



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

L'exposition aux médias : Un facteur de réactivation pour des patients souffrant de Trouble de Stress Post-Traumatique ?

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2019 à 16 heures
Au Pôle Recherche
Par Karl Walter

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Pierre GRANDGENEVRE

Avertissement

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

LISTE DES ABREVIATIONS

- TSPT** : Trouble de Stress Post-Traumatique
- DSM**: Diagnostic and Statistical Manual
- PTSD**: Post-Traumatic Stress Disorder
- TBI**: Traumatic Brain Injury
- D-PTSD**: Dissociative Post-Traumatic Stress Disorder
- FDR**: Facteurs de Risques
- TSA**: Trouble de Stress Aigu
- WTC**: World Trade Center
- SNS**: Système Nerveux Sympathique
- TIP**: Traumatisme Inter Personnel
- AVP**: Accident de la Voie Publique
- FC** : Fréquence Cardiaque
- TV** : Télévision
- PDI**: Peritraumatic Distress Inventory
- PP**: Presse Papier
- SNA**: Système Nerveux Autonome
- CHU**: Centre Hospitalier Universitaire
- PCL-S**: Posttraumatic stress disorder Checklist Scale
- CUMP**: Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	8
A-INTRODUCTION.....	10
I-NAISSANCE D'UN CONCEPT : LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT).....	10
I-1 Des songes d'Hippocrate à la Nostalgie d'Hofer.....	10
I-2 La névrose traumatique d'Oppenheim face à l'hystérie traumatique de Charcot.....	11
I-3 Grande Guerre, Névrose de guerre et Psychiatrie de l'avant.....	13
I-4 De la Seconde Guerre Mondiale au Gross-Stress Reaction.....	14
I-5 Du Bourbier Vietnamien au PTSD/TSPT.....	16
I-6 Un concept qui évolue et divise.....	18
I-7 TSPT et XXIe siècle.....	19
II- LE TSPT : UN TROUBLE COMPLEXE, LIE A UNE MULTITUDE DE FACTEURS.....	22
II-1 Une tentative de hiérarchisation des FDR du TSPT.....	22
II-2 La période péri-traumatique.....	25
<i>II-2-1 Evènements biologiques péri-traumatiques, et liens avec FDR pré-traumatique.....</i>	<i>25</i>
<i>II-2-2 Clinique péri-traumatique.....</i>	<i>25</i>
II-2-2-1 Symptomatologie dissociative.....	25
II-2-2-2 Détresse péri-traumatique.....	28
<i>II-2-2-2-1 La détresse péri-traumatique comme élément pouvant favoriser la dissociation péri-traumatique.....</i>	<i>28</i>
<i>II-2-2-2-2 La détresse péri-traumatique comme élément pouvant favoriser la consolidation de la mémoire traumatique.....</i>	<i>29</i>
<i>II-2-3 Nature du Traumatisme.....</i>	<i>30</i>
II-2-3-1 Revictimisation.....	30
II-2-3-2 Revictimisation et conduites d'évitements.....	31
II-3 Facteurs post-traumatiques de maintien et de réactivation d'un TSPT.....	32
<i>II-3-1 Les conduites d'évitement comme FDR post-traumatique de TSPT.....</i>	<i>32</i>
II-3-1-1 Les conduites d'évitement, vecteurs de repli sur soi et d'isolement socio-affectif.....	33
II-3-1-2 Les conduites d'évitement, facteurs potentialisant des ruminations traumatiques.....	34
<i>II-3-1-2-1 Ruminations traumatiques et TSPT.....</i>	<i>34</i>
<i>II-3-1-2-2 Ruminations traumatiques et conduites d'évitement.....</i>	<i>35</i>
<i>II-3-2 L'anesthésie émotionnelle.....</i>	<i>36</i>
II-3-2-1 Anesthésie émotionnelle et conduites d'évitements.....	36
II-3-2-2 Anesthésie émotionnelle et altérations de l'éveil et de la réactivité.....	37
<i>II-3-3 Evènements de vies stressants post-traumatiques.....</i>	<i>38</i>
II-3-3-1 Facteurs de stress et TSPT de guerre.....	39
II-3-3-2 Evènements de vie négatifs post-traumatiques et TSPT.....	40
II-3-3-3 Autres facteurs de stress post-traumatiques et TSPT : La place des médias.....	41
III-LA COUVERTURE MEDIATIQUE D'EVENEMENTS VIOLENTS, UN FACTEUR DE STRESS A PART ENTIERE.....	43
III-1 Facteur de stress pour la population générale adulte.....	43
<i>III-1-1 Facteur de stress pour la population indirectement exposée au traumatisme.....</i>	<i>44</i>
<i>III-1-2 Facteur de stress pour la population présentant des antécédents traumatiques et directement exposé à l'évènement couvert par les médias.....</i>	<i>47</i>
<i>III-1-3 Formes de médias et stress post-traumatiques : en dehors de la TV, peu de résultats concluants.....</i>	<i>49</i>
III-1-3-1 Presse Papier (PP) et symptômes psychiatriques post-traumatiques.....	50
III-1-3-2 Internet, Réseaux sociaux, et symptômes de stress post-traumatiques.....	51
III-2 Facteurs de stress pour la population pédiatrique.....	53
<i>III-2-1 Facteurs de stress pour les mineurs indirectement exposés à l'évènement.....</i>	<i>54</i>

<i>III-2-2 Liens entre différentes expositions à un évènement traumatique, et développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique.....</i>	<i>57</i>
<i>III-2-3 Le rôle de l'âge dans la relation entre médiatisation d'évènements violents, et symptômes post-traumatiques.....</i>	<i>60</i>
<i>III-2-4 L'exposition à la couverture médiatique d'évènements comme potentialisateur de certains FDR de TSPT chez les mineurs.....</i>	<i>62</i>
IV- IMPACT DE LA MEDIATISATION D'EVENEMENTS VIOLENTS SUR LES POPULATIONS AVEC UN ANTECEDENT DE TSPT.....	65
IV-1 Impact de la médiatisation d'évènements violents sur une population adulte avec un antécédent de TSPT.....	66
IV-2 Impact de la médiatisation d'évènements violents sur une population pédiatrique avec un antécédent de TSPT.....	68
B-PARTIE CLINIQUE.....	71
I-CONTEXTE.....	71
II-MATERIEL ET METHODE.....	72
II-1 Description de l'échantillon.....	72
II-2 Critères d'inclusion.....	73
II-3 Critères d'exclusion.....	73
II-4 Matériel.....	73
II-5 Méthode.....	74
II-6 Analyse statistique.....	76
III-RESULTATS.....	77
III-1 Echantillon final.....	77
III-2 Utilisation actuelle des médias.....	78
<i>III-2-1 Médias actuels les plus consommés.....</i>	<i>78</i>
<i>III-2-2 Fréquence de consommation actuelle des médias.....</i>	<i>79</i>
III-3 Evolution de l'utilisation des médias.....	80
<i>III-3-1 Evolution de la consommation de programmes TV.....</i>	<i>80</i>
<i>III-3-2 Evolution de la consommation de PP.....</i>	<i>81</i>
<i>III-3-3 Evolution de la consommation de programmes Radio.....</i>	<i>82</i>
<i>III-3-4 Evolution de la consommation de contenus Internet.....</i>	<i>83</i>
III-4 Comparaison entre exposition médiatique à l'évènement vécu et exposition médiatique à un évènement violent non vécu.....	84
C-DISCUSSION.....	85
I-PRINCIPAUX RESULTATS.....	85
I-1 Utilisation actuelle des médias.....	85
I-2 Evolution de l'utilisation des médias.....	85
I-3 Comparaison entre exposition médiatique à l'évènement vécu et exposition médiatique à un évènement violent non vécu.....	86
II-DISCUSSION DES RESULTATS.....	88
II-1 Utilisation actuelle des médias.....	88
II-2 Evolution de la consommation des médias.....	90
<i>II-2-1 Baisse significative de la consommation de films TV policiers.....</i>	<i>90</i>
<i>II-2-2 Baisse significative de la consommation de programmes sportifs et documentaires.....</i>	<i>92</i>
<i>II-2-3 Absence d'évolutions significatives des consommations de programmes d'informations et d'actualité.....</i>	<i>93</i>
<i>II-2-4 Diminution significative de la consommation globale de Radio.....</i>	<i>95</i>
<i>II-2-5 Augmentation significative de la consultation de sites Internet d'associations et de blogs de victimes d'évènements violents.....</i>	<i>96</i>
II-3 Comparaison entre exposition médiatique à l'évènement vécu et exposition médiatique à un évènement violent non vécu.....	98

