typique du Trouble de Stress Post-Traumatique sur lequel les cliniciens peuvent s'accorder (43).

Soulignons que le Trouble de Stress Post-Traumatique n'est pas la seule issue pathologique à la confrontation à un événement traumatogène. Il s'agit d'un des éventuels tableaux cliniques et d'autres troubles, que nous ne détaillerons pas dans ce travail, tels que les troubles anxio-dépressif ou les addictions peuvent survenir.

3.1 Epidémiologie

3.1.1 Généralités

Une étude internationale a analysé dans 13 pays différents la prévalence de TSPT « vie entière » (recherche de tous les événements potentiellement traumatiques chez les répondants de l'étude et sélection aléatoire d'un événement pour évaluer la présence d'un TSPT) de 3 à 5,6% en fonction des définitions utilisées (64).

L'enquête *Santé Mentale* en population générale, menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36000 personnes, a fourni une estimation de la prévalence instantanée (c'est-à-dire durant le mois écoulé) d'un TSPT complet de 0,7 % (65).

Pour l'étude Européenne ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability : a European Assessment in the year 2000), les données concernant la population française sur un échantillon de 2894 sujets indiquaient une prévalence sur les 12 derniers mois de 2,2 % pour l'ensemble de la population, avec 0,7 % pour les hommes et 3,5 % pour les femmes. La prévalence « vie entière » sur toute la population était de 3,9 % (66).

La principale étude Nord-Américaine analysant la prévalence du TSPT est celle que rapportent R.C. KESSLER et al. dans la National Comorbidity Survey (NCS). Sur un échantillon représentatif de la population américaine comprenant 9283 sujets, l'auteur retrouvait une prévalence de TSPT quasi-équivalente à celle de l'étude ESEMeD de 3,5% au cours des douze derniers mois et de 6,8% au cours de la vie avec une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (67) (68). Ces taux de prévalence de TSPT “vie entière” sont doublés par rapport à l'étude ESEMeD. Cela peut être expliqué par la définition de l'évènement traumatique. En effet, pour les Européens, dans le DSM-IV, le sujet devait avoir été confronté directement à la scène pour parler de psychotraumatisme. En Outre-Atlantique, la définition est plus extensive : en reprenant le détail des évènements traumatiques les plus fréquents aux États-Unis, on retrouve dans 50 % des cas d'« annonce du décès brutal d'un proche ». Cet élément pourrait suffire à expliquer la prévalence double, comparée aux chiffres européens, aux États-Unis (69). Ces chiffres pourraient se modifier avec la définition du DSM-V.

La prévalence peut devenir importante au sein des populations impliquées au décours des événements catastrophiques et peut concerner 25 à 75 % des victimes directes au cours de l'année qui suit l'évènement et 5 à 40 % des membres des équipes de secours intervenus lors de l'évènement (70).

La majorité des études rapportent une prévalence du TSPT qui décroît avec le temps après l'évènement traumatogène. Ainsi une étude sur des américains de 15 à 54 ans souffrant de TSPT montrait un temps

moyen de rémission de 64 mois pour ceux qui n'étaient pas traités et de 36 mois pour ceux qui bénéficiaient de soins (71).

3.1.2 Cas particulier des Troubles de Stress Post-traumatique survenant après les attentats

Nous avons choisi d'évoquer dans ce chapitre l'épidémiologie du TSPT suite à un événement traumatogène type « attentat terroriste » car les attentats sont des événements traumatogènes collectifs *intentionnels* qui engendrent une menace nationale. Nous l'aborderons plus tard, les actes intentionnels engendrent davantage de séquelles post-traumatiques que les catastrophes naturelles.

3.1.2.1 Études épidémiologiques en France

Dès 1995, et à la suite d'une série d'attaques terroristes sur le territoire français, les autorités politiques et sanitaires prennent conscience des conséquences psychologiques des attentats sur ses victimes. Les retentissements sur le psychisme des rescapés de l'attentat de la station Port-Royal du RER de Paris en décembre 1996 ont été analysés sur 111 victimes dans une étude prospective (72). Celle-ci a montré qu'à 6 mois, un peu plus d'un tiers des victimes étudiées répondaient aux critères du TSPT et près d'un tiers à 18 mois. Cette étude rendait compte d'une prévalence de TSPT peu dégressive dans le temps.

Une étude épidémiologique rétrospective réalisée auprès des victimes de différents attentats ayant touché la France entre Juillet 1995 et Décembre 1996 avait pour objectif d'évaluer la prévalence et de rechercher les facteurs prédictifs d'apparition d'un trouble de stress post-traumatique. Sur les 196 victimes étudiées, environ un tiers des personnes répondaient au critère de TSPT du DSM-IV deux ans et demi après l'événement (73). Cette prévalence était plus élevée que celle retrouvée dans une étude sur les victimes d'attaques terroristes entre 1982 et 1987 en France (18,1%) (34). Selon le type de traumatisme physique subi, la prévalence de TSPT était variable. Le TSPT touchait la moitié des victimes souffrant de blessures phy-

siques graves contre environ un tiers des victimes ayant des blessures physiques modérées et faibles. Le risque de développer un TSPT était plus élevé chez les femmes, les victimes âgées de 35 à 54 ans, les personnes vivant seules et les rescapées ayant rapporté la *perception d'une menace très importante au moment de l'attaque*.

3.1.2.2 Études épidémiologiques à l'étranger

Dans les suites de l'attentat du World Trade Center le 11 septembre 2001 à New-York, une étude transversale par appel téléphonique aléatoire sur la population de Manhattan potentiellement touchée a été réalisée (74). Au vu de l'ampleur des conséquences de cette attentat, qui a fait presque 3000 morts, cette étude est une des rares à étudier les conséquences sur la santé mentale d'un attentat dirigé contre une population aussi large. Elle indiquait qu'un mois après l'attentat 7,5% des personnes interviewées présentaient des symptômes compatibles avec un TSPT. Cette prévalence était en revanche de 20% parmi les personnes directement impliquées ou endeuillées par cet attentat. Bien que la prévalence des symptômes était plus élevée parmi les victimes directement affectées, 6 mois après les événement deux tiers des personnes qui souffraient d'un TSPT avaient été directement impliquées et un tiers ne l'avait pas été. Cette analyse suggère que les effets d'une catastrophe de cette intensité sont « envahissants et peuvent s'étendre aux personnes dans la population générale ». Par ailleurs, il a été montré que des réactions de stress dites adaptatives étaient présentes après les attentats chez un grand nombre d'américains à travers le pays, incluant des enfants (75).

Une étude réalisée dans les 3 mois suivant l'attentat du 11 mars 2004 à Madrid montrait une prévalence de TSPT de 12,3% parmi la population d'Alcala, ville où a eu lieu l'explosion. Cet échantillon excluait les 127 personnes blessées, dont près de la moitié ont développé un TSPT (76). La prévalence était faible parmi les policiers intervenus sur les lieux de l'explosion. Parmi les victimes blessées la prise d'une médication psychotrope avant l'attaque était un facteur de risque de développer un TSPT. Sur la population gé-

nérale, les facteurs prédictifs de TSPT retrouvés dans l'étude étaient notamment le sexe féminin et les antécédents psychiatriques.

L'étude de G. DYB et al. (77) était centrée sur l'impact psychotraumatique des attentats ayant eu lieu sur l'île d'Utoya en Norvège. Elle visait à identifier les facteurs de risque précoces de TSPT mesurés 4 mois après les événements au moyen d'un questionnaire posé en face-à-face. Un tiers des interrogés présentaient des manifestations cliniques de TSPT et un diagnostic complet de TSPT (mesuré avec le PTSD-RI) était trouvé chez une personne exposée sur dix. L'intensité de l'exposition à l'attaque, l'existence d'une réaction adrénurgique immédiate, le vécu dissociatif, le fait d'avoir été blessé physiquement, le fait d'appartenir à une culture différente sont associés, selon cette étude, à des scores plus élevés de TSPT. La qualité du soutien social perçu était associée à des scores moins élevés.

3.1.2.3 Synthèse

La création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique en France est concomitante d'une des premières études qui visait à analyser le retentissement psychique de l'attentat de la station de RER Port-Royal à Paris le 3 Décembre 1996 sur ses rescapés. Cette mise en place traduit une prise de conscience du besoin de prise en charge en urgence de la souffrance psychique.

Ces différentes études témoignent d'une prévalence élevée de troubles post-traumatiques dans les suites d'une attaque terroriste. Cela renforce la légitimité et la nécessité d'une intervention préventive par les CUMP sur le terrain.

La littérature souligne que les effets sur le psychisme d'une catastrophe d'une ampleur aussi importante que les attaques terroristes peuvent s'étendre aux personnes dans la population générale. À la suite d'attaques terroristes, des réactions de stress et des réactions post-traumatiques peuvent être retrouvées dans

l'ensemble de la population, directement exposée ou non. Cela justifie que l'ensemble des professionnels de santé puissent être formés à la clinique post-traumatique et soient vigilants quant à l'apparition de réactions de stress et de réactions post-traumatiques après un événement catastrophique.

Les études font également ressortir différents facteurs de risque de développer un TSPT comme le sexe féminin, un faible niveau social, le fait d'être blessé physiquement par l'attaque, être d'origine étrangère ou percevoir une menace importante au moment de l'attaque. Dans la partie qui suit, nous allons revenir plus en détails sur ces facteurs de risques.

3.2 Facteurs de risques

Rappelons que, confrontés à un même événement potentiellement traumatogène, dans un contexte identique, tous les sujets ne présentent pas le même risque de développer des symptômes post-traumatiques séquellaires. Il est reconnu que certains facteurs individuels ou contextuels préalables à l'événement ainsi que des facteurs péritraumatiques prédisposeraient à une évolution pathologique. Les facteurs de risque associés au TSPT qui ont été repérés sont : (55) (78) (79) (80) (81) (61)

- des facteurs de risque liés au patient et à son environnement :
 - sexe féminin,
 - origine étrangère,
 - antécédents de traumatisme psychique (notamment dans l'enfance),
 - antécédents psychiatriques (notamment dans les lignées anxieuse et dépressive),
 - antécédents psychiatriques familiaux,
 - bas niveau socio-économique,
 - peu de support social après l'événement,
 - le fait d'être blessé physiquement par l'événement.

- des facteurs liés à l'événement lui-même :
 - intensité du vécu de l'événement,
 - expérience de dissociation péritraumatique,
 - réaction de détresse péritraumatique,
 - réaction de panique et d'effroi.

Le caractère *intentionnel* des événements traumatiques pourrait avoir des conséquences particulières sur l'évolution vers un TSPT. Dans une méta-analyse publiée en 2003 regroupant l'ensemble des études longitudinales de populations directement exposées à des événements traumatiques entre 1998 et 2010, la survenue d'un TSPT augmente au cours du temps après des événements traumatogènes classés comme *intentionnels* (attaques terroristes, guerre...) alors qu'elle diminue après des événements traumatogènes non-intentionnels, tel que le montre la figure ci-dessous (*figure 1.2*) (82).

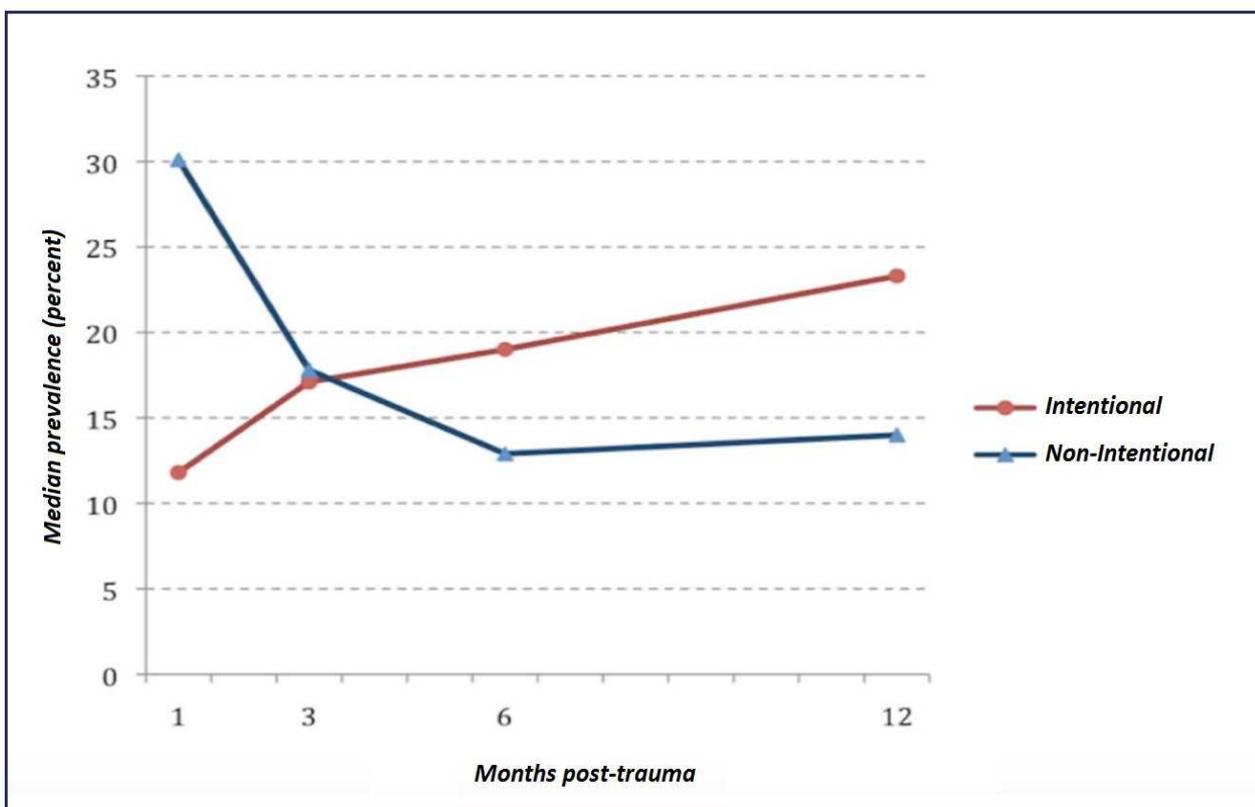


Figure 1.2 Prévalence médiane de TSPT pour des événements traumatisants intentionnels et non-intentionnels

3.3 Manifestations cliniques

Le Trouble de Stress Post-Traumatique, tel que défini par le DSM-V (32), (Annexe VI) peut se constituer en continuité d'un Trouble de Stress Aigu (il s'agit alors d'un TSA qui se prolonge au-delà d'un mois après l'événement) ou après un temps de latence d'une durée variable. Son diagnostic impose une exposition à la mort effective ou à une menace de mort telle que nous l'avons évoqué dans le Trouble de Stress Aigu.

Le TSPT entraîne une souffrance cliniquement significative et comprend plusieurs symptômes qui recoupent ceux du Trouble de Stress Aigu. Ces symptômes sont regroupés en 3 catégories : le syndrome de répétition, les symptômes d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. Nous allons détailler cette symptomatologie.

Le syndrome de répétition est pathognomonique de la clinique psychotraumatique. Le sujet revit intensément, involontairement et de manière itérative son expérience traumatique. Cela peut se manifester par des *souvenirs pénibles*, des *rêves répétitifs pénibles* dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique, des réactions dissociatives avec des *flash-backs* dans lesquels l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait, une détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des stimuli évocateurs de l'événement. Les manifestations de reviviscence sont vécues avec une détresse psychique majeure, des manifestations neuro-végétatives intenses (sueur, pâleur, tachycardie, spasmes viscéraux...) et un raidissement du corps (43). Ces manifestations traduisent la fixation du traumatisme. Elles conduisent le sujet à avoir des conduites d'évitement cognitif et comportemental. Cette symptomatologie s'accompagne de symptômes d'hyperactivité neurovégétative lors de tout stimulus rappelant l'événement.

À ces symptômes, comme dans le TSA, peut s'ajouter une symptomatologie associant un retrait avec détachement, un émoussement des affects, une anhédonie et une absence de projection dans l'avenir. Les cognitions du blessé concernant la cause ou les conséquences de l'événement sont erronées (distorsions

cognitives) et l'amènent à se blâmer ou à blâmer autrui. Il a des croyances et des appréhensions négatives et présente des émotions négatives persistantes tel que la peur, la colère ou la culpabilité. Il porte peu d'intérêt aux activités qui auparavant le motivaient. Il se sent s'éloigner et se détacher des autres. Notons que ces symptômes recourent ceux de la dépression.

Ces groupes de symptômes interagissent entre eux et s'aggravent mutuellement, les reviviscences et les affects dépressifs entravant les cognitions par exemple. L'anxiété, quant à elle, est renforcée par l'hypervigilance et l'hyperréactivité neurovégétative (83).

Une des caractéristiques communément admise concernant le TSPT, qui ne figure pas dans la définition du DSM-V, est le fait que l'événement traumatique devient, pour les blessés psychiques, un point de référence dans leur vie personnelle. L'événement devient tellement central dans la vie du patient qu'il tend à modifier profondément celui-ci sur les plans narcissique et identitaire. Ces sujets sont des victimes de l'événement, celui-ci étant vécu comme un point de référence dans leur vie, le statut de victime risque alors de prendre une place beaucoup trop envahissante sur le plan identitaire.

Au-delà de ces signes cliniques, la blessure psychique engendrée par l'évènement traumatique peut s'exprimer par (84) :

- un *sentiment d'arbitraire* : en un instant, la vie bascule et le sujet perd tous ses repères, toutes ses croyances et tout ce qui lui permettait de se sentir psychiquement et physiquement en sécurité ;
- un *sentiment de culpabilité* : la victime tente par ce mécanisme de défense de lutter contre ce sentiment d'arbitraire en se réappropriant une responsabilité face à ce qui vient d'arriver : « si j'avais su, jamais je ne serais allé là-bas », « c'est de ma faute, c'est moi qui... ». Cette culpabilité est une « béquille psychique » qui, dans l'immédiat, est le seul lien d'humanité face à l'évènement : « si je suis coupable, la prochaine fois, cela ne se reproduira pas » ;

- une *perte du sentiment d'appartenance* : elle témoigne de la déshumanisation extrême que peut induire le traumatisme et correspond à un profond sentiment d'étrangeté à l'égard de soi-même comme à l'égard de ses proches. Au-delà du représentable, il entraîne un effondrement de sens, une impossibilité de se figurer ce qui est en train de se passer et de comprendre ce que le sujet subit.

Dans la définition du TSPT selon le DSM-V que nous venons de traiter, l'ensemble des critères cliniques doivent être présents un mois après l'événement traumatogène. Selon cette définition, le TSPT est qualifié de *différé* si l'ensemble des symptômes surviennent plus de 6 mois après l'événement. Par ailleurs, dans certains cas, l'ensemble des critères requis pour établir le diagnostic de TSPT selon la définition du DSM-V ne sont pas présents : nous parlons alors de TSPT *sub-syndromique*. Dans la partie qui suit, nous allons aborder ces deux tableaux cliniques.

3.4 Tableaux cliniques

3.4.1 Trouble de Stress Post-Traumatique différé

Nous pouvons être amenés à observer une apparition retardée des symptômes de TSPT (plusieurs mois, voire plusieurs années après l'évènement) sans qu'il n'y ait eu de souffrance significative dans les semaines qui ont suivi l'évènement potentiellement traumatique. Dans ce cas, des symptômes de TSPT étaient souvent présents *a minima*, sans être suffisants pour faire le diagnostic (85). D'après une revue de la littérature, environ un quart des cas de TSPT chroniques en population civile auraient une apparition retardée (86).

3.4.2 Trouble de Stress Post-Traumatique sub-syndromique

Suite à l'exposition à un événement traumatogène certains sujets peuvent présenter un TSPT partiel ou sub-syndromique. Notons qu'à ce jour les classifications internationales ne reconnaissent pas ces formes de TSPT. Cependant, pour certains auteurs, il est nécessaire de les dépister car ces formes incomplètes

pourraient entraîner un handicap et un retentissement similaire à celui d'un TSPT complet (87). Dans une étude d'un groupe de 5 057 vétérans du « Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom » (87) du Connecticut, 22,3% présentaient un TSPT partiel et 21,5% un TSPT complet. Les formes sub-syndromiques du TSPT peuvent donc être plus fréquentes que les formes complètes de TSPT. En effet, une étude a montré chez 106 victimes d'un accident grave une prévalence à un an de 2% de TSPT complet et de 12,3% de TSPT sub-syndromique.

3.5 Comorbidités

Dans les suites d'un événement traumatogène, la détresse psychologique des victimes peut se manifester sous différents tableaux cliniques. Les problématiques addictives et suicidaires, de même que les somatisations, les douleurs physiques ou les troubles anxio-dépressifs, sont souvent les modes de contact les plus classiques avec le système de soins. Ces tableaux cliniques peuvent être isolés ou constituer des comorbidités d'un TSPT (88).

3.5.1 Dépression et trouble anxieux

La comorbidité la plus forte semble être la dépression (89), ce qui peut, par ailleurs, être une source d'erreur diagnostique et d'une large sous-reconnaissance des Troubles de Stress Post-Traumatique en population générale. En effet, les tableaux cliniques de l'épisode dépressif et du TSPT présentent des symptômes en commun, notamment l'anhédonie, l'émoussement affectif, le sentiment d'avenir bouché, l'irritabilité et les difficultés de concentration.

Des études prospectives montrent que, dans la période qui suit un événement traumatogène, une dépression peut se manifester sans TSPT, qu'un TSPT peut se manifester sans dépression et qu'ils peuvent aussi coexister, les taux respectifs étant de 8,2%, 14,2% et 19% dans l'étude de A.Y. SHALEV et al. (90).

F. LEBIGOT et E. JEUDY ont décrit 3 formes de dépressions post-traumatiques (91) :

- la *forme asthénique* avec une inhibition, des troubles intellectuels, un vécu d'incapacité, d'impuissance et un isolement vis-à-vis de l'entourage vécu comme hostile ;
- la *forme caractérielle* avec une insertion sociale précaire, des abus de toxiques et des actes médico-légaux ;
- la *forme à expression somatique fonctionnelle* avec des douleurs labiles, une anxiété discrète avec un sentiment de malaise diffus et l'apparition de maladies psychosomatiques.

Concernant les troubles anxieux, une étude de R. KESSLER a souligné leur importante comorbidité avec le TSPT, en particulier les troubles phobiques, et notamment la phobie sociale (68).

3.5.2 Addictions

La comorbidité addictive a été soulignée chez les vétérans du Vietnam (92). L'étude E.C.A sur la population américaine de Saint-Louis en 1992 retrouve chez les consommateurs de cocaïne et d'héroïne trois fois plus d'exposition à un traumatisme (93) (68) dans leur histoire. Une étude néerlandaise plus récente retrouve, chez 423 usagers de drogues, que plus d'un tiers d'entre eux souffrent de TSPT et presque l'ensemble des usagers ont subi une exposition à un traumatisme (94). Par ailleurs, une étude a souligné que le niveau de stress ressenti au moment de l'événement était corrélé à la présence de troubles psychologiques ultérieurs et à la consommation de médicaments psychotropes, et ce quels que soient l'âge, le sexe ou les antécédents des sujets (95).

3.5.3. Trouble de Stress Post-Traumatique et troubles somatiques

Y. AUXÉMÉRY souligne dans un article que trois quarts des sujets souffrant d'un TSPT présentent une algie chronique et qu'un dixième des sujets présentant des douleurs chroniques ont un antécédent traumatique (96). La douleur peut être localisée ou diffuse et l'existence d'une blessure physique causée par le traumatisme augmente le risque de TSPT. La symptomatologie psychosomatique est fréquente et

peut toucher tous les organes (peau, coeur, estomac, thyroïde, pancréas). Il existerait une association entre l'exposition à des événements traumatiques et les syndromes fonctionnels tels que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome douloureux chronique, le syndrome du côlon irritable ou le trouble temporo-mandibulaire (97).

Ainsi, pour de nombreux patients, c'est le corps qui parle, occultant l'expression de la souffrance psychique. Les manifestations psychosomatiques sont décrites notamment chez les patients dits alexythymiques, c'est-à-dire ayant de façon constitutive des difficultés à verbaliser leurs émotions (57). Par ailleurs, on peut imaginer que les patients soumis à un processus psychotraumatique souffrent d'une « alexythimie fonctionnelle transitoire » et que les manifestations psychosomatiques sont alors un moyen privilégié d'expression de la souffrance psychique.

Ces plaintes somatiques recourent ce que nous évoquions préalablement concernant les tableaux conversifs de la première guerre mondiale. Elles sont un mode d'expression sociale acceptable (98). Nous le verrons ultérieurement, ces souffrances somatiques sont fréquentes en situation transculturelle. Cependant, elles ne font pas partie du tableau clinique du TSPT décrit dans le DSM-V, ce qui soulève la question des retards de diagnostic.

3.5.4 Trouble de Stress Post-Traumatique et troubles des conduites

Le risque suicidaire chez les patients souffrant d'un TSPT apparaît plus élevé que dans la population générale (99) (69). Ce risque a particulièrement été étudié chez les vétérans du Vietnam, la presse avançant un nombre de morts par suicide équivalent voire plus élevé que celui des morts au combat. Ce risque est majoré lorsqu'une comorbidité dépressive y est associée, avec le sentiment de culpabilité comme facteur prédictif du risque suicidaire (100) (101). En population générale, dans la National Comorbidity Survey, parmi les 6,8% de sujets atteints d'un TSPT sur la vie entière, 40% rapportent des

idées suicidaires et 19% ont essayé de se suicider (68). L'addiction et les conduites à risque participeraient à cette surmortalité (102).

F. LEBIGOT rappelle que des conduites hétéro-agressives peuvent se manifester de manière brutale sous l'effet d'un stimulus revêtant l'aspect d'un syndrome de répétition ou s'inscrivant dans un vécu persécutif ou hostile envers autrui. Le vécu d'abandon et d'exclusion de la communauté humaine entraînée par le traumatisme provoque un sentiment d'injustice et d'hostilité avec une agressivité qui, si elle n'est plus maîtrisée, peut aller jusqu'au meurtre (17).

L'importance des comorbidités associées au TSPT nous renvoie à la question du dépistage d'un éventuel TSPT par les différents professionnels de santé devant ces manifestations cliniques afin de soigner au mieux les blessés psychiques.

4. Clinique du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent

4.1 Sémiologie du psychotraumatisme de l'enfant

4.1.1 Généralités

« Les jeunes enfants ne se rendent pas compte de ce qu'ils vivent », « ils oublient facilement en grandissant », « ils transforment tout en jeu »... Voici des allégations fréquemment entendues, mais l'urgence médico-psychologique et le psychotraumatisme concernent aussi les bébés, les enfants, et les adolescents. Les adultes sont souvent rassurés et pensent que les enfants sont préservés des conséquences psychotraumatiques d'un événement catastrophique car ces derniers, souvent, adoptent un comportement hyperadapté au regard de la situation. L'attitude des enfants est alors perçue comme une incapacité à comprendre, comme une indifférence au désastre extérieur, alors qu'il s'agit le plus souvent de comportements réactionnels à un trop plein de souffrance post-traumatique.

Après un événement donné, il a été montré que deux tiers des enfants exposés pouvaient présenter un TSPT dans les mois suivant l'événement (103). Soulignons que cet état peut avoir une évolution prolongée sur plusieurs années. L'étude longitudinale de W.H. SACK (104) sur des réfugiés du Cambodge montre la persistance du TSPT de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte jusqu'à 29 ans, pour des événements traumatogènes répétés entre 8 et 12 ans.

Les réactions immédiates sont rarement celles du stress adapté. Pour la période post-immédiate, comme chez l'adulte, les symptômes peuvent soit s'atténuer, soit persister et s'accompagner d'autres symptômes psychotraumatiques caractérisés. Sur le plan clinique, le « noyau sémiologique » est le même chez les enfants que chez les adultes mais il existe des différences et des variantes cliniques (43). Soulignons notamment des phobies précoces, des peurs multiples (peur de rester seul, peur du noir, peur de dormir, un sentiment de peur permanent), des plaintes somatiques et des manifestations d'anxiété telles qu'une crainte d'être abandonné, des angoisses de séparation et des comportements d'agrippement à l'adulte.

4.1.2 Les jeux post-traumatiques

Suite à un événement catastrophique, il est fréquent de constater que les enfants réinvestissent leurs jouets ou s'en inventent à partir de débris de la catastrophe. Ils se réfugient dans une activité comme indifférents au chaos qui les a entourés. D'un côté, il existe des enfants qui jouent sans que cela soit pathologique. D'un autre on observe des jeux plus inquiétants, dits post-traumatiques, dont le plus pathologique est le jeu traumatique. Les jeux post-traumatiques peuvent s'exprimer à trois niveaux qui témoignent de degrés d'atteinte différents : (105)

- **le jeu traumatique** : dans cette activité, l'enfant est encore dans le trauma, sans aucune capacité à s'en dégager. L'enfant fonctionnelle « joue », en répétant par une production monotone, répétitive et automatique l'événement traumatisant. Soulignons que dans ce jeu il n'y a aucune jouissance, aucun plaisir partagé et qu'aucune interaction n'est possible. Le jeu traumatique témoigne du dé-

passement des mécanismes de défense de l'enfant. Le psychisme de l'enfant reste figé à l'instant de l'événement traumatique et l'enfant est alors incapable de métaboliser ses angoisses, son excitation et ses pulsions destructrices. Il est dans un état de *pétrification émotionnelle*, comme prisonnier d'une activité mortifère dont il ne peut se libérer. C'est un jeu en « blanc », une projection pure du trauma, un « blanc du jeu/je », l'expression brute de la souffrance des liens intersubjectifs et intrapsychiques. L. TERR a été un des premiers à décrire ces jeux traumatiques comme des symptômes réels de reviviscence (106). Ses travaux ont par la suite été confirmés par L. BAILLY (107), T. BAUBET et M.R. MORO (108). Cette activité de « jeu » viserait à annuler l'effraction subie et à traduire rétroactivement la scène traumatique. Par l'intermédiaire du jeu l'enfant met en scène ses émotions et tente de traduire l'angoisse réveillée par l'événement. Le jeu traumatique, qualifié de *vide défensif* par H. ROMANO, doit être envisagé comme une réelle entité clinique et son observation est un outil diagnostique qui témoigne de l'étendue de la blessure psychique de l'enfant. Ce « faux jeu » rassure souvent les parents : « l'enfant va bien, il joue ! ». En réalité, il répète le trauma et ses vécus affectifs dans un scénario cyclique qui s'auto-entretient ;

- **le jeu abréactif** : ce type de jeu marque une évolution par rapport au jeu traumatique et il témoigne d'une atteinte plus modérée de l'appareil psychique de l'enfant. L'enfant, dans ce type de jeu, est capable de s'inscrire dans un « après traumatisme » et d'élaborer un scénario jusqu'à une fin quelconque. En étant actif dans le jeu, l'enfant reproduit avec la même violence ce qu'il a subi passivement lui permettant ainsi de reprendre le contrôle, d'assimiler ses réactions et ses sentiments. Le jeu abréactif a une dimension de décharge émotionnelle, d'exorcisation de la souffrance et permet la restauration des processus de symbolisation et de représentation ;
- **reconstruction par le jeu** : défini par L. TERR comme étant l'expression a posteriori de traces traumatiques à travers le jeu et les investissements de l'enfant (39). L'enfant met en scène en différé et par l'intermédiaire de certaines activités les souvenirs traumatiques anciens encryptés dans

son inconscient. Ce jeu témoigne d'une tentative de maîtrise de l'événement par l'enfant et il est positif sur le plan développemental ;

4.2 Spécificités cliniques en fonction du niveau développemental

Au-delà des spécificités générales de la sémiologie psychotraumatique chez l'enfant que nous venons de décrire, certains auteurs ont pensé qu'il était important d'affiner leur description en fonction du niveau développemental de chaque enfant, les symptômes prédominants étant différents selon l'âge et le stade de développement de l'enfant. L. BAILLY a décrit quatre phases cliniques chez l'enfant victime en fonction de son stade de développement (109) (35) (110).

4.2.1 De la naissance à un an

Les manifestations cliniques se rapprochent de celles de la carence affective. On peut retrouver une tendance au retrait, des pleurs, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, des troubles du développement voire une régression développementale transitoire.

4.2.2 Les jeunes enfants (2 à 6 ans)

L'enfant ne maîtrise pas encore la pensée abstraite et est très sensible à la réaction parentale. Le psycho-trauma est la conséquence de l'effroi vécu par l'enfant mais aussi de la terreur de l'adulte impuissant. La perte de la croyance en l'invulnérabilité parentale et en l'infaillibilité de sa protection aggravent l'impact traumatique.

Dans cette tranche d'âges les symptômes spécifiques sont les comportements d'évitement avec manifestations anxieuses, les comportements répétitifs ou compulsifs reprenant certains aspects du traumatisme et les phénomènes d'allure dissociative : flash-backs, illusions, hallucinations. Les signes non-spécifiques les plus fréquents sont essentiellement les comportements régressifs (suction du pouce, régression du lan-

gage ou de la propreté...), une stagnation dans le développement psychomoteur et la courbe de poids ainsi que des troubles caractériels (opposition, refus, agressivité, accès de colère, retrait et mutisme).

Pour les enfants de la naissance à trois ans, une liste de symptômes de stress post-traumatique a été établie par un groupe de cliniciens américains (111):

- *reviviscences du traumatisme* : jeux post-traumatiques, souvenirs fréquents de l'événement, cauchemars répétés, détresse, reviviscences ou conscience dissociée ;
- *engourdissement de la sensibilité ou interférences avec l'élan du développement* : retrait social accru, registre émotionnel limité, perte momentanée de capacités développementales acquises auparavant, diminution du jeu ;
- *symptômes d'hyper-éveil* : terreurs nocturnes, difficultés à s'endormir, réveils nocturnes répétés, troubles significatifs de l'attention, hypervigilance, réactions de sursaut exagérées ;
- *symptômes non-présents antérieurement* : agressivité envers les pairs, les adultes ou les animaux, angoisses de séparation, peur d'aller seul aux toilettes, peur du noir ou d'autres nouvelles peurs, comportement défaitiste ou de provocation masochiste, comportements de nature sexuelle ou agressive, symptômes somatiques (reviviscences motrices, stigmates cutanés).

4.2.3 Enfants de 6 à 12 ans

Ces enfants ont accédé à la pensée abstraite. Le message mortifère de l'événement peut être perçu et peut conduire, comme chez l'adulte, au psychotraumatisme. L'enfant est confronté à la possibilité de destruction de certaines valeurs comme la justice, la bonté ou la vérité. Malgré cela, l'impact traumatique peut à cet âge être minoré par la force de la pensée magique de l'enfant. On retrouve souvent chez ces enfants des symptômes anxieux notamment autour de la séparation. On peut également observer des manifestations dépressives avec un vécu de culpabilité. Par ailleurs, comme chez le petit enfant, des manifestations somatiques, des troubles du sommeil, des troubles sphinctériens secondaires, des modifications du carac-

tère sont fréquents. Les répercussions sur la scolarité sont souvent au premier plan, avec une baisse brutale des performances scolaires ou l'installation d'un refus scolaire anxieux.

4.2.4 L'adolescent

La question de la filiation et de l'appartenance est réinterrogée et les parents ne font plus écran entre l'enfant et l'évènement. L'adolescent peut avoir recours à une fantasmatisation de la scène qui peut le protéger du psychotraumatisme. Il est parfois moins sensible à l'horreur de l'évènement qu'à l'aspect transgressif de celui-ci. La clinique du psychotraumatisme chez l'adolescent est proche de celle de l'adulte. On peut observer des comportements auto-agressifs et des conduites suicidaires dans un vécu de culpabilité, ainsi que des comportements hétéro-agressifs, prédélinquants, qui marquent la perte de repère ou la perte de la confiance accordée aux adultes. Les adolescents peuvent alors se tourner vers des prises de toxiques ou d'alcool afin de fuir le vécu douloureux du psychotrauma.

5. Modifications neurobiologiques lors de réactions de stress et de psychotraumatisme

Dans cette partie, nous allons aborder le psychotraumatisme d'un point de vue neurobiologique. L'objectif est ici de souligner certains dysfonctionnements consécutifs aux psychotraumatismes qui sont pertinents pour la clinique et le traitement des blessés psychiques.

5.1. Structures cérébrales impliquées

Les régions cérébrales corticales et sous-corticales activées lors de réactions de stress sont multiples (112) (hippocampe, amygdale, striatum, locus coeruleus...). C'est l'activation de ses régions, et la communication entre elles, qui déclenche les réactions de stress adaptées citées précédemment. Selon la théorie de conditionnement de la peur, l'exposition traumatique entraîne un conditionnement aversif qui devrait, en l'absence de menace, subir un phénomène d'extinction. C'est, selon cette théorie, l'absence

d'extinction de ces mécanismes physiologiques qui serait impliquée dans l'étiopathogénie des troubles séquellaires post-traumatiques. Les réponses à une situation de danger et la formation des souvenirs en lien sont bâties dans l'amygdale et l'hippocampe. L'amygdale serait impliquée dans la mémoire affective et émotionnelle (113) tandis que l'hippocampe serait impliqué dans la mémoire contextuelle (114). Selon ce modèle explicatif, l'amygdale serait en hyperactivité au moment du traumatisme et un dysfonctionnement de l'hippocampe entraînerait une surconsolidation du souvenir traumatique à composante émotionnelle avec un défaut d'encodage des éléments contextuels de l'évènement. Les structures impliquées sont illustré sur la *figure 1.3* ci-dessous, extraite d'un article de G. VAIVA (115).

5.2 Hormones et neuromédiateurs impliqués

La physiopathologie du psychotraumatisme implique plusieurs voies et un certain nombre de neurotransmetteurs et d'hormones résumés dans la *figure 1.4* ci-dessous (116) . Nous allons détailler les voies GABAergique, glutamatergique, corticotrope et adrénérergique. Cela nous permettra, par la suite, de mieux comprendre l'efficacité des molécules utilisées en pratique dans la réduction des symptômes du TSPT et la prévention de son développement.

5.2.1 Voies GABAergique et glutamatergique

La médiation neurobiologique des zones impliquées dépend essentiellement du système GABA-glutamate. L'acide γ -aminobutyrique, abrégé GABA, est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux. L'acide glutamique, ou glutamate, est le neurotransmetteur le plus excitateur du système nerveux central. Les effets inhibiteurs du GABA contrebalancent les effets excitateurs du glutamate. Selon une étude, un GABA bas physiologique chez un sujet représenterait un facteur de risque de développement d'un trouble psychotraumatique séquellaire en cas d'exposition à un événement traumatogène (117). Paradoxalement, nous verrons plus tard que les benzodiazépines (qui augmentent les taux plasmatiques de GABA) ne préviennent pas l'apparition de symptômes post-traumatiques.