<i>II-3-1 D'avantage de symptômes intrusifs, anxieux, et de cauchemars, lors de l'exposition à un programme en lien avec l'évènement vécu.....</i>	<i>98</i>
<i>II-3-2 Des conduites d'évitement similaires.....</i>	<i>99</i>
III-LIMITES.....	101
III-1 Hypothèse de différents clusters de comportement vis-à-vis des médias.....	101
III-2 Biais de l'étude.....	102
<i>III-2-1 Biais de rappel.....</i>	<i>102</i>
<i>III-2-2 Biais de recrutement.....</i>	<i>103</i>
IV-PERSPECTIVES.....	104
IV-1 De l'importance de repérer les sujets vulnérables.....	104
IV-2 De l'importance de travailler sur le contenu médiatique de traumatismes collectifs.....	106
IV-3 Un travail d'approfondissement nécessaire.....	107
CONCLUSION.....	109
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES.....	110
ANNEXES.....	125

RESUME

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est un trouble complexe, dont le développement est lié à une multitude de facteurs de risques. Une classification propose que l'impact de ces FDR soit en lien avec sa proximité temporelle avec l'évènement en question. Les facteurs dits péri et post-traumatiques sont statistiquement d'avantage pourvoyeurs de TSPT que les facteurs pré-traumatiques. L'exposition à la couverture médiatique d'évènements violents peut être considérée comme un facteur post-traumatique de maintien du trouble. D'après certaines études, les sujets présentant un antécédent de TSPT semblent d'autant plus sensibles à cette couverture médiatique. A exposition égale, ils développent d'avantage de symptômes de stress post-traumatiques que des sujets vierges de tout antécédent de TSPT. L'ensemble de ces données se vérifient aussi bien chez les adultes que chez les mineurs.

Nous avons voulu approfondir cette réflexion, en évaluant l'impact du développement d'un tel trouble sur l'utilisation des médias chez les sujets. Nous avons également cherché à comparer les conséquences cliniques d'une exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du trouble, à celles d'une confrontation à un programme médiatique en lien avec un évènement violent non vécu par le sujet. Les résultats ont objectivé une diminution significative de la consommation de certains programmes médiatiques comme les séries et les films policiers, et une augmentation significative de la consultation de sites internet d'associations et d'aides aux victimes d'évènements violents, et de blogs de victimes suite aux diagnostics du TSPT. Ces résultats confirment l'idée d'une vulnérabilité marquée des sujets souffrant de TSPT à la couverture médiatique d'évènements violents, et le

développement chez certains d'entre eux, de conduites d'évitements se traduisant par une diminution globale de la consommation médiatique.

Ces différentes données confirment l'importance de prendre en compte la question de l'exposition médiatique à des événements violents dans la prise en charge de personnes majeures ou mineures souffrant de TSPT. Ces résultats soulignent également la nécessité de travailler avec les professionnels des médias, afin de parvenir à un traitement médiatique de traumatisme collectif le moins délétère possible pour ces populations.

A-INTRODUCTION

I-NAISSANCE D'UN CONCEPT : LE TROUBLE DE STRESS

POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

I-1 Des Songes d'Hippocrate à la Nostalgie d'Hofer

La description de troubles psychiques post-traumatiques remonte aussi loin qu'existent des hommes et des guerres (1). En effet, les premiers troubles psychiques de guerre sont rapportés dès l'Antiquité, aussi bien par Hippocrate que par Lucrèce (1). Le premier nommé, dans son *Traité des Songes*, évoque « les songes ou l'on rêve des massacres, des combats, des escalades », engendrant « dans le cours des humeurs, quelque mouvement en sens contraire » (2). Il interprète ainsi déjà les cauchemars de combats et de guerre comme des signes de maladie ou de délire (3). En 1688, Johannes Hofer, médecin à Mulhouse, alors République indépendante alliée des cantons suisses, observe que de nombreux mercenaires suisses en service en France et en Italie, présentent divers symptômes évoquant un épuisement physique et émotionnel majeurs, tels que fatigue intense, découragement, déconcentration chronique, troubles du sommeil et de l'appétit, anxiété ou encore palpitations cardiaques, associés à un désir irrépressible de rentrer chez eux, et les empêchant d'exercer le métier des armes (3). Devant de tels

tableaux, Hofer invente ainsi le néologisme « nostalgie », qui signifie littéralement le « mal du retour » (3). La nostalgie est reconnue comme une maladie à la fin du XVIIIe siècle, et est introduite en conséquence dans les nosologies médicales, alors qu'elle ravage les rangs de l'Armée française durant la Révolution, puis durant les guerres Napoléoniennes (4). Néanmoins, elle cesse d'être utilisée dans les armées au sortir de ces guerres, et disparaît de la nosologie durant la première moitié du XIXe siècle (4). Il apparaît aujourd'hui que ce concept empirique constituait finalement un ensemble très hétérogène de troubles neuropsychiatriques divers, regroupant les troubles psychiques liés au déracinement et au défaut d'adaptation, les manifestations de la peur, du stress, et de la fatigue de campagne, les prodromes ou séquelles de maladies infectieuses ou encore les affections causes de maladie mentale (4).