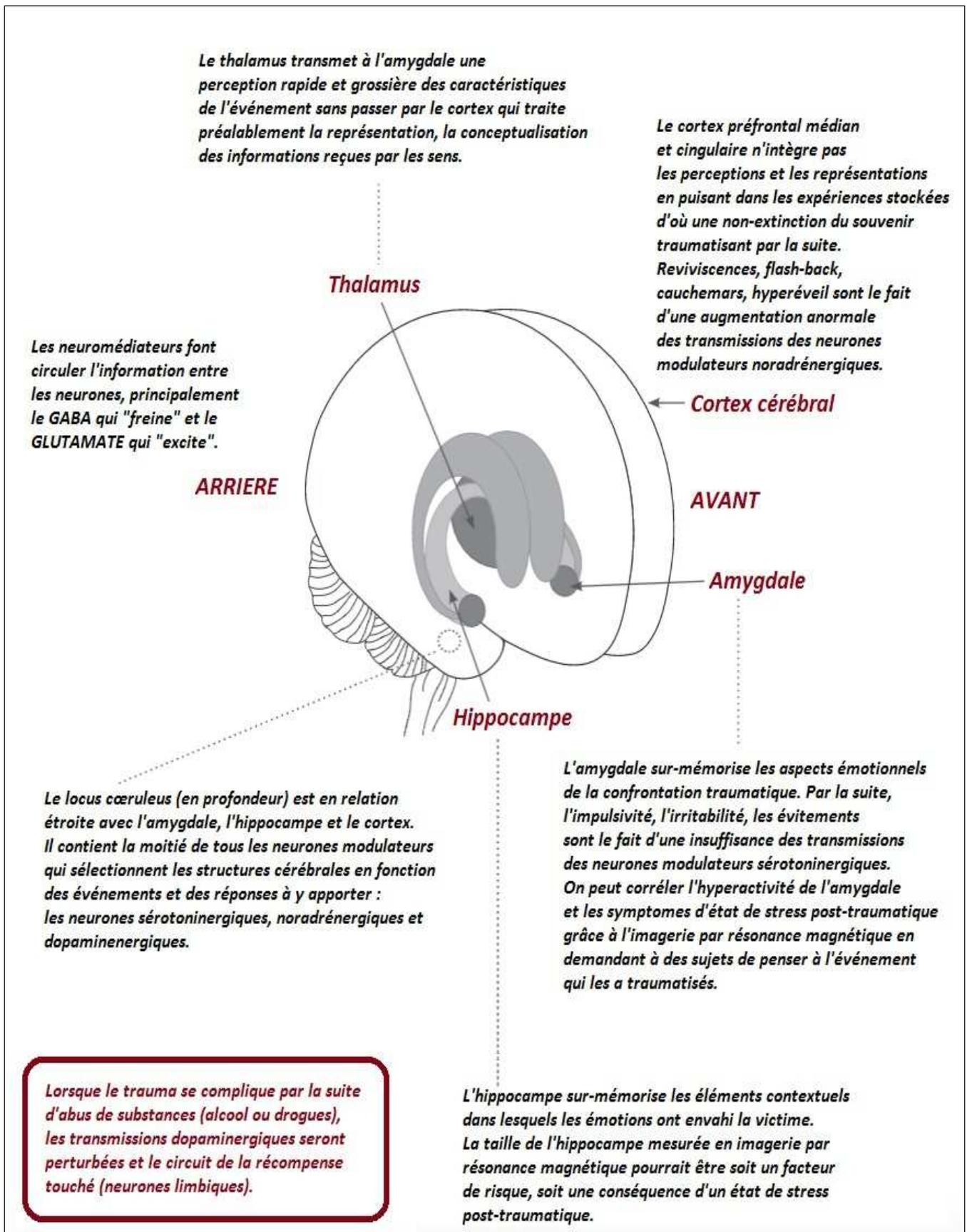


Figure 1.3 Localisation des structures du cerveau impliquées dans la clinique psychotraumatique

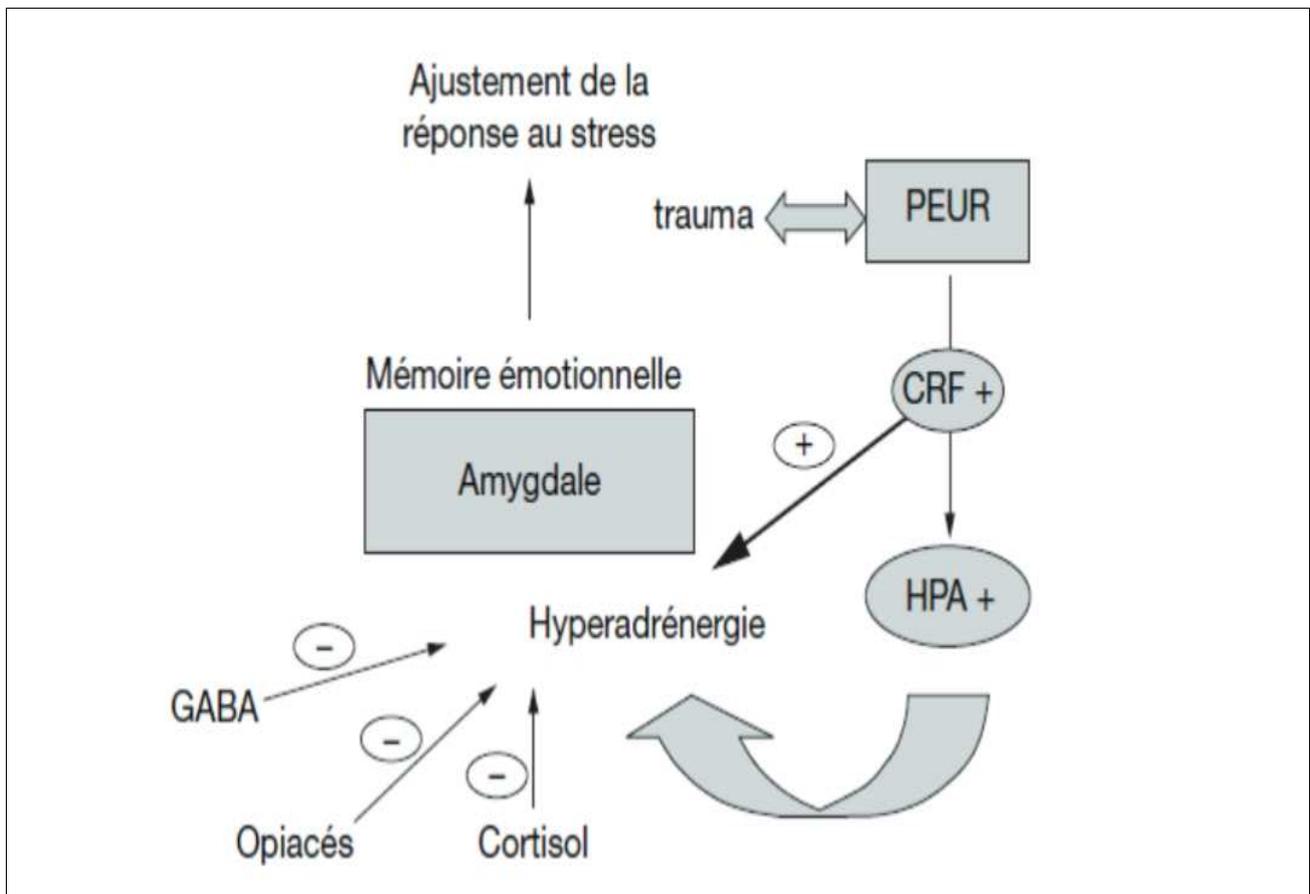


Figure 1.4 Biologie du psychotraumatisme dans un modèle de peur (116)

5.2.2 Voie corticotrope

Le locus coeruleus (LC) est activé par la sécrétion de CRH (Corticotropin Release Hormone) et déclenche une hypersécrétion noradrénergique qui stimule la sécrétion de cortisol. Les voies de signalisation corticodépendantes impliquées dans le TSPT sont illustré dans la *figure 1.5* ci-dessous (118).

Ce cortisol circulant agit au niveau périphérique (réponse motrice, permettant de se soustraire au danger) et au niveau central sur les régions préfrontale et limbique (mémorisation). Le cortisol revient ensuite à la normale via différents mécanismes que nous ne détaillerons pas.

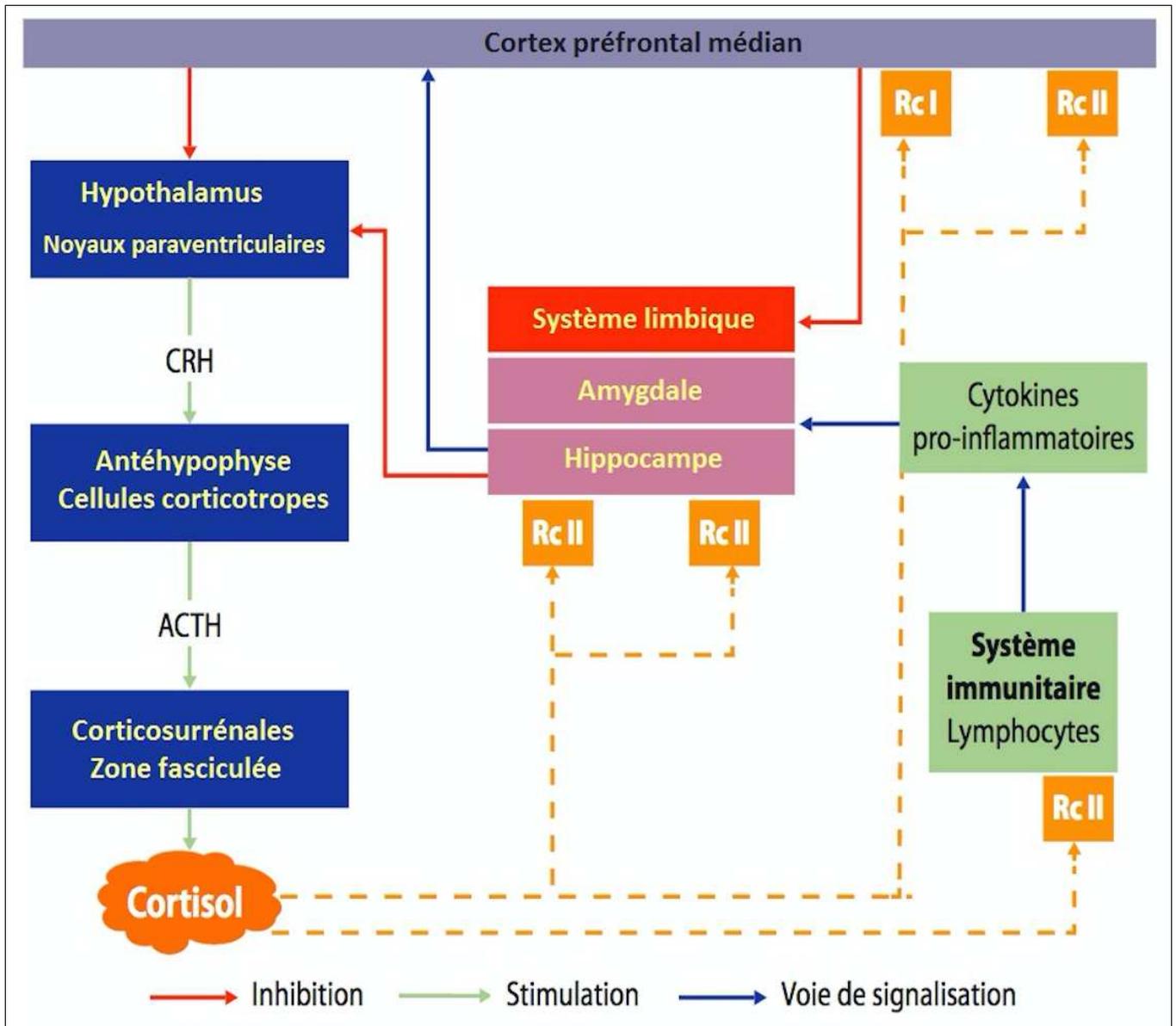


Figure 1.5 Voies de signalisation corticodépendantes impliquées dans le TSPT

L'hypothèse, lors d'un TSPT, est celle d'une modification des mécanismes de régulation dans le sens d'une adaptation de l'axe hypothalamo-hypophysaire à un stress chronique avec une hyperréactivité de cet axe, un rétrocontrôle négatif majoré et une cortisolémie abaissée de façon prolongée (118). Cette particularité a amené l'étude de l'efficacité de l'administration d'hydrocortisone après un événement potentiellement traumatique. Nous y reviendrons ultérieurement dans ce travail.

5.2.3 Voie adrénergique

En parallèle de cette dérégulation du cortisol, il a été montré que l'hyperadrénergie, témoignée cliniquement par une tachycardie ($FC > 90$ bpm), en favorisant les mécanismes d'hyperencodage et la consolidation mnésique au niveau amygdalien, est impliquée dans la majorité des symptômes post-traumatiques (symptômes de répétition, hypervigilance, sursauts, irritabilité) (119) (120). Des études prospectives ont montré qu'une hyperactivité noradrénergique prolongée augmenterait le risque de survenue d'un TSPT (90) (121). De même, une étude récente sur des survivants d'accidents de moto a montré un lien de causalité entre la fréquence cardiaque dans les suites de l'accident et la survenue d'un TSPT à 4 mois de l'évènement (122). Ainsi, il semble indispensable de pouvoir, dans un premier temps, évaluer précocement cette hyperadrénergie via la mesure objective de la fréquence cardiaque puis dans un deuxième temps de tenter de la contrôler par une thérapeutique médicamenteuse que nous aborderons ultérieurement.

5.3 Critique du modèle présenté

Dans un article récent, ce modèle neurobiologique a été jugé par certains auteurs comme trop simple et ne faisant pas appel à une véritable logique en réseau (123). Selon ce même article, la recherche actuelle adopterait une logique plus « dynamique » selon un modèle à trois réseaux fonctionnels pour expliquer la psychopathologie du psychotraumatisme :

- Le *réseau exécutif* assure la coordination et l'orchestration des différentes fonctions cognitives comme le raisonnement, le langage ou la communication ;
- Le *mode par défaut* qui permet d'identifier un état pendant lequel l'individu est en éveil ou en alerte, mais qui n'utilise pas de ressources spécifiques de type attentionnelles ou cognitives impliquées habituellement dans la résolution de tâches. Grâce à ce mode, et en l'absence de demande externe, le cerveau garde donc la liberté d'initier, de maintenir ou de terminer une série d'événements mentaux (en privilégiant par exemple l'utilisation de la mémoire épisodique), de

réaliser la planification des actions futures, de contrôler le langage interne ou de permettre la simulation d'un comportement ;

- *Le réseau de la salience*, spécialisé dans la détection de stimuli pertinents du point de vue comportemental et dans la coordination des ressources neurales (balance entre le réseau exécutif et le mode par défaut).

Citons à titre d'exemple une méta-analyse de R. PATEL et al. (124) qui reprend ce modèle et qui a mis en lumière qu'il existait une dynamique spécifique en imagerie fonctionnelle dans le TSPT. Cette dynamique comprendrait une hyperactivation du réseau de la salience, c'est-à-dire du réseau qui permet de discriminer les éléments pertinents. On retrouverait également un moindre fonctionnement du réseau exécutif qui est censé contrôler la détection de stimuli ainsi qu'une hypoactivation et des anomalies de connectivité et de fonctionnement du mode par défaut, qui peuvent expliquer que l'ensemble des cognitions soient concentrées sur les images psychotraumatiques.

6. Aspects génétiques du psychotraumatisme

Certains auteurs associent les troubles post-traumatiques à une vulnérabilité héréditaire, congénitale, qui prédisposerait certains individus exposés à un événement perturbateur à développer ces troubles.

R. YEHUDA et A. MCFARLANE suggèrent que la probabilité d'apparition du trouble serait déterminée génétiquement et serait propre aux caractéristiques intrinsèques de l'individu (125). Une étude a montré que les anomalies de la régulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire retrouvées lors de TSPT étaient transmissibles à la descendance. Les résultats montrent un taux de cortisol plus bas chez les enfants non-TSPT de survivants de l'Holocauste qui souffrent eux-mêmes de TSPT (126). Ces constatations pourraient en partie s'expliquer par des phénomènes épigénétiques permettant de transmettre l'effet de l'environnement sur l'expression génique aux descendants, via des mécanismes de méthylation des promoteurs des polymérases, sans modification de la molécule d'ADN.

Ainsi, en pratique clinique, il semble pertinent que les professionnels de l'urgence médico-psychologique puissent rencontrer les individus dans leur globalité et rechercher, en plus des facteurs de risque établis, une fragilité génétique à développer un TSPT. Cela peut être exploré simplement par un questionnaire sur les antécédents familiaux.

7. Approche transculturelle du psychotraumatisme

Lors de situations sanitaires exceptionnelles de type attentat, des blessés psychiques d'origines culturelles différentes peuvent être rencontrés. C'est pourquoi une lecture culturelle du traumatisme peut permettre une réflexion psycho-sociale qui insiste sur la spécificité de la cognition humaine qui se structure au sein du contexte social et culturel de la personne victime. Cette approche est nécessaire afin que le professionnel puisse dépasser une vision soma-psyché, les représentations culturelles conditionnant à la fois la manière dont les symptômes sont vécus par le patient et ses proches, le degré de gravité qui leur est attribué et l'attente vis-à-vis des soins.

Le modèle du TSPT est aujourd'hui celui qui prédomine lorsqu'il s'agit d'évoquer la souffrance psychique liée aux traumatismes. Or toute classification reflète des aspects de la société au sein de laquelle elle a été conçue. Ainsi, nous pouvons reprendre les questionnements évoqués par de nombreux auteurs sur l'idée que le modèle de TSPT peut être considéré comme une construction culturelle et remettre en question sa validité transculturelle. Certains auteurs critiquent ce concept et considèrent le TSPT comme une entité culturelle « locale », occidentale et contemporaine (127) (128). Selon A. KLEINMAN (129), il est impossible d'appliquer les catégories occidentales à d'autres aires culturelles sans prendre le risque de commettre des erreurs catégorielles. Selon T. BAUBET, il existe bien d'autres façons de vivre, d'exprimer et de comprendre la souffrance subjective pouvant survenir après un traumatisme psychique que celle que propose le modèle du TSPT.

Cependant, G. GIROLAMO a souligné que des tableaux cliniques correspondant aux critères diagnostiques de TSPT peuvent être retrouvés dans des aires géographiques et culturelles diverses (130). Pour certains auteurs, les symptômes de reviviscence et l'hyperactivité neurovégétative constitueraient des invariants culturels, alors que les symptômes d'évitement et d'émoussement seraient d'avantage dépendants du contexte culturel et leur présence pourrait varier selon celui-ci (131). Selon T. BAUBET ces invariants culturels existent, mais ils ne sont pas à rechercher au niveau des symptômes, mais plutôt des processus. Ainsi, trois processus sont retrouvés dans les pays occidentaux comme en situation transculturelle, qu'elles que soient les variations de la symptomatologie extériorisée (129) :

- l'effroi avec la notion d'effraction et de rencontre avec le néant,
- le changement dans l'appréhension du monde,
- la métamorphose violente du sujet suite au choc traumatique, qui le rend étranger à lui-même et aux yeux des autres (il ne se reconnaît plus, on ne le reconnaît plus).

L'expression de la frayeur et de l'effroi peut se faire sous différentes formes cliniques qui constituent des manières culturellement codées localement d'exprimer la souffrance psychique. En situation transculturelle, les troubles somatiques sont très fréquents. N. CHIDIAC et L. CROCQ soutiennent que dans les pays en voie de développement, où l'autocensure réprime l'expression de la souffrance psychique mais la laisse volontiers s'épancher par la voie du corps, la plainte somatique est souvent offerte comme expression physique du syndrome psychotraumatique (132). Par ailleurs, des symptômes d'allure délirante peuvent survenir en situation post-traumatique et le risque de poser le diagnostic de psychose sur des éléments culturellement déterminés est alors important. Par exemple, dans de nombreux contextes, les morts peuvent apparaître aux vivants à l'état de veille, ce qui ne constitue pas une hallucination mais fait partie du processus de deuil.

Pour A. YOUNG, il se peut qu'un individu ou un groupe culturel ne se trouve pas en détresse suite à un événement communément accepté comme traumatogène (133). Il ne s'agit donc pas d'examiner le concept de traumatisme en fonction de l'ampleur de l'angoisse que l'événement peut provoquer mais en fonction de la disponibilité des capacités de défense de l'individu pouvant être mobilisées lors de la confrontation à l'événement. Par ailleurs, ce n'est pas la massivité de l'événement qui fait le traumatisme, mais la spécificité qu'il prend pour celui qui le subit. C'est-à-dire que ce qui traumatise le sujet ne se réfère pas à l'événement dans sa dimension calculable mais à la singularité qu'il a pour un sujet à un moment donné de son histoire.

Développer une approche culturelle et sociale du traumatisme consiste à penser que, si l'événement traumatique est nécessaire pour produire des effets pour quelqu'un, il n'est pour autant pas suffisant. Le traumatisme est à envisager dans le psychisme, mais également dans la culture et dans le social (134). Un événement est considéré comme traumatisant seulement lorsqu'il est atypique, exceptionnellement intense ou prématuré, c'est-à-dire que l'individu n'a pas encore acquis les défenses spécifiques pour répondre à ses conséquences. Par exemple, dans la civilisation antique, il était probable que la perte d'un fils à la guerre était plus traumatogène pour une mère athénienne que pour une mère spartienne qui était, quant à elle, conditionnée par sa culture à tirer gloire du sacrifice d'un fils pour la cité (134).

II. SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES ET URGENCE

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Les CUMP interviennent dans différents contextes dont la caractéristique commune est la confrontation d'un certain nombre d'individus à un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques. Les événements concernés sont classiquement hiérarchisés selon le nombre de victimes potentiellement atteintes ainsi que l'étendue et la gravité de la désorganisation brutale induite. Les situations sanitaires exceptionnelles constituent le plus haut degré de cette classification. Ce sont des événements potentiellement traumatiques confrontant un grand nombre de sujets, d'âges et d'origines culturelles différentes à la mort et engendrant une désorganisation locale étendue extrêmement forte. Lors de ces catastrophes, les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique sont déployées, sur le terrain, afin d'intervenir au plus près de l'événement auprès des blessés psychiques. Ainsi, nous précisons l'histoire de l'urgence médico-psychologique, l'organisation des CUMP et leur place dans le parcours de soins des blessés psychiques. Par la suite, nous avons choisi de recentrer la question des situations sanitaires exceptionnelles aux attaques terroristes car, comme nous le verrons, l'histoire de l'urgence médico-psychologique est fortement corrélée à l'impact de ces attentats sur les systèmes de réponse sanitaire en situation sanitaire exceptionnelle.

A) Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Pour qualifier un événement de « situation sanitaire exceptionnelle » celui-ci doit engendrer soit une augmentation de la demande de soins, du fait de l'afflux important de victimes auprès des établissements hospitaliers, soit une diminution de l'offre de soins du fait de la mobilisation massive de soignants.

L'instruction ministérielle de la DGS du 15 mai 2014 (135) relative à la préparation du système de santé à la gestion des SSE a apporté un cadre réglementaire dans lequel s'intègrent des plans qui régissent les in-

terventions (figure 2.1). Nous allons détailler le plan ORSEC, qui organise la réponse de la sécurité civile, le plan ORSAN, qui concerne la question sanitaire et le Plan Blanc, organisant la réponse des établissements de santé en cas de situations sanitaires exceptionnelles.

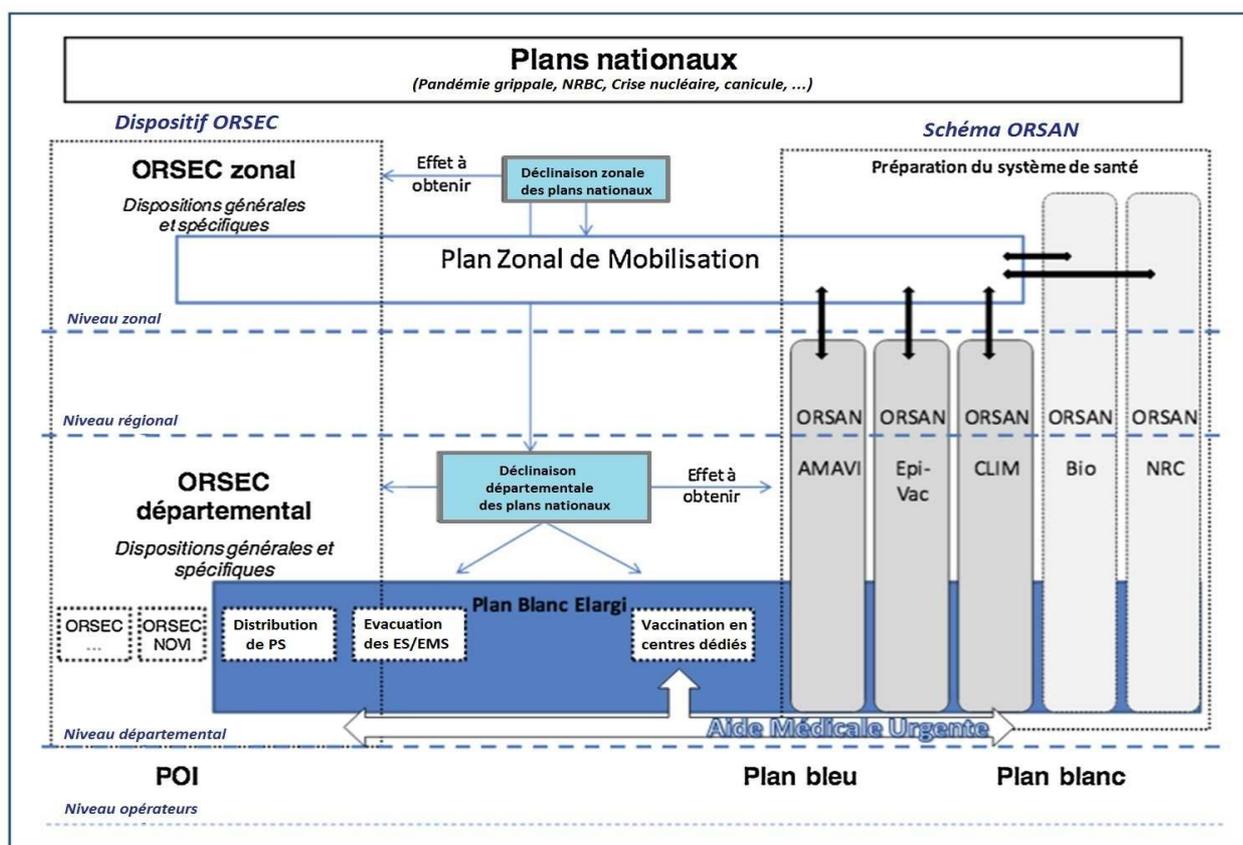


Figure 2.1 Les différents plans nationaux actionnés lors de SSE

1. Plan ORSEC

Le plan ORSEC régit l'organisation de la réponse de la sécurité civile. La sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes, par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés. Ainsi, le plan ORSEC prépare, mobilise et coordonne tous les acteurs, publics ou privés, en cas de SSE (136). Ce dispositif opérationnel prévoit des dispositions générales (traitant des éléments nécessaires à la gestion de tout type d'événement) et

des dispositions spécifiques (pour faire face aux conséquences de risques prévisibles et de menaces identifiées) (137).

Nous détaillerons uniquement l'organisation générale du dispositif ORSEC « Nombreuses victimes », ou ORSEC NoVi, qui est spécifique aux situations sanitaires exceptionnelles. Ce dispositif est opérationnel à l'échelle départementale, sous l'autorité du Préfet du département, et peut être élargi à la zone de défense et de sécurité, devenant alors un dispositif ORSEC zonal, sous l'autorité du Secrétariat Général de la zone de défense et de sécurité, dirigée par le Préfet de Zone. Il existe sept zones de défense en France comme l'illustre la *figure 2.2* ci-dessous (138).

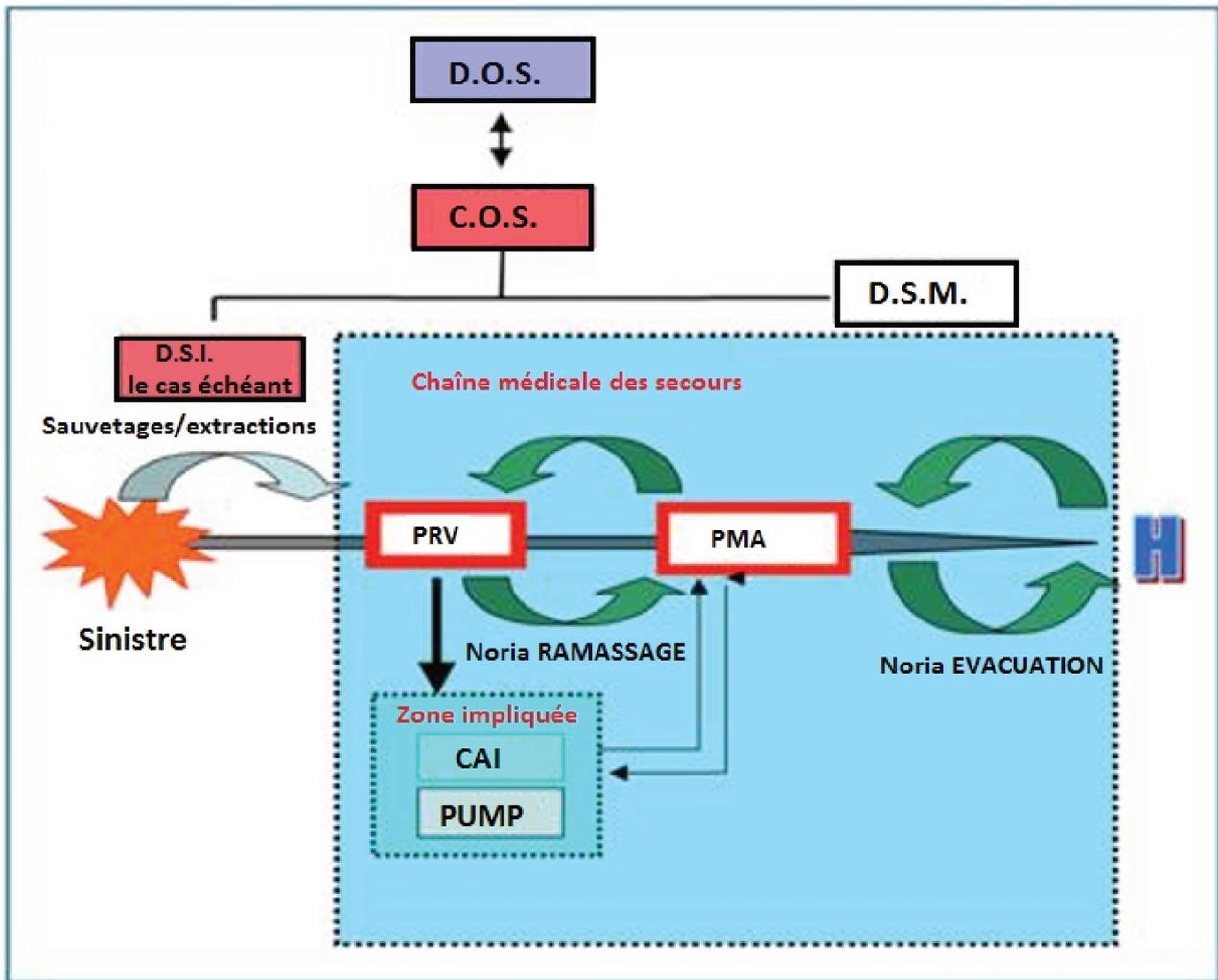


Figure 2.2 Les sept zones de défense françaises et leurs chefs-lieux

La chaîne médicale est dirigée par le directeur des secours médicaux et s'étend de la « noria de ramassage » (transfert des blessés du lieu de la catastrophe vers le poste médical avancé ou PMA) à la « noria d'évacuation » (transfert des blessés du PMA aux hôpitaux les plus proches) en passant par le poste médical avancé. Les principes de l'organisation médicale reposent sur le tri médical des victimes à chaque étape, leur catégorisation, leur enregistrement dans un système de fiches médicales de tri, la réalisation des soins médicaux indispensables et préalables à leur évacuation par des moyens adaptés, après régulation médicale par le SAMU, vers le service hospitalier correspondant (139). Cette chaîne comporte trois grandes étapes qui sont illustrés sur la *figure 2.3* (137) :

- le ramassage,
- les soins médicaux au PMA,
- les évacuations régulées.

C'est le Commandant des Opérations de Secours (COS) qui demande l'activation du dispositif NoVi. Il est responsable de la zone sinistrée et/ou dangereuse et confirme l'emplacement du point de rassemblement des moyens (PRM). Le Directeur des Secours Médicaux (DSM), en concertation avec le Commandant, peut engager des équipes médicalisées et peut activer un Poste d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP) en concertation avec le SAMU et la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) départementale. Le PUMP est placé sous l'autorité d'un médecin psychiatre. Les différents acteurs sont reperés dans le tableau ci-dessous (*figure 2.4*). Les couleurs qui y sont reportées correspondent aux couleurs de leurs chasubles, qui permettent ainsi de les identifier rapidement sur le terrain.



PRV : point de rassemblement des victimes
 PMA : poste médical avancé
 PUMP : Poste d'Urgence Médico-Psychologique
 DOS : Directeur des Opérations de Secours
 COS : Commandant des Opérations de Secours
 DSI : Directeur des Secours Incendie
 DSM : Directeur des Secours Médicaux

Figure 2.3 Organisation au PMA

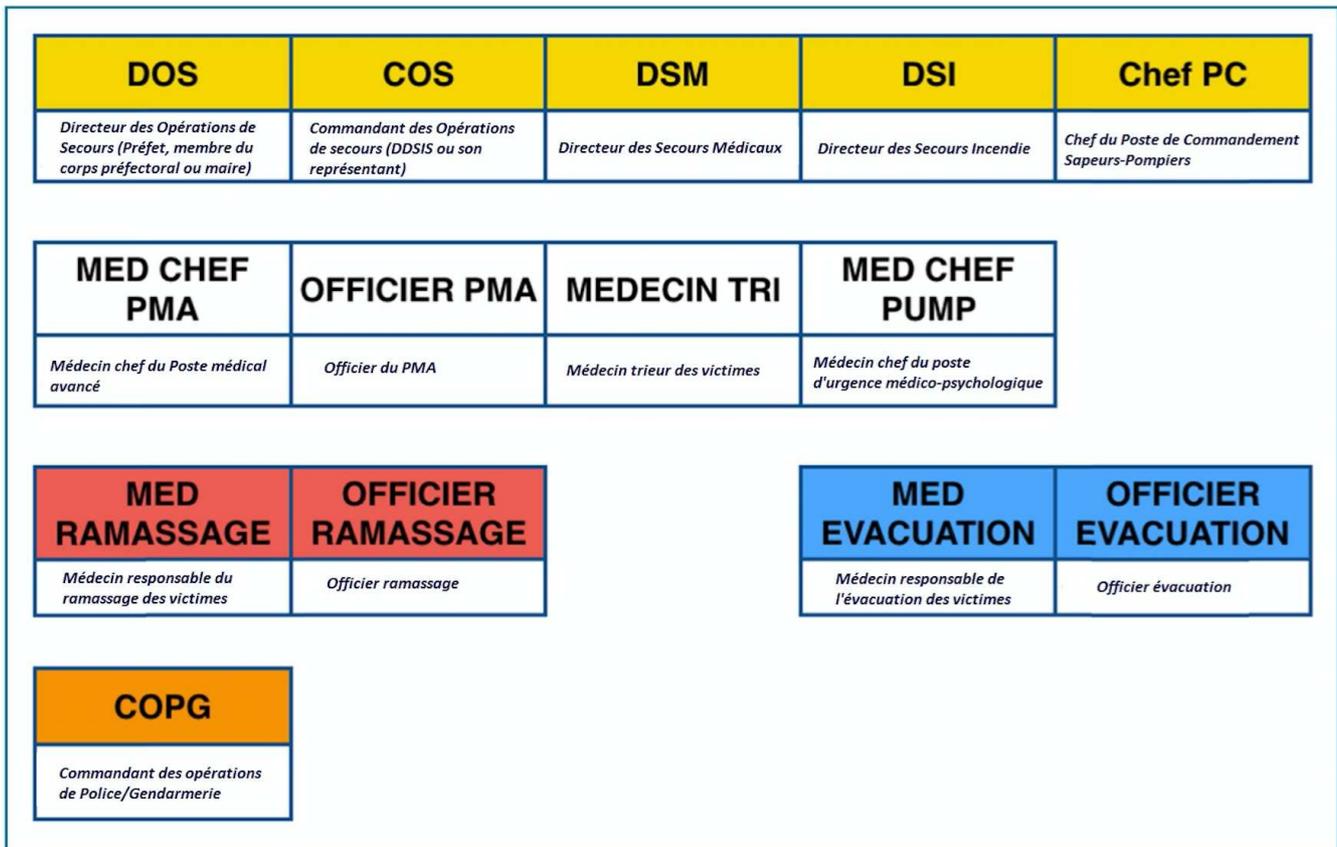


Figure 2.4 Différents acteurs du plan ORSEC NoVi

Nous venons de voir que le plan ORSEC NoVi est un dispositif extrêmement organisé et hiérarchisé qui permet de répondre aux situations sanitaires exceptionnelles sur le plan de la sécurité civile. Nous allons maintenant aborder son versant sanitaire à travers le schéma ORSAN.

2. Schéma ORSAN

A l'image du plan ORSEC qui régit l'organisation de la sécurité civile, le plan ORSAN régit l'organisation de la réponse du système de santé lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan définit les parcours de soins des patients à l'échelle régionale ou zonale. Il repose sur le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et les scénarii auxquels le système de santé peut être confronté (140).

Nous ne détaillerons ici que le plan ORSAN AMAVI (accueil massif de victimes non-contaminées), qui est déployé en situation sanitaire exceptionnelle et qui assure la continuité du dispositif ORSEC NoVi au sein des dispositifs de santé pré- et intra-hospitalier. L'objectif du schéma ORSAN AMAVI est de définir l'organisation régionale des soins médicaux, chirurgicaux et médico-psychologiques en réponse à un événement à cinétique rapide et engendrant un grand nombre de victimes, tout en assurant la permanence des autres activités. L'articulation opérationnelle entre le schéma ORSAN AMAVI et le dispositif ORSEC NoVi sur le terrain est assurée par le SAMU. La régulation médicale par le SAMU a pour objectif de répartir les victimes vers les établissements de santé les plus adaptés en tenant compte de la gravité des lésions qu'elles présentent, de leur nombre, des capacités et de la disponibilité des établissements. C'est le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) d'identifier les établissements de première ligne, les établissements de recours et les établissements de repli (141).

En cas de capacité sanitaire locale dépassée, le schéma ORSAN peut être renforcé à l'échelle départementale et/ou zonale. Ces plans élargis sont décidés par les Préfets de Département ou les Préfets de Zone dans le cadre de la gestion gouvernementale de crise. Les ARS en assurent la mise en œuvre. En octobre 2016, suite à une vague d'attentats sur le sol français, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé rédigea un nouveau décret afin de renforcer l'organisation de la réponse du système de santé (via le plan ORSAN) et du réseau national des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique lors de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (142).