I-2 La névrose traumatique d'Oppenheim face à l'hystérie traumatique de Charcot

La notion de traumatisme apparaît en psychiatrie en même temps que disparaît des classifications médicales celle de nostalgie. En effet, le XIXe siècle est marqué par l'avènement de l'ère industrielle, source de progrès, mais également d'accidents de chemins de fer considérables, soulevant des questions aussi bien sociétales que juridiques (5). Au départ, le concept de traumatisme était l'apanage exclusif de la chirurgie, seule discipline médicale alors à même de rendre compte des symptômes multiples présentés par certains accidentés (tels que troubles du sommeil, cauchemars et reviviscences, acouphènes, douleurs chroniques ou

étourdissements), et qu'aucune lésion apparente ne permettait d'expliquer (5). Mais, en 1884, le psychiatre allemand Hermann Oppenheim (1858-1919) utilise le terme de « névrose traumatique » (6) pour évoquer les troubles neuropsychiques présentés par les victimes d'accidents de chemin de fer, devenant donc le premier à utiliser le terme de « trauma » en psychiatrie, et faisant ainsi perdre à la chirurgie l'exclusivité de son usage (3). Néanmoins, cette nouvelle entité ne fait guère l'unanimité chez l'ensemble des neuropsychiatres. En effet, à la « névrose traumatique » d'Oppenheim, Charcot oppose l' « hystérie traumatique » (7). Celle-ci repose sur un fondement héréditaire, estimant que l'évènement traumatique n'apparaît que pour révéler, ou actualiser un potentiel pathogène préexistant (7). Tandis que la « névrose traumatique » d'Oppenheim défend l'idée que le traumatisme est une pathologie spécifique entièrement causée par l'évènement, utilisant le modèle du réflexe, qui serait créé dans ce cas, par un impact physique périphérique ainsi que par un choc nerveux central, se renforçant mutuellement (7). Cependant, à la mort de Charcot, l'hystérie traumatique décline rapidement, et la névrose traumatique s'impose dans les milieux psychiatriques internationaux (3). C'est dans ce contexte qu'émergent deux figures majeures de l'histoire de la psychiatrie : Pierre Janet (1859-1947) et Sigmund Freud (1859-1939) (3). Le premier nommé décrit, dans son *Automatisme psychologique*, 20 cas d'hystérie traumatique (8). Selon lui, ces différentes situations cliniques sont la conséquence d'une dissociation de la conscience, ou la souvenance traumatique brute, caractérisée par les images et les perceptions, s'isole dans un recoin de la conscience et engendre les reviviscences « automatiques », archaïques et inadaptées, tandis que le reste de la conscience continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés (9). Ces reviviscences « automatiques » sont appelées *réminiscence* par Freud dans sa *Communication Préliminaire* (10). Ce

dernier assigne à la thérapie la fonction de *catharsis* (par référence à la tragédie grecque), puisqu'il s'agit non seulement de décharger les affects restés bloqués en faisant revivre l'événement sous hypnose, mais encore de faire établir des associations à son sujet, ce qui permet de transformer la réminiscence brute et incompréhensible en souvenir construit et sensé, et donc apaisant (9).

I-3 Grande Guerre, Névrose de guerre et Psychiatrie de l'avant

Le début du XXe siècle est marqué par l'éclatement de la Première Guerre Mondiale. Ce conflit se révèle totalement inédit à plusieurs niveaux : au niveau démographique d'abord, ou un grand nombre de nations, d'armées, et donc d'hommes, se retrouvent impliqués ; au niveau scientifique ensuite, ou de nombreuses avancées contemporaines du conflit pèsent considérablement sur celui-ci (11), faisant dire à Ernst Junger que l'on est « rentré dans l'ère de la guerre scientifique » (12) ; au niveau médical enfin, ou les soldats présentent une variété jamais observée de signes neurologiques et psychiatriques s'inscrivant dans des tableaux cliniques mal connus (3), sur lesquels certains médecins anglais posent le diagnostic de *not yet diagnosed nervous*, ou *God only knows* (13). Les violents affrontements de la première phase du conflit, dite « guerre de mouvement », sont marqués par la multiplication chez les soldats d'états confuso-stuporeux, que Gaston Milian appelle l'« hypnose des batailles » (14). A cette « guerre de mouvement » succède une phase de stabilisation des fronts, ou l'on observe une évolution de la symptomatologie présentée par les combattants, alors que les conditions de vies de ces derniers sont exécrables (3). Ainsi, le diagnostic d'obusite (ou de shell-shock pour les Anglais, ou de granatshockwirkung pour les Allemands) se développe (9). A

ces nouveaux troubles décrits, il est d'abord attribué une origine commotionnelle, avant de constater que ces tableaux cliniques sont grevés de nombreux symptômes anxieux, neurasthéniques ou hystériques, post-émotionnels, ce qui incite les médecins de l'époque à développer le concept de « névrose de guerre » (9). Sur le plan thérapeutique, ces diverses observations ont pour conséquence le développement, dans les derniers mois du conflit, de «la psychiatrie de l'avant », théorisée par le psychiatre Américain Thomas Salmon, et dont l'objectif est de renvoyer aussi vite que possible les blessés psychiques au combat, sans intention de prodiguer des soins (15). En conséquence, la « Grande Guerre » joue un rôle considérable dans l'avancement des connaissances en psycho-traumatologie chez les psychiatres européens (16)

I-4 De la Seconde Guerre Mondiale au Gross-Stress Reaction

Durant l'entre-deux guerres, on observe un émoussement considérable de l'intérêt pour l'étude du traumatisme (3). Il faut attendre la Seconde Guerre Mondiale, et une nouvelle hécatombe de traumatisés psychiques chez les soldats, pour que cet intérêt ressurgisse. La psychiatrie de l'avant, ignorée durant les premières années du conflit, est réhabilitée suite au Rapport Bradley du 26 avril 1943, alors que les pertes psychiatriques ont atteint près de 40% des effectifs durant les campagnes d'Afrique du Nord et de Sicile (3). Le terme de « névrose de guerre », jugé trop stigmatisant, est suppléé par celui d'« épuisement de combat » (9). Sur le plan clinique, on observe moins de conversions hystériques que lors de la Grande Guerre, et davantage de syndromes anxieux et de troubles psychosomatiques (9). Au niveau

pathogénique, la violence et la durée des combats sont reconnus comme ayant un rôle considérable dans le développement des troubles observés chez les soldats, qui, en conséquence, ont chacun leur point de rupture (break point) (9). La fin du Second Conflit Mondial est marquée par les bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki, ainsi que par la découverte du système concentrationnaire mis en place par les Nazis. Les survivants de ces événements dramatiques font l'objet d'études particulières, qui contribuent à élargir les tableaux cliniques (3). Ainsi, en 1954, René-Jacques Targowla met en évidence le « Syndrome asthénique des déportés », qu'il présente comme étant une forme clinique de la névrose traumatique développée par les déportés des camps Nazis, plusieurs mois ou années après leur retour (17). Le tableau clinique est marqué par des reviviscences de scènes d'horreur vécues dans les camps (17). Outre-Atlantique, l'administration des anciens combattants se montre soucieuse que les nombreux troubles psychiques présentés par les soldats Américains, ayant pris part au second conflit mondial, puissent faire l'objet d'un diagnostic précis, et d'un dédommagement financier en conséquence. Les psychiatres américains décident alors de créer une entité diagnostique à part entière, qui est introduite dans la première version du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-1) publiée en 1952, et qui est appelée « Gross Stress Reaction » (18). Ce trouble se définit comme étant la conséquence d'une réaction à un facteur de stress important ou inhabituel engendrant une peur intense chez une personne à priori vierge de tout antécédents psychopathologiques particuliers (18). Les symptômes de ce trouble sont décrits comme étant transitoires et réversibles, leur persistance devant faire évoquer un autre diagnostic (18). Il est intéressant de souligner que cette définition est d'avantage influencée par les théories psychodynamiques, en vogue à cette époque, plutôt que par les modèles

biologiques qui commencent doucement à émerger (18). Ce concept diagnostic sera abandonné dans la seconde version du DSM, publiée en 1968.