3. Le Plan Blanc

Les Plans Blancs sont la déclinaison, au niveau des opérateurs de soins dans les établissements de santé, du plan ORSAN AMAVI. Par ailleurs, le dispositif ORSAN permet d'élargir le Plan Blanc localisé initialement à un établissement de référence à l'ensemble des établissements de la zone de défense (Plan Blanc élargi). Le Plan Blanc est historiquement le premier dispositif de réponse d'un hôpital confronté à un af-

flux massif de victimes. Tout établissement dispensant des soins doit être doté d'un Plan Blanc. Depuis 2006, une circulaire décrit les principes et les dispositions du Plan Blanc (143) (144). Ces plans sont réalisés sous la responsabilité du Directeur d'établissement. Il sont élaborés avec le Président de la CME, les représentants des différents services impliqués et les services administratifs. Cette élaboration donne lieu un document concret, réalisé avec des fiches réflexes, qui déclinent toutes les fonctions du plan de façon à être exécuté le plus rapidement possible. Ces fonctions sont (145):

- les modalités de déclenchement et de levée du plan,
- les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise,
- les modalités de mobilisation des moyens humains et matériels,
- les modalités d'accueil et d'orientation des victimes,
- les modalités de communication interne et externe, le plan de circulation et de stationnement et d'accès à l'établissement.

Le contenu du Plan Blanc est accessible aux personnels et il est disponible dans tous les services impliqués. Il fait l'objet d'une mise à jour annuelle, il intègre le dispositif de gestion des risques et s'inscrit dans la Certification de l'établissement. Ce Plan Blanc inclut des modalités de formation et d'exercice pour les personnels.

Le Directeur d'établissement déclenche le Plan Blanc de l'établissement après avis médical et après une analyse des conséquences pour la prise en charge des patients et pour le personnel. Le plan implique la mobilisation immédiate d'une *cellule de crise*, composée de médecins et de personnels de l'hôpital, qui devient, autour du Directeur, l'organisme de gestion de l'établissement dans cette circonstance sanitaire exceptionnelle. Le but du Plan Blanc hospitalier est de reconfigurer en urgence l'établissement de santé pour la prise en charge de victimes en grand nombre, provenant d'un même événement, pris en charge par le SAMU sur le terrain. Il s'agit d'exploiter toutes les ressources de soins, de les réorganiser rapide-

ment pour élargir l'offre de soins à une demande ponctuelle et exceptionnelle qui dépasse largement celle du quotidien. Les principes du Plan Blanc sont d'utiliser les personnels et les moyens existants au maximum de leurs performances et de ne pas hésiter à le faire aux dépens d'activités non-urgentes qui pourraient être reportées. En situation sanitaire exceptionnelle, deux flux de patients sont prévisibles : un premier ambulatoire non-prévisible car non-régulé préalablement et un second régulé par le SAMU au niveau pré-hospitalier. Le plan fait l'objet d'une communication à l'ARS qui vérifie qu'il est bien adapté au plateau technique et à la dimension de l'hôpital.

Nous venons d'évoquer les différents plans mis en place en France lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ils permettent un accès aux soins en urgence des victimes tant physiques que psychiques. Concernant les blessés psychiques, ces plans, et notamment le plan ORSEC NoVi, permet la mise en place sur le terrain de Postes d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP) et le déploiement des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique. Dans la partie qui suit, nous allons aborder plus en détails ces cellules : leur histoire, leur organisation et leurs interventions en urgence auprès des blessés psychiques.

B) LES CELLULES D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique interviennent depuis une vingtaine d'années en France. Les membres des CUMP reçoivent, selon diverses modalités que nous allons évoquer, les blessés psychiques immédiatement après une catastrophe. Être reçu par un professionnel de la CUMP après un sinistre n'est pas une finalité en soit, ce passage s'intégrant comme un des premiers maillons de la chaîne de soins des blessés psychiques, que ce soit en situation sanitaire exceptionnelle ou non.

1. Histoire de l'urgence médico-psychologique et des interventions de crise

1.1 Création et organisation des CUMP

La première intervention pré-hospitalière formalisée d'une équipe de psychiatres formés en psychotraumatologie eut lieu en décembre 1994 auprès des victimes d'une prise d'otages dans un avion venant d'Algérie qui fut détourné par un groupe terroriste. C'est dans ce contexte que la France va, dès 1995, après plusieurs attaques terroristes, dont l'attentat du RER de Paris à la station Saint-Michel, se doter d'un dispositif de secours rattaché au SAMU et dédié aux besoins psychologiques des victimes de catastrophes, d'attentats et d'accidents collectifs. En effet, le Président de la République Jacques CHIRAC, après s'être rendu au chevet des victimes à l'hôpital de la Salpêtrière, constata la nécessité de soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique. Il donna instruction au Secrétaire d'État chargé de l'Action Humanitaire d'Urgence H. EMMANUELI de constituer un organisme capable de prendre en charge les « blessés psychiques ».

C'est sous la direction du Médecin Général L. CROCQ que la première cellule spécifiquement dédiée à l'urgence médico-psychologique fut créée. Le projet spécifiait que le réseau de l'urgence médico-psychologique devait couvrir l'ensemble du territoire, employer des psychiatres, des psychologues et des infirmiers spécialement formés à la psychiatrie d'urgence et de catastrophe. Ses fonctions seraient, en reprenant les principes de la psychiatrie de l'avant, de :

- se rendre immédiatement sur le terrain avec les équipes d'urgentistes et de secouristes, afin d'assurer le triage et le premier traitement des blessés psychiques ;
- s'assurer de leur surveillance pendant la période post-immédiate ;
- créer des consultations spécialisées pour le suivi à long terme de ces blessés en coordination avec les dispositifs de soins psychiatriques existants.

La mission prescrivait également d'élaborer une doctrine de triage et de soins adaptée à ces situations, d'assurer la formation spécialisée des personnels et œuvrer en coordination étroite avec les autres équipes de secours et de soins (146).

En décembre 1996 un nouvel attentat eut lieu dans la station Port-Royal du RER de Paris (Annexe VII). Les pouvoirs publics précisent alors le cadre de l'urgence médico-psychologique le 28 mai 1997 par un arrêté ministériel et une circulaire d'application : les catastrophes occasionnent non seulement des blessures physiques mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Ces victimes nécessitent des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques. L'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers préalablement formés et intégrés aux unités d'Aide Médicale Urgente (AMU) doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate (147). L'AMU est le dispositif mis en place par l'État pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'un accident ou d'une affection brutale et inattendue. Son action est basée sur ce que l'on appelle la « chaîne des soins médicaux urgents », qui s'étend de l'alerte jusqu'aux soins prodigués en urgence en milieu hospitalier. En France, le SAMU et le SMUR sont deux maillons d'intervention et de régulation majeur de cette chaîne de soins.

Les circulaires du 28 mai 1997 et du 20 mai 2003 (148) instaurent ainsi un *Réseau national des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique* qui couvre les cent départements du territoire français en cas de nécessité et le *Comité national de l'urgence médico-psychologique*, chargé d'assurer la coordination du dispositif, de former le personnel à la psychiatrie de catastrophe et d'évaluer l'activité des cellules. Pour L. CROCQ, il y a quatre critères à réunir pour qu'un événement nécessite l'intervention de la CUMP (146) :

- l'événement doit être funeste, provoquer des destructions matérielles notables ou altérer la géographie humaine ;
- il doit induire une désorganisation sociale par destruction ou altération des réseaux fonctionnels ;

- il doit s'agir d'un événement potentiellement traumatique, à fort impact psycho-collectif, qui provoque un bouleversement désastreux et une désorganisation de la situation antérieure ;
- ces événements, exceptionnels et soudains, doivent générer des réactions de stress pouvant induire des troubles aigus avec des comportements individuels et collectifs qui peuvent être très perturbés et mettre en danger la sécurité des personnes ou désorganiser les secours.

Ces circulaires permettent de définir précisément le fonctionnement des CUMP : leur constitution, les modalités de participation et de formation des volontaires, les modalités d'intervention, les modalités de valorisation de l'activité et de l'indemnisation du personnel mobilisé ainsi que l'animation et la coordination technique. À partir de 2013, les pouvoirs publics consolident la légitimité des CUMP par la publication d'un décret relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles (149) et de plusieurs arrêtés publiés le 24 février 2014 (150).

Le décret du 7 janvier 2013 (149) relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles inscrit l'urgence médico-psychologique dans le code de la santé publique et permet de répondre aux objectifs suivants :

- consolider le dispositif existant des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique ;
- mieux positionner l'urgence médico-psychologique dans l'offre de soins sous la responsabilité de l'ARS et rattacher cette activité à l'Aide Médicale Urgente ;
- normaliser le fonctionnement des CUMP et assurer la protection des professionnels de santé volontaires ;
- coordonner l'activité des CUMP ;
- clarifier le financement du dispositif ;
- redynamiser l'animation territoriale et nationale.

Ce cadre réglementaire permet de disposer, sur l'ensemble du territoire, d'un réseau national de l'urgence médico-psychologique, cohérent et homogène, composé d'équipes pluridisciplinaires, associant, d'une part, des professionnels spécialistes et compétents en santé mentale formés sur la base d'un référentiel national et, d'autre part, des volontaires aptes à intervenir dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique.

L'ensemble des CUMP sont gérées par les Agences Régionales de Santé qui veillent à la cohérence des schémas type des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique de la région. L'ARS est chargée d'organiser le dispositif de l'urgence médico-psychologique (recrutement des volontaires, modalités d'interventions...) et s'assure qu'il couvre l'ensemble du territoire régional. Les textes publiés en 2014 arrêtent qu'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique est constituée au sein de l'établissement de santé siège du service d'Aide Médicale Urgente. Chaque région dispose d'une CUMP régionale composée de personnels et professionnels spécialistes ou compétents en santé mentale, affectés pour tout ou partie de leur activité à la CUMP. Cette cellule est constituée au sein de l'établissement de santé siège du service d'Aide Médicale Urgente situé dans le chef-lieu de la région. Elle est chargée de coordonner les CUMP départementales (151).

Le législateur fait la distinction entre deux types de CUMP :

- les CUMP dites « régionales », constituées dans l'établissement de santé siège du SAMU situé dans le chef-lieu de la région ;
- les CUMP dites « renforcées », constituées dans les établissements de santé sièges de SAMU désignés par l'ARS sur la base de certains critères (l'activité de l'urgence médico-psychologique au sein de la région, la population, la présence sur leur territoire de risques exceptionnels).

L'animation territoriale du réseau des CUMP est organisée au niveau de la zone de défense avec l'appui des CUMP régionales de la zone en question.

L'instruction du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique liste un certain nombre de missions concernant les CUMP lorsqu'elles interviennent sur le terrain (152) :

- mettre en place un ou plusieurs PUMP installés dans la mesure du possible à proximité du Poste Médical Avancé ;
- assurer la traçabilité des victimes prises en charge dans les PUMP ;
- prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats aux victimes et à toute personne impliquée dans l'événement, y compris les professionnels de santé et les sauveteurs, et de faire évacuer, après régulation par le SAMU, les victimes nécessitant une hospitalisation vers les établissements de santé ;
- délivrer un Certificat Médical Initial (Annexe VIII) décrivant des lésions médico-psychologiques observées et la note d'information (Annexe IX et X) aux victimes prises en charge dans les PUMP ;
- organiser, en lien avec le SAMU, une réponse médico-psychologique téléphonique (PUMP téléphonique) afin d'apporter une réponse adaptée aux victimes ;
- dispenser des soins post-immédiats aux patients le nécessitant et les orienter, le cas échéant, vers un dispositif de suivi adapté. Les soins prodigués par les psychiatres, psychologues et infirmiers de la CUMP sont consignés dans un dossier de soins pour chaque patient pris en charge (Annexe XI).

Le réseau national de l'urgence médico-psychologique est donc composé d'équipes de professionnels volontaires de l'urgence médico-psychologique, présentes dans chaque département en lien avec le SAMU et régulées par l'ARS. Elles interviennent sur le terrain auprès des victimes d'un événement potentiellement traumatique dans une situation de crise sanitaire.

1.2 Intervention de crise

Une crise se définit comme une situation aiguë, où les capacités de régulation habituelles des personnes concernées et de l'institution exposée sont débordées, ayant des conséquences importantes et plus ou moins durables sur l'institution comme sur les personnes impliquées dans cet événement (84).

En 1906, le psychiatre Allemand H. STIERLIN, fut le premier à décrire les procédures d'intervention de crise suite à des catastrophes minières (26). En 1952, F.C THORNE, dans son éditorial consacré à la définition des premiers secours psychologiques, défendait l'idée qu'il pouvait exister, à l'instar des urgences somatiques, de véritables urgences psychiques qui nécessitaient une réponse de soins immédiate. Il définissait alors les premiers secours psychologiques comme une approche qui s'appuie sur un certain nombre de méthodes qui agissent essentiellement sur les symptômes (26) :

- la *réassurance* ;
- la *suggestion* peut être utilisée pour aborder des symptômes aigus qui requièrent une attention immédiate ;
- le *catharsis* peut sauver l'esprit de personnes submergées par des tensions aiguës ;
- la *persuasion*, le *conseil* et autres méthodes de *soutien* peuvent aider le sujet à affronter des problèmes situationnels aigus qui dépassent ses ressources.

De nos jours, les interventions médico-psychologiques d'urgence continuent à se référer à ces préceptes. Elles interviennent pour assurer aux victimes le réconfort et la consolation, la protection physique, l'approvisionnement en nécessités physiques, le rapprochement avec leur réseau social, l'offre d'un soutien, le rétablissement d'un sentiment de sécurité, l'utilisation des réseaux communautaires et sociaux et l'orientation vers des réseaux de soutien à moyen terme. Cette intervention permet également le tri et l'orientation des personnes qui en ont le plus besoin et la possibilité d'une ventilation émotionnelle de leur expérience. La verbalisation centrée sur les émotions étant un moyen d'acquérir une maîtrise mentale des souvenirs traumatiques, cette acquisition peut ainsi permettre de désamorcer préventivement les éventuelles difficultés post-traumatiques.

Chaque crise est différente. Ainsi, même si l'expérience passée offre aux intervenants des lignes de conduite, elle ne leur permet pas de faire reposer leur intervention sur des protocoles prêts à l'emploi. Au contraire, elle les oblige à innover selon les moyens disponibles au moment de la crise (26). J.T. MITCHELL énonce plusieurs principes directement destinés aux intervenants afin d'améliorer l'efficacité de leur intervention (153). Il recommande :

- de rester dans les limites de ce que l'on sait faire et de ne rien faire pour lequel nous n'ayons pas été formés ;
- de toujours s'assurer du respect des besoins de base des rescapés et de leur sécurité physique avant de commencer quoi que ce soit d'autre ;
- d'éviter d'aborder tout thème de discussion que l'on ne peut refermer dans le temps de la prise en charge.

De plus, il atteste que l'intervention de crise ne constitue pas une psychothérapie et ne pas en être considérée comme un substitut. C'est pourquoi, en cas de besoin, l'intervention immédiate des CUMP ne pourra jamais se substituer à un suivi psychothérapeutique pérenne. Un des objectifs de l'intervention des CUMP est d'apaiser le stress, l'angoisse et d'agir sur les symptômes générés par la confrontation avec l'événement traumatogène. Un autre objectif est d'agir sur la souffrance psychique, notamment en atténuant les sentiments d'isolement, d'abandon et d'impuissance. Il s'agit également d'aider les rescapés à réintégrer au mieux leur vie, de les aider à restaurer leur fonctionnement adaptatif (26).

2. Rôle et organisation des CUMP : la prise en charge immédiate des blessés psychiques

Nous allons maintenant aborder l'organisation des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique, leur fonctionnement dans la période immédiate (triage des impliqués, defusing, thérapeutique médicamenteuse, prise en charge des enfants) et dans la période post-immédiate avec les interventions psychothérapeutiques post-immédiates.

2.1 Organisation sur le terrain

Comme nous l'avons évoqué, les services médicaux en situation sanitaire exceptionnelle sont organisés selon le plan ORSEC NoVi en chaînes de secours qui assurent le ramassage, l'évacuation vers le PMA, le triage puis l'orientation des victimes vers les hôpitaux, mobilisés selon le plan ORSAN AMAVI et le Plan Blanc.

L'intervention des professionnels de l'urgence médico-psychologique est une intervention de terrain. L'équipe d'intervention CUMP est placée sous l'autorité du DSM et s'installe au PUMP, à proximité du PMA. Leurs interventions sont intégrées dans les plans de secours et coordonnées, d'une part, avec les interventions des médecins urgentistes et, d'autre part, avec les actions de soutien psycho-social effectuées par les personnels secouristes et sociaux de la Protection Civile, de la Croix-Rouge et de l'INAVEM (accompagnement social et juridique de la victime). Cette intervention a une fonction d'accueil et de soutien. Elle contribue à la coordination de l'intervention des services de secours et de soins. Elle offre une prise en charge spécialisée en phase immédiate aux personnes impliquées dans l'événement ainsi qu'aux sauveteurs affectés. Les soins immédiats sur le lieu du sinistre doivent être insérés dans un processus de soins médico-psychologiques dont ils ne sont que l'étape la plus précoce.

Lors de la phase suivante, post-immédiate (2 jours à un mois après l'événement), les CUMP réalisent des évaluations cliniques, des interventions thérapeutiques (intervention psychothérapeutique post-immédiate, consultations, suivis brefs) et des orientations vers des soins adaptés en fonction de la problématique, du moment et du réseau de soin territorial existant.

2.2 Triage des Impliqués

Le terme de « tri » est utilisé par la médecine de catastrophe mais également dans le cadre de l'urgence médico-psychologique où il s'agit de repérer et protéger rapidement les blessés en état de stress dépassé dont la capacité à se protéger eux-mêmes et à rester insérés dans un tissu social soutenant est plus ou moins altérée, selon le degré de l'impact traumatique.

2.2.1 Catégorisation des victimes (154)

Afin d'organiser au mieux le triage des blessés psychiques, il a été nécessaire de pouvoir les classer en fonction de leur degré de « proximité » vis-à-vis de l'événement traumatogène. Ce classement est résumé sur la *figure 2.5* (26).

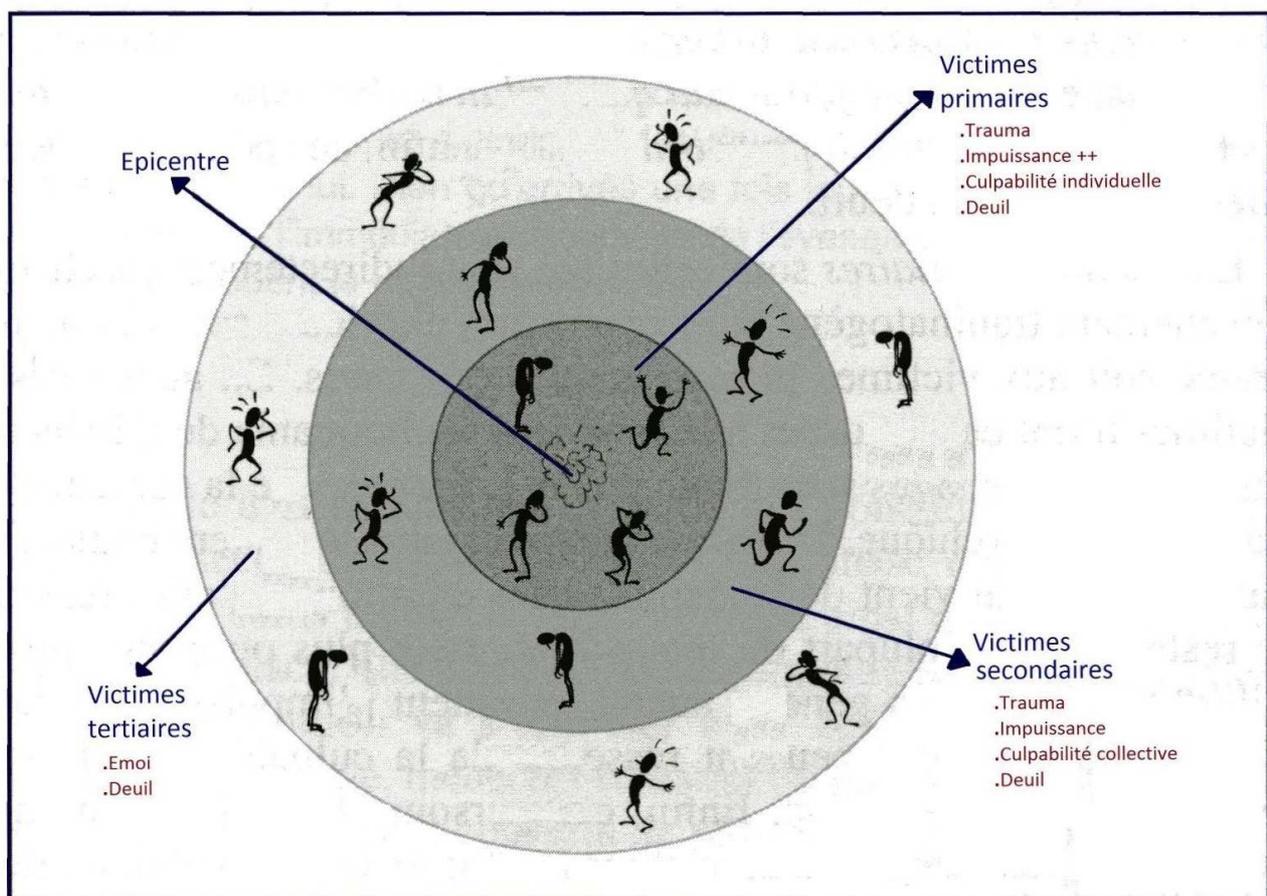


Figure 2.5 Catégorisation des victimes

Les victimes *primaires* (victimes directes) sont celles les plus directement impliquées dans l'événement traumatogène. Il est désormais admis que plus l'exposition traumatique est forte, plus grande est la probabilité de souffrir de conséquences post-traumatiques. Les sentiments d'impuissance et de culpabilité individuelles risquent, par la suite, d'être d'intensités très élevées.

Les victimes *secondaires* (victimes indirectes) sont les observateurs des effets immédiats de l'événement traumatogène qui a affecté les victimes primaires. Leur sentiment d'impuissance est souvent moins important que les victimes les plus exposées. Le sentiment de culpabilité ressenti, quant à lui, est plutôt de nature collective.

Les victimes *tertiaires* sont celles qui sont indirectement touchées par l'événement au travers d'une exposition ultérieure, soit à la scène de la catastrophe, soit aux victimes primaires et secondaires. Ce sont, par exemple, les membres de la famille d'une victime, les sauveteurs ou des collègues absents du lieu du drame.

Soulignons que, pour les victimes primaires et secondaires, les soins doivent être délivrés par des professionnels de santé mentale formés à la question du psychotraumatisme. Les victimes tertiaires ont le plus souvent besoin d'un soutien et d'une écoute bienveillante et empathique. Cependant, cette troisième catégorie de victimes comporte également des sujets susceptibles de développer des troubles post-traumatiques selon la nouvelle définition du DSM-V. Nous discuterons ultérieurement de la question du repérage et de la prise en charge de ces blessés psychiques.

2.2.2 Critères de sévérité et degrés d'urgence

L. JEHEL définit des critères de gravité (*figure 2.7*) qui doivent être validés par un psychiatre, avant toute décision thérapeutique ou d'orientation. Selon ces critères, il détermine trois types d'urgences psychia-

triques : l'urgence absolue, l'urgence relative et les impliqués non-urgents, illustrés sur la *figure 2.6* ci-dessous (57) (155)

Le contexte de l'évènement est à considérer en premier. Le caractère menaçant, le nombre de décès et la violence de la situation sont des facteurs de risque bien établis (156). Il convient alors d'apprécier le degré d'exposition et la situation de la victime par rapport à l'évènement. Il est également indispensable de prendre en compte si un proche a été blessé, est décédé ou a disparu. Le critère de jugement de cette gravité de l'état clinique est l'évaluation systématique par le professionnel clinicien par un outil tel que la **CGI** (Impression Clinique Global, annexe XII). Cette échelle est utile car elle permet une évaluation globale ponctuelle de la gravité du trouble (157).

L'échelle **STRS** (Shortness of breath, Tremulousness, Racing heart, Sweating (Annexe XIII)) permet d'évaluer l'hyperadrénergisme péritraumatique(158). Rappelons qu'une hyperadrénergisme péritraumatique est caractérisé par une tachycardie ($FC > 90$) et est prédictive d'une évolution vers un TSPT.

Concernant les antécédents, il s'agit notamment de questionner la présence d'un événement traumatique antérieur, d'une dépression, de conduites addictives, d'un autre trouble psychiatrique ou d'une prise antérieure d'un médicament psychotrope (54).

La situation sociale de la victime est à évaluer car nous savons que la qualité de l'étayage social après un accident traumatogène est un facteur de protection face au risque de développer des séquelles post-traumatiques. Il est alors utile de se poser les questions suivantes : la personne dispose-t-elle d'un hébergement proche du lieu de la catastrophe ? Est-il accessible ? Sa situation économique est-elle satisfaisante ou précaire ? Se trouve-t-elle mise en péril par la catastrophe ?

Il est utile de repérer les facteurs de protection et les ressources internes dont la personne dispose (état de santé antérieur, niveaux éducatif et professionnel) qui seront pour le sujet des facteurs de protection vis-à-vis du développement d'un trouble ultérieur.

	Urgence Absolue Psychiatrique (UAP)	Urgence Relative Psychiatrique (URP)	Impliqué Non Urgent (INU)
Décisions thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> - entretien individuel par un psychiatre : action psychothérapeutique pour réduire la charge émotionnelle si le patient est accessible - prescription pharmacologique 	<ul style="list-style-type: none"> - entretien individuel par un psychiatre : action psychothérapeutique pour réduire la charge émotionnelle - prescription pharmacologique éventuelle - intervention individuelle ou en groupe - information sur les possibilités évolutives des symptômes et la conduite à tenir - information sur les risques de conduites addictives 	<ul style="list-style-type: none"> - intervention en groupe - action collective pour réduire la charge émotionnelle - information sur les possibilités évolutives des symptômes et la conduite à tenir - information sur les ressources médicales, psychologiques, sociales, associatives et juridiques
Surveillance	par demi-heure, par un infirmier, un psychologue ou un médecin selon la gravité : risque de troubles du comportement ou de suicide	régularité à déterminer individuellement selon l'état et le niveau de ressources du patient	<ul style="list-style-type: none"> - vigilance pendant le temps de présence sur le site, surtout si de nouvelles informations graves surviennent - en cas de malaise ou de douleurs subites, en informer immédiatement les secours somatiques
Orientation	hospitalisation libre, voire sans consentement	orientée vers une consultation spécialisée ou une hospitalisation si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> - vers le médecin généraliste - donner les coordonnées de consultations spécialisées

Figure 2.6 Catégories de triage psychiatrique

	Critères de sévérité	Évaluation à répéter
Type d'événement	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de morts élevé - décès d'enfants (quantifier) - acte de terrorisme ou de guerre - désorganisation sociale - menace de répétition de l'événement 	l'information peut être modifiée secondairement
Exposition à l'événement	<ul style="list-style-type: none"> - blessé par l'événement - physiquement exposé à la menace - durée de l'exposition ou de l'attente - parent ou proche d'une personne ayant été menacé ou suspecté de l'être - professionnels des équipes de secours 	l'information de l'implication d'un proche peut être différée
CGI (Impression Clinique Globale)	<ul style="list-style-type: none"> - validé par un médecin sur une échelle de 0 à 7 : - score 6 à 7 : nécessite de considérer comme une UAP 	à répéter selon la gravité et les règles de surveillance
Signe de choc psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - sidération motrice - sidération cognitive - sidération émotionnelle - agitation psychomotrice - comportement cognitif ou moteur inadapté - sentiment d'irréalité ou d'impuissance persistant - sensation d'horreur persistante - flashbacks persistants - propos délirants - réaction émotionnelle de détresse très douloureuse par l'expression faciale et le langage - réaction émotionnelle par l'expression faciale et le langage dissociée de la gravité du contexte 	à répéter selon la gravité et les règles de surveillance
État clinique somatique	<ul style="list-style-type: none"> - blessé - handicap ou maladie antérieurs à l'événement 	surveillance spécifique
Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> - de pathologie psychiatrique - de traumatisme psychique - d'événement de vie à caractère traumatogène 	

Figure 2.7 Critères de sévérité à évaluer

Au-delà de l'évaluation des facteurs de risques et des critères de sévérité, un des aspects importants lors de la rencontre avec ces victimes est de créer du lien en les invitant à verbaliser au sujet de leur expérience. C'est pourquoi, en France, les CUMP mettent en place le defusing que nous allons à présent détailler.

2.3 Intervention médico-psychologique immédiate et defusing

Les anglo-saxons désignent par « defusing » les interventions psychologiques immédiates sur les lieux des accidents ou des sinistres. Sa traduction littérale française est « désamorçage » mais L. CROCQ lui préfère le terme de « déchoquage immédiat » (25). Il s'agit d'une démarche proactive par laquelle le thérapeute va au devant de la victime, qui n'est pas en état de formuler une « demande » au sens de la psychiatrie traditionnelle. N. PRIETO et F. LEBIGOT soulignent le caractère d'accompagnement du patient basé sur la réassurance, la restauration d'un premier soutien psychologique de base, un étayage et une contenance. Le defusing représente un temps inaugural de verbalisation offert au sujet. L'objectif circonscrit par ces deux derniers auteurs se définit comme une *verbalisation émotionnelle immédiate* (159). F. LEBIGOT décrit deux fonctions au defusing : une fonction d'accueil qui permet de restaurer le sentiment d'appartenance des victimes, de les situer dans l'*ici et maintenant*, de *réintégrer les victimes au monde des vivants* (17) et une fonction d'interlocution. Selon J. MITCHELL, cette intervention a pour but de neutraliser une situation ou d'éloigner toute source d'embrassement d'une situation pénible avant qu'elle ne devienne une *bombe émotionnelle* (153).

Dans un premier temps, l'intervention immédiate vise à réguler les envahissements d'affects par, selon l'expression de L. CROCQ, une *maïeutique des émotions* (160) c'est-à-dire une décharge émotionnelle liée à une mise en représentation. Cela suppose la reconstitution progressive des enveloppes psychiques primaires de la victime, la mise en place d'un cadre contenant et sécurisant ainsi que la promotion de l'expression des affects. Cette régulation nécessite la construction d'un espace de type transitionnel (161) où l'affect peut s'exprimer sans menace de représailles et sans qu'il soit synonyme d'effondrement

psychique irréversible. Cet espace ne peut être ni pédagogique, ni éducatif, ni interprétatif mais un lieu à la fois physique et psychique où la *pensée puisse se penser dans ses expressions premières tonico-émotionnelles* (162). Il s'agit ensuite de promouvoir, au sens psychodynamique, des processus psychiques de liaison entre les affects et les représentations (la dissociation péritraumatique en est l'exemple inverse). Cette promotion ne peut avoir lieu sans le préalable d'un espace « suffisamment bon » (161) où le thérapeute joue le rôle de *porte-parole* et de *porte-pensée*. Ce *portage* est synonyme d'étayage, de maintien et de soutien. Cette médiation thérapeutique est à l'image de la transformation des éléments « bêta » impensables en éléments « alpha » pensables selon le modèle de W.R. BION, un « appareil à penser la pensée » (163).

Ainsi l'intervention médico-psychologique immédiate vise à obtenir une *normalisation* de l'expérience traumatogène c'est-à-dire qu'elle vise à permettre aux blessés psychiques de comprendre que les symptômes qu'ils présentent et les ressentis qu'ils éprouvent sont classiques dans un tel contexte et qu'ils ne sont pas les seuls à présenter une telle souffrance. Les professionnels des CUMP tentent de restaurer les processus cognitifs des blessés qui ont été perturbés lors de l'événement. Ils cherchent à situer les rescapés dans l'après-événement, à ce qu'ils retrouvent leurs repères socio-environnementaux et à ce qu'ils puissent développer des attentes positives sur l'évolution post-événementielle. Pour cela il s'agit, dès l'aigu, de pouvoir mettre une parole, des mots signifiants sur l'expérience qui a été traversée, d'encourager la verbalisation de leurs émotions et de reconnaître leur souffrance sans les déculpabiliser ni dédramatiser la situation. Le thérapeute sollicite le récit de l'événement traversé, aide les victimes à trouver des mots et soutient leur narration.

Au-delà de l'événement en lui-même, soulignons qu'il est nécessaire de rencontrer chaque victime dans sa singularité, en positionnant l'expérience traumatogène autour de tout ce qui la constitue en pré- et post-traumatique. L'abord des victimes doit être proactif, empathique, rassurant, et non-intrusif. Cette fonction d'interlocution bienveillante permet un soulagement émotionnel et peut également permettre le partage

des sentiments des rescapés et la prise de conscience de leurs similarités interindividuelles. Par ailleurs, cet échange a d'autres fonctions. Tout d'abord c'est une occasion pour observer et surveiller les blessés psychiques, évaluer leurs risques psychopathologiques et la nécessité d'une mise en place d'une procédure de soutien post-immédiate adaptée. Cette rencontre est également l'opportunité pour tisser du lien entre le sujet et ses proches, la question du soutien social étant, comme nous l'avons évoqué, importante vis-à-vis du risque de développement de troubles ultérieurs.

Par ailleurs, les professionnels des CUMP ont également un rôle de psycho-éducation vis-à-vis des victimes dont les objectifs sont de donner une information claire sur les troubles présentés par le patient et leurs risques évolutifs. Souvent, il convient d'utiliser des métaphores compréhensibles par le patient en fonction de son âge et de sa culture. Enfin, une note d'information qui reprend l'ensemble de ces éléments est délivrée aux victimes, sur laquelle sont également mentionnées les coordonnées des consultations généralistes et spécialisées auxquelles ils pourront alors s'adresser (Cf Annexes IX et X).

2.4 Les thérapeutiques médicamenteuses

Anxiété, hyperéveil, réactions de sursauts, souvenirs intrusifs, épisodes de dissociation ou d'agitation, troubles du sommeil ou cauchemars... Certains de ces symptômes, initialement contemporains d'une réaction de stress utile et adaptative, peuvent persister et sont alors reconnus comme favorisant le développement de troubles psychotraumatiques ultérieurs (78) (121). L'apparition de ces manifestations cliniques peut nécessiter le recours à des thérapeutiques médicamenteuses.

Les objectifs de cette thérapeutique vont être les suivants : contrôler le climat d'hyperadrénégie, l'hyperexcitation glutamatergique et l'hyperéveil, éviter les phénomènes d'hyperencodage mnésique ainsi que l'hypermotivation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Au-delà de la prévention de troubles post-traumatiques, (164) le contrôle de ces symptômes dans les suites immédiates du sinistre va permettre un soulagement psychique rapide des victimes. En l'absence de recommandations scientifiques claires et

consensuelles, cette prescription doit être symptomatique, prudente, ponctuelle et contrôlée (57). La neurobiologie des troubles psychotraumatiques est complexe. Le modèle neurobiologique que nous avons exposé nous aide à comprendre pourquoi les molécules utilisées sont efficaces. Plusieurs molécules peuvent être proposées, nous n'exposerons dans ce chapitre que les molécules les plus utilisées en pratique, d'autres molécules seront évoquées plus loin.

2.4.1 Axe adrénergique

Le modèle neurobiologique que nous avons présenté nous aide à mieux comprendre l'utilisation en pratique de certaines thérapeutiques médicamenteuses. Il indique que les cibles d'action thérapeutique éventuelles concernent l'axe adrénergique. Parmi les molécules ayant une action sur le système adrénergique, certaines ont une intervention directe sur la transmission de la noradrénaline, comme la prazosine et le propranolol, d'autres interviennent sur les modulations de sa transmission via le GABA.

2.4.1.1 Le propranolol

Il s'agit d'un bloqueur β_1 - et β_2 - adrénergique non-sélectif qui agit à la fois sur le système nerveux central et le système nerveux périphérique. La revue Sciences et Avenir, en Mai 2006 la nommait la « pilule anti-trauma ». D'autres journalistes ont renchéri : « voici la pilule de l'oubli » (165). Il semblerait que le propranolol joue un rôle bénéfique au niveau des phénomènes de reconsolidation mnésique (166). Ce serait le blocage des récepteurs β -adrénergiques du système nerveux central plutôt que du système nerveux périphérique qui serait responsable de l'effet du propranolol. Une étude en neuro-imagerie fonctionnelle a démontré que le propranolol réduisait l'activité de l'amygdale lors de l'encodage de stimuli émotionnels (167).

Cette molécule a été testée dans une étude contrôlée de R. PITMAN, où elle a été administrée dans les six heures suivant l'événement traumatogène à la dose de 40 mg versus un placebo, trois fois par jour pendant 10 jours (164). Les scores totaux de TSPT dans les 2 groupes ne différaient pas à 1 et 3 mois, mais le

groupe de patients ayant bénéficié du propranolol présentait une réactivité psycho-physiologique significativement moindre lorsqu'ils étaient confrontés à des images symbolisant ou représentant le moment traumatique. Par la suite, F. TAYLOR et L. CAHILL ont décrit l'efficacité du propranolol, prescrit dans les 48 premières heures qui suivaient l'événement traumatogène, sur les symptômes psychotraumatiques émergents (168). Une étude du CHRU de Lille menée par G. VAIVA et F. DUCROCQ a également démontré l'intérêt de l'emploi du propranolol dans la réduction de l'intensité de la symptomatologie psychotraumatique (169).

Soulignons que d'autres études n'ont pas été dans ce sens. Dans un essai clinique contrôlé randomisé en double aveugle, M.B. STEIN et ses collègues (170) n'ont pas trouvé de différence significative entre les patients ayant reçu du propranolol versus ceux ayant reçu un placebo, à 4 et 12 semaines du trauma. Cependant, dans cette étude, le propranolol était administré 48h après l'évènement traumatogène, alors qu'il était administré plus précocement dans les études de R. PITMAN (dans les 6 heures) et de G. VAIVA (dans les 20 minutes). Ceci suggère que, pour être efficace, l'administration de cette molécule doit se faire le plus précocement possible après l'exposition traumatique avec pour objectif d'interférer précocement avec les mécanismes d'encodage et de consolidation mnésique.

2.4.1.2 La prazosine

La prazosine est un antagoniste des récepteurs α_1 -adrénergiques. Des récepteurs α_1 -adrénergique sont présents au niveau du système nerveux central, spécifiquement dans les zones de réponse à la peur et d'encodage mnésique (171). Traditionnellement, cette molécule est utilisée pour soigner l'hypertension ou l'hyperplasie bénigne de la prostate. Bien que le mécanisme d'action de la prazosine dans le contexte du psychotraumatisme soit peu connu, cette molécule a montré son efficacité sur la réduction des cauchemars traumatiques (172) (173). Une revue de la littérature publiée en 2016 affirme l'efficacité de cette molécule sur la réduction des cauchemars traumatiques, les conduites d'évitements et l'hypervigilance (174).

2.4.1.3 Les benzodiazépines

Le GABA est un neurotransmetteur cérébral inhibiteur qui participe à l'inhibition physiologique des transmissions adrénérgiques au niveau de l'amygdale. Des taux plasmatiques bas en GABA après un événement traumatique ont été mis en relation avec le développement ultérieur de troubles post-traumatiques (117).

Les benzodiazépines se fixent spécifiquement sur le récepteur GABA-A et favorisent l'effet du GABA. Ainsi, nous pourrions légitimement penser que l'utilisation de molécules de la famille des benzodiazépines chez des sujets présentant un Trouble de Stress Aigu pourrait être efficace dans la prévention du développement d'un TSPT. Cette idée a été remise en question dans une étude qui suggère que leur utilisation en traitement immédiat peut être associée à des taux élevés de troubles post-traumatiques ultérieurs (175). D'autres études mettent en évidence non seulement l'absence de bénéfice de cette classe de médicaments dans la prévention du TSPT (176) mais rapportent également des taux de TSPT à 6 mois plus importants chez les sujets ayant bénéficié d'un traitement par benzodiazépines. De plus des études ont retrouvé, d'une part, une exacerbation de troubles du comportement et, d'autre part, un effet rebond avec une exacerbation des symptômes psychotraumatiques à l'arrêt de ces traitements (116).