I-5 Du Bourbier Vietnamien au PTSD/TSPT

Le conflit Vietnamien, qui s'étend de 1964 à 1973, marque un nouveau tournant dans l'approche et la caractérisation des traumatismes psychiques. Alors que les Autorités Américaines ont rapidement mis en place, durant le conflit, une psychiatrie de l'avant, adossée à des mesures préventives (telles qu'aménagement de temps de repos, ou qualité de la restauration) pour leur soldats, nombre d'entre eux développent à leur retour aux Etats-Unis, dans un laps de temps variable, de nombreux symptômes impactant significativement leur qualité de vie (3). Dès 1972, le psychiatre Canadien Chaim F. Shatan (1924-2001), utilise, dans un article du New York Time, le terme de « *post-Vietnam syndrome* », faisant référence à des témoignages de vétérans qui expliquent rester hanter par leur souvenir de guerre et en conséquence, éprouver de grandes difficultés à reprendre leur ancienne vie civile, décrivant des conduites d'évitement, des tendances suicidaires, des idées de culpabilité à l'égard de leurs camarades morts au combat, ainsi que des cauchemars ou des conduites addictives (19). A la même époque, une psychiatre Américaine, Ann Wolbert Burgess, ainsi qu'une sociologue, Lynda Lytle Holmstrom, s'intéressent aux effets de la prise en charge des victimes de viols par les institutions policières, judiciaires et médicales, sur la santé mentale de celles-ci (20). Elles relèvent que bons nombres de ces victimes présentent des symptômes proches de ceux retrouvés chez les vétérans du Vietnam, tels que des cauchemars ou des reviviscences (3). En conséquence, de

nombreuses voix issues de la société civile, et défendant aussi bien les victimes de viols, que celles d'actes de maltraitance ou les vétérans du Vietnam, s'élèvent pour demander une reconnaissance des troubles présentés (3). Ce contexte de revendication influence considérablement la rédaction de la troisième version du DSM (DSM-3), qui paraît en 1980, et amène à l'élaboration d'une nouvelle entité diagnostic, appelée le « Post-Traumatic Stress Disorder » (PTSD), traduit en français « Trouble de Stress Post-Traumatique » (TSPT) (3). Le TSPT du DSM-3 se définit par un ensemble de symptômes qui se divisent en trois catégories : les symptômes de reviviscences, les symptômes d'hyper vigilance, et les conduites d'évitement (21). Contrairement au « Gross Stress Reaction » du DSM-1, il est décidé par les rédacteurs du DSM-3, que le TSPT peut se développer aussi bien chez des personnes vierges de tout antécédents psychopathologiques, que chez des individus présentant une vulnérabilité psychique préalable, ces derniers étant en effet considérés comme étant particulièrement à risque de développer un tel trouble, en cas d'exposition à un facteur stressant (18). Celui-ci est défini par les auteurs du DSM-3 comme devant être « exceptionnel », c'est-à-dire comme ne relevant pas d'une « expérience humaine ordinaire », et comme ayant clairement mis en péril la vie de l'individu (18). Néanmoins, en pratique, le diagnostic de TSPT se révèle progressivement englober des situations cliniques sortant du strict cadre défini par le DSM-3 (18). Ainsi, de nombreux tableaux symptomatiques réactionnels à des facteurs de stress tels que des accidents de la route, ou des violences psychologiques subis durant l'enfance, sont associés au diagnostic de TSPT (22). Or, ces événements de vie ne répondent pas stricto-sensu à la définition du facteur de stress « exceptionnel » du DSM-3 (22). En conséquence, la version révisée de celui-ci (DSM-3-R), publiée en 1987, tient compte de cette évolution, et élargie la

définition du facteur causal du TSPT, en insistant sur la dimension psychologique de celui-ci (22). Elle met également d'avantage l'accent sur les symptômes dissociatifs retrouvés dans bons nombres de tableaux traumatiques (22).

I-6 Un concept qui évolue et divise

La quatrième version du DSM (DSM-4), publiée en 1994, poursuit l'évolution entamée par le DSM-3-R, en élargissant encore d'avantage les critères du facteur étiologique du TSPT (22). Celui-ci se définit désormais comme étant un événement durant lequel des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de blessures graves, ou bien durant lequel l'intégrité physique de la victime ou celle d'autrui, a pu être menacée (23). Ainsi, contrairement aux versions précédentes du DSM, l'évènement causal ne doit plus nécessairement mettre en péril l'individu lui-même, pourvu qu'il ait été témoin d'une situation ayant menacé sa propre intégrité physique, ou celle d'autrui, et ayant engendré chez lui « une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur » (23). Cependant, malgré ces ajustements, le concept de TSPT reste critiqué par une partie de la communauté médicale. En 2001, Derek Summerfield, psychiatre sud-africain, écrit qu'il s'agit d'une « entité qui s'est davantage construite sur des arguments socio-politiques que médicaux », et qu' « un diagnostic psychiatrique n'est pas nécessairement une maladie » (24). Il ajoute que l'augmentation du nombre de TSPT diagnostiqué est liée à une « évolution du lien entre l'individu et la société moderne », sous-entendant là encore que cette dynamique est sous-tendue par un contexte social particulier plutôt que par une réalité médicale objective (24).

I-7 TSPT et XXI^e siècle

En conséquence, la définition du TSPT évolue encore au gré des mutations des paysages aussi bien géopolitiques que scientifiques, plus que jamais à l'œuvre en ce début du XXI^e siècle. Les attentats du 11 Septembre 2001 sur le sol Américain, font basculer le monde dans une nouvelle ère où le terrorisme de masse et les conflits qui y sont associés occupent désormais une place essentielle dans l'actualité, et impactent directement ou indirectement nombre d'individus. Sur le plan clinique, plusieurs soldats Américains engagés dans les guerres en Afghanistan et en Irak, et ayant perdu connaissance suite à une explosion, présentent des troubles cognitifs et comportementaux divers, alors même que la majorité d'entre eux n'a subi aucun traumatisme crânien (25). Ces observations relancent l'intérêt des chercheurs concernant les liens potentiels entre TSPT et les *Traumatic Brain Injury* (TBI) (25). Sur le plan scientifique, l'essor des neurosciences contribue à multiplier les travaux de recherche sur le TSPT. Dans une méta-analyse s'intéressant aux déficits neurobiologiques communs et spécifiques de trois troubles anxieux (anxiété sociale, phobies spécifiques et PTSD), Etkin et Wager soulignent que dans ce dernier, l'hyperactivation de l'amygdale et de l'insula est moindre que dans les deux autres (26). En revanche, seuls les patients atteints de TSPT présentent une hypo activation des cortex cingulaire antérieur dorsal et rostral, ainsi que des structures ventromédiales du cortex préfrontal, impliquées dans l'expérience et la régulation des émotions (26). Ces travaux participent à convaincre les rédacteurs de la cinquième version du DSM (DSM-5) d'isoler le TSPT du groupe des troubles anxieux, pour l'intégrer dans une nouvelle catégorie diagnostique, intitulée «Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » (27). D'autre part, les récents travaux de recherche portant sur

l'analyse des critères diagnostiques du TSPT dans le DSM-4 suggèrent qu'un modèle composé de quatre groupes de symptômes seraient plus pertinents que le modèle à trois groupes de cette version (28). Ces travaux mettent également en doute la pertinence du critère A2 du DSM-4 (« la réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur »), et relèvent la fréquence de symptômes dysphoriques, anhédoniques, agressifs, dissociatifs et de culpabilité, dans les suites de l'exposition traumatique (28). Ainsi, la cinquième version du DSM modifie une fois de plus les critères diagnostiques du TSPT par rapport à la précédente version, en divisant les symptômes relevant de ce trouble en quatre groupes : les symptômes intrusifs, les conduites d'évitement des stimuli associés à l'évènement traumatique, les altérations des cognitions et de l'humeur, ainsi que les modifications de l'état d'éveil et de la réactivité (27). La définition du facteur étiologique du trouble évolue également. Le critère A2 du DSM-4 disparaît (29), alors qu'il n'est plus nécessaire d'avoir été directement exposé, ou d'avoir été le témoin direct de l'évènement. En effet, « apprendre qu'un ou des évènements traumatisants sont arrivés à des membres de la famille proche, ou à des amis proches », est, dans le DSM-5, considéré comme pouvant engendrer le développement d'un TSPT (27). Enfin, un sous-type particulier du TSPT, le « Dissociative PTSD » (D-PTSD), est également défini par le DSM-5 (30).

Ainsi, les troubles psychiques post-traumatiques sont connus et décrits depuis des siècles, mais leur caractérisation et leur conceptualisation ont sans cesse fait l'objet de débats et de controverses. Le dernier modèle en date, celui du TSPT, n'échappe pas à cette règle. Sa définition a considérablement évolué depuis son apparition dans la troisième version du DSM en 1980, parallèlement aux profonds changements qui ont émaillé les sociétés mondiales, et aux avancées considérables des

neurosciences depuis deux décennies. Aujourd'hui encore, les critères diagnostiques qui le composent sont jugés imparfaits, et un certain nombre de personnes militent pour une modification de ceux-ci, afin de davantage tenir compte des caractéristiques des sociétés modernes. Entre autre, le rôle des médias dans le développement ou la réactivation de tels troubles, est de plus en plus étayé scientifiquement, en particulier depuis les attentats du 11 Septembre 2001, alors même qu'une exposition médiatique à un évènement traumatisant n'est pas considérée par le DSM-5 comme étant un potentiel facteur étiologique de TSPT.

II- LE TSPT : UN TROUBLE COMPLEXE, LIE A UNE MULTITUDE DE FACTEURS

Aux Etats-Unis, les données épidémiologiques les plus récentes concernant l'exposition à un évènement traumatique indiquent que près de 6 Américains sur 10, et environ 50% des Américaines, sont confrontés au cours de leur vie à au moins un évènement traumatique (31) (32). Pourtant, selon ces mêmes données, seulement 6 à 8.8% de la population Américaine répond aux critères diagnostics du TSPT, alors qu'en Europe, la prévalence de ce trouble est estimée à 1.3% (31-34). Cela suggère l'existence de facteurs de vulnérabilités susceptibles de favoriser l'émergence d'un TSPT chez certains individus confrontés à un évènement traumatique. Il convient donc de faire la lumière sur ces facteurs de risques (FDR), afin de mieux cerner les mécanismes psychopathologiques sous-tendant l'émergence d'un TSPT chez un individu confronté à un évènement traumatique.

II-1 Une tentative de hiérarchisation des FDR du TSPT

Des chercheurs tentent de faire la synthèse de ces FDR potentiels de l'installation d'un TSPT, au travers de deux méta-analyses qui se penchent sur des facteurs de vulnérabilités sociodémographiques et psychologiques (35-37). Ainsi, Brewin, Andrews et Valentine identifient 14 FDR de développer un TSPT (35). Ces FDR sont

résumés dans le tableau ci-dessous :

RISK FACTORS FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

751

Table 1
Summary of Risk Factors Predicting PTSD

Risk factor	No. of studies	Population size	Range of effect size <i>r</i>	Weighted average <i>r</i>	<i>z</i>	Heterogeneity χ^2/df
Gender (female)	25	11,261	-.04-.31	.13	13.44***	2.85***
Younger age	29	7,207	-.38-.28	.06	5.26***	4.03***
Low SES	18	5,957	.01-.38	.14	11.05***	3.40***
Lack of education	29	11,047	-.11-.37	.10	10.68***	1.62*
Low intelligence	6	1,149	.08-.38	.18	6.09***	3.22**
Race (minority status)	22	8,165	-.27-.39	.05	4.95***	2.31***
Psychiatric history	22	7,307	.00-.29	.11	9.83***	.99
Childhood abuse	9	1,746	.07-.30	.14	5.77***	1.17
Other previous trauma	14	5,147	-.05-.36	.12	8.83***	2.16**
Other adverse childhood	14	6,969	.09-.60	.19	15.77***	7.36***
Family psychiatric history	11	4,792	.07-.28	.13	8.93***	.87
Trauma severity	49	13,653	-.14-.76	.23	27.73***	9.33***
Lack of social support	11	3,276	-.02-.54	.40	24.88***	8.22***
Life stress	8	2,804	.26-.54	.32	17.90***	2.16*

Note. PTSD = posttraumatic stress disorder; SES = socioeconomic status.

^a Chi-square values are divided by the number of studies minus 1.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 1 : Facteurs de risques de TSPT, Brewin et al (35)

A partir de leurs travaux, ils déduisent que les événements survenant durant le traumatisme, appelés facteurs péri-traumatiques, ainsi que ceux survenant postérieurement à celui-ci, correspondant aux facteurs post-traumatiques, ont des effets prédictifs supérieurs aux FDR pré-traumatiques, c'est-à-dire présents avant la survenue du traumatisme, tels que le genre, l'âge au moment de la survenue de l'évènement traumatique, ou encore l'existence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux (35). Parmi ces FDR péri et post-traumatiques, on retrouve la gravité du traumatisme, l'isolement social, et la survenue de nouveaux évènements de vie stressants ultérieurement au traumatisme (35). De la même façon, Ozer et al. montrent dans leur méta-analyse incluant 68 études portant sur sept FDR du TSPT, que les éléments contemporains ou postérieurs à l'évènement traumatique ont un pouvoir prédictif du TSPT supérieur aux facteurs antérieurs au traumatisme (36). En conséquence, les différents FDR sociodémographiques et psychologiques de développer un TSPT peuvent être classés en fonction de leur

proximité avec le traumatisme, les facteurs péri et post-traumatiques apparaissant statistiquement comme d'avantage prédictifs du développement d'un TSPT, que les éléments pré-traumatiques (35-37). Ces différents FDR sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Facteurs Antérieurs au trauma	Facteurs sociodémographiques : genre féminin, âge jeune, statut socio-économique faible, niveau d'éducation faible Antécédents psychiatriques personnels et familiaux Histoire traumatique personnelle (maltraitance durant l'enfance, autres traumas)
Facteurs Péri traumatiques	Interpersonnel, intensité, réaction péri traumatique (détresse, dissociation)
Facteurs Postérieurs au trauma	Evènements stressants Soutien social

Tableau 2 : Facteurs de risques de TSPT, Chaudieu et Canini (37)

Il convient donc de comprendre en quoi certains de ces FDR semblent jouer un rôle essentiel dans le développement et le maintien d'un TSPT. Pour cela, il est important de se pencher sur les évènements biologiques et cliniques qui surviennent au cours de la période péri traumatique, en ciblant également les interactions potentielles entre ces évènements, et certains FDR pré-traumatiques.