Rappelons par ailleurs que l'usage des benzodiazépines expose à un risque de dépendance, qui semble majoré chez ces sujets. Malgré tout, dans la période péritraumatique précoce, le praticien peut être confronté à des situations aiguës, marquées par un état anxieux majeur justifiant la prescription d'anxiolytiques. Si nécessaire, la prescription de benzodiazépine se doit d'être ponctuelle et contrôlée.

2.4.2 Axe histaminergique

Les neurones histaminergiques se situent dans l'hypothalamus antérieur et ont des projections vers diverses structures cérébrales dont l'amygdale. Leur activation par l'histamine joue un rôle dans le maintien de la vigilance, les états d'éveil, les réponses cognitives au stress ou les phénomènes de conditionnement de la peur (116). L'hydroxizine a un effet anti-histaminique H-1. Le blocage histaminergique par l'hydroxizine représente un double intérêt :

- éviter la mise en place des phénomènes de conditionnement au niveau hippocampique ;
- contrôler le retentissement de l'hyperadrénergisme sur l'amygdale.

Par ailleurs, cette molécule réduit le climat d'hyperadrénergisme en diminuant la fréquence cardiaque et a une efficacité anxiolytique (116). Ainsi, dans le trouble anxieux généralisé, il semblerait que l'efficacité de l'hydroxizine soit équivalente à celle des benzodiazépines (177). Soulignons que cette molécule est très bien tolérée et a peu d'effets collatéraux sur les fonctions supérieures (57). L'hydroxizine doit être prescrite précocement, dans les premières heures qui suivent l'exposition traumatogène à une dose allant de 50 à 100 mg/jour chez l'adulte.

Il s'agit d'une molécule efficace, très utilisée en pratique par les professionnels de l'urgence médico-psychologique. Cependant, à ce jour, il n'existe que peu d'études évaluant son efficacité dans la prévention du Trouble de Stress Post-Traumatique. Dans une étude comparant l'hydroxizine versus placebo et versus prazosine, il a été montré que l'hydroxizine était plus efficace que le placebo sur l'amélioration du sommeil et notamment la diminution des cauchemars traumatiques. Cependant la prazosine était plus efficace que l'hydroxizine sur la réduction de ces mêmes symptômes (178).

2.5 La prise en charge des enfants

Les enfants exposés à un événement potentiellement traumatique sont susceptibles de manifester des troubles immédiats ainsi que des troubles post-immédiats et chroniques. C'est pourquoi il est nécessaire d'être attentif aux victimes les plus jeunes et de pouvoir leur apporter, au même titre que les adultes, une prise en charge adéquate au plus près de l'évènement.

L'intervention médico-psychologique immédiate chez l'enfant a des objectifs similaires de celle destinée aux adultes mais présente aussi des spécificités. La technique de defusing adaptée à l'enfant se déroule, si possible, en trois temps :

- un temps commun avec ses proches (les caregivers),
- un temps avec l'enfant seul,
- un temps de restitution commun.

Souvent l'intervention demande deux professionnels et lors du deuxième temps, un des intervenants s'occupe de l'enfant pendant que l'autre reste avec les adultes. Il peut y avoir un temps dédié à la fratrie afin que chacun comprenne ce qui s'est passé pour les uns et les autres et évaluer ce qui a été compris de chacun.

Le temps d'expression exclusivement dédié à l'enfant ou à l'adolescent est indispensable car il permet la libération émotionnelle. Il est adapté en fonction des modalités d'expression de l'enfant. Ainsi, lorsque l'enfant joue, dessine, raconte, il met en scène ses émotions et nous montre les mécanismes qu'il utilise pour intégrer l'évènement traumatogène dans son univers et le rendre plus acceptable. Peu importe l'outil investi par l'enfant, ce n'est qu'un « support de sens » qui vient remplacer ce qui ne peut pas se dire. Le professionnel qui accompagne l'enfant est un « tuteur de sens » qui fonctionne comme un auxiliaire du travail psychique de symbolisation de l'enfant et il devient véritablement un « adulte transitionnel » au

sens attribué par D. WINICOTT pour décrire l'espace transitionnel entre la mère et son enfant : dans la vie de tout être humain il existe une troisième partie que nous ne pouvons pas ignorer, c'est l'*aire intermédiaire d'expérience* à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure (179). Ainsi, pour le thérapeute, il s'agit de crypter le sens latent qui apparaît derrière le contenu manifeste du jeu traumatique et de l'entendre comme une tentative de communication avortée entre l'enfant et le monde extérieur, et non pas comme une pure manifestation ludique. Rester à observer passivement un enfant qui a une activité de jeu traumatique, c'est le laisser seul face à sa souffrance et le condamner à subir la manifestation du trauma sans lui offrir de possibilité de s'en dégager (105).

Le dernier temps de la prise en charge est un temps commun avec l'enfant et ses caregivers. Il permet de reprendre auprès de ses proches ce que l'enfant nous aura autorisé à leur transmettre. Il est important de rappeler à l'enfant qu'il peut solliciter notre aide à tout moment et que certains troubles peuvent apparaître avec un certain délai.

Maintenant nous allons arrêter l'entretien. Ta vie ne se réduit pas à ce qui vient de se passer [rappel du type d'événement]. Tu avais ta vie avant et tu auras ta vie après... Ta vie est celle d'un garçon/d'une fille qui va à l'école, qui voit ses copains, qui fait ses activités, peut-être que tu penses qu'en parler ça va faire revenir toute la peur, toute la douleur... Je voudrais juste te dire une dernière chose : peut-être que tu vas rester longtemps sans y penser, plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois et peut-être qu'un jour, quand tu grandiras, certaines images reviendront, cette histoire que tu pensais oubliée viendra t'envahir la tête, te réveiller la nuit... Si cela t'arrive, c'est normal. Cela arrive souvent qu'on ne pense plus à certaines choses pendant longtemps et qu'elles finissent un jour par revenir à la mémoire : cela veut dire que ton corps se souvient, qu'il n'a pas oublié. Ce jour-là, peut-être que tu auras envie d'en parler (180).

Le thérapeute a également un rôle de guidance parentale. Il est primordial de pouvoir aider les parents à comprendre ce que ressent l'enfant, ses propres réactions face à l'événement traumatogène et leur donner certains conseils comme de reprendre rapidement une vie quotidienne normale ou de limiter l'exposition de l'enfant aux rappels de l'événement. Par ailleurs, les enfants sont très attachés au vécu interne de leurs parents, ce que les parents ont tendance à négliger. Il est donc important d'en informer les parents afin qu'ils soient vigilants à ne pas projeter leur propre vécu sur leurs enfants, c'est-à-dire penser que ce que leurs enfants vivent est du même registre que ce qu'ils éprouvent eux-mêmes. Il est également important d'expliquer aux enfants que les adultes aussi ont été touchés par l'événement, qu'ils peuvent être tristes de temps en temps et que ce n'est pas de leur faute.

2.6 L'intervention post-immédiate

L'intervention post-immédiate est envisagée une fois que le chaos émotionnel propre aux premières heures et aux premiers jours qui suivent l'événement se stabilise. Ce délai correspond classiquement à deux jours après l'événement potentiellement traumatique mais il est à évaluer en fonction de chaque individu. Cette intervention est représentée notamment par le débriefing. Nous verrons que c'est là un outil notion controversé qui a été très critiqué. Le débriefing n'est pas appliqué de la même manière dans tous les pays et il prend en France une forme singulière, celle de l'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (IPPI).

Le terme anglo-saxon de « débriefing » concerne les interventions s'adressant directement aux sauveteurs ou aux militaires. Cependant, ce débriefing est également mené par des professionnels spécialisés en psychotraumatologie lors de la prise en charge des sujets potentiellement traumatisés. Ce temps n'est qu'une étape et ne saurait suffire à résoudre toutes les situations de souffrance psychique. Les méthodologies anglo-saxonnes et leur adaptations françaises proposent un protocole rigoureux et édictent des principes à suivre dans un ordre précis pour une meilleure efficacité. C'est le cas pour les trois grands principes de

l'accueil de J.F. KATZ, dénommé par l'acronyme SVP (160). Comme l'indique la *figure 2.8*, le cadre doit être proposé tant sur le plan sanitaire que sécuritaire, l'écoute doit permettre une verbalisation et une validation du vécu émotionnel et l'objectif d'un retour à la vie civile est basé sur les principes de préparation et de prédiction de l'évolution des troubles.

Le cadre	S	2S	Sanitaire-Sécuritaire
L'écoute	V	2V	Verbalisation-Validation
Le retour à la vie civile	P	2P	Prédiction-Préparation

Figure 2.8 Principes de l'accueil de J.F KATZ

C'est J.T MITCHELL, pompier psychologue, qui, en 1983, fonde une méthode de débriefing centrée sur le récit narratif. En 1990, cette méthode est appelé TED (Traumatic Event Debriefing), puis CISD (« Critical Incident Stress Debriefing ») (154). Le but du « CISD » est de réduire les perturbations émotionnelles immédiates chez les pompiers et sauveteurs au lendemain des interventions difficiles et de faciliter la reprise des interventions et la bonne réinsertion au sein de leurs familles. Il est important de souligner que J.T. MITCHELL n'envisageait pas cet outil comme un outil thérapeutique. Le « CISD » s'appuie essentiellement sur la reconstruction cognitive de l'événement et sur l'information du caractère normal des pensées, réactions et symptômes manifestés à l'occasion de cet événement. L'auteur insiste sur le fait que l'on ne doit pas confronter d'emblée les sujets à leur vécu émotionnel. Il préconise donc de partir des faits pour aborder ensuite les pensées, puis les émotions et de finir par les informations et explications nécessaires (57). Le CISD de J.T. MITCHELL se déroule en sept phases qui sont reprises en Annexe XIV (84).

En France, le débriefing selon J.T. MITCHELL a subi de nombreuses controverses. En effet, il semblait difficilement imaginable de passer deux sessions de débriefing psychologique à aborder uniquement le factuel, la narration des faits, la *conceptualisation* des traumatismes et de laisser l'expression des affects,

des émotions, de la détresse émotionnelle aiguë ressentie par la victime pour la troisième ou quatrième séance (181). Soulignons que la définition initiale du débriefing selon J.T MITCHELL impliquait qu'il s'agisse d'une intervention de crise destinée à diminuer la détresse post-événementielle auprès des sauveteurs et non une intervention psychothérapeutique dirigée vers une prévention de la survenue de troubles post-traumatiques.

En France, les premiers débriefings ont été pratiqués après l'effondrement de la tribune du stade de Furiani en 1992 (pour les sauveteurs) et lors du détournement de l'airbus d'Alger, le 25 décembre 1994 (pour les victimes). Le débriefing selon J.T. MITCHELL a été repensé et le terme utilisé pour qualifier ces prises en charge auprès de sujets qui présentent des signes de souffrance psychotraumatique est celui d'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (182). C'est suite à la vague d'attentats parisiens en 1995 que s'est construit progressivement ce modèle d'intervention. L. CROCQ définit l'IPPI comme une activité au cours de laquelle le psychiatre et son équipe invitent le sujet ou le groupe de sujets impliqués dans un événement potentiellement psychotraumatisant à verbaliser leur expérience de cet événement, afin d'être en mesure de la maîtriser et d'éviter une évolution pathologique (10). Il définit les objectifs de soins suivant dix principes : (183)

- créer un sas intermédiaire entre le normal et l'anormal ;
- conforter le sujet ;
- inviter le sujet à verbaliser ses émotions : « *dites ce que vous ressentez, ne racontez pas ce que vous avez vu* » ;
- informer le sujet sur les symptômes passés, présents et à venir ;
- aider le sujet à gérer les sentiments d'impuissance, d'échec et de culpabilité ;
- renforcer la cohésion de groupe ;
- aider le sujet à se réapproprier l'événement ;

- préparer le sujet à affronter son milieu social antérieur ;
- détecter les sujets présentant une clinique post-traumatique sévère nécessitant un suivi ;
- inviter le sujet à penser au futur, à un *après-traumatisme*, entrouvrir l'idée que l'événement devra progressivement s'inscrire dans la continuité de son histoire de vie.

Le but est de faire comprendre aux participants qu'énoncer et penser l'événement n'équivaut pas à le revivre. L'IPPI favorise l'expression individuelle et la mise en commun de vécus subjectifs.

L'IPPI s'adresse strictement aux personnes qui viennent de vivre un événement potentiellement traumatique avec un degré d'exposition relativement homogène (effectif variable entre 3 et 15 participants). Le délai d'intervention, dans les deux heures à dix jours suivant l'événement, peut être éventuellement augmenté. La séance est réalisée dans un lieu neutre et sa durée est variable (1 à 3 heures). Cette intervention nécessite un minimum de deux intervenants formés à la méthode d'intervention thérapeutique, à la clinique du psychotraumatisme et à la dynamique de groupe. Les principes de base de l'intervention s'articulent autour de trois règles fondamentales énoncées au début de la séance :

- la confidentialité des propos échangés ;
- la participation volontaire ;
- l'engagement de tout le groupe jusqu'à la fin de la séance.

L'intervention se déroule en 3 phases :

- une première phase qui reprend le vécu subjectif de l'événement. Cette phase en groupe donne du sens sur ce qui a été vécu individuellement ;
- une seconde qui aborde les perturbations apparues à la suite de l'événement. Cette phase est fondamentale puisqu'elle permet aux professionnels de repérer les personnes les plus en souffrance ;
- une dernière, voie de dégagement qui oriente les participants vers l'avenir et les invite à envisager le futur en termes de changements (26).

Les contre-indications de l'IPPI ont été décrites par F. LEBIGOT (17). L'IPPI de groupe n'est pas recommandée à partir du moment où les participants n'ont pas été exposés de manière homogène à l'événement, entre les membres d'une même famille ou si une faute réelle a été commise par l'un des membres du groupe. L'IPPI peut être transposée à une prise en charge individuelle (184).

III. ANALYSE DU PARCOURS DE SOINS DES BLESSÉS

PSYCHIQUES EN SITUATION D'ATTENTAT :

L'ÉTUDE I.M.P.A.C.T.S (185)

Suite aux attaques terroristes de janvier 2015, l'ARS Île-de-France et l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) ont mis en place une enquête épidémiologique nommée I.M.P.A.C.T.S (Investigation des Manifestations traumatiques Post-Attentat et de la prise en Charge Thérapeutique et de Soutien). Cette étude est la première de ce type en France. Elle va nous aider dans l'analyse du parcours de soins des blessés psychiques lors de situations sanitaires exceptionnelles de type attaque terroriste.

A) OBJECTIFS

L'étude vise à mesurer les conséquences de cet événement sur la santé mentale des personnes impliquées et également à décrire les parcours de soins et l'accompagnement que ces personnes ont reçu dans les suites de l'évènement. La finalité de ce travail est de donner aux acteurs de santé publique des outils d'évaluation de l'impact de ce type d'évènement sur la santé mentale, d'améliorer la qualité de la prise en charge des blessés et de mieux répondre à de tels événements à l'avenir.

Les objectifs de l'étude étaient plus spécifiquement les suivants :

- identifier les facteurs de recours ou de non-recours à une prise en charge sanitaire ou d'accompagnement suite à cet évènement ;
- estimer, dans la population cible, la survenue de troubles post-traumatiques, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de conduites auto-agressives et de conduites addictives ;
- identifier les différents facteurs associés au risque de présenter 6 à 9 mois après cet attentat un TSPT ou une dépression et/ou des troubles anxieux (en l'absence de TSPT).

B) MÉTHODE

1. Généralités

Il s'agissait d'une enquête observationnelle transversale. Les caractéristiques de l'exposition, l'évolution précoce des troubles, les parcours de soins et d'accompagnement ainsi que les antécédents psychiatriques ont été explorés de façon rétrospective sur déclaration des enquêtés. L'évaluation des symptômes qui a été faite correspond aux symptômes présentés par les participants au moment de l'enquête, hormis les symptômes relevés rétrospectivement par les échelles PDEQ et STRS et qui correspondent aux symptômes péritraumatiques.

L'étude concernait les sujets âgés de plus de 16 ans impliqués dans les attaques des 7, 8 et 9 janvier 2015 perpétrées en Ile de France :

- attentat à la rédaction de “Charlie Hebdo”,
- fusillade et prise d'otage de l'hyper-cacher de la porte de Vincennes,
- fusillade de Montrouge,
- prise d'otage de Dammartin-en-Goële.

2. Recrutement

Une personne « impliquée » est définie comme une personne ayant été exposée aux attaques terroristes telle que décrite dans la dernière version du DSM-V (directement exposée, en tant que témoin direct, en tant qu'intervenant, en tant que proche d'une victime ou endeuillée par l'événement). Le recrutement et la passation des questionnaires ont eu lieu entre juin et octobre 2015.

2.1 Parmi les intervenants

La population d'étude comprenait les professionnels de l'Aide Médicale Urgente, les forces de l'ordre (avec la nécessité d'avoir touché ou vu les corps ou d'avoir parlé aux personnes impliquées et ce pendant les 12 premières heures après les événements) et les secouristes bénévoles ou professionnels. Le recrutement a été mis en oeuvre par le biais d'un courrier rédigé par l'InVS et transmis par mail de l'employeur à ses agents.

2.2 Parmi la population civile

Les impliqués comprenaient, dans cette étude, les blessés physiques, les otages, les témoins directement menacés ou présents physiquement sur les lieux des événements, les personnes indirectement menacées ayant dû se mettre à l'abri, les membres de la famille et proches des victimes, les personnes résidant ou travaillant à proximité immédiate des lieux des événements et présentes au moment des attaques.

Le recrutement de la population civile devait se faire à partir des listes constituées par les autorités et les systèmes de prise en charge :

- listes des CUMP,
- liste inter-ministérielle des forces de l'ordre,
- listes de la Protection Civile de Paris,
- listes des consultations de psychotraumatologie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
- listes de « Paris Aide aux Victimes » et autres associations.

Au final, l'étude n'en spécifie pas les raisons, mais seules les listes des CUMP et des consultations de psychotraumatologie ont pu être communiquées, ce qui pose la question d'un manque de communication entre les différents acteurs.

Les personnes de ces listes ont été contactées par les personnels volontaires des CUMP, leur proposant la participation à l'étude ainsi que la passation d'un questionnaire de pré-inclusion (Annexe XV) afin de recueillir les données socio-démographiques les concernant et de vérifier l'exposition effective aux événements concernés.

Par ailleurs, un recrutement à partir d'une enquête de terrain a été réalisé afin de compléter ces listes pour les témoins non-inclus dans les listes officielles (des lettres d'invitation à participer à l'étude ont été déposées dans les boîtes postales de tous les domiciles et entreprises proches des événements).

3. Évaluation

Dans un second temps, un questionnaire d'enquête a été réalisé en face-à-face par des psychologues formés à la psychotraumatologie. Ce questionnaire précise dans un premier temps les données socio-démographiques et l'identité de la personne évaluée. Ensuite, il se décompose en plusieurs parties, détaillées ci-dessous :

1) Étude de l'exposition

Les types d'exposition ont été évalués dans la population civile et la population intervenante selon des critères d'exposition objectifs et subjectifs que nous allons détailler.

1.1 Critères d'exposition objectifs

1.1.1 Parmi la population civile

L'exposition objective est évaluée selon la localisation de la personne au moment de l'attaque, en particulier en fonction de sa proximité immédiate ou non avec l'événement traumatogène mais aussi de ce qu'elle a effectivement vu ou perçu (dans la même pièce ou dans une pièce proche, dans le même bâtiment). Les auteurs ont ainsi défini différentes catégories d'exposition : les victimes directement

menacées, les témoins sur les lieux, les témoins à proximité et les sujets endeuillés ou proches de victime.

Nous allons détailler ces différentes catégories :

- **victimes directement menacées** : ce sont les personnes ayant été présentes sur place ou à proximité au moment des attentats et ayant eu au moins une des expositions suivantes :
 - avoir croisé le regard des terroristes,
 - avoir entendu la voix des terroristes,
 - avoir parlé avec les terroristes,
 - avoir vu une arme pointée directement contre soi-même,
 - avoir été pris en otage,
 - s’être fait tirer dessus,
 - avoir été hospitalisé à cause des blessures.

- **victimes témoins sur les lieux** : ce sont les personnes ayant été sur place ou à proximité au moment des attentats et qui ne font pas partie de la catégorie précédente. Elles ont eu au moins une des expositions suivantes :
 - avoir vu une arme pointée directement contre soi-même,
 - avoir vu du sang,
 - avoir vu des corps inertes ou morts,
 - avoir touché des corps inertes ou morts,
 - avoir vu quelqu’un être menacé, blessé ou mourir,
 - avoir entendu quelqu’un être blessé ou mourir,
 - avoir senti l’odeur de la poudre.

- **victimes témoins à proximité** : ce sont les autres témoins ne faisant pas partie des catégories précédentes.

- **personne endeuillée ou proche de victimes** : ce sont les personnes incluses en raison de leur lien de proximité affective (famille, ami intime) avec une personne tuée, blessée ou prise en otage lors des attentats et n'ayant eu aucune autre exposition lors des évènements.

1.1.2 Parmi la population intervenante

Les types d'exposition ont été évalués selon les critères suivants :

- **victimes directement menacées** : ce sont les personnes étant sur place au moment des attentats, et ayant eu au moins une des expositions suivantes :
 - avoir vu un terroriste pointer une arme sur soi,
 - avoir croisé le regard d'un terroriste,
 - avoir dû faire usage de son arme,
 - avoir été blessé,
 - s'être fait tirer dessus.
- **victimes indirectement menacées** : ce sont les personnes étant sur place au moment des attentats, ne faisant pas partie de la catégorie précédente et ayant eu au moins une des expositions suivantes :
 - avoir vu directement quelqu'un être menacé, blessé ou mourir,
 - avoir été bloqué physiquement ou dans l'impossibilité de fuir,
 - s'être senti impuissant par rapport au besoin des victimes,
 - avoir parlé avec les terroristes.
- **victimes impliquées** : ce sont toutes les personnes qui sont intervenues sur les lieux mais qui n'ont pas été directement ou indirectement menacées.

1.2 Critères d'exposition subjectifs

L'exposition subjective était évaluée vis-à-vis du ressenti et du vécu psychique de la personne interviewée par l'intermédiaire d'un ensemble de variables :

- niveau de l'implication ressentie au moment des évènements (côtée de 0 à 10) ;
- sentiment d'être ciblé par les attaques en raison d'une appartenance politique, religieuse, ethnique et/ou culturelle ;
- description du souvenir de la réaction du système nerveux central autonome (manifestations somatiques de la peur) lors de l'exposition aiguë à l'événement traumatique par le biais de l'échelle STRS ;
- description du souvenir du ressenti au moment des événements par le biais du questionnaire PDEQ, qui explore les symptômes dissociatifs péritraumatique.

2) Conséquences de l'événement

Les conséquences de l'événement étaient évaluées à travers le prisme d'une impossibilité de travailler, d'une consommation de substances psychoactives (tabac, alcool/cannabis) ainsi que par l'intensité avec laquelle les évènements ont affecté la vie sociale, familiale et professionnelle.

3) Antécédents

Les antécédents recherchés étaient : une exposition antérieure à un événement traumatisant et des antécédents psychiatriques. Dans la population intervenante, le niveau de préparation à la réponse au stress et au psychotraumatisme a été évalué.

4) Description du soutien psychologique après les évènements

Le soutien psychologique après les événements a été analysé par le biais d'une description : de la prise en charge post-immédiate, de la trajectoire de soins dans les jours qui ont suivi les événements ou encore de la prise d'un traitement sous forme d'une psychothérapie et/ou d'un traitement médicamenteux.

5) Autres éléments explorés

Les questionnaires se terminent par l'investigation des éléments suivants :

- description du parcours juridique après les événements,
- description du réseau de soutien social,
- étude des manifestations sanitaires associées aux événements : il s'agissait d'une exploration par le biais d'échelles d'évaluation des symptômes de TSPT, de dépression et d'anxiété. Cette approche dimensionnelle des troubles a permis de mesurer l'intensité des manifestations symptomatiques et de repérer les personnes qui, bien que présentant un tableau incomplet des troubles sus-cités, pouvaient présenter une souffrance clinique notable nécessitant d'être dépistée et prise en charge.

C) RÉSULTATS

Au total, 978 personnes ont accepté de répondre à l'étude : 752 étaient éligibles. Il a été comptabilisé 235 refus et 85 « sans suite » et au total 422 questionnaires ont été analysés (10 ont été exclus de l'analyse car ils n'étaient pas exploitables). Parmi les 422 personnes étudiées, 190 étaient des civils et 232 étaient des intervenants.

Les causes de refus étaient différentes entre les intervenants et les civils. Pour près de la moitié des intervenants, le motif de refus était le manque de temps. Concernant la population civile, le motif de refus retrouvé chez un tiers des participants était une souffrance encore présente ou la volonté de ne pas revenir

sur un évènement douloureux. Ces raisons peuvent être considérées comme des signes cliniques d'évitement cognitif qui sont, comme nous l'avons évoqué, des signes spécifiques d'un Trouble de Stress Post-Traumatique. Ainsi, nous pouvons nous questionner sur l'état de santé de ces rescapés et sur les moyens disponibles pour les amener aux soins. Nous pouvons même craindre qu'ils ne soient pas pris en charge.

Soulignons qu'un quart de la population civile a affirmé avoir été ciblée en raison de leur appartenance religieuse. Par ailleurs, environ un intervenant sur cinq a déclaré avoir été victime en raison de son appartenance à un groupe professionnel (près de la moitié des forces de l'ordre pensaient avoir été la cible du fait de leur métier).

Nous allons maintenant détailler les résultats de l'étude dans la population civile et dans la population intervenante.

1. Dans la population civile

1.1 Prise en charge par les CUMP

1.1.1 En phase immédiate

48 heures après les attaques, un peu plus de la moitié des personnes avaient bénéficié d'une prise en charge médico-psychologique par les CUMP avec un gradient selon l'exposition :

- le trois quart des personnes directement menacées,
- presque la moitié des témoins sur les lieux,
- un tiers des personnes témoins à proximité.

Cette prise en charge était très peu de leur initiative (7,1%) et les personnes consultaient d'autant moins de leur propre initiative qu'elles avaient été touchées :

- 17% des personnes témoins à proximité,
- moins de 5% des témoins sur les lieux et des personnes directement menacées.

Près de la moitié des personnes ayant eu une prise en charge à 48h avaient eu un contact avec plusieurs acteurs.

Ces résultats justifient la démarche pro-active des CUMP par leur intervention de terrain dans les suites immédiates d'un événement traumatogène afin de repérer et d'accompagner un maximum de blessés psychiques.

1.1.2 En phase post-immédiate

Un peu plus de la moitié des personnes avaient été prises en charge entre le 2^{ème} et le 7^{ème} jours. Cette prise en charge a été majoritairement assurée par les services médico-psychologique d'urgence :

- 45% des personnes ont été prises en charge par les CUMP,
- 9% par les services d'urgence de l'Hôtel-Dieu.

1.2 Résultats concernant le Trouble de Stress Post-Traumatique

Les auteurs ont observé une prévalence de TSPT proche de **18%** avec un gradient selon l'exposition :

- un tiers des personnes présentant un TSPT était des personnes directement menacées ;
- environ un quart des sujets qui présentaient un TSPT étaient des témoins directement présents sur les lieux des événements ou à proximité.

1.2.1 Facteurs de risques

Le diagnostic de TSPT était significativement associé au sexe féminin et semblait lié à l'importance du vécu subjectif de l'évènement, de l'hyperadrénergic et de la réaction d'horreur/effroi. Ce diagnostic était également statistiquement lié à la perception d'un isolement social par la personne impliquée. Ces liens sont concordants avec les études que nous avons évoqué précédemment.

Le diagnostic de TSPT était également lié à une exposition sensorielle importante des personnes directement menacées. Soulignons que le niveau d'exposition ressenti, l'hyperadrénergisme péritraumatique et les expériences de dissociation péritraumatique étaient plus élevés selon le degré d'exposition des victimes comme le montre la *figure 3.1*. De plus, les témoins sur les lieux ou à proximité des événements avaient un risque significativement inférieur de présenter ce diagnostic par rapport aux victimes directement menacées au moment de l'enquête.

Il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre la survenue de TSPT et les expériences de dissociation péritraumatique (*figure 3.1*). Cette absence de lien est en contradiction avec les résultats de nombreuses études, et notamment les méta-analyses de SHALEV (54) et al. et E.J. OZER (156).

Par ailleurs, il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre la prise en charge médico-psychologique urgente et le développement ultérieur de TSPT. Cette absence de lien n'est pas à comprendre comme une absence d'efficacité préventive de l'action des CUMP. La prise en charge médico-psychologique en urgence, sur le terrain, priorise de fait le ciblage des personnes les plus à risque de développer un Trouble de Stress Post-Traumatique dans l'avenir. Il s'agit en fait d'un biais de triage qui explique que les personnes prises en charge seront celles qui cumulent un maximum de facteurs de risques de développement de troubles ultérieurs. Ce résultat est donc plutôt à comprendre comme le reflet du fonctionnement efficient de l'intervention des CUMP.

1.2.2 Particularité des endeuillés et des proches de victimes

Étonnamment, pour les personnes incluses comme endeuillées ou proche de victimes, les auteurs de l'étude repèrent un impact traumatique à distance de l'événement et un taux de Trouble de Stress Post-Traumatique statistiquement comparable, voire légèrement supérieur, par rapport aux victimes directement exposées (35% versus 31%). Ce point particulièrement important sera abordé dans la dernière partie de notre travail.

Par ailleurs, le niveau d'exposition ressenti et les expériences de dissociation péritraumatique étaient plus élevés chez les sujets endeuillés ou proches de victimes que chez celles directement menacées. Comme nous l'avons vu, l'étude IMPACTS ne reconnaît pas de lien statistique significatif entre les expériences de dissociation péritraumatique et le risque de développer un TSPT. Néanmoins, comme nous l'avons vu, la littérature souligne largement l'impact de ce facteur, ce qui pourrait expliquer pourquoi les sujets endeuillés ont développé davantage de TSPT que les personnes directement menacées.

	TOTAL	Directement menacé	Témoin sur les lieux	Témoin à proximité	Endeuillé ou proche exclusif
	NB (%) ou MED (Min – Max)				
TOTAUX	190	58	82	36	14
Niveau d'exposition ressenti (0 à 10)	7 [0-10]	7,5 [0-10]	7 [0-10]	5 [0-10]	9 [0-10]
SCORE STRS	23 [0-52]	26,5 [2-50]	21 [0-52]	17,5 [0-43]	22,5 [7-44]
SCORE PDEQ	14 [0-40]	18 [0-40]	16 [0-37]	9 [0-37]	23 [0-33]

Figure 3.1 Description de l'exposition subjective et des scores STRS et PDEQ en fonction du degré d'exposition en population civile

1.3 Résultats concernant les troubles anxieux, les épisodes dépressifs et le risque suicidaire

Concernant le trouble anxieux, environ un tiers des participants présentaient un trouble anxieux avec, là encore, un gradient selon l'exposition :

- 38% des participants présentant un trouble avaient été directement menacés,
- un peu moins d'un tiers de la population comprenant les témoins sur les lieux, les témoins à proximité et les victimes endeuillées ou proches de victimes ont présenté ce type de troubles.

Parmi ces troubles, le plus répandu était l'agoraphobie.

Une symptomatologie dépressive a été retrouvée chez environ un quart des victimes directement menacées. Concernant le risque suicidaire, plus d'un quart des témoins et d'un tiers des victimes directement menacées présentaient un risque notable.

Les facteurs de risque de dépression et/ou de troubles anxieux (en l'absence de TSPT) retrouvés dans l'étude sont :

- le sexe féminin,
- une faible catégorie socio-professionnelle,
- un impact économique des attentats sur l'entreprise dans laquelle la personne travaillait,
- l'absence de prise en charge médico-psychologique immédiate : les personnes ayant eu un suivi médico-psychologique dans les 48 heures ont présenté deux fois moins de dépressions et de troubles anxieux à 6 mois que celles n'ayant pas eu de suivi.

1.4 Résultat concernant l'impact non-psychologique

Au-delà des troubles psychiques, il a été retrouvé des conséquences sur l'état de santé général des impliqués puisque près d'un quart de la population civile a été amenée à consulter un praticien pour des troubles somatiques d'apparition ou d'aggravation récente. Par ailleurs, près de la moitié de la population

civile ont consulté leur médecin traitant concernant un problème autre que psychologique mais qu'ils considéraient comme liés à l'événement.

Soulignons qu'un quart avaient bénéficié d'une prescription d'une thérapeutique médicamenteuse pour le sommeil ou contre l'anxiété. Une victime sur 10 avait bénéficié d'un traitement à visée antidépressive, avec une plus forte proportion chez les personnes directement menacées.

La vie sociale, familiale et professionnelle semblait impactée chez de nombreuses victimes plusieurs mois après les événements. Près d'un tiers des personnes se sont retrouvées dans l'impossibilité de travailler du fait de leur état de santé (60% avait eu un arrêt de travail) et 6% avaient toujours pas repris le travail à 6 mois.

1.5 Résultats concernant les consommations de toxiques et l'automédication

Un nombre considérable de sujets ont augmenté leur consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) dans les suites des événements concernés :

- un tiers des personnes directement menacées,
- un quart de la population témoin sur les lieux,
- 43% des endeuillés et des proches de victimes.

Par ailleurs, 7,3% des personnes interviewées ont affirmé avoir augmenté leur consommation de médicament par automédication.

L'augmentation de la consommation de toxiques et des comportements d'automédication variait en fonction des troubles psychiques présentés avec un gradient entre les personnes ne présentant aucun trouble et les personnes souffrant de TSPT :

- plus de la moitié des personnes souffrant d'un TSPT déclaraient une augmentation de leur consommation d'alcool, de tabac et/ou de cannabis :

- un quart déclaraient une augmentation de l'automédication.

Ces données sont concordantes avec les informations de la littérature concernant les conduites addictives comorbides du TSPT.

1.6 Prise en charge ultérieure

Concernant le suivi psychologique à plus long terme, un quart de la population interviewée avait engagé un suivi psychiatrique ou psychologique à 6 mois. Parmi les personnes souffrant d'un TSPT à 6 mois, :

- 64% avaient débuté un suivi,
- 15% n'avaient, selon leurs dires, pas eu de proposition dans ce sens,
- 15% avaient refusé.

Par ailleurs, l'enquête a montré que l'intervention médico-psychologique précoce facilitait le recours au soins chez ces sujets (186). Parmi les personnes qui présentaient au moins un trouble psychique (TSPT, dépression, trouble anxieux) 75% et 65% des témoins respectivement sur les lieux et à proximité n'avaient pas engagé un suivi spécialisé dans les suites des attentats. Ce pourcentage descendait à 31% pour les personnes directement menacées.

2. Dans la population intervenante

Rappelons que les intervenants représentaient plus de la moitié des participants à l'étude. Ils ont été considérablement mobilisés, tant en termes de durée que d'intensité émotionnelle.

Les conséquences psychologiques variaient selon :

- le degré d'exposition,
- l'existence préalable d'une formation spécifique au stress psychique,
- le type d'acteurs.

Dans l'échantillon de répondants, les forces de l'ordre ont été les plus exposées à la menace et le plus souvent endeuillées (en lien avec le décès de collègues).

2.1 Résultat concernant les troubles psychiques

Sur la population étudiée, moins de dix intervenants sur les 232 interrogés avaient développé un TSPT au moment de l'étude. La majorité des intervenants ayant développé un TSPT n'avaient pas reçu de formation spécifique préalable (sensibilisation au stress dépassé, au traumatisme psychique et à l'épuisement professionnel). La prévalence de TSPT était moins importante que celle retrouvée dans la littérature scientifique. D'après les auteurs, cela serait à mettre en regard de la non-participation à l'étude des acteurs a priori les plus affectés (tels que les gendarmes). Par ailleurs, les auteurs soulignent que l'outil psychométrique utilisé, le MINI, n'était pas le plus adapté pour la population intervenante.

L'étude ne mentionne pas de données concernant la symptomatologie dépressive éventuelle ou le risque suicidaire dans cette population étudiée. Concernant les troubles anxieux, près d'un intervenant sur dix présentait ce type de symptomatologie.

Soulignons enfin que l'impact sur leur santé mentale a été moindre lorsque les intervenants ont pu bénéficier de formations ou d'une prise en charge précoce au sein de leur institution.

2.2 Résultats concernant les troubles somatiques

Un quart des intervenants (notamment les intervenants liés à des associations d'aide) avaient consulté pour un problème de santé autre que psychologique depuis les événements avec un gradient selon l'exposition des intervenants au moment de l'évènement.

Concernant les forces de l'ordre, environ deux intervenants sur dix ont déclaré avoir été dans l'impossibilité de travailler. Cette impossibilité de travailler suivait un gradient selon l'exposition. Cependant peu d'entre eux ont bénéficié d'un arrêt de travail.

2.3 Résultats concernant les consommations de toxiques et l'automédication

Parmi les intervenants, 9,5 % avaient augmenté leur consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis depuis l'événement, avec là encore un gradient selon l'exposition. Par ailleurs, 14 intervenants avaient pris des médicaments pour faciliter le sommeil (principalement des anxiolytiques).

2.4 Prise en charge psychologique globale

La moitié des intervenants avaient été pris en charge dans les suites des événements (dans les 48 heures, entre 2 et 7 jours, et au-delà de 7 jours). Presque la totalité des menacés directs ont été pris en charge contre un intervenant indirectement menacé sur deux et un intervenant impliqué sur deux. L'étude ne précisait pas si les professionnels qui les ont pris en charge faisaient partie ou non des CUMP.

Parmi les intervenants ayant bénéficié d'un soutien psychologique dans les suites des événements, plus d'un tiers ont été orientés vers une prise en charge. Ces orientations ont concerné :

- un tiers des forces de l'ordre,
- 17 % des Sapeurs-Pompiers de Paris,
- 9% des acteurs impliqués dans le soin et les premiers secours psychologiques,
- 8% des acteurs associatifs.

La majorité était orientée au sein de leur institution professionnelle afin de bénéficier d'une aide psychologique. L'étude observait cependant qu'un certain nombre d'entre eux avaient pu bénéficier d'une prise en charge par les CUMP, des professionnels libéraux ou des consultations spécialisées. Le trois quart d'entre eux étaient satisfaits de cette aide psychologique.

D) LIMITES

Les auteurs soulignent que l'inclusion des personnes interrogées n'était pas indépendante de la présence de troubles psychiques et cela a pu conduire à des biais de sélection différentiels. En effet, parmi les survivants, la cause la plus fréquemment déclarée de refus à prendre part à l'enquête était la venue trop précoce de ce questionnaire par rapport à la présence de difficultés psychiques, ou la crainte d'évoquer les souvenirs douloureux des attaques. Ainsi, une sous-estimation de la proportion de personnes atteintes par des troubles psychiques était donc très probable dans l'étude.

Inversement, les personnes vivant ou travaillant à proximité ont le plus souvent déclaré ne pas vouloir participer à cause d'un manque d'intérêt pour l'enquête ou par manque de temps. Il était donc probable que les personnes ayant ressenti un faible impact psychologique n'aient pas considéré intéressant de répondre, ce qui pourrait avoir conduit à une sélection des personnes les plus sensibles aux questions de santé mentale, et donc à une surestimation de la proportion de personnes atteintes par des troubles psychiques vivant ou exerçant à proximité des lieux des attentats.

Par ailleurs, l'inclusion des personnes endeuillées et des proches de survivants a été particulièrement difficile et les auteurs soulignent qu'ils n'ont pas pu analyser la représentativité de cet échantillon.

De plus, l'étude a été réalisée entre 6 et 9 mois après les attentats. Elle permettait de détecter uniquement les troubles psychiques présents au moment de l'interview et persistant depuis au moins 1 mois. Cette étude ne permettait donc pas de mesurer l'impact précoce, en particulier la proportion de personnes présentant des symptômes invalidants mais transitoires de stress aigu post-traumatique et celle de TSPT à résolution rapide.

Enfin, le recueil rétrospectif des données péri- et post-traumatiques, par le biais des échelles PDEQ et STRS, pouvait engendrer de possibles biais liés à la difficulté pour les interviewés de se remémorer, à

distance, certains aspects de leurs vécus au moment de l'événement. Les auteurs soulignent que cette limite est retrouvée dans un nombre important d'études concernant des événements d'une telle ampleur. Elle serait liée à l'impossibilité d'anticiper leur survenue et donc à la difficulté de mettre en place un recueil de données réellement prospectif.

Les auteurs insistent sur le fait que ces résultats ont une valeur exploratoire dont l'objectif est de nourrir les réflexions sur l'impact en termes de santé publique des événements psychotraumatiques collectifs tels que les attentats et de mettre en évidence des pistes de recherche pour la suite.

E) ANALYSE

Ces premiers résultats ont montré que 6 mois après les attaques les conséquences psychotraumatiques étaient importantes en population civile.

Un peu plus d'un tiers des cas de TSPT étaient observés chez des personnes dont l'intégrité physique n'avait pas été menacée (les personnes endeuillées ou des proches de victimes). Ce résultat permet d'émettre des premières pistes d'amélioration pour la prise en charge. Le repérage et la proposition d'un accompagnement médico-psychologique à l'ensemble des victimes, y compris les proches et les endeuillés, constitue ainsi un enjeu majeur. Ce résultat incite à renforcer les dispositifs d'information et d'accès aux soins de ces personnes. Par ailleurs, il est nécessaire de pouvoir leur expliquer que des séquelles liées à un événement de cet ampleur sont fréquentes, légitimes et nécessitent une aide et un soutien. Il est également important de pouvoir normaliser leur souffrance tout en validant leurs symptômes, même si d'autres personnes ont été plus fortement exposés qu'eux.

Parmi les facteurs de risque associés au TSPT l'étude a identifié :

- le **sexe féminin** ;

- **l'intensité de la réaction péritraumatique** mesuré via l'échelle STRS. Cette échelle explore trois dimensions péritraumatiques : la crainte pour sa vie ou l'intégrité physique pour soi ou pour un proche, la réaction d'horreur/d'effroi et la réaction adrénérgique ;
- **la perception de soutien social de la part de l'entourage** : ce point nécessite une interprétation précautionneuse. En effet, les auteurs soulignent que le fait de souffrir d'un trouble psychique peut avoir un impact sur la perception des relations sociales du sujet. Il est ainsi difficile de définir a posteriori dans quelle mesure l'isolement perçu était un facteur de risque ou un symptôme. Ce lien a cependant été montré dans de nombreuses études et fournit des informations intéressantes concernant le contexte de la prise en charge des personnes impliquées dans les attentats.

En revanche, ils n'ont pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le risque de développer un TSPT et le score PDEQ, qui mesure la dissociation péritraumatique. Ce résultat, comme nous l'avons vu, est assez étonnant dans la mesure où la littérature a largement exploré ce domaine et que le lien entre la dissociation péritraumatique et la survenue d'un TSPT est communément admis. Cette incohérence est probablement liée à certains biais et il semble pour l'instant cohérent de continuer à considérer la dissociation péritraumatique comme un facteur de risque de développer un TSPT.

L'étude a montré l'importance d'une prise en charge médico-psychologique précoce sur la prévention des troubles dépressif et anxieux. Elle n'a cependant pas montré d'effet préventif sur le développement d'un TSPT. Les auteurs soulignent que les soins médico-psychologiques d'urgence s'adresseaient aux personnes les plus à risque de développer un TSPT et cela témoigne d'un biais de confusion dans la recherche d'une relation entre TSPT et soins d'urgence médico-psychologique.

Un très faible pourcentage de la population civile a consulté de leur propre initiative, et, parmi les 70 personnes ayant développé un trouble de santé mental, seulement 40% avaient débuté un suivi et un tiers

n'avaient pas eu de proposition dans ce sens. Les auteurs recommandent une prise en charge précoce et active plus systématique et plus large. Par ailleurs, au-delà de cette prise en charge précoce par les CUMP, l'orientation active des personnes exposées vers le secteur libéral ou hospitalier à plus long terme est essentiel. La consolidation du suivi médico-psychologique à plus long terme est donc nécessaire. Parmi les personnes ayant développé un TSPT, l'étude a montré que l'intervention médico-psychologique précoce auprès de ces rescapés a facilité leur recours ultérieur au soins.

L'étude a souligné l'impact délétère sur la santé au travail, la vie quotidienne et l'état de santé générale des rescapés. Un quart des personnes avaient consulté leur médecin traitant. Ce point questionne la formation des médecins généralistes à la clinique du psychotraumatisme.

Concernant les intervenants, les conséquences psychopathologiques de l'évènement étaient moins fréquentes qu'en population civile. Selon les chercheurs, cela pouvait être dû à des outils psychométriques moins adaptés pour cette population, qui cumule les situations traumatogènes dans le cadre de son activité professionnelle.

F) PERSPECTIVES

Une deuxième vague de l'étude est en cours. Elle permettra de mesurer la rémission, la persistance ou la réactivation des troubles par les évènements survenus depuis (notamment les attentats de novembre 2015), les conséquences dans les différentes sphères de socialisation des personnes (vie sociale, familiale et professionnelle), de décrire les trajectoires de soins des victimes, les ruptures qui ont pu survenir et l'offre de soins mobilisée. Les objectifs principaux seront d'estimer les conséquences et les séquelles à distance des évènements traumatiques initiaux (18 mois) en prenant en compte les évènements qui se sont produits depuis et de compléter les recommandations de prise en charge sur le moyen terme.

IV. DISCUSSION : LE PARCOURS DE SOINS DES BLESSÉS PSYCHIQUES. ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Pour le psychologue et psychanalyste autrichien Otto Rank, *l'homme doit toujours croire en une seconde réalité*. Il s'imagine qu'il vit dans un monde meilleur que celui que lui a donné la nature. Dans notre monde moderne, l'entretien de ce mensonge sur la véritable nature des choses et sur la sienne propre permet à chaque personne de se percevoir comme invulnérable, protégée par les autres et par la culture, personne unique et importante dans l'univers et pouvant modifier le monde existant. Nous essayons d'occulter certaines incertitudes fondamentales devant le sens aléatoire de la vie, les fléaux qui nous affligent et la mort qui nous menace (187). Cependant, certaines situations catastrophiques confrontent brutalement les hommes à la réalité de leur propre mort et peuvent engendrer des séquelles psychiques majeures, notamment des troubles post-traumatiques.

Nous avons choisi ce sujet de thèse car l'actualité en France est très imprégnée par la menace terroriste. Les attentats récents ont constitué des situations sanitaires exceptionnelles majeures. Cela a amené à une prise de conscience collective du besoin de considérer la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique et d'intégrer les blessés psychiques dans un parcours de soins cohérent et continu afin de les soulager et de limiter les séquelles psychotraumatiques sur le long terme.

L'histoire des cellules d'urgence médico-psychologique est fortement liée à la question des attentats terroristes puisque le réseau qui regroupe ces cellules a été créé en 1995 suite à l'attentat de la station Saint-Michel à Paris. Par ailleurs, au cours de l'histoire, une succession d'attaques sont régulièrement venues questionner, au niveau national, l'organisation générale des CUMP. Les pouvoirs publics ont renforcé le réseau national de l'urgence médico-psychologique par la circulaire du 20 mai 2003 (148) en prévision d'événements à venir et qui pourraient être d'une ampleur comparable aux attentats du 11 septembre 2001

aux États-Unis ou à la catastrophe de l'usine AZF à Toulouse le 21 septembre 2001. De même, l'instruction du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique explique que, lors des attentats de Paris en 2015 et de Nice en 2016, le réseau national de l'urgence médico-psychologique a, pour la première fois, fait l'objet d'une mobilisation d'une ampleur exceptionnelle afin d'assurer la prise en charge des victimes. Cependant, le retour d'expérience de cette mobilisation sans précédent a montré la nécessité d'optimiser le dispositif existant (152). Il est vrai que, suite à ce type d'événement extrêmement désorganisateur au niveau national, les pouvoirs politiques se mobilisent, des décisions sont prises et des changements sont opérés. Les attaques terroristes récentes sur le sol français ont engendré une réflexion nationale autour des CUMP avec pour objectif une harmonisation des pratiques de l'urgence médico-psychologique. Cette coordination est fondamentale afin d'assurer une prise en charge adéquate auprès des blessés psychiques dans les suites immédiates d'une catastrophe car, alors que les CUMP se relayent sur place, une parole et un fonctionnement partagés doivent être mis en place afin de faciliter la continuité des soins.

En France, les attentats de 2015 et 2016 ont eu des répercussions sociétales, politiques, médiatiques et individuelles majeures. L'attentat est un événement traumatogène collectif définissable comme un événement funeste, brutal, instantané et ponctuel, à l'origine d'une destruction humaine et/ou matérielle concernant un grand nombre de victimes dans un même temps et un même lieu, et nécessitant par son ampleur ou son impact la mise en œuvre de moyens spécifiques. Du fait de l'acte terroriste, la victime va brusquement quitter une réalité banale pour se retrouver plongée dans un univers apocalyptique, évocateur de véritables « scènes de guerre », sans avoir à aucun moment imaginé la réalisation de ce risque (188).

Les attentats sont des attaques intentionnelles qui engendrent une menace nationale. Ils ébranlent toute la nation. Tout comme le traumatisme peut être symbolisé par une « épine » qui fait effraction au sein du psychisme, l'attaque terroriste fait de la même façon effraction au sein de la nation et crée une désorgani-

sation majeure qui peut perdurer dans le temps alors que l'événement initial est terminé. Ainsi, ces attaques touchent elles non seulement les individus (avec un risque de développer des séquelles post-traumatiques plus élevé en cas d'acte intentionnel) mais également l'ensemble de la société. Le terrorisme atteint alors son but ultime en instaurant un climat d'insécurité, de crainte et de terreur nécessitant une intervention politique afin de sécuriser la nation et rassurer les citoyens. Ainsi l'objectif des actions qui vont être mises en place suite à un attentat dépasse largement le cadre de l'individu et du collectif directement menacés. L'impact sociétal est, dans ce cas particulier d'événement catastrophique, un enjeu tout aussi important. Métaphoriquement nous pourrions comparer le psychotrauma individuel et le psychotrauma collectif : les symptômes d'hypervigilance et de répétition sont en effet observables au niveau du fonctionnement de la communauté atteinte dans ses valeurs et ses fondements. Prendre en charge ce psychotraumatisme collectif, c'est prendre les mesures nécessaires afin d'éviter l'apparition de conduites d'évitement collectives, représentées par exemple par le besoin sociétal de mesures « sur-sécuritaires ». Ces attentats sont perpétrés par des individus radicalisés qui veulent, par leurs actes, piétiner les valeurs et les principes de notre société occidentale. Leurs idéaux sont impensables pour les victimes qui, au-delà de l'impact traumatogène de la confrontation au réel de la mort, n'ont aucune « référence personnelle » pour mettre un sens sur cet événement.

Dans cette discussion nous allons traiter du parcours de soins des blessés psychiques en situation sanitaire exceptionnelle et plus particulièrement suite à des attentats. Nous ferons un état des lieux de ce qui est actuellement mis en place et des pistes éventuelles d'amélioration de ce fonctionnement. Dans un premier temps nous aborderons le déroulement de l'intervention des CUMP, discuterons de leur rôle, de l'intervention immédiate et de la prise en charge post-immédiate. De plus, nous questionnerons différents sujets tel que l'épuisement des professionnels et le lien avec les médias. Ensuite, nous envisagerons le devenir des blessés psychiques après l'intervention des CUMP. Nous discuterons du désengagement progressif des cellules et de la nécessité de favoriser la continuité des soins dans le parcours des blessés psychiques. Nous évoquerons certaines perspectives, notamment celle du rappel téléphonique. Nous insisterons sur le

fait qu'il est nécessaire de rester vigilant sur le long terme auprès des victimes mais également de l'ensemble de la population. Enfin, nous aborderons ce qui est mis en place à froid, en dehors de l'événement traumatogène. Nous ferons un retour d'expérience suite aux attentats de Paris de novembre 2015 et discuterons des réflexions autour d'une politique d'anticipation vis-à-vis de ce type d'événement. Nous examinerons la question de la formation des professionnels et des intervenants au psychotraumatisme et soulignerons un point controversé, celui du risque d'une « sur-utilisation » des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique.

A) ORGANISATION DES INTERVENTIONS DE TERRAIN

Nous évoquerons ici le rôle des CUMP sur le terrain et leur collaboration avec les autres acteurs qui interviennent lors de situations sanitaires exceptionnelles. Puis nous discuterons de l'intervention des CUMP selon deux temps : le temps immédiat, qui est celui du repérage, de la rencontre avec les blessés psychiques et de leur prise en charge précoce ; le temps post-immédiat avec, notamment, l'IPPI. Enfin, nous aborderons de façon plus générale les problématiques de l'épuisement des professionnels des CUMP, les relations avec les médias et le statut de victime.

1. Rôle des CUMP et collaboration avec les autres acteurs impliqués

L'intervention médico-psychologique a des limites et, comme l'a souligné N. PRIETO, responsable de la CUMP du Rhône, tout n'appelle pas à une réponse psychologique. Elle fait remarquer que dans la crise générée par l'événement, les décideurs tentent, dans une « démission de leur propre fonction », de s'en remettre aux intervenants externes et, notamment, à ceux du soin psychique dont ce n'est en aucun cas le rôle (par exemple : donner des informations techniques sur les conséquences de l'événement, annoncer les décès, prévenir les proches, faire des démarches pratiques...). Elle insiste sur le fait qu'il y a un risque de dérive, de réponse aberrante et désorganisatrice et que, lors d'un événement déstructurant, il est essentiel

de respecter l'ordre établi (social et institutionnel). Si l'événement exceptionnel demande une réponse exceptionnelle, il est essentiel qu'elle conserve sa logique interne (26).

Les soins médico-psychologiques immédiats, pour être efficaces, doivent être intégrés dans une intervention à chaud plus globale qui prend en compte la dimension collective de la crise générée par l'évènement. N. PRIETO et le F. LEBIGOT relèvent que toute désorganisation de la réponse élaborée pour faire face à la crise, dans la mesure où elle est perçue par les rescapés, est extrêmement dommageable pour eux car elle les replonge dans la sensation de chaos très délétère dont ils viennent d'émerger (26). Soulignons que les CUMP sont présentes sur les lieux d'un événement aussi désorganisateur que les attentats afin de prendre en charge la souffrance psychique et particulièrement la question du psychotraumatisme. Elle ne sont pas sur le terrain pour s'occuper de la souffrance sociale, rôle qui incombe aux associations de victimes. La prise en charge des victimes de catastrophe en urgence, sur le terrain nécessite une coordination cohérente des différents intervenants (les pompiers, la police, le Service Intercommunal d'Aide aux Victimes, autres service d'aide...) ainsi qu'une collaboration des membres de la CUMP avec les autres acteurs de la communauté (services d'urgence hospitaliers, secteur social, secteur associatif, partenaires locaux). Cette collaboration est généralement réalisée par le responsable de la cellule et est fondamentale, d'une part, pour assurer le bien-être des intervenants et garantir la qualité de leur intervention, d'autre part, afin d'éviter les discours contradictoires ou injonctions paradoxales qui viendraient insécuriser les impliqués et les restreindre dans leurs capacités à solliciter de l'aide et s'exprimer en confiance.

2. Intervention immédiate

L'intervention immédiate se déroule classiquement durant les 48 premières heures après la catastrophe. Les CUMP interviennent sur le terrain afin de repérer le maximum de sujets à risque. Elles leur proposent d'exprimer leur vécu de l'accident par le biais du defusing. C'est le temps où, par exemple, des informations concernant le psychotraumatisme sont fournies, des thérapeutiques médicamenteuses à visées

symptomatique et préventive sont délivrées et une orientation, si besoin, vers un suivi psychologique ou un dispositif de type IPPI est préconisée.

2.1 Repérage des sujets à risque

Dans les suites d'une catastrophe, la population touchée est généralement grande et dispersée géographiquement. De ce fait, la prise en charge précoce et active de tous les impliqués est un enjeu majeur. Parfois ceux-ci ne sont pas en demande de soins ou ne sont pas en capacité d'en demander. Il est cependant nécessaire, pour repérer, soulager et orienter rapidement les blessés psychiques, de les réinscrire dans un groupe, de leur permettre d'avoir un soutien social et de proposer un accompagnement ainsi qu'une note d'information à toutes les victimes.

2.1.1 Triage sur le terrain

Parmi les victimes directement exposées à la catastrophe, l'étude IMPACTS a retrouvé des taux de dissociation et d'hyperadrénergies plus importants chez les victimes directement menacées que chez les autres victimes tel que les témoins. Ces facteurs étant des facteurs de risque majeurs de troubles post-traumatiques, ce résultat implique que, même si toutes les victimes sont à risque et nécessitent d'être repérées, un triage des victimes et une gradation de leur prise en charge en fonction de leur degré d'exposition est indispensable dans l'immédiat.

2.1.2 Victimes endeuillées et proches de survivants

Soulignons que le DSM-IV considérait que seules les victimes directes de l'événement pouvaient se voir attribuer un diagnostic de trouble post-traumatique, mais sa nouvelle version admet qu'un sujet puisse être psychotraumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe. D'ailleurs, l'étude IMPACTS a mis en lumière des taux de dissociation et d'hyperadrénergies péritraumatiques plus importants chez ces victimes non directement exposées. Par ailleurs, les taux de TSPT étaient comparables,

voire légèrement supérieurs, parmi les personnes endeuillées ou proches de survivants que parmi les personnes directement exposées aux attaques.

Une réflexion autour du dépistage et du repérage de ces sujets semble donc pertinente, d'autant plus que, ces blessés psychiques n'ayant pas été exposés directement à l'événement, ils peuvent éprouver un sentiment de culpabilité vis-à-vis de leurs symptômes, se sentir honteux et ainsi ne pas exprimer leurs ressentis. Comment aider et déstigmatiser ces sujets non directement menacés ? Comment les informer et leur permettre d'intégrer les soins ?

2.1.3. Blessés physiques

Les personnes hospitalisées pour des blessures physiques manifestent souvent moins, du fait de la prise en charge somatique qui assure une certaine contenance, de troubles post-traumatiques dans l'immédiat. Or, des études ont montré que les blessés physiques étaient plus à risque de développer des troubles post-traumatiques et cela proportionnellement à la gravité de leurs blessures. Comment pouvoir être présent auprès de ces victimes qui, souvent, ne veulent « plus entendre parler de l'événement » et se focalisent sur leur problématique somatique ?

Selon l'instruction du 6 janvier 2017, la prise en charge médico-psychologique des blessés somatiques, en particulier de ceux qui sont hospitalisés, doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des CUMP en lien avec les équipes dédiées des établissements de santé concernés (152).

2.1.4 Perdus de vue

Toutes les personnes potentiellement traumatisées ne sont pas repérées par les services d'urgence médico-psychologique, soit parce qu'elles sont parfois non-identifiables à priori (témoins, proche ou endeuillés), soit parce qu'elles refusent leur prise en charge en phase immédiate. Afin de faciliter l'accès de ces personnes à des soins adaptés à leur état psychique plusieurs autorités sanitaires, les associations et

les ministères rendent publiques des listes de services où elles peuvent trouver une prise en charge préventive ou curative adaptée, des numéros de téléphone à contacter en cas de besoin.

2.2 Rencontre des blessés psychiques

Nous pourrions craindre que les interventions des CUMP sur les lieux d'une catastrophe ont tendance à « psychiatriser » les victimes et les conséquences de l'événement. Leurs interventions s'inscrivent dans un contexte bien particulier, celui de la confrontation violente et brutale à la mort, avec pour principale conséquence un débordement des capacités psychiques habituelles des impliqués pouvant difficilement y faire face. Par ailleurs, les intervenants d'associations ont souvent pour rôle, dans ce contexte, de pratiquer des maraudes à proximité du lieu de l'évènement afin de repérer d'éventuels blessés psychiques qui seraient encore en état de stress dépassé et erreraient sans que personne ne s'en rende compte. Certains intervenants des CUMP ont parfois été amenés à effectuer ces maraudes. Elles permettent ainsi de faire rentrer dans un parcours de soins des blessés psychiques graves qui, sans cela, n'y auraient pas eu accès en temps voulu.

Soulignons que le rôle des professionnels de l'urgence médico-psychologique n'est pas seulement « de faire de la psychiatrie ». Les objectifs de leur intervention sont bien sûr de prévenir les éventuelles séquelles post-traumatiques mais également d'avoir un rôle humanisant en tentant de soulager précocement et rapidement la douleur morale et l'angoisse initiales ressenties par les blessés. Au-delà de l'impact traumatique auprès de chaque individu, ce type de catastrophe conduit à un bouleversement collectif majeur. Une prise en charge communautaire et professionnelle au plus près de l'évènement permettrait de limiter les troubles ultérieurs. H. ROMANO souligne que c'est avec ce *maillage humanisant* autour des impliqués qu'il est possible d'envisager une *suturation psychique* de la blessure traumatique et qu'un devenir devient possible pour les personnes impliquées (180). L'intervention des CUMP permet la mise en place d'un cadre rassurant, sécurisant et contenant qui apaise le chaos. Elle permet une lutte contre l'isolement.

Les CUMP accueillent les victimes, leur apportent un soutien psycho-social et collectif, restaurent un sentiment d'appartenance auprès des rescapés et les « ré-humanisent ».

Le traumatisme ne se raconte pas, il s'éprouve et c'est en cela qu'il est difficile à dire et à repérer, les *maux remplaçant les mots* (189). Les victimes doivent être prises en charge dans leur globalité, tant dans leur dimension somatique que psychique, culturelle et sociale.

2.3 Recevoir l'individu dans sa globalité

Chacun possède sa propre vulnérabilité au psychotraumatisme et il existe une variabilité inter-individuelle en ce qui concerne la probabilité de développer un trouble ultérieur. Nous allons évoquer quelques aspects de cette singularité qu'il semble important d'avoir à l'esprit pour optimiser la prise en charge et le parcours de soins de chaque individu rencontré.

2.3.1 Susceptibilité génétique

Certaines études menées par R. YEHUDA vont en faveur d'une transmission héréditaire du risque de développer un psychotraumatisme. Selon ces études, un enfant de parent ayant développé un TSPT serait plus à risque d'en développer un s'il est confronté lui-même à un événement traumatogène. Ainsi, des victimes de l'événement ne présentant pas de facteurs de risque « a priori » peuvent, du fait de leur propre vulnérabilité au psychotraumatisme, être à risque de développer des troubles ultérieurs, au même titre que les victimes présentant des facteurs de risque établis. Il est donc primordial, lors de l'intervention immédiate, de questionner chaque impliqué sur ses propres antécédents médico-psychologiques mais aussi sur ses antécédents familiaux, en particulier concernant la question du psychotraumatisme.

2.3.2 Dimension transculturelle

Recevoir l'individu dans sa globalité implique de tenir compte de ses valeurs culturelles. Ce qui peut faire psychotraumatisme chez l'un peut ne pas être psychotraumatisant chez un autre. Cela dépend, entre autres, de son contexte culturel, c'est à-dire des valeurs et des symboles culturels sur lesquels son identité s'est construite ainsi que de ses représentations propres de la mort.

Un événement peut paraître extrêmement traumatogène pour les professionnels des CUMP mais pas pour certains impliqués issus d'une culture différente. Le psychanalyste et ethnologue G. DEVEREUX a établi le concept de *contre-transfert culturel* et souligne l'importance de l'analyser puisqu'il exclue la neutralité et l'objectivité de tout clinicien. Il souligne que le clinicien ne peut échapper aux représentations de sa propre culture, à leur projection et à la mise en place de défenses pour parer à l'angoisse que suscite la rencontre avec un *Autre* (190). Le clinicien doit donc en premier lieu *chercher à se comprendre lui-même en tant qu'observateur* (191). S. FERENCZI a également souligné l'importance de l'analyse de ce contre-transfert dans l'abord de patients psychotraumatisés (3). L'évaluation diagnostique doit se faire dans une perspective basée sur le vécu et les représentations du patient et non uniquement dans une perspective théorique, extérieure et catégorielle (192). Les risques liés à ce contre-transfert culturel et aux « préjugés » de l'effet potentiellement traumatique d'un événement sont d'avoir un discours qui ajoute de l'effroi, pouvant induire un psychotraumatisme alors que la situation n'a pas été vécue comme traumatisante pour le sujet.

Par ailleurs, nous avons montré l'importance de pouvoir aider ces individus traumatisés qui se sentent brutalement exclus du monde des vivants à réintégrer le communautaire et se réappropriier les valeurs qui, jusque-là, leur permettaient d'appartenir à un groupe social. Pour cela, le clinicien, au-delà de ses compétences professionnelles, doit pouvoir rencontrer chaque individu dans sa singularité, notamment culturelle. Pour qu'un individu en situation de stress se sente compris et accompagné, il doit pouvoir sentir que l'interlocuteur en face de lui entend les valeurs et les symboles qui ont fait de lui un être social. Lors d'une

intervention immédiate, il est important que les membres des CUMP se familiarisent avec cette dimension transculturelle. Une réflexion autour d'une prise en charge spécifique de ces impliqués est pertinente afin d'améliorer l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins. Comme cela a été le cas à l'aéroport de Zaventem en Belgique le 22 mars 2016, les attentats peuvent survenir dans des zones touchant des individus de cultures différentes. Sur les lieux deux situations sont possibles : la rencontre avec un citoyen français issu de l'immigration dont la culture, notamment familiale, est différente et la rencontre avec un citoyen étranger (par exemple, en vacances sur le sol français). Dans notre position de thérapeute, nous pouvons imaginer que, lorsque nous sommes face à un patient qui a des valeurs et des références culturelles différentes des nôtres, si nous ne sommes pas sensibilisés et vigilants à ce point précis, nos propos risquent de ne pas résonner chez le sujet, de ne pas avoir de sens pour lui, ce qui pourrait provoquer sur lui un effet contre-productif, le dérouter, l'angoisser et ne pas lui permettre de dépasser la crise.

L'étude de G. DYB et al. (77), réalisée suite à l'attaque sur l'île d'Utoya en Norvège, a montré que le fait d'être d'une origine étrangère était un facteur de risque au développement ultérieur d'un TSPT. Ce résultat justifie que les professionnels de l'urgence médico-psychologique soient sensibilisés à cette question afin de garantir une prise en charge adaptée pour des sujets en situation transculturelle.

Par ailleurs, la situation transculturelle peut également brouiller l'expression du psychotraumatisme et les tableaux cliniques, rendant complexe pour les professionnels le diagnostic des réactions psychotraumatiques immédiates. Par exemple, certaines études et observations ont pu montrer que, dans certaines cultures, l'expression d'éléments psychotraumatiques, et de la souffrance psychique en général, peut emprunter des modalités hallucinatoires ou délirantes sans qu'il ne s'agisse d'un processus psychotique à l'oeuvre.

2.4 Psycho-éducation et defusing

2.4.1. Psycho-éducation

Lors de leur intervention immédiate, les membres de la CUMP ont un rôle d'information et de psycho-éducation vis-à-vis des impliqués. La psycho-éducation permet de « normaliser » le vécu émotionnel des sujets. Cela peut passer par le biais d'images, de métaphores adaptées aux repères culturels du patient permettant de faciliter la mise en sens et en représentation de ce qu'ils est en train de vivre. Les professionnels des CUMP fournissent des explications sur le développement et le maintien des réactions post-traumatiques et ce, tant sur le plan physiologique que cognitif et comportemental, le but étant de démystifier les symptômes. Ainsi, une note d'information est distribuée aux patients qui explique la clinique des troubles post-traumatiques et la conduite à tenir si certains symptômes surviennent ou perdurent (Annexes IX et X). Les victimes sont informées de certaines règles hygiéno-diététiques à respecter (comme éviter le tabac, les consommations d'alcool et les benzodiazépines). De plus, il faut les sensibiliser vis-à-vis des symptômes d'évitement cognitif qui peuvent survenir et rendre difficile l'initiation ou la poursuite d'un suivi médico-psychologique. Il est également important de les informer du caractère adaptatif des troubles initiaux qui permettent au psychisme de l'individu de se protéger des effets traumatiques de l'événement et de se réorganiser psychiquement suite à la confrontation avec le réel de la mort.

Il est notifié par ailleurs aux victimes leur droit à participer à une procédure pénale et à obtenir la réparation intégrale de leurs dommages corporels (qui incluent les atteintes psychiques de tous ordres). Il sont également informés des différents dispositifs spécifiques mis en place pour faciliter leur prise en charge médicale et sociale. Par exemple, après les attentats du mois de janvier 2015, une Cellule Interministérielle d'Aide aux Victimes (CIAV) a été créée. Il s'agit d'une structure unique de centralisation de l'information relative aux victimes qui a pour mission leur prise en charge sur le plan social, administratif et judiciaire.

2.4.2 Defusing

Les soins psychiques d'urgence sont notamment représentés par le defusing. Ce dispositif d'écoute permet aux victimes de s'exprimer sur leurs ressentis face à un professionnel qui contient les débordements émotionnels et leur apporte une réponse réflexive.

Son rôle premier est de mettre du sens sur l'expérience vécue. Cependant, H. ROMANO et T. BAUBET soulignent que parler et se libérer de la tension émotionnelle ne suffit pas pour que le récit et le questionnement fassent sens pour le sujet. Selon eux, pour que la parole ait cette dimension psychiquement apaisante, il est nécessaire de s'adapter à chacun. Il est nécessaire que l'écoute proposée soit réparatrice, c'est-à-dire qu'elle relance l'activité psychique et notamment les capacités de liaison et de figurabilité du sujet (193).

L'intervention immédiate et le defusing ont un rôle pré-thérapeutique, c'est-à-dire qu'il facilite l'accès aux soins dans un second temps. Une étude que nous aborderons plus loin a souligné le rôle « catalyseur » du defusing dans l'expression d'une demande de prise en charge ultérieure chez des sujets potentiellement traumatisés dont le recours aux soins n'est pas forcément évident (194). Dans l'étude IMPACTS, des personnes interviewées déclaraient qu'elles n'auraient pas initié de suivi car elles pensaient n'avoir pas été suffisamment en danger ni suffisamment touchées par les attentats pour pouvoir se plaindre légitimement de leur souffrance. Ainsi lors du defusing, les volontaires des CUMP ont pour rôle de valider les symptômes auprès des victimes et de les inciter à se diriger vers un parcours de soins.

Il existe des risques au defusing. Selon L. CROCQ, un de ceux-là est de sous-estimer une personne impliquée qui ne demande rien, se tient tranquille et silencieuse, ou à l'inverse de voir du pathologique partout et de s'alarmer de réactions émotionnelles aiguës normales témoignant d'un stress adaptatif (195). Un des objectifs de l'intervention immédiate est donc de distinguer celui qui a vécu l'expérience sur un mode

traumatique et celui qui a « seulement » été stressé. Cette distinction se fait par le biais du repérage de certaines réactions émotionnelles immédiates communément admises comme représentant des facteurs de risque de développement de TSPT. En effet, la littérature internationale, et notamment les travaux méta-analytiques de C.R. BREWIN (78) et E.J. OWER (156), montre des corrélations entre certaines manifestations cliniques immédiates, telles que les réactions de stress dépassé, la dissociation péritraumatique et les signes d'hyperadrénergic, avec le développement d'un TSPT. Ainsi, le repérage puis la maîtrise de ces réactions cliniques sont primordiales pour l'orientation des blessés et la mise en route du processus de soins le plus approprié possible afin de prévenir au mieux l'installation de séquelles psychotraumatiques.

2.5 Prise en charge des enfants

Les récents événements nationaux, notamment l'attentat de Nice en juillet 2016, ont amené les CUMP à se questionner sur la prise en charge des enfants et nous incitent à développer nos connaissances sur les spécificités cliniques de cette population infanto-juvénile afin d'améliorer le repérage et la prise en charge précoce du psychotraumatisme.

Les retours d'interventions des attentats de Nice de la CUMP 67 et de la CUMP 59 ont mis en évidence de jeunes blessés qui présentaient des symptômes de stress aigu tels que des réviviscences, des comportements de régression et de collage, des troubles du sommeil, une hypervigilance anxieuse et un sentiment de culpabilité (chez les adolescents en particulier). Ces données valident l'importance du repérage clinique de ce public. Celui-ci peut s'avérer délicat du fait de la minimisation des troubles chez l'enfant, de la réticence des adolescent mais également de l'état psychique des parents eux-même exposés. Il est donc nécessaire, pour avoir une intervention immédiate opérante, de favoriser une démarche proactive de repérage en formant les professionnels à la clinique de l'enfant et de l'adolescent et en adaptant le cadre du dispositif habituel des CUMP. Cette adaptation peut se faire par le biais d'un recrutement de soignants expérimentés à la clinique de l'enfant et de l'adolescent, la mise à disposition de salles de débriefing pour adolescents, de jouets... (196). Certaines CUMP utilisent des « malettes d'urgence psychologique », qui

sont des petits coffres à jouets adaptés à la clinique de catastrophe pouvant être transportés facilement (197).

Dans les suites de l'attaque terroriste du World Trade Center à New-York, les critères de la classification *0-3 ans* étaient retrouvés chez une grande partie des enfants. Le Ponto 94, sur le fleuve Hudson à l'Ouest de Manhattan, a été aménagé en centre de secours destiné aux victimes et aux familles ayant perdu un proche. Au milieu se trouvait un grand mur de souvenirs où les photos des disparus étaient associées à des lettres de leurs proches, des hommages et des fleurs. Ce monument aux victimes a été appelé « la promenade des ours » en raison des centaines d'ours déposés sous les photos (peluches qui avaient été envoyées par les enfants victimes de l'attentat d'Oklahoma en 1998). L'intérieur de ce bâtiment est devenu le lieu de soutien des enfants en deuil et de leurs familles. Les survivants, les personnes endeuillées, adultes et enfants, qui ne savaient pas où aller pendant ces jours noirs y déambulaient à la recherche de quelqu'un à qui parler, câlinant parfois un ours en peluche ou caressant les « chiens thérapeutiques », spécialement dressés, qui avaient été conduits là par des bénévoles (198). Sur le ponton, un « coin des gosses » fut installé, au sein duquel les enfants pouvaient jouer et parler dans une atmosphère d'empathie. Il a été observé une grande variété de réponses traumatiques et de défenses. Beaucoup d'enfants s'installaient pour peindre le World Trade Center, d'autres dessinaient ou jouaient compulsivement et certains couvraient de peinture noire plusieurs feuilles sans pouvoir s'arrêter. Parmi les adolescents qui devaient affronter la perte d'un membre de leur famille, certains voulaient mettre la photo du disparu sur le mur du souvenir tandis que d'autres restaient assis, figés dans un retrait (198).

3. Prise en charge post-immédiate : IPPI

Comme nous l'avons évoqué, l'intervention post-immédiate est envisagée une fois le chaos émotionnel qui suit l'événement stabilisé. Ce délai d'intervention est théoriquement de 48 heures après l'événement traumatogène mais il est important de garder à l'esprit qu'il est à évaluer en fonction de chaque individu. Bien souvent, lors de cette période, les CUMP sont toujours présentes sur le terrain et l'afflux de blessés

psychiques au niveau des PUMP se poursuit. La prise en charge est alors marquée par l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI). Ces débriefings peuvent être réalisés par les volontaires des CUMP ou par d'autres professionnels de l'urgence médico-psychologique.

Historiquement, l'IPPI est liée au débriefing psychologique. Ce débriefing a fait l'objet de nombreuses controverses. En effet, certaines études prônent le débriefing (199) (200), notamment en groupe (201), et d'autres ne montrent aucune efficacité de ce type de prise en charge (202) (203). Selon D. CREMNITER, les résultats des études négatives portent sur une pratique qui diffère de l'intervention française. La formation des intervenants est en effet un point essentiel qui a souvent été laissé de côté alors que « la qualité personnelle de chaque thérapeute, sa capacité à offrir une présence, voire à se situer d'emblée dans une dynamique transférentielle vis-à-vis des victimes, constitue une des données essentielles dans l'évaluation d'une prise en charge thérapeutique ». Soulignons que ces débriefings psychologiques qui sont critiqués négativement ne comptent souvent qu'une seule séance, alors que J.T. MITCHELL et la plupart des auteurs sont d'accord pour estimer qu'il faut au moins deux voire trois séances de débriefing psychologique (204). Par ailleurs, L. JEHEL souligne que le débriefing psychologique a été utilisé dans de trop larges indications pour que son efficacité apparaisse clairement, ce qui rejoint la conclusion du professeur J. ZOHAR lors du 18^{ème} congrès ECNP à Amsterdam : « le débriefing psychologique n'est pas indiqué dans tous les cas ».

Ainsi, il est important de pouvoir identifier les personnes qui peuvent en bénéficier utilement. Au vu des connaissances actuelles, le point unanimement reconnu est qu'une seule session d'intervention auprès de patients non-sélectionnés qui présentent des symptômes modérés à sévères ne peut être recommandée. C'est par la description claire des procédures choisies, avec des objectifs précis et l'évaluation systématique avant et après l'intervention, assortie d'un suivi des populations, que la connaissance actuelle du débriefing peut progresser parmi les différents outils thérapeutiques dont nous disposons auprès des blessés psychiques (57).

Comme nous l'avons vu, les cliniciens français utilisent le terme d'IPPI pour évoquer l'intervention post-immédiate auprès de sujets en état de souffrance psychique. C'est un débriefing psychodynamique basé sur l'expression spontanée (une « énonciation » et non pas un « récit » de l'expérience vécue) destinée à faire introduire par les sujets eux-mêmes des significations (là où le traumatisme a exercé un effet de court-circuit dans le signifiant) visant à réinscrire l'évènement dans la continuité de leur histoire de vie.

4. Thérapeutique médicamenteuse : pratique et perspectives

Deux objectifs découlent de la prescription d'une thérapeutique médicamenteuse. Le premier est d'être symptomatique, c'est-à-dire d'agir sur l'angoisse et les manifestations d'hyperadrénergisme, de soulager « tout de suite ». Le second est d'être préventif vis-à-vis de l'apparition potentielle de troubles post-traumatiques en agissant sur certains facteurs de risque péritraumatiques que nous avons énoncés plus haut.