II-2 La période péri-traumatique

II-2-1 Evènements biologiques péri-traumatiques, et liens avec FDR pré-traumatique

Sur le plan biologique, la confrontation au traumatisme se traduit par une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien, dit axe corticotrope (38). Certaines études montrent que chez l'homme, le degré d'activation de cet axe est médié par les antécédents du patient (39). En effet, les individus ayant été exposés à un évènement traumatique antérieur présentent des taux de gluco-corticoides plus bas que ceux vierges de toute exposition précédent le traumatisme actuel (39). Or, une faible activation de cet axe serait, selon divers travaux, plutôt en faveur d'un risque accru de développer un TSPT ultérieur, ce qui pourrait expliquer les liens statistiques observés entre existence d'antécédents traumatiques et développement d'un TSPT (39).

II-2-2 Clinique péri-traumatique

II-2-2-1 Symptomatologie dissociative

Les réactions de stress péri traumatiques sont fréquemment associées à une symptomatologie dissociative. En effet, 25 à 75% d'entre elles, en fonction des

études, sont marquées par la présence d'éléments dissociatifs (40). Ces derniers regroupent un ensemble de symptômes, tels que l'anesthésie affective et émotionnelle, la perte d'intérêt aux activités, le détachement du monde, la déréalisation, la distorsion temporelle, ou encore l'amnésie péri-traumatique (39). De nombreux travaux soulignent le rôle joué par cette symptomatologie dissociative dans le développement ultérieur d'un TSPT. Ainsi, dans leur étude portant sur les facteurs prédictifs de l'installation d'un TSPT chez les survivants de l'incendie d'Oakland et de Berkeley en Californie survenu en 1991, Koopman et al montrent que les symptômes dissociatifs présentés par certains sinistrés juste après le traumatisme constituent un excellent prédicteur de l'évolution des symptômes de stress post-traumatique évalués 7 mois plus tard (41). De même, Classen, Koopman, Hales et al indiquent, dans leur travaux étudiant le lien entre Trouble de Stress Aigu (TSA) et TSPT chez 36 employés de bureaux ayant survécu à une fusillade ayant provoqué le décès de 14 personnes, que les réactions dissociatives suite à l'évènement constitue l'un des facteurs prédictifs les plus importants de l'installation d'un TSPT entre 7 et 10 mois après le traumatisme (42).

Pour expliquer ce lien, plusieurs hypothèses sont avancées. Ainsi, dans ses travaux portant sur l'incendie de Coconut Grove à Boston, Lindemann suggère que le développement d'une symptomatologie dissociative au décours du traumatisme pourrait entraver le travail de deuil nécessaire pour passer outre celui-ci (43). En effet, la victime, en se dissociant, risque de se distancier de l'évènement par l'intermédiaire d'un mécanisme amnésique, d'un syndrome de dépersonnalisation ou de déréalisation, empêchant ainsi tout travail de deuil du traumatisme, et pouvant donc favoriser le développement future d'un TSPT, mais aussi d'autres troubles psychiatriques, tels que des comportements suicidaires, ou des états dépressifs (43-

45). Cette réflexion appuie l'hypothèse de Janet selon laquelle les symptômes dissociatifs constituent des défenses essentielles contre la douleur émotionnelle provoquée par un évènement traumatique, défenses qui peuvent engendrer des complications ultérieures (46-49).

Une autre hypothèse avancée pour justifier ce lien entre éléments dissociatifs péri-traumatiques et développement futur d'un TSPT est que la présence de symptômes dissociatifs pourrait empêcher l'activation des mécanismes de peur, mécanismes qui d'un point de vue statistique, ont une forte valeur prédictive négative concernant l'installation ultérieure d'un TSPT (50) (51). Ainsi, de tels mécanismes pourraient être considérés comme étant une réponse adaptée à un évènement traumatique, et leur blocage par des symptômes dissociatifs pourraient donc augmenter la vulnérabilité de la victime et l'exposer au risque de souffrir d'un TSPT chronique (50) (51).

Shalev et al suggèrent quant à eux que la dissociation péri-traumatique pourrait correspondre à une réaction traumatique acquise par la victime à l'occasion de traumatismes antérieurs (52). En ce sens, les symptômes dissociatifs seraient un marqueur de l'existence d'antécédents traumatiques chez la victime d'un évènement traumatique particulier, et constituerait donc un facteur de vulnérabilité au développement d'un TSPT par ce biais (52).

Enfin, selon Birmes et al, les symptômes de dissociation péri-traumatiques lors d'une exposition traumatique sont d'autant plus élevés que les taux de cortisol salivaire au réveil sont importants, selon une étude réalisée auprès d'élèves policiers exposés à plusieurs évènements traumatiques dans le cadre de leur activité professionnelle (53). Cette relation serait liée à une plus grande réactivité au stress développée par ces étudiants lors de leur formation et de leur service sur le terrain (53). En

conséquence, ces individus présenteraient une activation excessive de l'amygdale, associée à une régulation émotionnelle insuffisante par le cortex préfrontal, ce qui peut majorer la consolidation du conditionnement de peur et du souvenir traumatique (53) (54).

II-2-2-2 Détresse péri-traumatique

II-2-2-2-1 La détresse péri-traumatique comme élément pouvant favoriser la dissociation péri-traumatique

Les réactions péri traumatiques peuvent également se traduire par un autre élément présenté comme à risque de TSPT ultérieur, correspondant à la détresse péri traumatique (39). Celle-ci regroupe diverses émotions pouvant être éprouvées durant le traumatisme, telles que la peur, la perte de contrôle, la colère, l'impuissance ou l'horreur (55). Dans une étude portant sur les effets de l'exposition aux attentats du World Trade Center (WTC) à New York en 2001, Simeon et al. mettent en évidence que la sensation de perte de contrôle constitue le facteur prédictif le plus puissant, à la fois de l'apparition d'une symptomatologie dissociative, et du développement futur d'un TSPT (56). Pour expliquer de tels liens, Gershuny et Thayer suggèrent que l'impression de perte de contrôle peut provoquer une peur intense, et que cette peur s'exprime finalement sous la forme d'une symptomatologie dissociative (57). De plus, d'autres études montrent que cette peur de perdre le contrôle peut se traduire par une symptomatologie d'attaque de panique, ce qui signifierait que la survenue d'une attaque de panique péri-traumatique, présente

dans environ 50% des réactions de stress péri-traumatiques, peut favoriser le développement d'éléments dissociatifs et donc de stress ultérieurs (57-60).

II-2-2-2-2 La détresse péri-traumatique comme élément pouvant favoriser la consolidation de la mémoire traumatique

Allenou et al suggèrent quant à eux que les symptômes de détresse péri-traumatique peuvent consolider la mémoire traumatique (61). Cette hypothèse est également avancée par d'autres études, qui indiquent que la survenue d'une tachycardie péri-traumatique, engendrée par l'activation du système nerveux sympathique (SNS) en réaction à la confrontation au facteur stressant, favoriserait la consolidation de cette mémoire particulière (37) (39). Cette dernière résulte des remaniements émotionnels et neuro-anatomiques engendrés par le vécu traumatique, et se traduit par un traitement préférentiel par le sujet, des informations potentiellement menaçantes, pouvant être rattachées au traumatisme vécu, ceci au détriment des informations plus générales (62). Or, cette mémoire traumatique est considérée comme l'un des éléments centraux de la symptomatologie du TSPT (62). Par le biais de cette mémoire, la détresse péri-traumatique pourrait donc contribuer à l'installation d'un tel trouble (61) (62).