4.1 Chez l'adulte

4.1.1 Médicaments dont l'efficacité est reconnue

4.1.1.1 Le propranolol

Le propranolol joue un rôle sur les phénomènes de reconsolidation mnésique. Cette molécule a montré son efficacité dans diverses études dans la réduction des symptômes du TSPT chez les victimes présentant une fréquence cardiaque supérieure à 90 bpm dans la période péritraumatique. Ce β -bloquant est difficilement maniable dans un contexte d'urgence et il semblerait que son efficacité soit démontrée scientifiquement uniquement lorsqu'il est administré dans les 48 premières heures après l'évènement.

4.1.1.2 L'hydroxizine

L'hydroxizine est fréquemment utilisée par les équipes des CUMP. C'est un médicament facile à prescrire car généralement bien toléré. Il présenterait une efficacité préventive, le blocage histaminergique atté-

nuant les phénomènes de conditionnement au niveau hippocampique et les effets de l'hyperadrénergisme au niveau de l'amygdale. Au-delà de la question évolutive, il présente une efficacité thérapeutique en soulageant rapidement les symptômes (notamment liés à l'hyperadrénergisme). Ainsi, les fonctions de l'hydroxyzine rejoignent les fonctions principales de l'intervention des CUMP, c'est-à-dire : le soulagement immédiat de la souffrance et la prévention de séquelles psychotraumatiques.

4.1.2 Médicaments à l'essai

Il existe des travaux sur d'autres traitements à l'essai. Nous allons évoquer certains de ces traitements qui semblent prometteurs et qui pourraient être utilisés un jour par les équipes des CUMP afin de prévenir les séquelles psychotraumatiques chez les blessés psychiques.

4.1.2.1 La kétamine

Une étude menée aux USA en 2008 a montré que l'utilisation de doses modérées de kétamine chez des soldats gravement brûlés était associée à une moindre prévalence de TSPT par rapport aux soldats n'ayant pas reçu de kétamine. Le mécanisme est peu clair puisque la kétamine, antagoniste des récepteurs NMDA, augmente la libération de glutamate et entraîne une augmentation dose-dépendante des symptômes dissociatifs. Les auteurs suggèrent que cet effet préventif serait lié à plusieurs propriétés de cette molécule : un meilleur contrôle de la douleur, un phénomène de neuroprotection et l'antagonisme des récepteurs NMDA (205).

4.1.2.2 L'hydrocortisone

Plusieurs études ont montré que l'administration d'hydrocortisone à différents dosages et pendant des durées différentes serait efficace pour prévenir les symptômes de TSPT. Une étude contrôlée, randomisée, en double aveugle sur un groupe de vétérans souffrant de TSPT a montré qu'une dose de 4mg/kg d'hydrocortisone en IV en parallèle de la réactivation du traumatisme par le biais de la rédaction d'un récit traumatique diminuait significativement les symptômes d'évitement chez les sujets souffrant d'un TSPT une

semaine après l'injection (206). J. ZOHAR et al. ont examiné l'efficacité d'une dose unique d'hydrocortisone (100-140mg) dans les 6 heures après l'événement traumatique sur la réduction des symptômes post-traumatiques. Les résultats montraient une réduction des symptômes à 2 semaines et à 3 mois après l'intervention pour les patients ayant reçu l'hydrocortisone comparés à ceux ayant reçu le placebo (207). Plus récemment, une étude randomisée en double aveugle a démontré que de faibles doses d'hydrocortisone administrées dans les 12 heures après l'événement traumatogène et pendant dix jours diminuaient significativement l'apparition de symptômes de TSPT à 3 mois (208). Les patients ayant reçu l'hydrocortisone témoignaient par ailleurs d'une meilleure qualité de vie et rapportaient moins de symptômes dépressifs que ceux ayant reçu le placebo.

Ainsi, ces études montrent des résultats prometteurs concernant la prévention de symptômes post-traumatiques par l'hydrocortisone. Il reste cependant nécessaire d'étudier plus précisément le délai dans lequel l'administration doit se faire. Si celle-ci est efficace dans la période post-immédiate après le traumatisme (contrairement au propranolol), cela rendrait son utilisation par les professionnels de l'urgence médico-psychologique d'autant plus bénéfique.

4.1.2.3 Opiacés

Les opiacés ont spontanément été consommés par les militaires et ont été utilisés par les psychiatres militaires pour combattre la « *battle fatigue* » durant la Seconde Guerre mondiale. G. SAXE a évalué l'effet d'une administration de morphine chez des enfants atteints de brûlures graves (209) et souligna une corrélation négative significative entre la quantité de morphine administrée et l'intensité de la symptomatologie psychotraumatique six mois plus tard, à condition qu'aucun autre médicament n'ait été administré. Il précisa que cette corrélation était indépendante de l'activité purement antalgique des morphiniques. Ces éléments sont cohérents avec des données plus anciennes relevées lors de certains conflits armés : méthodes de narcolepsie pendant la Première Guerre Mondiale ou diminution des symptômes d'hyperéveil sous héroïne chez des vétérans du Vietnam (210). L'administration d'opiacés après un événement trauma-

tique diminuerait les processus de surconsolidation mnésique impliqués dans l'apparition d'un TSPT par inhibition de l'action de la noradrénaline et du CRF. La possibilité d'une administration dans le civil nécessite évidemment d'autres investigations préalables, leur utilisation n'étant pas anodine.

4.1.2.4 Clonidine

La clonidine est un agoniste α_2 -adrénergique qui diminue l'hyperadrénergie au niveau du SNC (116). Une revue de la littérature publiée en 2007 rapporte une efficacité sur l'hypervigilance, les troubles du sommeil et les cauchemars (211). Malgré tout, son utilisation en pratique est peu fréquente et des études complémentaires seraient utiles.

4.2 Chez l'enfant : pratique et perspectives

La pratique courante amène parfois à prescrire une thérapeutique médicamenteuse chez l'enfant, avec toute la prudence qu'implique la prescription d'un psychotrope chez un enfant. L'hydroxizine est la molécule la plus utilisée en pratique par les professionnels en raison de son peu de contre-indications et d'effets secondaires. L'efficacité de cette molécule n'a cependant pas été évaluée scientifiquement chez les enfants concernant les symptômes post-traumatiques.

Dans la pratique courante, la prazosine (antagoniste α_1 -adrénergique) est parfois utilisée chez l'enfant pour traiter les cauchemars traumatiques. Cette molécule, pour laquelle il n'existe que peu de données scientifiques à cette âge, s'est avérée efficace chez l'adulte sur cette symptomatologie. Il semblerait que la molécule soit efficace à la posologie usuelle de 1mg (pouvant aller jusqu'à 4mg) chez les enfants dans la même indication (212).

Concernant la clonidine (agoniste α_2 -adrénergique), une étude a rapportée une efficacité chez des enfants d'âge préscolaire dont le TSPT se compliquait de troubles du comportement et des conduites (213).

Enfin, concernant le propranolol, un premier essai ouvert a montré en 1998 une réduction des symptômes de TSPT (214). Par contre, en 2007, une étude incluant 29 mineurs de 10 à 18 ans dans les 12 premières heures suivant un événement potentiellement traumatogène n'a pas montré d'efficacité significative de la prescription de propranolol (à la posologie de 40mg/jour) à six semaines versus un placebo, aussi bien en terme d'incidence que de sévérité du Trouble de Stress Post-Traumatique (215).

4. Questionnements généraux

5.1 Épuisement des professionnels de l'urgence médico-psychologique

Afin d'être disponible pour les blessés psychiques, il est nécessaire que les soignants soient vigilants à leur propre vécu émotionnel, leurs limites et qu'ils s'autorisent à prendre avant tout soin d'eux. Un professionnel épuisé psychologiquement ne pourra plus être en mesure de prendre en charge les victimes. Il prend alors le risque de leur être nuisible (par des propos ou des attitudes inadaptés) et s'expose au risque d'épuisement professionnel.

Pour prévenir cet épuisement, chaque CUMP intervient théoriquement pour des durées limitées (48 heures) et des relais sont fait entre les différentes cellules. Il est souvent rapporté par les équipes que ce délai de 48 heures est un délai nécessaire pour eux. Rappelons que la fonction des intervenants CUMP est d'aider les blessés psychiques à métaboliser les images brutes de rencontre avec le réel de la mort afin qu'elles deviennent plus acceptables et qu'elle se lient à des représentations. Ce rôle de « métaboliseur » implique pour les intervenants de recevoir dans leur propre psychisme ces images brutes qui ne leur appartiennent pas mais qui n'en sont pas moins chargées d'effroi pour celui qui les accueille. Ainsi, l'épuisement des professionnels va être lié d'une part à la réception cumulative de charges émotionnelles inhabituelles et, d'autre part, à l'effet de fascination que ces images suscitent chez eux. Ces différents facteurs d'épuisement expliquent la nécessité pour les professionnels de l'urgence médico-psychologique d'une formation adéquate sur laquelle nous reviendrons plus tard.

De plus, les équipes d'interventions sont censées recevoir un débriefing collectif dans les suites immédiates voire post-immédiates de leur mission.

Enfin, ce relais entre CUMP pose la question de la transmission des données médicales. Quelle information est transmise d'une CUMP à une autre ? La victime doit-elle revenir sur l'intégralité de son récit si aucune transmission n'est faite ? Nous y reviendrons ultérieurement.

5.2 Lien avec les médias

Nous venons de voir la prise en charge par les CUMP durant les temps immédiat et post-immédiat. Durant ces interventions, un des points qui s'avère délicat est l'intervention des médias et la façon dont les professionnels de l'urgence médico-psychologique doivent se positionner à leur égard.

Contrairement à beaucoup d'idées reçues, les médias ne transmettent pas ce qui se passe dans la réalité sociale. Ils imposent ce qu'ils construisent de l'espace public (216). La finalité du contrat de communication médiatique est en tension entre deux visées qui correspondent chacune à une logique singulière. La première est une visée de faire-savoir (visée d'information), qui tend à produire un objet de savoir, selon une logique civique. La seconde est une visée de faire ressentir (visée de captation), qui tend à produire un objet de consommation marchande selon une logique commerciale.

Les enjeux de la médiatisation en contexte traumatogène sont multiples. Les médias transmettent les nouvelles, informent la population sur ce qui vient de se passer, le type d'événement, le nombre de victimes, l'organisation des secours, le déroulement de l'enquête et l'avancée des investigations, les dates et lieux des commémorations, les conséquences immédiates et durables pour les individus et la société... La couverture médiatique peut, si elle reste factuelle, participer à une réassurance des impliqués et de leurs familles ainsi qu'à la diminution des sentiments de déshumanisation ressentis lors de ce type d'événement. Elle peut permettre d'apporter une rationalité qui aide la restauration d'un sentiment de sécurité au sein de

la population. Cependant, dans la mesure où l'information ne se limite pas qu'à une simple transmission mais qu'elle assure aussi un rôle de captation, la transmission d'informations par les médias dépasse le cadre de l'information objective et risque de perdre sa dimension « pare-excitatrice » et en participant au débordement émotionnel consécutif à l'événement traumatogène. Fréquemment, lors de situations traumatogènes, les médias mettent en scène l'horreur, le malheur, la détresse, la mort, ce qui peut, par diffusion, avoir des effets néfastes sur l'ensemble de la population par écran interposé et renforcer le climat d'insécurité. Concrètement, en situation immédiate, les victimes sont souvent confrontées à de multiples caméras et des journalistes font intrusion dans leur intimité. Cela renforce le sentiment d'étrangeté et la stigmatisation de ces personnes dans un statut de victime.

Souvent dans de tels contextes, les médias (télévision, radio, presse écrite, réseaux sociaux...) ne cessent de relayer les images qui sont diffusées en boucle, fixant sur la durée l'événement traumatique. Cette surmédiatisation de la catastrophe tend à étendre son impact potentiellement traumatique à l'ensemble de la population, notamment vis-à-vis des enfants.

Suite à la diffusion médiatique des attentats récents en France, nous pouvons nous questionner sur un travail à faire autour de la formation des équipes de journalistes à la psychotraumatologie et à la manière de relayer ce type d'informations. Les responsables des CUMP pourraient avoir ce rôle de guidance vis-à-vis des professionnels des médias. Il est bien évident qu'un discours trop neutre, sans émotions, aurait tendance à isoler les spectateurs et à les exclure de la communauté. Il s'agit de trouver un juste milieu entre un discours émotionnel adapté, qui permet de transmettre des émotions mais aussi de rassembler la population autour de l'événement et un discours sensationnel montrant des « images chocs » à la fois fascinantes mais également traumatogènes pour la population.

Le critère A4 du DSM-V inclue une exposition « indirecte répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques ». Cependant ce critère ne s'applique pas à une exposition par l'intermédiaire des médias en dehors d'un contexte professionnel. R. COHEN du Mental health Services for Victims of Disasters rajoute à la classification de L. TERR les victimes de 4^{ème} niveau, c'est-à-dire les

journalistes qui ont assisté à des scènes éprouvantes et présentent une souffrance émotionnelle. Elle ajoute également les victimes de 5^{ème} niveau qui visionnent les reportages des médias et souffrent par empathie (« suffer by proxy »). Cette classification rend compte de l'importance de la dimension subjective du traumatisme (26). D'ailleurs des études réalisées après les attentats du World Trade Center ont souligné que ces images transmises jouaient un rôle déterminant dans la survenue de symptômes de stress post-traumatique (217). Les enfants constitueraient une population particulièrement vulnérable vis-à-vis de ces images. Notons que le jour de l'attentat du World Trade Center, les enfants américains ont été confrontés en moyenne à trois heures d'images de direct, avec une durée atteignant cinq heures ou plus dans 25% des cas (75).

5.3 Le statut de victime

La mise en spectacle de la détresse et de la souffrance envahit l'espace et conduit à marquer les impliqués du stigmate de victime, aussi vite sanctuarisés que sacrifiés sur la scène de l'audimat (84). Un traumatisé psychique est une personne qui a subi un événement traumatique en voyant la mort en face, la sienne ou celle d'un autre. Cette personne est victime de cet événement, de son impact psychotraumatique et de ses conséquences. Il est d'ailleurs crucial de reconnaître que ces impliqués sont des victimes de l'événement, à la fois pour comprendre ce qu'elles ont vécu et leurs symptômes mais également pour favoriser l'alliance thérapeutique et faciliter l'accès aux soins ultérieurs.

Cependant, souvent pour les blessés, l'événement traumatique devient un point de référence dans leur vie personnelle. C'est pourquoi il est important de leur souligner que leur vie ne se résume pas à cet événement. Ils en sont certes victimes, mais ils gardent leur identité propre. Il s'agit de les aider à se dégager progressivement de ce statut identitaire de victime. D'ailleurs, notons que « victime » est un terme judiciaire, lié à des procédures, des plaintes et des demandes de réparation des préjudices subis. Ce statut de victime va aussi être essentiel pour la reconnaissance par l'état ou la justice d'une blessure réelle et d'un handicap qui en serait la conséquence. Le rôle des professionnels des CUMP est donc d'amener progressi-

vement le blessé psychique à différencier son statut juridique de victime, qu'il est important de reconnaître et de défendre, et son statut identitaire de victime qui, bien que nécessaire initialement, devra se transformer afin de ne pas laisser le sujet se résumer à cette position passive revendicante.

De nos jours, la situation peut paraître paradoxale car, d'un côté, il y a une importante reconnaissance de la réalité des blessures psychiques et des conséquences sur le psychisme d'un événement catastrophique et, d'un autre côté, cette prise en compte semble systématique et conduit alors à une revendication identitaire collective du fait traumatique qui le transforme en enjeu sociétal et politique. Le risque de cette reconnaissance politique et sociale du traumatisme psychique est de maintenir les blessés dans un état de dépendance, de vulnérabilité psychique ou d'incompétence, de les maintenir dans un statut de victime (84).

B) ORGANISATION DU RELAIS ET RETOUR D'EXPÉRIENCES

Les CUMP interviennent sur le terrain pour une durée limitée dans le temps. La prise en charge des blessés psychiques par le personnel de ces cellules n'est pas une finalité en soi. C'est la première étape d'un parcours de soins. Nous allons maintenant aborder les étapes suivantes de ce parcours et la question du relais des soins. Nous verrons que ce relais n'est pas toujours efficient et qu'il existe certaines discontinuités dans les soins, notamment liées aux transmissions des données médicales. Nous discuterons certaines perspectives tel que le rappel téléphonique. Par ailleurs, nous insisterons sur la nécessité de rester vigilant quant aux séquelles psychotraumatiques auprès de l'ensemble de la population et sur le long terme.

1. Continuité des soins

1.1 Relais des soins

La phase aiguë est essentiellement coordonnée par les CUMP, puis celles-ci se désengagent progressivement et les volontaires retournent à leur activité professionnelle habituelle. Un relais vers des structures

de soins pérennes, telles que des consultations généralistes en soins psychologiques (Centres Médico-Psychologiques, professionnels libéraux ou consultations hospitalières) ou des consultations spécialisées en psychotraumatisme, pouvant prendre en charge les impliqués sur le long terme, doit être assuré.

Ce relais est d'ailleurs bien souligné par l'instruction de janvier 2017 qui insiste sur le fait que les CUMP constituent des dispositifs médicaux d'urgence qui assurent la prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des victimes. Selon elle, les cellules peuvent organiser des consultations de psychotraumatologie pour ces victimes mais elle n'ont pas vocation à assurer le suivi des patients nécessitant une prise en charge médico-psychologique au-delà des soins immédiats et post-immédiats (152).

Selon P. LOUVILLE, l'expérience montre que ces relais sont très souvent inopérants car les compétences spécifiques que requiert la prise en charge des victimes manquent dans de nombreux départements. C'est sur le long terme que l'on constate les insuffisances du système de prise en charge médico-psychologique des victimes, encore trop centrée sur l'urgence et la post-urgence (218).

Un bilan sur l'activité des CUMP en 1998, dirigé par P. LOUVILLE dans le cadre d'un mémoire, mettait en lumière le manque de liaison et la dispersion dans la prise en charge post-immédiate entre exercice privé et cadre hospitalier (219). Presque dix ans plus tard, il semblerait que la question du relais des soins en post-immédiat semble toujours d'actualité. P. LOUVILLE est intervenu au congrès de la Fédération Trauma Suicide Liaison Urgence de mars 2017 en citant l'instruction du 6 janvier 2017 : « si les CUMP n'ont pas à assurer des consultations de psychotraumatologie sur le long terme, qui actuellement en France le fait? Actuellement, nous n'avons aucune réponse ».

Si nous reprenons les résultats de l'étude IMPACTS, les sujets souffrant d'un TSPT n'avaient souvent pas de suivi spécialisé engagé ou poursuivi dans les suites des événements. En effet, parmi les personnes présentant un trouble de la santé mentale, les chercheurs de l'étude observaient une absence de prise en charge chez deux tiers des témoins et un tiers des personnes directement menacées. Ce résultat témoigne

bien d'un dysfonctionnement dans leurs parcours de soins et de la nécessité de mettre en place des solutions pour que le relais soit efficient.

1.2 Transmission des données médicales

La question de la transmission des données médicales semble fondamentale. Celles-ci ne sont souvent pas relayées que ce soit en immédiat ou en post-immédiat, d'une équipe à l'autre ou aux médecins traitant et aux structures qui prennent le relais sur le plus long terme.

Chaque patient pris en charge par les CUMP est répertorié sur une fiche médicale qui consigne les renseignements relatifs à leur état-civil, aux constatations cliniques et aux éventuels traitements. Ces fiches ne sont cependant pas conservées et elles sont transmises à l'ARS qui dispose d'un système d'identification des victimes. Ainsi il n'existe pas de support concret pouvant être transmis aux professionnels prenant le relais. Une informatisation des données médicales devrait être envisagée afin d'apporter plus de continuité dans le parcours de soins des blessés. Soulignons à nouveau que l'intervention des CUMP est souvent vécue comme un « point de repère » par les rescapés. Il est important que ce « point de repère » puisse être déplacé vers d'autres structures de soins plus pérennes. Cela implique de faire du lien et de transmettre les informations médicales recueillies par les CUMP.

Les troubles psychotraumatiques sont source d'une souffrance majeure pour les victimes. Ils sont fréquemment associés à des syndromes dépressifs, des conduites addictives et des tentatives de suicide. Ils isolent le sujet, qui se renfermera progressivement, à l'écart de la communauté des hommes. Les CUMP ont une démarche pro-active et préventive immédiate mais cette démarche n'a plus de sens si rien de cohérent ne peut leur être proposé dans les suites de l'intervention des CUMP. Comment limiter les perdus de vue ? Comment homogénéiser le parcours de soins des blessés psychiques ?

1.3. Perspectives : le rappel téléphonique

La mise en place d'un dispositif de rappel téléphonique pourrait aider à limiter le « gap » entre la prise en charge en urgence par les CUMP et le relais des soins sur le long terme afin d'apporter de la fluidité et du sens au parcours de soins des blessés psychiques.

Par ailleurs, le recontact des rescapés pourrait également être bénéfique aux professionnels des CUMP. Il pourrait participer à la diminution de leur sentiment d'impuissance et d'« abandon » vis-à-vis des blessés psychiques. Ce procédé a déjà été pensé et appliqué par différentes CUMP et s'est montré utile. Par exemple, le dispositif de rappel téléphonique instauré par la CUMP 93 suite à la prise en charge des rapatriés du Liban à l'aéroport de Roissy en 2006 a permis d'évaluer la nécessité d'une orientation ou non vers des consultations spécifiques en cas de persistance ou d'apparition de symptômes (220). Plus récemment, l'ensemble des victimes de l'attentat du 13 novembre 2015 à Paris reçues par la CUMP de Lyon ont été recontactées par téléphone un mois après la catastrophe (129 victimes parmi un total de 393 personnes reçues à la mairie du XI^{ème} arrondissement les dimanche 15 et lundi 16 novembre 2015) (221). Les victimes ont été interrogées sur leur recours aux soins depuis leur rencontre avec la CUMP et ont répondu à deux questions subjectives : « avez-vous été satisfait de la prise en charge à la mairie du XI^{ème} ? » et « avez-vous été apaisé à l'issue de cet entretien ? ». La majorité des victimes reçues par la CUMP ont eu recours au système de santé (7,1% ont consulté au moins une fois un psychiatre, 36% un médecin généraliste, 9,8% un autre spécialiste et 3,6% ont été hospitalisées soit un total de 56,5%). Ces résultats mettent en lumière l'intérêt de la sensibilisation des professionnels de santé (hospitalier et libéraux) à la question du psychotraumatisme. Nous aborderons la question de la formation des médecins traitants ultérieurement.

Une des questions qui peut se poser pour la mise en place d'un tel dispositif est de savoir si ce sont les personnels CUMP qui assurent le rappel téléphonique ou d'autres équipes spécifiquement dédiées à ce type d'intervention a posteriori.

2. Vigilance post-interventionnelle

2.1. Sur le long terme

Une victime qui n'a pas présenté de réaction pathologique aiguë peut être amenée à développer des symptômes post-traumatiques dans les jours ou les mois qui suivent, tel qu'un TSPT ou d'autres tableaux cliniques comme une symptomatologie dépressive, des conduites addictives, des troubles somatiques.... C'est pourquoi une surveillance de l'évolution clinique est primordiale.

L'impact traumatique peut avoir des répercussions sur le long terme. Il est fondamental de rester vigilant bien au-delà de l'événement lui-même. Une étude de l'impact psychologique après la fusillade au Collège Dawson du 13 septembre 2006 à Montréal a souligné que presque un quart des participants présentaient un trouble de santé mentale 18 mois après l'attaque (222). Cette étude a également souligné des incidences d'épisode dépressif et de dépendance à l'alcool deux fois plus élevées que de TSPT. Rappelons que le TSPT n'est pas la seule expression post-traumatique et qu'il est nécessaire d'être vigilant aux autres troubles pouvant survenir.

2.2 Au près de l'ensemble de la population

Une étude a mis en lumière des réactions de stress, dites « adaptatives », chez un grand nombre d'américains à travers le pays, incluant des enfants, après les attentats de World Trade Center (74). Les actes terroristes et leur menace atteignent non seulement les victimes mais également l'ensemble de la société. L'impact va bien au-delà des victimes directes, même s'il ne s'agit pas systématiquement d'une clinique psychotraumatique. En effet, après un attentat, c'est l'ensemble de la population qui est profondément touchée et cet impact général peut influencer l'activité professionnelle, les loisirs et les déplacements de chacun.

C) ORGANISATION GÉNÉRALE DES RÉSEAUX DE L'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Communiquer en situation de crise comporte des difficultés et cela s'avère d'autant plus délicat lors de situations catastrophiques qui confrontent brutalement la population au néant de la mort. Passée cette crise, il est fondamental d'avoir une analyse critique de la gestion de l'événement, d'évaluer les difficultés rencontrées et de questionner les différentes réactions individuelles ou institutionnelles qui se sont manifestées. Ce temps de réflexion collectif est primordial pour évaluer les répercussions de l'événement tant sur un plan individuel qu'institutionnel et pour analyser la pertinence du dispositif mis en place afin de l'améliorer en vue d'une nouvelle crise sanitaire potentielle.

1. Retour d'expérience des attentats de Paris

1.1 Avis généraux

Les attentats multisites survenus à Paris le 13 novembre 2015 ont fait près de 150 morts, un millier de blessés physiques et plusieurs milliers de blessés psychiques. L'intervention qui a fait suite à ces attentats a constitué « la plus grosse opération de secours dans la capitale française – du moins par le nombre de victimes – depuis les bombardements de la Seconde Guerre mondiale » a estimé P. BOUTINAUD, Commandant de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP), lors de son audition devant la commission d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015 (223). L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), sur décision de son Directeur Général, a déclenché le Plan Blanc. En plus de ce déclenchement, la mise en oeuvre du plan NoVi-H (déclinaison du plan ORSEC NoVi sur le Plan Blanc) a permis en quelques heures une prise en charge des blessés d'une ampleur exceptionnelle.

La soudaineté, la violence aveugle et le nombre de victimes impliquées sur les lieux ont nécessité des interventions psychologiques immédiates sur plusieurs sites et une mobilisation au-delà du dispositif d'urgence habituel assuré par les CUMP. La psychiatre G. ADBGRALL, adjointe de la CUMP 75, a souligné que plusieurs lieux d'accueil ont été rapidement organisés en dehors des structures hospitalières, permettant un accès rapide dans un environnement non-médicalisé et moins stressant pour des impliqués non-blessés physiquement. D'après son retour d'expérience, chez les victimes, la clinique du trouble de stress aigu s'exprimait avec une intensité qui reflétait la violence subie. L'effraction psychique causée par l'attaque terroriste appelait une recherche de sens et un besoin de s'éprouver vivant, en restaurant un lien avec l'autre (224). L'équipe de la CUMP 59, coordonnée par le psychiatre F. DUCROCQ s'est rendue sur place à la demande de la CUMP/SAMU 75 et a mis en place le PUMP à la Mairie du XI^{ème} arrondissement de Paris. Au total, 185 personnes ont été prises en charge le premier jour et, avec le renfort des équipes parisiennes, ce dispositif a été maintenu deux semaines et a vu près de 1500 personnes.

Malgré tout, la vice-présidente de l'association « Life for Paris : 13 novembre 2015 » a confié que la prise en charge des personnes non-blessées physiquement a été unanimement considérée comme très insuffisante. Selon elle, certaines personnes sont rentrées chez elle sans être vues ni entendues et sans conseil pour mettre en place un accompagnement. Selon ses dires, des victimes ont dû décliner leur identité à plusieurs reprises sans jamais être recontactées par la suite. Selon elle, ce soir-là, aucun dispositif de soutien psychologique n'a pu être proposé massivement. Ce constat a été partagé par l'ensemble des interlocuteurs de la commission d'enquête qui soulignaient que, malgré les multiples initiatives, celles-ci demeuraient trop parcellaires, notamment dans la durée (223).

2.2 Retour de l'étude IMPACTS

Les premiers résultats de l'étude IMPACTS sont en faveur d'une utilité et d'une légitimité de l'intervention des CUMP, la population touchée n'ayant pas tendance à faire appel à des structures de soins par eux-mêmes. La démarche proactive des CUMP, d'aller vers l'ensemble des potentiels blessés psychiques afin de les « accrocher » à un parcours de soins, est justifiée. Par ailleurs, l'enquête a souligné que l'inter-

vention médico-psychologique précoce diminuerait la survenue de troubles anxieux et de syndromes dépressifs et faciliterait le recours aux soins ultérieurs pour les personnes souffrant d'un TSPT. L'étude n'a pas retrouvé de lien significatif entre la prise en médico-psychologique urgente et le développement d'un TSPT. Cette absence de lien n'est pas à comprendre comme une absence d'efficacité préventive de l'action des CUMP. La prise en charge médico-psychologique en urgence sur le terrain priorise la prise en charge des sujets en ciblant les personnes les plus à risque de développer un TSPT par la suite. Il s'agit donc d'un biais de triage qui explique que les personnes prises en charge seront celles qui cumulent un maximum de facteurs de risque de développer un trouble ultérieur. Ce résultat reflète finalement un triage efficace des sujets par les membres des CUMP.

2. Politique d'anticipation

Le but des attentats est de produire une rupture brutale des attentes de stabilité et de continuité que la population adresse tacitement à ce qui les entoure (225). Chaque individu est affecté psychologiquement par la désorganisation collective (188). Les attentats de janvier 2015, novembre 2015 et juillet 2016 ont énormément mobilisé les pouvoirs publics en matière de santé et de sécurité. Multiples sont les difficultés de gestion, d'organisation et de décision que les suites de ces attaques engendrent. Ces difficultés ont des impacts délétères à tous les étages qui organisent la réponse à la crise suscitée par ces attaques. Or, plus un groupe est structuré dans son organisation et préparé dans son fonctionnement, mieux il résistera au chaos de la crise. C'est pourquoi actuellement les pouvoirs publics et les responsables des CUMP mènent désormais une réflexion autour d'une politique d'anticipation et non seulement de réaction.

2.1 Organisation globale des soins hospitaliers

Le caractère inimaginable de ces attaques rend leur anticipation complexe. Cependant, les pouvoirs publics mettent en place des plans nationaux d'intervention d'urgence tel que le plan ORSEC, le plan OR-

SAN et le Plan Blanc. L'objectif étant qu'au moment critique la mise en place de ces plans anticipés et testés permette à chaque intervenant d'avoir une conduite cohérente, bien définie et efficace.

D'ailleurs, suite aux récentes attaques sur le sol français, le Plan Blanc a évolué à la lumière des points faibles identifiés et le Plan Blanc *Psychiatrie AP-HP* a été validé par l'ARS en février 2016. Les principes de ce dispositif hospitalier, complémentaire au dispositif des CUMP, sont de faciliter une prise en charge la plus rapide possible des impliqués et de favoriser la poursuite des soins lorsque cela s'avère nécessaire selon une gradation du niveau de recours adéquate (226). Ce *Plan Blanc Psychiatrie* désigne un psychiatre référent AP-HP et un psychiatre référent au sein de chaque groupe hospitalier. Il traite de l'organisation de la réponse téléphonique du 15, ainsi que de l'organisation au niveau des groupes hospitalier et met au point un dispositif de formation. Ce plan n'existe qu'auprès des hôpitaux de l'AP-HP et il serait intéressant de pouvoir l'étendre à l'ensemble des acteurs impliqués sur le territoire français.

2.2 Organisation de l'urgence médico-psychologique

Il y a actuellement un travail national coordonné par l'Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico-psychologique – Société Française de Psychotraumatologie (AFORCUMP- SFP) avec la rédaction d'un référentiel. Ce référentiel a pour but d'harmoniser le travail des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique et de tenter de lutter, au niveau de l'urgence médico-psychologique, contre la désorganisation induite sur les interventions de terrain. L'objectif est de sortir de la crise par la mise en place d'un dispositif adapté, anticipé qui minimise les dérèglements et qui réduit le potentiel désorganisateur de l'évènement afin de permettre une meilleure prise en charge des impliqués.

3. Formation des professionnels

3.1 Professionnels de l'urgence médico-psychologique

La formation des professionnels en psychotraumatologie est une étape essentielle pour une intervention clinique rigoureuse. Qu'ils soient psychiatres, psychologues ou autres, il importe de mettre en place des programmes de formation et de sensibilisation des praticiens aux indications, aux contre-indications et au bon déroulement des différents outils de repérage et de prise en charge des blessés psychiques.

L'intervention auprès des victimes traumatisées nécessite des connaissances cliniques et une expérience spécifique de ce type de prise en charge qui impose aux professionnels des modalités d'intervention bien différentes de celles habituellement gérées au sein de leur pratique quotidienne. H. ROMANO souligne que cette intervention n'est pas « du bon sens » mais un acte de soin qui nécessite une formation spécifique et une supervision (84). Elle insiste sur le fait que des personnes non-formées prennent le risque d'être contaminées par l'expression traumatique de la victime, fascinées par le trauma, c'est-à-dire projetées dans une incapacité à se dégager de ce qu'elles voient et entendent (84). Par ailleurs C. LACHAL souligne que ces situations ont une valeur de *contamination traumatique* pour ceux qui interviennent. Il insiste sur le risque d'avoir des propos et des attitudes inadaptés, sources de survictimisation des victimes, tels qu'une fausse réassurance, un déni de leurs ressentis, des attitudes de déculpabilisation compassionnelle, des injonctions à s'exprimer, une banalisation, des identifications projectives...(227).

La prévention de troubles post-traumatiques est indispensable pour les volontaires des CUMP qui sont, selon les critères d'exposition à un événement traumatogène du DSM-V, à risque de développer un trouble. Comme nous l'avons vu, un defusing est réalisé rapidement après le retour de mission. Le but est alors de permettre la verbalisation des sentiments d'échec ou d'impuissance, de normaliser les comporte-

ments individuels et de résoudre les tensions de groupe, afin de restaurer rapidement les capacités opérationnelles des équipes (218).

2.2 Personnel « non-CUMP »

Les résultats de l'étude IMPACTS mettent en lumière qu'un des facteurs de risque de développer un TSPT est l'absence de formation des professionnels. Ainsi, il semblerait intéressant de généraliser les formations à la gestion du stress et d'inciter à sensibiliser tous les professionnels (professionnels de santé, intervenants publics, volontaires...) qui pourraient être exposés à ces situations traumatogènes et à leurs potentielles conséquences sur le psychisme.

2.3 Médecin traitants

Lors de leur rappel téléphonique, la CUMP du Rhône a mis en lumière que plus d'un tiers des victimes qu'ils avaient reçus en immédiat avaient consulté leur médecin traitant dans le mois qui avait suivi l'attentat. De même, l'étude IMPACT a souligné qu'un grand nombre de victimes ne consulteront pas spontanément un psychiatre mais se confieront plutôt à leur médecin traitant. Rappelons que l'étude a montré que seulement 7% de la population civile ont consulté un psychiatre de leur propre initiative, d'autant moins que les personnes étaient directement menacées. Au-delà des troubles psychiques, il a été retrouvé des conséquences sur l'état de santé général des impliqués avec près d'un quart de la population civile qui déclarait avoir été amené à consulter un praticien pour des troubles somatiques d'apparition ou d'aggravation récentes.

Ainsi, il semble indispensable de sensibiliser les professionnels de santé (hospitaliers et libéraux) à la psychotraumatologie, de les informer sur la population à risque de troubles post-traumatiques (y compris les endeuillés et les proches de victimes), la clinique et les tableaux cliniques susceptibles de survenir, les critères de sévérité et les conduites à tenir devant un patient souffrant. Il est également important de pro-

mouvoir auprès de ces médecins l'établissement du Certificat Médical Initial (Annexe VIII) compte tenu de son importance pour les démarches judiciaires et administratives ultérieures.

4. Risque de « sur-utilisation » des CUMP

Lors de la journée AFORCUMP-SFP, en novembre 2016, s'est tenu un débat concernant l'intervention des CUMP lors des dates commémoratives d'événements catastrophiques. Le deuil et la souffrance font partie de la vie. Lors de ces dates, il est tout à fait sain que les gens soient tristes et qu'ils pleurent. Bien sûr, l'intervention psychiatrique est parfois nécessaire mais elle peut rapidement devenir abusive. Prenons l'exemple du dispositif de soins médico-psychologiques qui a été déployé dans les suites des attentats de Paris et qui comprenait une permanence de soignants des CUMP à l'Institut Médico-Légal jusqu'à la fin de la restitution des corps aux familles. La CUMP 63 a été déclenchée à la demande du Ministère le 23 novembre 2016, soit 10 jours après les attaques, afin d'assister les familles lors de la restitution des corps. Compte tenu de l'intimité de la rencontre du corps du défunt avec ses proches, les membres de la CUMP avaient-ils leur place ? Ils apportaient une contenance, une guidance, une prise en charge des éventuelles décompensations psychiques mais n'y a-t-il pas ici un risque de « psychiatrisation » des réactions de deuil qui sont adaptées au vu du contexte ? Cependant le point positif de ce type d'interventions est qu'elles permettent de repérer les sujets endeuillés qui sont aussi à risque de développer un trouble psychotraumatique. Ce temps pourrait être une opportunité pour donner les informations adéquates aux victimes et d'éviter leur perte de vue.

Dans une interview donnée en 2015, H. ROMANO et B.CYRULNIK ont dénoncé l'utilisation des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique comme « gadget politique » :

A l'origine, ces prises en charge collectives ne devaient exister que pour des drames collectifs. Il s'agissait de prendre en charge les blessés psychiques, en état de stress dépassé, choqués, prostrés, comme le SAMU le faisait pour les blessures physiques. (...) Il faut bien com-

prendre que nos cellules d'intervention prodiguent des soins psychiatriques d'urgence. A vouloir les étendre éternellement, on en vient à psychiatriser la tristesse. (...) On crée un état de dépendance face à ces dispositifs. On crée une population fragile. Face aux derniers attentats qui les ont touchées, l'Espagne et la Belgique n'ont pas misé sur la psychiatrie, mais sur le communautaire, en soutenant un collectif de proches qui s'est préoccupé du bien-être de ceux qui étaient en détresse. Elles ont restauré chaque intervenant dans sa compétence. Bien souvent de nos jours, les cellules d'urgence ne donnent plus de soins ni vraiment de soutien, elles fabriquent des victimes (228).

B. CYRULNIK souligne que les interventions des CUMP ont un incroyable succès auprès des journalistes et politiques. « On envoie une cellule psy » revient à dire : « on a fait ce qu'il fallait, on peut rentrer chez soi ». On se fait croire que l'on a réglé le problème, alors que certains manifestent des vrais troubles traumatiques seulement quelques semaines plus tard. Après le temps de la cellule d'urgence et le temps médiatique, certains se sentent abandonnés (228).

Cependant, face à cet abandon ressenti par les blessés psychiques, ce n'est pas à la pérennisation des CUMP qu'il faut penser mais plutôt aux possibilités que nous avons d'améliorer le lien, la continuité des soins, la cohérence et la cohésion d'un travail en réseau afin d'apporter une certaine guidance, une stabilité dans le parcours de soins et les parcours de vie des blessés psychiques à la suite d'un événement aussi déstructurant.

D) CONCLUSION

Ainsi, l'intervention des CUMP dans les suites immédiates d'un attentat est un point de repère pour les blessés psychiques. Elle vise à les réinscrire dans un groupe, les « réhumaniser ». Elle a deux rôles principaux : un rôle immédiat de soulagement de la souffrance psychique et un rôle de prévention des séquelles psychotraumatiques par le biais du defusing, des thérapeutiques médicamenteuses et de l'IPPI. Cette in-

tervention vise donc à les informer (psycho-éducation), valider leur symptômes, normaliser leur expérience et leur offrir l'opportunité de s'inscrire dans un parcours de soins.

L'intervention auprès des plus jeunes présente certaines spécificités dont il faut être aguéri. Par ailleurs, les réflexions autour des contre-transferts culturels et les questionnements autour de l'intervention en situation transculturelle sont fondamentaux pour assurer une prise en charge globale de tout les blessés psychiques.

L'enjeu majeur de l'intervention des CUMP est le repérage de tous les blessés psychiques potentiels y compris les endeuillés et les proches de victimes. Pour que cette intervention soit efficace, il est nécessaire que les volontaires des CUMP et l'ensemble des acteurs sur le terrain soient en collaboration.

Lors de cette intervention auprès des blessés, une vigilance particulière sera portée à l'interface optimale qui doit être proposée entre la scène de l'événement et la façon dont les médias s'en emparent.

Les volontaires des CUMP interviennent en théorie pour une durée limitée afin de prévenir leur épuisement professionnel. Ainsi les CUMP se relayent sur place et, passée la phase post-immédiate, un relais des soins vers des structures pérennes doit se mettre en place. L'expérience a montré que ce relais était peu efficace et que peu de données médicales étaient transmises. Ainsi, les CUMP se désengagent progressivement et les blessés psychiques perdent ce point de repère qui n'est pas déplacé vers d'autres structures de soins. La question d'une rupture de leur parcours de soins et de la perte de vue des blessés à ce moment est majeure. Il semble indispensable de pouvoir envisager des solutions pour apporter davantage de continuité. Nous avons ainsi évoqué l'idée du rappel téléphonique à distance et de la transmission systématique de données médicales informatisées afin de créer du lien et d'apporter du sens à la prise en charge.

Par ailleurs, des séquelles post-traumatiques peuvent survenir avec plusieurs mois de délais et toucher l'ensemble de la population. Au vu de la souffrance psychique qu'engendrent ces troubles et de leurs comorbidités, il est important que tous les professionnels de santé soient sensibilisés à cette question et au dépistage de ces troubles.

En dehors des événements traumatogènes, des réflexions sont menées. Le retour d'expérience des attentats de novembre 2015 à Paris s'est montré mitigé quant à la prise en charge des blessés psychiques. L'intervention proactive des CUMP sur le terrain s'est montré efficace mais la prise en charge sur le long terme des blessés psychiques s'est avérée très irrégulière. Une politique d'anticipation est en réflexion actuellement, avec des changements tel que le *Plan Blanc Psychiatrie AH-HP* et la rédaction d'un référentiel CUMP au sein de l'AFORCUMP-SFP afin d'harmoniser le travail de l'urgence médico-psychologique. Il semblerait néanmoins que peu de perspectives soient proposées afin d'améliorer la continuité des soins. Par ailleurs, la question de la formation des professionnels, que ce soit de l'urgence médico-psychologique, des intervenants ou des médecins généralistes, est centrale dans le parcours de soins des blessés psychiques.

Soulignons enfin que, selon certains auteurs, les CUMP sont parfois déclenchées de manière abusive et cela pourrait avoir tendance à « psychiatriser » des réactions adaptées et à apporter, de façon inadaptée, un statut identitaire de victime auprès de la population.

CONCLUSION

Le psychotraumatisme n'est pas une spécificité clinique de notre époque contemporaine. Bien que de conceptualisation récente, l'histoire montre qu'il est le témoin universel et intemporel de ce qui terrifie et a toujours terrifié le plus l'Homme : la Mort. Décrit depuis des millénaires, ce n'est qu'à partir du XIX^{ème} siècle que le corps médical tente réellement de le comprendre. Les différents courants théoriques qui ont tenté et tentent encore de cerner le fonctionnement psychique, d'en proposer des modèles, se sont emparés de la question du psychotraumatisme afin d'en dresser une sorte de « cartographie ». Les guerres du XX^{ème} siècle ont été un terrain propice à l'observation de ces tableaux cliniques qui ont pris différentes appellations au cours du temps. Plus tardivement, la possibilité pour des enfants de développer un psychotraumatisme, selon des manifestations et des conséquences développementales spécifiques, a pu être reconnu.

Devenue un objet d'étude largement investigué, la clinique psychotraumatique est désormais mieux décrite et objectivée. L'évènement potentiellement traumatogène crée une rupture dans la vie des individus qui le rencontrent et, à partir de ce point de bascule, plusieurs évolutions cliniques peuvent advenir, notamment en fonction de facteurs de risques pré-, péri- et post-traumatiques qui sont maintenant mieux identifiés. Au-delà de la clinique exprimée, c'est un monde de représentations, de certitudes et de croyances qui menace de s'effondrer lorsque le sujet se retrouve en face de la mort, la sienne ou celle d'autrui, réelle ou menaçante. Et lorsque l'évènement source d'effroi se termine, le sujet confronté le garde en lui, tel un corps étranger dont il ne peut rien faire, soumis à un chaos psychique et identitaire qui le menace chaque jour de la même façon.

Parallèlement à la compréhension clinique de l'impact d'évènements potentiellement traumatogènes sur le psychisme, la question de l'intervention thérapeutique auprès des victimes de ces évènements s'est développée. Le psychotraumatisme étant la rencontre brutale et inattendue avec le réel de la mort, il a été

nécessaire de penser des dispositifs d'intervention rapide sur le terrain devant l'enjeu pronostic majeur que constituent les premières heures suivant l'exposition à l'évènement. Ainsi, créées officiellement en France en 1995, les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique assurent ce rôle. Leur organisation et les modalités de leur intervention ont subi de nombreuses évolutions depuis leur création. Les Situations Sanitaires Exceptionnelles, évènements potentiellement traumatogènes d'une grande ampleur (notamment par le nombre de victime, la gravité de l'évènement et la désorganisation induite sur le plan sociétal), ont eu un rôle majeur dans l'évolution des CUMP, en particulier les situations d'attentats perpétrés, entre autres, sur le sol français depuis une vingtaine d'années. C'est pour quoi nous avons souhaité traiter du parcours de soins de ces victimes psychiques (ou « blessés psychiques ») en particulier lors de situations d'attentats, afin d'illustrer au mieux les enjeux sanitaires (sur les plan individuels, collectifs mais aussi politiques) qui découlent de l'organisation effective des soins dans les différents temps qui suivent la confrontation à l'évènement traumatogène.

De nombreux outils de prise en charge ont été mis au point et validés ces dernières années, notamment concernant l'intervention ciblée sur le risque de développer une symptomatologie post-traumatique (psycho-éducation, defusing, IPPI, traitements médicamenteux, prise en charge spécifique des enfants...). Les retours d'expériences et les études scientifiques sur lesquelles nous avons basé notre travail explicitent la façon dont ces outils doivent être utilisés et nourrissent un « premier consensus » concernant les stratégies d'intervention à opérer dans de telles situations. Ils nous ont permis, par ailleurs, de dégager un certain nombre d'éléments qui posent problème et ne permettent pas d'optimiser la cohérence et l'efficacité des parcours de soins dont peuvent bénéficier les blessés psychiques. Par exemple, l'étude IMPACTS a mis en lumière un certain nombre d'aspects à la fois cliniques mais aussi organisationnels dont il faudra, dans l'avenir, tirer des conclusions afin de faire évoluer les dispositifs existant, qu'ils soient sanitaires ou non.

Des perspectives d'évolution pourraient ainsi être envisagées à différents niveaux, concernant différents temps de la prise en charge : repérage, rencontre clinique, prise en charge thérapeutique immédiate,

orientation et continuité des soins. Une meilleure connaissance partagée de la clinique et de la prise en charge des enfants mais aussi des personnes en situation transculturelle nous semblent être un enjeu majeur dans ce type de situations catastrophiques.

La question de la formation, indispensable pour les professionnels intervenant dans les CUMP, doit être étendue aux professionnels qui n'interviennent pas sur le terrain, d'une part pour assurer la continuité de la prise en charge mais aussi parce que certains blessés psychiques « échapperont » au repérage par les équipes CUMP et iront finalement voir, par exemple, leur médecin traitant en premier lieu (ou le médecin scolaire pour les enfants). Optimiser le parcours de soins des blessés psychiques dans un contexte aussi désorganisateur que les attentats nécessite aussi une vigilance accrue quant à la transmission des informations cliniques, que ce soit sur le terrain afin d'optimiser le relais entre équipes CUMP qui se succèdent (informatisation des données médicales), mais aussi afin d'améliorer d'éventuels dispositifs de surveillance post-intervention qui seraient mis en place (recontact téléphonique, par exemple) et qui constituent, eux-aussi un enjeu évolutif du dispositif actuellement proposé.

Sur un plan plus général, il semble important de pouvoir uniformiser les pratiques des différentes équipes CUMP intervenant sur le territoire. Cette nécessité semble être déjà au travail par la rédaction de référentiels. Ce travail pourrait permettre d'avancer sur des réflexions plus générales concernant par exemple le risque de « sur-utilisation » ou de mauvaise utilisation des CUMP, la relation avec les médias lors d'évènements catastrophiques tels que des attentats...

L'effroi vécu sur le plan individuel lors d'un évènement catastrophique plonge le sujet dans le chaos. L'horreur perçue s'incruste, telle une épine, dans le psychisme et fait s'effondrer tous les repères de celui qui en est victime. Soumis à un évènement qui prend toute la place alors qu'il n'existe plus, le sujet est obnubilé par son insécurité permanente et tente de s'y soustraire, d'une façon ou d'une autre, souvent par un moyen délétère pour sa vie et sa survie. La particularité des attentats est qu'ils induisent ce type de bouleversements à la fois sur le plan individuel et collectif mais aussi sur le plan sociétal, désorganisant et

insécurisant ainsi toute une société, au plus profond des repères et valeurs communautaires qui la fondent. Prendre en charge les individus victimes de ces attentats, sur le plan psychique, c'est donc aussi réfléchir plus largement, de façon anticipée, à l'organisation de l'ensemble du système qui coordonne ce parcours de soins, lui aussi plongé dans le chaos lorsque la Mort frappe à sa porte.

BIBLIOGRAPHIE

1. Crocq L. 16 leçons sur le trauma. Odile Jacob; 2012.
2. Crocq L. Stress et trauma. J Psychol. 2003;(206):8–12.
3. Ferenczi S. Le Traumatisme. Payot & Rivages. 2006.
4. Lacan J., Le Séminaire, livre XXI, Les non-dupes errent, leçon du 19 février 1974.
5. Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod. 1998.
6. Lebigot F. Le Traumatisme Psychique. Stress Trauma. 2009;9(4):201-4.
7. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2010;168(4):311-9.
8. Crocq L. Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques. Neuropsy News Numéro Spéc. 2003;10-8.
9. Pinel P (1745-1826). Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale , par Ph. Pinel, [...] Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée. A Paris, Chez J. Ant. Brosson, libraire, rue Pierre-Sarrazin, n °9. An 1809; 1809.
10. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Odile Jacob; 1999.
11. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. 2e éd. Berlin: von August Hirschwald V. ed. 1982.
12. Charcot JM., « Leçons du Mardi à la Salpêtrière », Notes de cours, tome II, Bureaux du Progrès Médical, 2 vols, Polyclinique, Paris 1888-1889.
13. Janet P. L'automatisme psychologique. Paris: Alcan; 1889.
14. Freud S. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (1915) : Essai de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981 : 7-39 et 255-267.
15. Freud S., Breuer J. (1895). Études sur l'hystérie, précédées de communication préliminaire (1893), trad. fr. Paris: PUF, 1953.
16. Freud, S. (1921). Au-delà du principe du plaisir, trad. fr. Paris: Payot, 1956.
17. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Paris : Dunod; 2005.
18. Lebigot F. Les syndromes psychotraumatiques. Stress Trauma Neuropsy No Spéc. 2003;
19. Lebigot F. Le traumatisme psychique. Rev Francoph Stress Trauma. 2004;4(1):5-11.
20. Kraepelin E. Ein Lehrbrech for Studierende und Aerzte, Barth JA, Leipzig, 1899. In.
21. Salmon T. The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses (« Shellshock ») in the British Army (New York : War Work Committee of the National Committee for Mental Hygiene, 1917), 30.

22. Abraham K. Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre (1918). Oeuvres complètes, tome II, Payot, Paris, 1974, pp. 172-180.
23. Ferenczi S. Psychanalyse des névroses de guerre. Rapport présenté au Ve congrès internationale de psychanalyse de Budapest, tome III, 1918, pp. 27-43.
24. Vitton I. Psychotraumatologie : Apports de la Psychiatrie Militaire et de la Psychiatrie Civile. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Rouen, Faculté de médecine; 2012.
25. Crocq L, deClerq M, Lebigot F., Perspective historique sur le trauma. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001.
26. Annick Ponsetti-Gaillochon, Clara Duchet, Sylvie Molenda. Le debriefing psychologique. Dunod. 2009.
27. Solomon Z. Therapeutic response to combat stress reaction during Israel's wars: Introduction. J Trauma Stress. 1 avr 1995;8(2):243-6.
28. Organisation Mondiale de la Santé. (1992). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 10e révision. Genève: OMS [trad. fr. par C.B. Pull, Paris, 1993].
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1e éd (DSM-I) American Psychiatric Press, Washington D.C., 1952.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised: DSM III-R. Masson, 1989.
31. American Psychiatric Association. 1996. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition (version internationale, Washington DC, 1995) . Masson. Paris.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5, American Psychiatric Press, Washington D.C. 2013.
33. Crocq L. Historique des catastrophes urbaines et industrielles. Stress Trauma. 2004;4(1):55-64.
34. Abenhaim L., Dab W., Salmi L. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). J Clin Epidemiol. 1992;45:103-9.
35. Bailly L. Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant: accidents, terrorisme, guerres, violence d'Etat, torture, catastrophes naturelles : descriptions cliniques et traitements. Paris, France: ESF éd; 1996. 136 p.
36. Freud A, Burlingham D. Infants without families and Reports on the Hampstead Nurseries, 1939-1945 London. 1974.
37. Terr L. Psychic Trauma in Children : Observations Following the Cowchilla School-bus Kidnapping. , 138 (1), 14-19. Am J Psychiatry. 1981;138(1):14-9.
38. Terr L. What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. Am J Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27(1):96-104.
39. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry. 1991;148(1):10-20.

40. Gigengack M, et al. Comparing three diagnostic algorithms of posttraumatic stress in young children exposed to accidental trauma: an exploratory study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:5-13.
41. Meiser-Stedman R., et al. The Posttraumatic Stress Disorder Diagnosis in Preschool and Elementary School-Age Children Exposed to Motor Vehicle Accidents. *Am J Psychiatry*. 1 oct 2008;165(10):1326-37.
42. Selye J. *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill, (1950) rééd. 1986.
43. Crocq L. *Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes*. 2e édition. Elsevier Masson; 2014. 352 p.
44. Crocq L., et al. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier Paris), Psychiatrie* 1998; 37-113-D-10, 8P.
45. Marmar CR., Center SF. *PTSD Research Quarterly*. 1997;
46. Crocq L, Chidiac N. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2010, 168 (8), p.639.
47. Jehel L, Paterniti S, Brunet A, Louville P, Guelfi J-D. L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *L'Encéphale*. 2006;32(6):953-956.
48. Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J Psychiatry*. sept 2001;158(9):1480-5.
49. Thomas É, Saumier D, Brunet A. Peritraumatic Distress and the Course of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Meta-Analysis. *Can J Psychiatry*. 1 févr 2012;57(2):122-9.
50. Bryant RA. Does dissociation further our understanding of PTSD? *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):183-91.
51. Brillion P. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*, Québec, Les Éditions Quebecor, 2004.
52. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. août 1998;107(3):508-19.
53. Murray J, Ehlers A, Mayou RA. Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 2002;180:363-8.
54. Shalev AY, Peri T, Canetti L, Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Am J Psychiatry*. févr 1996;153(2):219-25.
55. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. janv 2003;129(1):52-73.
56. Breh DC, Seidler GH. Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD*. 2007;8(1):53-69.
57. Jehel L, Lopez G. *Psychotraumatologie - Évaluation, clinique, traitement*. Dunod. 2006.

58. Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry*. juin 1994;151(6):902-7.
59. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Delucchi K. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psychiatry*. juill 1996;153(7):94-102.
60. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *Eur Psychiatry*. mars 2005;20(2):145-51.
61. Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P, et al. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juill 2003;48(6):395-401.
62. Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. *Soins Psychiatr*. 1997;(188):7-13.
63. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - (4e édition, Texte Révisé, Traduction française par J.-D. Guelfi et al. , Masson ed. , Paris 2003)* Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
64. Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC, Atwoli L, Friedman MJ, Hill ED, et al. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder : investigating « narrow » and « broad » approaches. *Depress Anxiety*. juin 2014;31(6):494.
65. Bellamy V, Roelandt J-L, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études Résultats*. oct 2004; (347).
66. Gasquet I, Negre-pages L, Fourrier A, Nachbaur G, El-hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD) en population générale. *Encéphale*. 2005;31(2):195-206.
67. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048—60.
68. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2005;62(6):617-27.
69. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. déc 2008;34(6):577-83.
70. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:78-91.
71. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1 déc 1995;52(12):1048-60.
72. Jehel L, Duchet C, Paterniti S, Consoli S-M, Guelfi J-D. Étude prospective de l'état de stress post-traumatique parmi des victimes d'un attentat terroriste. *Encéphale*. nov 2001;27(5):393-400.

73. Verger P, Dab W, Lamping DL, Loze J-Y, Deschaseaux-Voinet C, Abenhaim L, et al. The Psychological Impact of Terrorism: An Epidemiologic Study of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Factors in Victims of the 1995–1996 Bombings in France. *Am J Psychiatry*. 1 août 2004;161(8):1384-9.
74. Galea S. Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. *Am J Epidemiol*. 15 sept 2003;158(6):514-24.
75. Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med*. 15 nov 2001;345(20):1507-12.
76. Gabriel R, Ferrando L, Cortón ES, Mingote C, García-Camba E, Liria AF, et al. Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *Eur Psychiatry*. sept 2007;22(6):339-46.
77. Dyb G, Jensen TK, Nygaard E, Ekeberg Ø, Diseth TH, Wentzel-Larsen T, et al. Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *Br J Psychiatry*. 1 mai 2014;204(5):361-7.
78. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. oct 2000;68(5):748-66.
79. Haagsma JA, Ringburg AN, van Lieshout EM, van Beeck EF, Patka P, Schipper IB, et al. Prevalence rate, predictors and long-term course of probable posttraumatic stress disorder after major trauma: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2012;12:236.
80. Moscardino U, Scrimin S, Capello F, Altoè G. Social support, sense of community, collectivistic values, and depressive symptoms in adolescent survivors of the 2004 Beslan terrorist attack. *Soc Sci Med* 1982. janv 2010;70(1):27-34.
81. Christiansen DM, Hansen M. Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *Eur J Psychotraumatology*. 2015;6.
82. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. *PLOS ONE*. 11 avr 2013;8(4):e59236.
83. Ferreri F., Agboku C., Nuss P., Peretti M., *Psychotraumatismes majeurs : états de stress aigu et état de stress post-traumatique*. EMC, Psychiatrie Elsevier Masson SAS, 2011, 37, 329-A-11. In.
84. Romano H. *L'Aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique*. Dunod; 2013.
85. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*. sept 2011;28(9):750-69.
86. Frueh BC, Grubaugh AL, Yeager DE, Magruder KM. Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *Br J Psychiatry*. 2009;194(6):515-20.
87. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Posttraumatic stress disorder mediates the relationship between mild traumatic brain injury and health and psychosocial functioning in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Nerv Ment Dis*. oct 2009;197(10):748-53.

88. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420):38-46.
89. Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature. *L'Encephale.* avr 2001;27(2):159-68.
90. Shalev AY, Sahar T, Freedman S, Peri T, Glick N, Brandes D, et al. A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* juin 1998;55(6):553-9.
91. Lebigot F., Jeudy E., Dépression post-traumatique. In : Olié J.P., Poirier M.F., Lôo H., editeurs. *Les maladies dépressives*, 2e édition. Paris : Flammarion, 2003 : 306-313.
92. Scherrer JF, Xian H, Lyons MJ, Goldberg J, Eisen SA, True W, et al. Posttraumatic stress disorder, combat exposure and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins. *Compr Psychiatry.* 2008;49(3):297.
93. Cottler LB, Compton WM, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry.* mai 1992;149(5):664-70.
94. Gielen N, Havermans RC, Tekelenburg M, Jansen A. Prevalence of post traumatic stress disorder among patients with substance use disorder. It is higher than clinicians think it is. *Appetite.* oct 2012;59(2):627.
95. Rouillon F, Barrier G, Baruffol E, Benayoun S, Chambon E. Présentation de l'étude épidémiologique des conséquences sanitaires des attentats (ECSAT). *SOS Attentat.* 2006;
96. Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *Rev Médecine Interne.* déc 2012;33(12):703-8.
97. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJG. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med.* avr 2007;69(3):242-8.
98. Maury C, Abbal T, Moro M-R. Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2016;174(4):266-73.
99. Krysinska K, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2010;14(1):1-23.
100. Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry.* 1991;148(5):586.
101. Ramsawh HJ, Fullerton CS, Mash HBH, Ng THH, Kessler RC, Stein MB, et al. Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *J Affect Disord.* juin 2014;161:116-22.
102. Pollock DA, Rhodes P, Boyle CA, Decoufle P, McGee DL. Estimating the number of suicides among Vietnam veterans. *Am J Psychiatry.* juin 1990;147(6):772-6.

103. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosom Med.* déc 1999;61(6):746-54.
104. Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1995;34(9):1160-6.
105. Romano H, Baubet T, Moro M-R, Sturm G. Le jeu chez l'enfant victime d'événements traumatiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2008;166(9):702-10.
106. Terr L. Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10–20.
107. Bailly L. Jeux traumatiques. Intervention au colloque « Jouer », 6e colloque de la revue. Clermont Ferrand: L'Autre; 2006.
108. Baubet T, Moro MR. Clinique des traumatismes psychiques dans la première enfance. *Bebes et traumatismes.* Paris: La Pensée sauvage; 2006. p. 37–57.
109. Bailly L. Traumatisme psychique chez le jeune enfant. In: Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, editors. *Bebes et traumatismes.* Paris: La pensée sauvage; 2006.
110. Bailly L. Syndromes psychotraumatique chez l'enfant, in M. De Clercq et F. Lebigot (dir.), *Les Traumatismes psychiques,* Paris, Masson, 2001.
111. Daligand L. Le Psychotrauma de l'enfant. *Stress Trauma.* 2009;9(4):224-7.
112. Bonne O, Grillon C, Vythilingam M, Neumeister A, Charney DS. Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy. *Neurosci Biobehav Rev.* mars 2004;28(1):65-94.
113. Davis M. The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annu Rev Neurosci.* 1992;15:353-75.
114. Brunet A, Bergerie K, Corbo V. Une théorie neurocognitive des processus impliqués dans le développement et la rémission des traumatismes. In: Guay S, Marchand A, editors. *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation, traitements.* Montréal Québec: Presses de l'université de Montréal; 2006.
115. Vaiva G. Psychotrauma et fonctionnement cérébral. Perspectives thérapeutiques. *Stress et Trauma.* 2009; 9 (4) : 210-213.
116. Ducrocq F, Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. /data/revues/00137006/00310002/212/ [Internet]. 17 févr 2008 [cité 7 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/83324>
117. Vaiva G, Thomas P, Ducrocq F, Fontaine M, Boss V, Devos P, et al. Low posttrauma GABA plasma levels as a predictive factor in the development of acute posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 1 févr 2004;55(3):250-4.
118. Garcia M, Bruno N, Grunenwald S, Bui É, Birmes P. Cortisol et état de stress post-traumatique. *Corresp En MHDN.* 2012;16(1-2):26–30.
119. Yehuda R. Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Can J Psychiatry.* 1999;44(1):34–39.
120. Shalev AY. Biological responses to disasters. *Psychiatr Q.* 2000;71(3):277-88.

121. Bryant RA, Harvey AG, Guthrie RM, Moulds ML. A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol.* mai 2000;109(2):341-4.
122. Coronas R, Gallardo O, Moreno MJ, Suárez D, García-Parés G, Menchón JM. Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder: a prospective study in motor vehicle accident survivors. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* nov 2011;26(8):508-12.
123. Mouchabac S, El-Hage W, Ferreri F. La mémoire intrusive dans le trouble de stress post-traumatique : apport de la neuroimagerie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2016;174(10):848-52.
124. Patel R, Spreng RN, Shin LM, Girard TA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and beyond: a meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev* 36: 2130-2142. ResearchGate.
125. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry.* déc 1995;152(12):1705-13.
126. Yehuda R. Status of glucocorticoid alterations in post-traumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci.* oct 2009;1179:56-69.
127. Summerfield D. Trauma: Culture, Meaning and Philosophy. *BMJ.* 2 nov 2002;325(7371):1044.
128. Chakraborty A. Culture, colonialism, and psychiatry. *The Lancet.* 18 mai 1991;337(8751):1204-7.
129. Baubet T, Moro M-R. Trauma et cultures. *Rev Transcult.* 2000;1(3):405-8.
130. Girolamo G, McFarlane A. The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. *Ethnocult Asp Posttraumatic Stress Disord Issues Res Clin Appl.* 1996;33-86.
131. Frey C. Posttraumatic Stress Disorder and Culture. 30 mars 2001;169:103-16.
132. Chidiac N., Crocq L. Le psychotrauma (III). Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Annales Médico-Psychologiques.* 2011. 169, 327-333. In.
133. Young, A. The anthropology of illness and sickness. *Annu Rev Anthropol.* 1995;(1):257-85.
134. Tarquinio C, Montel S. Les psychotraumatismes: Histoire, concepts et applications. Dunod; 2014. 236 p.
135. Instruction N° DGS 2014 153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des SSE.
136. Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure.
137. Nahon M, Michaloux M. L'organisation de la réponse de la sécurité civile : le dispositif ORSEC. *J Eur Urgences Réanimation.* juill 2016;28(2-3):94-9.
138. Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2014. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump>

139. Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.
140. Instruction N° DGS/DUS/CORRUSS n° 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
141. Nahon M, Michaloux M. Dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). *J Eur Urgences Réanimation*. juill 2016;28(2-3):100-4.
142. Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. 2016-1327 oct 6, 2016.
143. Circulaire no DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé et des Plans Blancs élargis.
144. Ministère de la Santé et des Solidarités (2006) Guide d'aide à l'élaboration des Plans Blancs élargis et des Plans Blancs des établissements. Édition 2006, annexe à la circulaire N° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006.
145. Carli P, Telion C. Catastrophe et Plan Blanc: comment se réorganiser en urgence? 2014; Disponible sur:
http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Catastrophe_et_plan_blanc_comment_se_reorganiser_en_urgence.pdf
146. Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Med Psychol*. 1998;(156):48-54.
147. Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
148. Circulaire DHOS/O 2/DGS/6 C n°2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe.
149. Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.
150. Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique.
151. Instruction N° DGS/DUS/BOP/2014/62 du 24 février 2014 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique.
152. Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique.
153. Mitchell JT, PhD. *Group Crisis Support; Why it works, When & How to provide it*. 1e éd. Gwin D, éditeur. Chevron Pub Corp; 2007. 183 p.
154. Mitchell J.T., Everly G.S. *Critical Stress incident Debriefing (CISD): An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*, 2nd edition, Ellicott City, MD, Chevron Publishing Corporation, 1997.

155. Jehel L. Triage psy et organisation du dispositif des CUMP lors de situations de catastrophe et d'attentats : les leçons de janvier et novembre 2015. Congrès Français de Psychiatrie présenté à: AFORCUMP-SFP - Les attentats depuis 2015, ce que nous avons appris dans les CUMP pour faire face; 2016; Montpellier.
156. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* janv 2003;129(1):52-73.
157. Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Editions médicales Pierre Fabre. 1993.
158. Bracha HS, Williams AE, Haynes SN, Kubany ES, Ralston TC, Yamashita JM. The STRS (shortness of breath, tremulousness, racing heart, and sweating): A brief checklist for acute distress with panic-like autonomic indicators; development and factor structure. *Ann Gen Hosp Psychiatry.* 22 avr 2004;3:8.
159. Prieto N, Lebigot F. 2003, Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. *Rev Franc Stress Trauma* 2003 ; 3 : 29-33.
160. Bessoles P. Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. *Inf Psychiatr.* 24 févr 2014;me 82(3):231-7.
161. Winnicott DW. *Jeu et réalité.* Paris : Gallimard, 1971.
162. Bessoles P. Psychose post-traumatique: contribution à une théorisation dynamique du traumatisme aigu post-immédiat: Post-traumatic psychosis: the contribution of an acute post-immediate trauma to a dynamic theorization. *L'Encéphale.* 2006;32(5):729–737.
163. Bion WR. Attaques contre les liens. *Le trouble de penser.* *Nouv Rev Psychanalyse* 1982 ; 25 : 43-5.
164. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, Healy AR, Cheema F, Lasko NB, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry.* 15 janv 2002;51(2):189-92.
165. Hillion J. Le propranolol la pilule de l'oubli de la souffrance ? [Internet]. *Poil de carotte.* 2009. Disponible sur: <http://a.pdc.free.fr/spip.php?article328>
166. Villain H, Benkahoul A, Drougard A, Lafragette M, Muzotte E, Pech S, et al. Effects of Propranolol, a β -noradrenergic Antagonist, on Memory Consolidation and Reconsolidation in Mice. *Front Behav Neurosci.* 2016;10(49).
167. van Stegeren AH, Goekoop R, Everaerd W, Scheltens P, Barkhof F, Kuijjer JPA, et al. Noradrenaline mediates amygdala activation in men and women during encoding of emotional material. *NeuroImage.* 1 févr 2005;24(3):898-909.
168. Taylor F, Cahill L. Propranolol for reemergent posttraumatic stress disorder following an event of retraumatization: a case study. *J Trauma stress* 2002;15(2):432-7.
169. Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A, et al. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry.* nov 2003;54(9):947-9.
170. Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pharmacotherapy to prevent PTSD: Results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress.* déc 2007;20(6):923-32.

171. Lorenz RA, Hayes JW, Saitz M. Prazosin treatment of nightmares related to post-traumatic stress disorder. *Ment Health Clin.* 1 janv 2013;2(7):202-3.
172. Thompson CE, Taylor FB, McFall ME, Barnes RF, Raskind MA. Nonnightmare distressed awakenings in veterans with posttraumatic stress disorder: response to prazosin. *J Trauma Stress.* août 2008;21(4):417-20.
173. Vaiva G, Ducrocq F, Warembourg F. Prescription de prazosine contre les cauchemars traumatiques. *Presse Médicale.* sept 2013;42(9):1272-9.
174. Simon PYR, Rousseau P-F. Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin: A Review of Outcome Studies. *Can J Psychiatry.* 1 mars 2017;62(3):186-98.
175. Vaiva G, Ducrocq F, Debien C. Pistes pharmacologiques pour une intervention précoce. In : Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudenand M. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitement.* Masson, Paris;2005:121-6.
176. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, DeSocio PA, Gaylord KM, Black IH. The Relationship of Intravenous Midazolam and Posttraumatic Stress Disorder Development in Burned Soldiers: *J Trauma Inj Infect Crit Care.* avr 2009;66(Supplement):S186-90.
177. Llorca P-M, Spadone C, Sol O, Danniau A, Bougerol T, Corruble E, et al. Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder: a 3-month double-blind study. *J Clin Psychiatry.* nov 2002;63(11):1020-7.
178. Ahmadpanah M, Sabzeiee P, Hosseini SM, Torabian S, Haghghi M, Jahangard L, et al. Comparing the Effect of Prazosin and Hydroxyzine on Sleep Quality in Patients Suffering from Posttraumatic Stress Disorder. *Neuropsychobiology.* 17 juill 2014;69(4):235-42.
179. Winicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot; 1989.
180. Romano H. Prise en charge médico-psychologique immédiate des enfants et adolescents exposés à un événement traumatique. *Cliniques.* 2013;5(1):166.
181. Vermeiren E, De soir E. *Les debriefings psychologiques en question...* Garant; 2002. 280 p.
182. Duchet C, Ducrocq F, Vaiva G. Présentation d'un modèle d'Intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) , 6e Journée de l'AFORCUMP, 11-12juin, Lyon. 2004.
183. Crocq L. Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes. *Psychiatr Fr.* 1998;1-98, p. 31-39.
184. Lebigot F. (1998). « Le debriefing individuel du traumatisé psychique », *Annales médicopsychologiques.* 1998;156 (6): 417-420.
185. Vandentorren S, Sanna A, Aubert L, Pirard P, Motreff Y, Baubet N. Investigation des Manifestations traumatiques Post Attentats et de la prise en Charge Thérapeutique et de Soutien des personnes impliquées dans les attentats de janvier 2015 en Ile de France. oct 2015;
186. Picard P. Analyse des impacts des attentats de Paris en 2015 sur la santé mentale. *IMPACTS-ESPA* Novembre 2013. Congrès de la FTSLU présenté à; 2017 mars 22; Metz.

187. Lefebvre Y. Désastre, illusion et fonctions tautomères des communautés. *Santé Ment Qué.* 2000;25(1):7-44.
188. Livre blanc sur les préjudices subis lors des attentats. Groupe de contact des avocats de victimes du terrorisme. Nov 2016.
189. Constant J, Reça M. Traumatisme psychique : une clinique transversale, une notion en trans... *Inf Psychiatr.* 2014;90(6):411.
190. Lacan J., La psychanalyse et la formation du psychiatre, Conférence prononcée le 10 novembre 1967 à l'hôpital Saint-Anne dans le cadre du Cercle d'études psychiatriques, disponible sur le site <http://www.psychasoc.com/Textes/Petit-discours-aux-psychiatres-de-Sainte-Anne>.
191. Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. 2012^e éd. Flammarion; 1967. p 18.
192. La clinique du psycho-traumatisme et le misdiagnosis en situation transculturelle 2.docx.
193. Romano H, Baubet T, Marichez H. Us et limites des cellules de crise. *Rev Santé Sc Univ.* 2011; (4):15-8.
194. Intérêt du « defusing » pour les victimes d'attentats - Brèves - Actualités - Encephale [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.encephale.com/Actualites/Breves/Interet-du-defusing-pour-les-victimes-d-attentats>
195. Crocq L. Leçons sur le trauma. Paris : Odile Jacob. 2012.
196. Rolling J. Attentats de Nice : intervention precoce CUMP 76 spécificités de la clinique et de la prise en charge pédopsychiatrique. 2^eème Journées scientifiques internationales de la FTSLU présenté à; 2017 mars; Metz.
197. Une malette d'urgence médico-psychologique pour les enfants.pdf.
198. Coates SW, Schechter DS, First E, Anziew-Premmereur C, Steinberg Z. Réflexions sur l'intervention de crise auprès des enfants de New York après l'explosion du World Trade Center. *Psychothérapies.* 2002;22(3):142.
199. Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A. Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol.* mars 2000;73 (Pt 1):77-85.
200. Shalev AY, Peri T, Rogel-Fuchs Y, Ursano RJ, Marlowe D. Historical group debriefing after combat exposure. *Mil Med.* juill 1998;163(7):494-8.
201. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr Scand.* 1 déc 2001;104(6):423-37.
202. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 1997;171:78-81.
203. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 2000;176:589-93.
204. Cremniter D, Coq J-M, Chidiac N, Laurent A. Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-113-D-10,2007.

205. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, Gaylord KM, Black IH. The correlation between ketamine and posttraumatic stress disorder in burned service members. *J Trauma*. févr 2008;64(2 Suppl):S195-198; Discussion S197-198.
206. Surís A, North C, Adinoff B, Powell CM, Greene R. Effects of exogenous glucocorticoid on combat-related PTSD symptoms. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr*. nov 2010;22(4):274-9.
207. Zohar J, Yahalom H, Kozlovsky N, Cwikel-Hamzany S, Matar MA, Kaplan Z, et al. High dose hydrocortisone immediately after trauma may alter the trajectory of PTSD: interplay between clinical and animal studies. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. nov 2011;21(11):796-809.
208. Delahanty DL, Gabert-Quillen C, Ostrowski SA, Nugent NR, Fischer B, Morris A, et al. The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial. *CNS Spectr*. avr 2013;18(2):103-11.
209. Saxe G, Stoddard F, Courtney D, Cunningham K, Chawla N, Sheridan R, et al. Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2001;40(8):915-21.
210. Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry*. mars 1996;153(3):369-75.
211. Boehnlein J, Kinzie D. Pharmacologic Reduction of CNS Noradrenergic Activity in PTSD : The Case for Clonidine and Prazosin. *J Psychiatr Pract*. mars 2007;13(2):72-8.
212. Bekhaled L, Evans M, Jehel L. Les traitements pharmacologiques du psychotraumatisme chez l'enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2012;(60):390-3.
213. Harmon R, Riggs P. Clonidine for Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 1996;35(9):1247-9.
214. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. A pilot study. *Am J Child*. nov 1988;142(11):1244-7.
215. Nugent NR. The Efficacy of Early Propranolol Administration at Preventing/reducing PTSD Symptoms in Child Trauma Victims: Pilot [Internet]. Kent State University; 2007. Disponible sur: http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=kent1182616758
216. Charadeau P. Les médias et l'information. 250p. Editions De Boeck Universités, Bruxelles. 2005.
217. Carron P-N, Reigner P, Yersin B, Vetter S. Conséquences psychologiques individuelles et communautaires du terrorisme. *Rev Med Suisse*. 2008;2115:2119.
218. Louville P. Interventions psychiatriques auprès des victimes de catastrophe ou d'attentat en France. *Perspect Psy*. 45(2):127-32.
219. Louville P. Les Cellules d'Urgences Médico-Psychologique. Bilan 1998 Evolution et perspectives. Diplôme d'Université de victimologie. 1998.
220. Marichez H., Marquer C., Azoulay J., Romano H., Fleury M., Moro M.-R., Baubet T. La CUMP au-delà de l'événement. Rappel téléphonique des rapatriés du Liban à l'été 2006. *Stress Trauma*. 2009;9(2):107-11.