II-2-3 Nature du Traumatisme

Les caractéristiques intrinsèques de l'évènement traumatique constituent également un FDR du développement d'un TSPT (39). Ainsi, l'intensité du traumatisme est présentée par le DSM-5 comme étant un facteur favorisant ce trouble (27). Or, définir objectivement la gravité d'un évènement, avant qu'il ne devienne traumatique, est une entreprise complexe (63). Sur le plan statistique, il apparaît que les évènements les plus pourvoyeurs de TSPT sont les traumatismes interpersonnels (TIP), qui correspondent à des évènements traumatiques au cours desquels une personne est agressée, physiquement et/ou sexuellement, par une autre personne, connue ou inconnue de la victime (64-66).

II-2-3-1 Revictimisation

Ce risque accru pourrait être lié au phénomène de « revictimisation ». Ce concept est défini par Arata comme étant la survenue d'au moins deux agressions sexuelles distinctes chez la même personne, la première survenant dans l'enfance, et la ou les suivantes durant l'adolescence et/ou l'âge adulte (67). La revictimisation est d'autant plus fréquente que la première agression est survenue précocement dans l'histoire de vie du sujet (68) (69). Les travaux d'Arata, ainsi que ceux de Cloitre et al, estiment à 13 ou 14 ans l'âge limite en dessous duquel l'exposition à l'agression, constitue un risque majeur de revictimisation ultérieure (68) (69). Or, les personnes subissant plusieurs traumatismes interpersonnels au cours de leur vie, présentent également

des niveaux plus élevés de symptômes de TSPT (67). De même, Arata démontre que les symptômes de TSPT réactionnels à une agression sexuelle constituent un des facteurs favorisant la revictimisation (67). En effet, dans une autre étude, 63% de victimes répétées de sévices sexuels déclarent avoir présenté des symptômes de TSPT suite à la première agression, subie durant leur enfance (70). En conséquence, le lien entre TSPT et revictimisation serait bidirectionnel, l'un favorisant l'autre.

II-2-3-2 Revictimisation et conduites d'évitements

Comment expliquer cette relation entre revictimisation, et développement d'une symptomatologie de TSPT ? Les études récentes mettent en avant le rôle majeur joué par les conduites d'évitement des stimuli internes, tels que pensées, émotions ou souvenirs en lien avec le traumatisme, présentées par les victimes (71). Ces comportements d'évitement constituent en effet un moyen mis en place par les victimes pour tenter de réguler les émotions liées à l'évènement traumatique, qu'elles éprouvent (71). Or, Rosenthal et al. montrent, dans leur travaux portant sur le lien entre agressions sexuelles répétées subies dans l'enfance par un échantillon de 151 femmes, et souffrance psychologique à l'âge adulte, que cette relation s'explique par les conduites d'évitements développées par ces personnes, à la suite des traumatismes qu'elles ont subi (71). Cela suggère que ces comportements d'évitements constituent un facteur spécifique exacerbant la souffrance psychologique de personnes ayant des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, à l'âge adulte (71). Cela suggère également que ces conduites d'évitement

expliquent d'avantage le lien entre exposition à plusieurs agressions sexuelles et développement ultérieur d'une symptomatologie de TSPT, que la nature ou la sévérité des agressions en elle-même, et semble ainsi constituer un facteur de vulnérabilité à part entière à l'installation d'un TSPT chez des victimes d'abus sexuels (71).

Cet impact des comportements d'évitements sur le développement d'une symptomatologie de TSPT peut être étendu au-delà des situations d'agressions sexuelles répétées subies durant l'enfance, et finalement se généraliser à tout évènement traumatique. En effet, plusieurs études présentent ces comportements comme étant des stratégies de coping inadaptées qui constituent de véritables FDR de développement d'un TSPT (63).

II-3 Facteurs post-traumatiques de maintien et de réactivation d'un TSPT

II-3-1 Les conduites d'évitement comme FDR post-traumatique de TSPT

Dans leurs travaux portant sur les facteurs prédictifs de l'installation d'un TSPT chez des victimes des attentats du 11/09, Silver et al indiquent que les conduites d'évitement et les idées de culpabilité présentés par certains traumatisés, prédisent des niveaux importants de symptômes de TSPT 6 mois plus tard (72).

II-3-1-1 Les conduites d'évitement, vecteurs de repli sur soi et d'isolement socio-affectif

Pour expliquer de tels liens, Walser et Westrup affirment que la mise en place de conduites d'évitement par les victimes de traumatismes peut avoir un effet initial perçu comme positif par celles-ci, car elles permettent, à court terme, d'atténuer un certain nombre de symptômes réactionnels à l'évènement, et donc, d'apaiser momentanément les victimes (73). Or, à plus long terme, ces conduites d'évitement ont un coût de plus en plus important (74). En effet, à mesure que la personne répète et développe ces comportements d'évitements, elle s'expose au risque de se replier progressivement sur elle-même, ce qui peut avoir des conséquences sociales non négligeables, pouvant aller jusqu'à la perte d'emploi et un isolement socio-affectif majeur (74). De telles conséquences rendent donc le quotidien de la personne de plus en plus restreint et focalisé sur l'évitement de tous stimuli pouvant rappeler l'évènement (74). Un tel mode de vie, organisé autour de ces conduites d'évitement, contribue à renforcer l'angoisse d'une exposition à un stimulus évoquant le traumatisme, et à dégrader l'humeur de la victime, pouvant donc finalement renforcer la symptomatologie du TSPT (74).

II-3-1-2 Les conduites d'évitement, facteurs potentialisant des ruminations traumatiques

Dans leurs travaux, Bishop et al. soulignent également le rôle joué par les conduites d'évitement dans la relation décrite dans plusieurs études, entre les ruminations mentales sur l'évènement, exercées par certaines victimes, et la sévérité du TSPT (74). Il convient d'abord d'éclaircir cette relation entre les ruminations, et ce trouble.

II-3-1-2-1 Ruminations traumatiques et TSPT

Les ruminations se définissent comme étant la tendance à se focaliser de manière répétée sur l'expérience d'une émotion négative, ainsi que sur les causes et conséquences de celle-ci (75-77). Les travaux de Lyubomirsky et Tkach ont montré qu'un tel comportement peut altérer l'humeur de la personne, ainsi que ses capacités de résolution de problèmes, et son tissu social (78). En conséquence, les ruminations peuvent favoriser le développement de troubles anxieux ou dépressifs (75). Dans le cadre de l'exposition à un évènement traumatique, les ruminations impliquent des pensées répétitives sur le traumatisme et sur ses conséquences (79). Elles sont ainsi considérées comme étant une forme particulière d'intrusions du TSPT (80). Elles se différencient en effet de l'inquiétude, qui se définit comme étant une pensée répétitive concernant l'avenir, tandis que la rumination porte sur un évènement qui a déjà eu lieu (80), ainsi que des reviviscences, qui sont associées à des sensations physiques analogues à celles éprouvées durant le traumatisme lui-

même, et correspondent donc à une impression de revivre tel quel l'évènement (79). D'un point de vue statistique, le lien entre ruminations et TSPT semble évident (79). En effet, de nombreuses études prospectives montrent que les ruminations liées au traumatisme, évaluées deux semaines après la survenue de celui-ci, sont prédictives de la sévérité des symptômes de TSPT à 6 mois, quel que soit le niveau initial de gravité de ces symptômes (79). Pourtant, d'autres travaux suggèrent qu'à des niveaux faibles ou modérés, la rumination mentale sur le traumatisme peut constituer une adaptation efficace aux symptômes réactionnels à celui-ci, et soulager ainsi ces derniers, en désensibilisant les victimes aux souvenirs douloureux en lien avec l'évènement (81) (82). Il convient donc de comprendre pourquoi, chez certaines personnes, les ruminations mentales accroissent les symptômes de TSPT, et chez d'autres, non (74).