221. Intérêt du « defusing » pour les victimes d'attentats - Brèves - Actualités - Encephale [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.encephale.com/Actualites/Breves/Interet-du-defusing-pour-les-victimes-d-attentats>
222. Séguin M. Fusillade du 13 Septembre 2016 au Collège Dawson : programme de soutien SECURE. Congrès de la FTSLU présenté à; 2017 mars; Metz.
223. N° 3922 tome 1 - Rapport d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-enq/r3922-t1.asp#P199_12819
224. Abgrall G. Attentats du 13 novembre 2015 à Paris, retour d'expérience . Liens entre l'intervention en PUMP et la prise en charge hospitalière des victimes psychiques. 2 ème Journées scientifiques internationales de la FTSLU présenté à; 2017 mars; Metz.
225. Truc G. Sidérations. Une sociologie des attentats. puf; 2016.
226. Hirsch M, Carli P, Nizard R, et al (2016) The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. *Lancet* 369:386:2535–8.
227. Christian Lachal N. Le partage du traumatisme. Contre transfert avec les patients traumatisés. *Face À Face Regards Sur Santé*. 2006;(10).
228. Hélène Romano et Boris Cyrulnik : «Les cellules psy sont devenues un gadget politique» [Internet]. *Libération.fr*. 2015. Disponible sur: http://next.liberation.fr/vous/2015/06/11/les-cellules-psy-sont-devenues-un-gadget-politique_1327744

ANNEXES

ANNEXE I

Symptômes et critères du diagnostic de TSPT chez l'enfant selon trois catégorisations (41)

DSM-IV [5]	PTSD-AA [6]	DSM-5, subtype for children 6 years and younger [1]
Criterion A1	Criterion A1	Criterion A1
Criterion A2: Response to event involves intense fear, helplessness or horror	Criterion A2 not required	Criterion A2 not required
B. Intrusion (1 required)	B. Intrusion (1 required)	B. Intrusion (1 required)
1. Recurrent and intrusive distressing recollections	1. Recurrent and intrusive recollections, not required to be distressing	1. Recurrent and intrusive recollections, not required to be distressing
2. Recurrent distressing dreams of the event	2. Recurrent distressing dreams of the event	2. Recurrent distressing dreams of the event
3. Dissociation (e.g., flashbacks)	3. Dissociation (e.g., flashbacks)	3. Dissociation (e.g., flashbacks)
4. Intense psychological distress at reminders	4. Intense psychological distress at reminders	4. Intense psychological distress at reminders
5. Physiological reactivity at reminders	5. Physiological reactivity at reminders	5. Physiological reactivity at reminders
C. Avoidance/numbing (3 required)	C. Avoidance/numbing (1 required)	C. Avoidance/negative alterations in cognitions and mood (1 required)
1. Efforts to avoid thoughts, feelings or conversations	1. Efforts to avoid thoughts, feelings or conversations	1. Efforts to avoid activities, places or physical reminders
2. Efforts to avoid activities, places or people	2. Efforts to avoid activities, places or people	2. Efforts to avoid people, conversations or interpersonal situations
3. Inability to recall an important aspect of the trauma	3. Inability to recall an important aspect of the trauma	3. Increased frequency of negative emotional states
4. Diminished interests in significant activities	4. Diminished interests, emphasize play constriction	4. Diminished interests, including play constriction
5. Feelings of detachment from others	5. Socially withdrawn behavior	5. Socially withdrawn behavior
6. Restricted range of affect	6. Restricted range of affect	6. Reduction in expression of positive emotions
7. Sense of foreshortened future	7. Sense of foreshortened future	
D. Hyperarousal (2 required)	D. Hyperarousal (2 required)	D. Hyperarousal (2 required)
1. Difficulty falling or staying asleep	1. Difficulty falling or staying asleep	1. Difficulty falling or staying asleep
2. Irritability, angry outbursts	2. Irritability, includes excessive temper	2. Irritability, angry outbursts, includes extreme temper tantrums
3. Difficulty concentrating	3. Difficulty concentrating	3. Difficulty concentrating
4. Hypervigilance	4. Hypervigilance	4. Hypervigilance
5. Exaggerated startle response	5. Exaggerated startle response	5. Exaggerated startle response

ANNEXE II

Autoquestionnaire des symptômes immédiats de L. CROCQ (43)

Cotez de 0 (symptômes absents) à 5 (symptômes très intense) l'intensité des 20 symptômes ci-dessous qui ont éventuellement marqué votre expérience vécue au moment de l'événement.							
1	Je ne m'y attendais pas, j'ai été surpris	0	1	2	3	4	5
2	J'ai eu peur d'être blessé ou maltraité	0	1	2	3	4	5
3	J'ai eu peur pour ma vie ou celle d'un proche	0	1	2	3	4	5
4	Ma pensée était floue, ralentie ou sidérée (j'ai eu comme un trou noir)	0	1	2	3	4	5
5	Je n'ai rien compris à la situation	0	1	2	3	4	5
6	J'avais l'impression de vivre un cauchemar	0	1	2	3	4	5
7	J'étais désorienté dans l'espace	0	1	2	3	4	5
8	Le temps m'a paru accéléré ou ralenti	0	1	2	3	4	5
9	Il y a des aspects de l'événement que je n'ai pas pu mémoriser	0	1	2	3	4	5
10	J'étais horrifié par ce que je voyais	0	1	2	3	4	5
11	Je ressentais un ou plusieurs symptômes physiques gênants, tels que : tremblement, gorge serrée, poitrine serrée, battement du coeur, spasmes gastrique ou intestinaux, envie de vomir ou d'uriner	0	1	2	3	4	5
12	J'étais comme insensible (ou même j'avais l'impression que je flottais)	0	1	2	3	4	5
13	J'étais en état de perturbation ou d'agitation psychique	0	1	2	3	4	5
14	Je me sentais impuissant	0	1	2	3	4	5
15	Mes mouvements étaient ralentis (ou même j'étais totalement sidéré, statufié)	0	1	2	3	4	5
16	Je gesticulais de manière incontrôlée et désordonnée	0	1	2	3	4	5
17	J'agissais mécaniquement, comme un automate	0	1	2	3	4	5
18	Je criais, je bégayais (ou encore je suis resté muet de stupeur)	0	1	2	3	4	5
19	Je me croyais abandonné	0	1	2	3	4	5
20	Pendant plusieurs heures après l'événement j'étais encore très perturbé	0	1	2	3	4	5
<p>Une note totale de plus de 50 points (sur un maximum possible de 20x5=100 points) indique que le sujet à vécu l'événement comme un trauma. De toute façon, sur le plan qualitatif, une note élevée aux item marqués d'une astérisque (*) doit faire suspecter un vécu traumatique.</p>							

ANNEXE III

Inventaire de détresse péritraumatique (57)

INSTRUCTION : Complétez s'il vous plait les énoncés qui suivent en cochant la case qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après L'ACCIDENT ou L'ANNONCE DE L'ACCIDENT DE VOTRE ENFANT (entourez l'un ou l'autre). Si un énoncé ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors cochez la réponse « Pas du tout vrai ».

Pas du Tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------------	----------------	----------------	--------------	---------------------

1. Je ressentais de l'impuissance
2. Je ressentais de la tristesse et du chagrin
3. Je me sentais frustré(e) et en colère
4. J'avais peur pour ma propre sécurité
5. Je me sentais coupable
6. J'avais honte de mes réactions émotionnelles
7. J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres
8. J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions.
9. J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle
10. J'étais horrifié(e)
11. J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations
12. Je sentais que je pouvais m'évanouir
13. Je pensais que je pourrais mourir

Pas du Tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------------	----------------	----------------	--------------	---------------------

ANNEXE IV

Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) (48)

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

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

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

ANNEXE V

Description du Trouble de Stress Aigu établi par L. CROCQ à partir du DSM-V (43)

A - Avoir été exposé à un événement traumatogène :

1. exposition direct
2. comme témoin
3. si on apprend qu'un proche parent ou ami vient de décéder de mort violente
4. comme intervenant (sauveteur, policier, personnel ramassant des restes humains)

B - Présenter au moins neuf des quatorze symptômes suivants :

Symptômes de reviviscence

1. souvenirs récurrents et anxiogènes de l'événement
2. rêves de répétition de l'événement
3. vécus ou agir dissociatifs (ou jeu répétitif chez l'enfant) comme si l'événement allait revenir
4. détresse ou symptômes physiologiques lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement

Humeur négative

5. incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour)

Symptômes dissociatifs

6. altération du sens de la réalité des personnes environnantes ou de soi-même
7. incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'événement (amnésie dissociative)

Symptômes d'évitement

8. évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement
9. évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement

Symptômes d'hyperéveil

10. troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil léger)
11. irritabilité, accès de colère
12. hypervigilance
13. difficultés de concentration
14. réaction de sursaut exagérée

C – Durée du trouble : de 3 jours à 1 mois après le trauma

D – Le trouble cause une détresse significative ou une altération du fonctionnement social

E – Le trouble n'est pas dû à des substances (alcool, médicaments) ou à une autre pathologie (trauma crânien, psychose)

ANNEXE VI

Description du Trouble de Stress Post-Traumatique établi par L. CROCQ
à partir du DSM-V (43)

A - Avoir été exposé à un événement traumatogène :

1. exposition direct
2. comme témoin
3. si on apprend qu'un proche parent ou ami vient de décéder de mort violente
4. comme intervenant (sauveteurs, policiers, personnel ramassant des restes humains)

B - Présenter un ou plusieurs des symptômes de reviviscence suivants :

1. souvenirs récurrents et anxiogènes de l'événement
2. rêves de répétition de l'événement
3. vécus ou agir dissociatifs (ou jeu répétitif chez l'enfant) comme si l'événement allait revenir
4. détresse lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement
5. symptômes physiologiques lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement

C – Évitement persistant des stimuli évocateurs de l'événement (un ou les deux symptômes) :

1. évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement
2. évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement

D – Altération négative des cognitions et de l'humeur, associée à l'événement (deux symptômes au moins) :

1. irritabilité, accès de colère
2. comportement imprudent ou auto-destructeur
3. hypervigilance
4. réaction de sursaut exagérée
5. difficultés de concentration
6. troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil léger)

Préciser si, éventuellement : accès de dépersonnalisation ou de déréalisation

Préciser si l'apparition de l'ensemble du tableau clinique est différée (plus de 6 mois)

ANNEXE VII

Attentat du RER de Paris à la station Port-Royal le 3 décembre 1996

Intervention d'urgence médico-psychologique immédiate : l'attentat du RER Port-Royal

Le 3 décembre 1996, à la station Port-Royal du RER B, une bombe explose dans une rame qui démarre en direction du sud de Paris. Il est 18 heures 3. Rapidement, des témoins alertent les services de secours (SAMU, pompiers) et la police, qui envoient aussitôt des équipes sur place en reconnaissance. À 18 heures 15, le premier bilan fait état de deux morts et d'une trentaine de blessés : le plan rouge est déclenché, mobilisant les importants moyens de secours de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et des SAMU de Paris et de la petite couronne (92, 93, 94). Dans le même temps, le plan blanc de mise en alerte des hôpitaux de l'AP-HP est activé, les préparant à accueillir de nombreuses victimes. La CUMP de Paris est aussi déclenchée à ce moment-là, et les volontaires sont sollicités soit par des bipéurs soit par téléphone. Un premier psychiatre part avec un véhicule du SAMU de Paris et arrive sur place à 18 heures 30.

À Port-Royal, une équipe de réanimation prend en charge chacun des 12 blessés les plus gravement atteints (urgences absolues) dans la station. Les 25 autres blessés (urgences relatives) et 76 impliqués, tous plus ou moins choqués psychiquement, sont transportés dans le vaste hall du CROUS, proche du RER. Les victimes sont réparties entre une zone PMA, qui accueille les blessés, et une zone de prise en charge des impliqués, qui va rapidement se transformer en PUMP au fur et à mesure de l'arrivée des psychiatres, psychologues et infirmiers de la CUMP ou venus du service de psychiatrie de l'hôpital Cochin, tout proche.

À 19 heures, l'équipe d'urgence médico-psychologique est au complet, et comprend 10 psychiatres, 4 psychologues et un infirmier. Les volontaires prennent en charge tous les impliqués, vus individuellement au cours d'entretiens d'évaluation et de réassurance de quelques minutes. En fin d'entretien, on remet à chaque victime une note d'information en la commentant. À la demande des médecins urgentistes, une dizaine de blessés sont vus dans la zone PMA, du fait de l'intensité de leur détresse psychique. Certains d'entre eux sont particulièrement inquiets du sort de leur conjoint ou du proche qui voyageait avec eux, dont ils ont été séparés, et dont on ne sait pas encore s'il est gravement blessé ou décédé. Une psychologue est positionnée à l'extérieur du périmètre de sécurité, dans un bus de la RATP qui sert de centre d'information pour les proches des victimes prises en charge par le dispositif de secours. Elle aura des entretiens avec une douzaine de personnes particulièrement angoissées.

Les principaux troubles constatés chez les victimes au cours de ces premières minutes après l'attentat sont des réactions de retrait et de sidération, très fréquentes, des manifestations d'agitation anxio-dépressive, avec plusieurs réactions d'affliction intense, et des troubles dissociatifs (confusion, désorientation, activité automatique). De nombreuses réactions anxieuses intenses nécessitent la prescription d'un anxiolytique *per os*. Il faudra demander fermement à un cameraman d'éteindre son projecteur, dont l'éclat violent rappelle à certaines victimes la lueur de l'explosion quelques minutes plus tôt.

Au cours de tentatives d'entretien avec certains patients apparemment indemnes, les psychiatres se rendent compte que ceux-ci ne les entendent pas : examinés avec les otoscopes des urgentistes, on s'aperçoit qu'ils ont des lésions tympaniques dues au blast provoqué par l'explosion. Ils seront évacués vers des hôpitaux ayant des services d'ORL et souvent opérés dans les heures suivantes.

Vers 19 heures 45, il est décidé en accord avec le DSM d'évacuer tous les impliqués vers des services d'accueil des urgences, afin de poursuivre la prise en charge médico-psychologique dans une ambiance plus rassurante (mais de nombreux patients sidérés à Port-Royal vont présenter des manifestations anxieuses aiguës une fois éloignés du lieu de l'attentat) et pour compléter le bilan ORL de la plupart d'entre eux.

À 20 heures 20, la totalité des victimes de l'attentat ont été évacuées et dirigées vers une quinzaine d'hôpitaux de Paris ou de la proche banlieue. En une heure et demie, l'équipe de la CUMP a pris en charge sur place une centaine de personnes, victimes ou proches. Les volontaires repartent avec les équipes du SAMU pour participer au *defusing* qui va commencer dans l'heure qui suit.

ANNEXE VIII

Certificat Médical Initial selon le modèle national (152)

Certificat médical initial de retentissement psychologique

Je soussigné(e), (Nom Prénom) _____, Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné le _____

A _____

Mme/M (Nom Prénom) : _____

Né(e) le _____

Demeurant : _____

Qui me dit avoir été exposé à :

Type d'événement (*attentat, accident, ...*) : _____

Lieu : _____

Date, heure et durée de l'exposition : _____

Niveau d'implication : _____

Présent sur les lieux : oui non

Blessures physiques : oui non

Proche blessé : oui non

Proche impacté : oui non

Proche décédé : oui non

Données de l'examen : voir ci-dessous *

***Symptômes immédiats :**

Angoisse - Pleurs - Tristesse

Sidération - Stupeur

Agitation - Panique - Confusion

Déréalisation - Dissociation - Activité

automatique

Traitements éventuels depuis les faits : _____

***Symptômes ultérieurs :**

Troubles du sommeil - Difficultés de

concentration Conduites d'évitement - Phobie

(transport)

Hypervigilance - Reviviscences

Sentiment de culpabilité

Arrêt de travail éventuel depuis les faits : _____

Au total, ce jour, il existe un retentissement psychologique : sévère modéré léger

Les lésions constatées ce jour et leur retentissement fonctionnel peuvent justifier d'une INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T psychologique, exprimée en nombre de jours de gêne fonctionnelle significative) de _____ (en lettres), [_____] jours (en chiffres)

à compter de la date des faits (articles 222-7 à 222-16 du code pénal), sous réserve de complications. L'ITT sera réévaluée en tant que de besoin toutes les semaines.

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Signature

ANNEXE IX

Note d'information et recommandations pour les victimes (26)

NOTE CONCERNANT LES SYMPTÔMES DE STRESS AIGU

Vous venez de vivre un événement psychologiquement éprouvant.

Avoir été confronté à un événement particulièrement grave, comme celui que vous avez récemment vécu, peut provoquer un très fort retentissement émotionnel, psychologique et physique.

Vous pouvez aujourd'hui, quelques jours après l'événement, ressentir un certain nombre de symptômes. S'ils sont inhabituels pour vous, sachez qu'ils sont très souvent observés au décours d'une telle situation.

Nous vous communiquons ci-après certaines de leurs manifestations :

- vous avez de la difficulté à vous concentrer ;
- vous repensez à l'événement de manière involontaire et répétée ;
- des images fortes s'imposent à votre esprit ;
- vous êtes troublé(e), émotionnellement et même physiquement en y repensant ;
- vous évitez tout ce qui vous rappelle l'événement ;
- votre sommeil est perturbé (problèmes d'endormissement, de réveils tardifs ou nocturnes) ;
- vous faites des cauchemars en rapport (ou non) avec l'événement ;
- vous vous sentez agité(e) et/ou nerveux(se) ;
- vous avez des sautes d'humeur, vous vous sentez irritable ;
- vous avez moins d'intérêt et de plaisir pour vos activités et vos loisirs ;
- vous vous sentez coupé(e) des autres ;
- vous avez l'impression de ne pas être compris(e) par les autres ;
- vous avez tendance à vous replier sur vous-même ;
- vous vous sentez coupable ;
- vous pourriez avoir tendance à recourir à l'alcool ou autres médicaments pour vous soulager ;
- vous vous sentez très fatigué(e).

Ces manifestations sont l'expression d'un état de stress aigu directement lié à l'événement.

Elles sont désagréables, pénibles et sources d'anxiété.

Elles sont généralement transitoires. Leur intensité est appelée à baisser peu à peu au cours du mois qui suit l'exposition à l'événement.

Cependant, si le temps est nécessaire, il peut être insuffisant.

C'est pourquoi devant des symptômes qui durent, s'amplifient, vous font de plus en plus souffrir, au-delà d'un mois, nous vous demandons de bien vouloir contacter :

- soit votre médecin du travail ;
- soit votre médecin traitant ;
- soit le centre médicopsychologique de votre secteur ;
- idéalement une consultation spécialisée en psychotraumatologie.

De même que pour une fracture, une "blessure psychique" importe des soins spécialisés.

Dans le but d'échanger entre nous et avec la participation d'un regard spécialiste extérieur sur le drame que nous venons de vivre, M... du cabinet "Présence psychologique" sera présent(e).

Spécialiste de la gestion d'événements traumatisants, il (elle) organisera des groupes de parole pour permettre à chacun de faire part de ce qu'il ressent et répondre aux questions que vous pouvez vous poser.

M... pourra aussi rencontrer de façon individuelle les personnes qui les désirent et les rencontrer ponctuellement par la suite.

Dès à présent vous pouvez le (la) contacter au..

RECOMMANDATIONS SUITE À L'ÉVÉNEMENT SURVENU CE JOUR/MOIS/ANNÉE SUR LE SITE DE...

Vous avez vécu un événement émotionnellement lourd, vous risquez d'être fragilisé durant les semaines qui suivent. C'est pourquoi, il est important de respecter certaines précautions :

- évitez toute les *exposition à des scènes violentes* (informations, films, jeux vidéos, livres...)
- respectez votre *hygiène de vie habituelle* (repas, sommeil, sport, loisirs, hydratation) ;
- évitez la *surconsommation de stimulants* (café, thé, cigarette, alcool...)
- veillez à ne pas dépasser les prescriptions médicales de *traitement antistress* ou de somnifères.
- favoriez les *activités calme et relaxantes avant de vous coucher* (lecture, douche ou bain chaud, massage, lumière tamisée...).

Des exercices de *respiration ventrale* peuvent vous aider : placez votre main sur votre ventre et soulevez-la avec vos abdominaux. Refaite le même mouvement en inspirant, votre ventre se gonfle, en expirant, il se vide.

Restez vigilant quand à l'apparition de comportements ou de ressentis inhabituels (agitation, agressivité, vigilance, énervement, évitement, sommeil agité, perte des rêves...).

N'hésitez pas à parler de ce qui vous est arrivé autour de vous ou à l'intervenant de "Présence psychologique" au moment où vous le souhaitez.

À tout moment vous pouvez contacter un psychologue au...

Dès la fin de semaine, des groupes de parole seront organisés dans le but d'échanger entre nous et avec la participation d'un psychologue extérieur à l'entreprise.

Votre présence à ces groupes de parole n'est pas obligatoire mais fortement conseillée. Vous ne serez pas obligé de parler mais votre présence lors de ces échanges sera importante pour le groupe.

ANNEXE X

Note d'information destinée aux victimes, recommandée par l'instruction de janvier 2017

Note d'information à destination des victimes

Vous avez été pris en charge par un intervenant de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP _____) :

Nom de l'intervenant : _____

La CUMP est une équipe de soignants, qui travaille en lien étroit avec le SAMU et les hôpitaux publics. Son rôle est de prendre en charge le plus précocement possible la souffrance psychique et psychologique des personnes exposées à un événement exceptionnel comme celui que vous venez de vivre.

Dans les heures qui suivent le choc, une partie des personnes exposées éprouvent des réactions émotionnelles intenses avec stress et angoisse, parfois des manifestations inhabituelles du comportement avec agitation ou à l'inverse stupeur ou encore des sensations corporelles avec douleurs, tremblements...

C'est pourquoi les professionnels de la CUMP sont présents et à votre disposition sur les lieux de l'événement. S'entretenir avec eux favorise l'atténuation de ces symptômes.

Les manifestations du traumatisme peuvent aussi apparaître ultérieurement sous forme d'images, de pensées, de cauchemars qui font revivre l'événement. Elles sont susceptibles d'entraver la reprise de votre vie antérieure, sociale et professionnelle. Dès que vous en éprouvez le besoin, nous pouvons vous rencontrer dans les plus brefs délais afin de mettre en place les soins nécessaires.

Vous pouvez nous contacter via le SAMU de votre département en composant le 15 (24h / 24) ou le numéro du secrétariat de la CUMP de votre département. Nous pourrions vous orienter vers une consultation de psycho-traumatisme en lien avec la CUMP ou vers un Centre Médico-Psychologique (CMP) à proximité de votre domicile.

CUMP : via le 15 ou via le secrétariat : N° : _____ ou e-mail : _____

Consultation de psycho-traumatisme : _____ Consultation sur le CMP : _____

Nous attirons votre attention sur le fait que les enfants éprouvent également des symptômes liés au traumatisme qui s'expriment différemment en fonction de leur âge. S'ils persistent, ils peuvent nécessiter une prise en charge auprès de spécialistes.

Conseils de prudence :

Étant donné ce que vous venez de vivre et afin de vous protéger, nous vous conseillons la plus grande prudence à l'égard de tout ce qui peut réactiver le vécu de l'événement, comme par exemple les sollicitations des médias et des réseaux sociaux.

Information juridique :

*« Lors d'actes de terrorisme des mesures gouvernementales spécifiques sont mises en œuvre pour les victimes. À ce titre et afin de vous en faire bénéficier, des **informations administratives** sur votre prise en charge peuvent être transmises à la Cellule interministérielle d'aide aux victimes. Si vous ne souhaitez pas la transmission de ces informations, merci de l'indiquer aux professionnels de santé de la cellule d'urgence médico-psychologique. Enfin, vous pouvez bénéficier d'informations et de conseils sur le plan juridique auprès de l'association d'aide aux victimes de votre département de résidence dont la liste est disponible sur le site du Ministère de la Justice : <http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/>. »*

ANNEXE XI

Dossier de soins – Fiche de soins (152)

Dossier de soins - Fiche patient		
DATE ET LIEU DE L'EVENEMENT : _____		
IDENTITE du PATIENT		
Nom : _____		
Prénom : _____		
Nationalité : _____		
Date de naissance : _____	Age : _____	
Sexe (M/F) : _____		
Adresse (N°, Voie): _____		

Code Postal : _____	Ville : _____	

Pays : _____		
Téléphone : _____		
E-mail : _____		
INTERVENANT :		
Nom : _____ Prénom : _____		

Psychiatre	Psychologue	Infirmier
PRISE EN CHARGE		
Date : _____	Heure : _____	
Lieu : _____		
Individuelle / en groupe _____		
IMPLICATION DANS L'EVENEMENT		
Présence sur le lieu (O/N) : _____		
Proche blessé (O/N) : _____		
Proche impacté (O/N) : _____		
Proche décédé (O/N) : _____		
OBSERVATION CLINIQUE		
Qualité du contact avec l'intervenant : _____		
Antécédents et suivi (psychiatriques et/ou psycho-traumatiques) :		
Symptômes : voir ci-dessous*		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
DECISION ET ORIENTATION THERAPEUTIQUE		
Hospitalisation ou soins en CMP: _____		
Retour à domicile (O/N) : _____		
Traitement(s) médicamenteux ou autres : _____		
Certificat médical initial (O/N) : _____		
*Symptômes immédiats : Angoisse - Pleurs - Tristesse Sidération - Stupeur Agitation - Panique - Confusion Déréalisation - Dissociation - Activité automatique	*Symptômes ultérieurs : Troubles du sommeil - Difficultés de concentration Conduites d'évitement - Phobie (transport) Hypervigilance - Reviviscences Sentiment de culpabilité	

ANNEXE XII

Impression Clinique Globale (57)

Impression clinique Globale (Clinical Global Impressions)

Évaluation du clinicien : En fonction de votre expérience clinique globale de ce type de malade, quel est le niveau de gravité des troubles actuels du patient ?

Non évalué : 0

Normal, pas du tout malade : 1

À la limite : 2

Légèrement malade : 3

Modérément malade : 4

Manifestement malade : 5

Gravement malade : 6

Parmi les patients les plus malades : 7

ANNEXE XIII

Échelle STRS (158)

<p>STRS: A distress checklist with panic-like autonomic response indicators, designed to facilitate the augmentation of the positive predictive value of PTSD criterion A2 in acute stress response research and disaster-aftermath screening. Bracha, Williams, Haynes, Kubany et al., 2004</p>	<h1 style="margin: 0;">STRS</h1> <p style="margin: 0;">(Shortness, Trembling, Racing, Sweating) A Symptom Checklist for Acute Distress Interview version (2 minutes)</p>					
<p>Interviewer: Read aloud only shaded and capitalized texts. Complete one page for each incident.</p>						
<p>YOU HAVE SAID _____ HAS HAPPENED TO YOU # _____ TIMES. I WANT TO ASK YOU SOME QUESTIONS ABOUT YOUR REACTIONS TO THE (Circle) 1st 2nd 3rd 4th — TIME.</p>						
<p>Interviewer: Record age at the time of circled incident here _____ years</p>						
<p>PLEASE INDICATE WHETHER YOU HAD ANY OF THESE FEELINGS OR THOUGHTS DURING THE TIME (name incident) WAS GOING ON; THAT IS, WHILE IT WAS HAPPENING</p>						
<p>DID YOU FEEL ANY OF THESE: NOT AT ALL, SLIGHTLY, SOMEWHAT, VERY MUCH, AN EXTREME AMOUNT?</p>						
DID YOU FEEL...	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">NOT AT ALL</td> <td style="width: 15%;">SLIGHTLY</td> <td style="width: 15%;">SOMEWHAT</td> <td style="width: 15%;">VERY MUCH</td> <td style="width: 15%;">AN EXTREME AMOUNT</td> </tr> </table>	NOT AT ALL	SLIGHTLY	SOMEWHAT	VERY MUCH	AN EXTREME AMOUNT
NOT AT ALL	SLIGHTLY	SOMEWHAT	VERY MUCH	AN EXTREME AMOUNT		
THAT YOU, OR A SIGNIFICANT OTHER, WOULD BE SERIOUSLY PHYSICALLY INJURED OR KILLED ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		
<p>PTSD Criterion A1 total →</p>						
FEARFUL ? SCARED ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		
HELPLESS ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		
<p>PTSD Criterion A2 total →</p>						
DID YOU EXPERIENCE...	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">NOT AT ALL</td> <td style="width: 15%;">SLIGHTLY</td> <td style="width: 15%;">SOMEWHAT</td> <td style="width: 15%;">VERY MUCH</td> <td style="width: 15%;">AN EXTREME AMOUNT</td> </tr> </table>	NOT AT ALL	SLIGHTLY	SOMEWHAT	VERY MUCH	AN EXTREME AMOUNT
NOT AT ALL	SLIGHTLY	SOMEWHAT	VERY MUCH	AN EXTREME AMOUNT		
SHORTNESS OF BREATH ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		
TREMBLING, SHAKING, OR BUCKLING KNEES ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		
HEART POUNDING OR RACING ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		
SWEATY PALMS OR OTHER SWEATING ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">0</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		
<p>STRS Acute Autonomic Activation Indicators total →</p>						
<p>/16</p>						
Date	DOB					
	ID					
Interval since incident	<table border="1" style="width: 100%; border: 2px solid black;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: center; padding: 10px;"> <h2 style="margin: 0;">STRS Total →</h2> </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 10px;"> <p>/28</p> </td> </tr> </table>	<h2 style="margin: 0;">STRS Total →</h2>	<p>/28</p>			
<h2 style="margin: 0;">STRS Total →</h2>	<p>/28</p>					

ANNEXE XIV

Critères CISD de J.T. MITCHELL (26)

1. Phase d'introduction : se présenter, expliquer la démarche ainsi que le cadre.

Nous nous réunissons aujourd'hui, suite à Cette réunion, qui va durer 2 heures environ, plus si nécessaire, suppose que vous êtes tous volontaires pour y participer. Chaque participant devra assister à l'ensemble de la séance. Chacun pourra s'exprimer à son tour et devra respecter la parole de l'autre. Ce que vous allez aborder est confidentiel quant aux émotions ressenties. Moi-même je ne relaterai rien de ce qui sera dit. Toutefois si le groupe souhaite que je transmette des points précis je peux le faire. L'objectif est de se centrer sur l'événement que vous venez de vivre.

2. Phase des faits : description des événements avec précision

Préciser ce qui s'est passé avant, pendant, après l'incident

« Pourriez-vous nous dire ce que vous étiez en train de faire juste avant ? »

Rechercher les expériences sensorielles précises

« Pourriez-vous nous dire ce que vous avez entendu, vu, senti... ? »

Connaitre la présence et le rôle des témoins

« Avez-vous remarquer des témoins ? Comment ont-ils réagi selon vous ? Vous ont-ils apporté du secours ? » Chacun doit pouvoir évoquer sa version de l'événement à sa façon, il est important que chacun puisse parler de son expérience comme elle le souhaite.

3. Phase des cognitions : permettre l'expression des pensées.

Rechercher les pensées au moment même de l'incident :

« Pourriez-vous nous dire ce à quoi vous pensiez au moment de l'événement, ce qui vous a traversé l'esprit, si vous pouvez vous en souvenir ? »

Noter comment le sujet se représente l'événement à présent : *« Qu'est-ce que vous en pensez aujourd'hui ? Quel souvenir en garderez-vous ? »*

Rechercher les éléments positifs de l'événement : *« Est-ce que cette expérience vous a apporté ou appris quelque chose ? »*

Permettre l'expression des pensées culpabilisantes ou honteuses : *« Parfois, dans une situation comme celle-là, les personnes sont gênées de dire ce qu'elles ont pensé sur le coup, est-ce le cas pour vous ? Pourriez-vous nous en faire part ? »*

<p>4. Phase des émotions : identifier les aspects les plus traumatisants de l'incident</p> <p>Rechercher l'expression des émotions pendant et après l'incident :</p> <p><i>« Qu'est ce que vous avez ressenti à l'instant ? Et après ? Comment vous sentez-vous maintenant ? Quel moment a été le plus difficile pour vous ? Comment l'avez-vous vécu ? Comment avez-vous réagi ? »</i></p> <p>Exprimez les conséquences de l'événement sur les relations interpersonnelles :</p> <p><i>« Parfois, après avoir vécu un événement comme celui-ci, on a du mal à communiquer avec les proches. Est-ce difficile pour vous d'être en famille ? De leur en parler ? Et avec vos collègues qu'en est-il ? »</i></p> <p>Normaliser les réactions :</p> <p><i>« Après un événement comme celui que vous venez de vivre, il est normal de réagir fortement, d'être secoué. C'est une réaction à laquelle on peut s'attendre dans ce type de situation. »</i></p> <p>Insister sur les bienfaits du soutien social :</p> <p><i>« Après une expérience comme celle que vous venez de vivre, le meilleur remède est probablement le contact avec les autres. Même si on se sent éloigné ou détaché des autres, il est important d'en parler. Même s'ils ne peuvent pas tout comprendre, il ne faut pas les exclure. »</i></p> <p>Permettre l'expression des sentiments de honte et de culpabilité : <i>« Parfois les personnes se reprochent des choses ou se sentent responsables »</i></p>
<p>5. Les réactions de stress :</p> <p>Exprimez les symptômes de détresse au moment de l'événement :</p> <p><i>« Avez-vous eu des réactions importantes au moment de l'événement ? Cela s'est traduit comment pour vous ? »</i></p> <p>Identifier l'évolution de ces réactions :</p> <p><i>« La nuit suivant l'événement, le lendemain, avez-vous dormi ? Vous-êtes-vous senti irritable ? Avez-vous eu l'impression que l'événement allait se reproduire ou bien avez-vous eu des images répétitives ? Et maintenant comment allez-vous ? Est-ce difficile d'en parler ? »</i></p> <p>Evaluer l'impact sur le travail</p> <p>Eviter tout jargon médical</p> <p>Explorer l'impact de l'incident, événement sur la vie du sujet :</p> <p><i>« Avez-vous l'impression que des choses ont changé depuis, que votre vie est différente, a été marquée par cet incident ? »</i></p>
<p>6. Phase d'information : Communiquer les réactions normales suite à un stress aigu et connaître les médiateurs de stress.</p> <p><i>Après un tel événement, il est normal de réagir fortement. Sur le coup, l'organisme se mobilise pour faire face, après coup, il se sent épuisé, il a besoin de décompresser. Dans les jours et les semaines qui viennent, vous pourriez vous sentir sur le qui-vive, avoir du mal à dormir, avoir des images qui reviennent, avoir du mal à vous concentrer. C'est n'est pas sûr du tout, mais si cela est le cas, cela disparaît souvent petit à petit, chacun à son rythme pour digérer une telle expérience. Surtout ne vous coupez pas des autres, il est important de pouvoir parler, de se faire aider si besoin...</i></p>
<p>7. Phase de retour : permet de faire la synthèse, et d'envisager l'avenir.</p> <p>Il est important de pouvoir remettre un document explicatif au patient expliquant les potentiels symptômes pouvant apparaître, en donnant quelques conseils de psychoéducation.</p>

ANNEXE XV

Questionnaire d'inclusion dans l'étude IMPACTS

Date de remplissage du questionnaire :

Age: (Ans) Sexe : Homme Femme

1) Avez-vous été impliqué directement ou indirectement dans l'attaque qui a eu lieu à:
Paris XI (Charlie Hebdo)
Montrouge
Fontenay-aux-Roses
Portes de Vincennes (Hypercacher)
Dammartin-en-Goële (imprimerie)

2) Etiez-vous dans l'aire géographique d'environ 50 mètres (200m pour Dammartin) autour de l'évènement? Non Oui

Lors de l'évènement (Question en ordre croissante de « violence ». Une seule réponse positive suffit, il n'est pas nécessaire de poser les questions suivantes)

3) Avez-vous vu l'attaque au moment où il s'est produite (directement et pas à la TV) ?

Non Oui

4) Avez-vous entendu les coups de feu ?

Non Oui Pas demandé

5) Avez-vous entendu quelqu'un crier sur les lieux mêmes de l'évènement?

Non Oui Pas demandé

6) Avez-vous vu le(s) terroriste(s) directement ou entendu sa (leur) voix?

Non Oui Pas demandé

7) Avez-vous pensé ou essayé de fuir pour vous mettre à l'abri ?

Non Oui Pas demandé

8) Avez-vous été confiné(e)?

Non Oui Pas demandé

9) Avez-vous vu du sang, des personnes blessées, des corps inertes ou morts ?

Non Oui Pas demandé

10) Avez-vous éprouvé une circonstance non listée ici dans laquelle vous vous êtes senti(e) menacé(e) ?

Non Oui Pas demandé

Si vous avez répondu oui à la question 10, merci de détailler :

.....
.....
.....
.....

11) Dans les suites immédiates de l'attaque (max 12h), avez-vous aidé des personnes que vous pensiez être en détresse psychologique?

Non Oui

12) Vous êtes un membre de la famille ou une personne très proche d'une victime des attaques (otage, personne blessée ou ayant perdu la vie) ?

Non Oui

.....
.....
Algorithme d'inclusion dans l'enquête IMPACTS :

La personne est incluse, si :

- Elle a au moins 16 ans
- Elle a répondu OUI à la question « Dans les suites immédiates de l'attaque (max 12h), avez-vous aidé des personnes que vous pensiez être en détresse psychologique? » (si seule exposition à considérer parmi les intervenants)

OU

- Elle a répondu OUI à au moins une des questions de 3 à 10 **ET** a répondu OUI à la question 2. (= elle a été exposée de près)

La personne N'est PAS incluse, si :

- Elle a répondu NON à la question « Dans les suites immédiates de l'attaque (max 12h), avez-vous aidé des personnes que vous pensiez être en détresse psychologique? » (si seule exposition à considérer parmi les intervenants)

ET

Elle a répondu NON à la question 2 **OU** a répondu NON à toutes les questions de 3 à 10. (= elle n'a pas été exposée ou de très loin).

AUTEUR : KLINK Nadine

Date de Soutenance : 21 Juin 2017

Titre de la Thèse : Parcours de soins des blessés psychiques lors de situations sanitaires exceptionnelles. État des lieux et perspectives

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : DES Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : SSE, BLESSÉS PSYCHIQUES, ATTENTATS, URGENGE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Résumé :

Parcours de soins des blessés psychiques en situations sanitaires exceptionnelles.

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ont été créées en 1995 à la suite d'un attentat terroriste parisien. Les attaques terroristes font partie des situations sanitaires exceptionnelles qui déclenchent horreur et effroi parmi ses victimes, les confrontant à leur propre mort ou à celle d'autrui. Ces attaques sont désorganisatrices et pourvoyeuses de crises, tant sur un plan individuel que collectif et sociétal. Lors de ces attaques, les pouvoirs publics tentent de réduire la désorganisation par la mise en place de plans anticipés qui veillent à coordonner les intervenants tant sur le plan de la sécurité civile que de la sécurité sanitaire. Cette rencontre brutale et inopinée avec le néant de la mort peut faire effraction au sein du psychisme de ses victimes, les marquant ainsi du sceau du trauma et induisant des séquelles psychotraumatiques tels que, des Troubles de Stress Post-Traumatique. Ces troubles peuvent toucher les individus de tous âges et de toutes cultures. Ils peuvent avoir des expressions cliniques variables et être corrélés à des comorbidités pouvant brouiller le tableau clinique. Les volontaires des CUMP interviennent au plus près du sinistre auprès des blessés psychiques, créant un cadre humanisant et sécurisant, leur permettant de verbaliser et de mettre du sens sur l'expérience traumatogène afin de prévenir l'apparition de séquelles psychotraumatiques et de les soulager. Ces interventions immédiates et post-immédiates sont un point de repère pour les rescapés et s'intègrent comme l'un des premiers maillons de la chaîne de soins déclenchée lors des secours collectifs d'urgence. Cependant, les CUMP ne sont pas pérennes dans le temps et leurs volontaires se désengagent progressivement pour retourner à leurs activités professionnelles. Un relais des soins vers des structures pérennes pouvant assurer la prise en charge au long cours des impliqués doit alors se faire. Cependant, les attentats récents sur le sol français ont montré que ce relais des soins était extrêmement parcellaire et le risque de perdre de vue des blessés graves était, quant à lui, majeur. L'analyse de l'état des lieux actuel concernant la prise en charge des blessés psychiques lors de situations sanitaires exceptionnelles, telles que les attentats terroristes, met en évidence un certain nombre d'étapes, dans ce parcours chaotique, qui peuvent parfois être dysfonctionnelles. Elles constituent aussi des points-clés sur lesquels il est possible d'agir afin d'optimiser les parcours de prise en charge et de vie de ces blessés psychiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS
Monsieur le Professeur Eric WIEL
Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur GAUD-LE PIERRÈS