II-3-1-2-2 Ruminations traumatiques et conduites d'évitement

Comme indiqué plus haut, la réponse semble se trouver en partie dans les comportements d'évitements (74). En effet, Bishop et al montrent que l'association entre ruminations et conduites d'évitements prédit de façon significative la sévérité des symptômes de TSPT, alors qu'après ajustement sur les conduites d'évitement, l'effet direct des ruminations sur le TSPT, bien que réel, est moindre (74). Ainsi, les comportements d'évitements semblent médier la relation entre les ruminations et les symptômes de TSPT (74). Une hypothèse possible est que la rumination sur un évènement traumatique peut favoriser la mise en place de conduites d'évitement de

plus en plus rigides envers les stimuli associés au traumatisme, et donc renforcer la symptomatologie du TSPT (74). En effet, Michael et al suggèrent que ruminer sur les causes ou les conséquences du traumatisme peut permettre d'éviter de penser au traumatisme lui-même (83). Un tel comportement peut aussi permettre à la victime de contrôler la fréquence, ainsi que l'intensité et le contenu des cognitions et émotions associées à l'évènement (73). Or, tout ceci peut, paradoxalement, favoriser les reviviscences, et impacter négativement l'humeur du sujet, renforçant donc, à terme, la symptomatologie du TSPT (73) (84).

II-3-2 L'anesthésie émotionnelle

II-3-2-1 Anesthésie émotionnelle et conduites d'évitements

On l'a vu, la mise en place de comportements d'évitements par le sujet exposé à un évènement traumatique, ainsi que les ruminations mentales qu'il peut exercer sur cet évènement, constituent des facteurs prédictifs du développement d'un TSPT, qui se renforcent l'un l'autre. De la même façon, les conduites d'évitement peuvent, selon Tull et Roemer, potentialiser un autre facteur prédictif du TSPT, correspondant à l'anesthésie émotionnelle, qui se définit comme une altération de la capacité à exprimer et à ressentir des émotions (85). En effet, chercher à éviter les pensées ou émotions liées au traumatisme peut renforcer les symptômes d'anesthésie émotionnelle, qui, selon Foa, Zinbarg et Rothbaum, constituent un autre pilier sémiologique du TSPT, permettant notamment de distinguer clairement celui-ci des

troubles anxieux (85) (86). Il est également admis, suite à de nombreux travaux, que ces symptômes jouent un rôle majeur dans le développement et le maintien de la psychopathologie du TSPT (85). En effet, selon Harvey et Bryant, la présence de symptômes d'anesthésie émotionnelle un mois après le traumatisme constitue le facteur de prédiction le plus puissant du TSPT 5 mois plus tard (50). De même, selon Feeny et al, la sévérité des symptômes d'anesthésie émotionnelle deux semaines après la survenue d'un évènement traumatique permet de prédire la gravité du TSPT trois mois après (87).

II-3-2-2 Anesthésie émotionnelle et altérations de l'éveil et de la réactivité

Les travaux effectués sur ces symptômes mettent en avant leur complexité sur le plan psychopathologique. Si les comportements d'évitements semblent donc jouer un rôle dans l'émergence de l'anesthésie émotionnelle, plusieurs études soulignent également le poids d'un autre élément sémiologique majeur du TSPT, correspondant aux symptômes en lien avec les altérations de l'éveil et de la réactivité, tels que l'hyper vigilance, dans l'installation de cette anesthésie (88-90). En effet, des travaux portant sur les Vétérans Américains de la Guerre du Vietnam montrent que les symptômes en lien avec une altération de l'éveil et de la réactivité prédisent l'anesthésie émotionnelle de façon plus importante encore que les conduites d'évitement, ou que d'autres symptômes retrouvés dans le TSPT (89) (90). De son côté, Litz suggère que de telles altérations de l'éveil, ainsi que la présence d'intrusions, obligent le sujet à lutter en permanence contre ces différents symptômes, ce qui peut, à terme, épuiser ses ressources émotionnelles et affectives,

et donc engendrer un émoussement émotionnel (88). Ces hypothèses sont confirmées par Tull et Roemer qui, dans leur étude portant sur un échantillon de 170 femmes ayant été victimes d'agressions sexuelles, démontrent que les symptômes d'altération de l'éveil et de la vigilance prédisent significativement l'anesthésie émotionnelle, plus encore que les conduites d'évitements et que les symptômes intrusifs, ces derniers étant tout de même également prédictifs de cette anesthésie (85).

II-3-3 Evènements de vies stressants post-traumatiques

Il existe diverses trajectoires possibles concernant l'évolution d'un TSPT (91). Ainsi, certains individus peuvent rester asymptomatiques durant un laps de temps parfois très long, pouvant aller jusqu'à plusieurs décennies, et présenter, à un âge relativement avancé, une recrudescence de symptômes post-traumatiques (92) (93). Ce phénomène s'observe notamment pour certains Vétérans Américains de divers conflits armés du XXème siècle, ainsi que pour certaines victimes des Camps Nazis (92-94). A l'inverse, d'autres sujets souffrant de TSPT restent relativement stables sur le plan symptomatologique (91). Enfin, une aggravation, ponctuelle ou continue, des symptômes de TSPT est également constatée chez certains (91).

Pour expliquer une telle hétérogénéité évolutive, il faut se replonger dans les travaux de Lindemann, qui dès 1944, indique que la confrontation à un nouveau facteur de stress peut réactiver des souvenirs d'évènements traumatiques anciens (43). Depuis, de nombreuses études explicitent ces phénomènes de réactivations, et les facteurs qui les sous-tendent.

II-3-3-1 Facteurs de stress et TSPT de guerre

Ainsi, Solomon et al soulignent la complexité de ces mécanismes (95). Dans leur étude portant sur l'évaluation symptomatologique de 35 Vétérans Israéliens souffrant de TSPT réactionnels à des actes de guerre, et ayant combattu lors de la Guerre du Kippour en 1973 puis lors du conflit Libanais neuf ans plus tard, ils identifient deux principaux profils de réactivation du trouble (95). L'un des deux profils se caractérise par une réactivation simple des symptômes de TSPT, sans complications associées (95). Selon les auteurs, ces soldats ne présentaient probablement plus de symptômes de TSPT lorsque le conflit Libanais a éclaté, et avait retrouvé un niveau de fonctionnement analogue à celui qu'il présentait avant la Guerre du Kippour (95). En revanche, le second profil est marqué par une exacerbation des symptômes du TSPT, avec, au sein même de ce profil, des variations d'intensité symptomatologiques considérables d'un soldat à un autre (95). Ainsi, certains sujets présentent une sensibilité accrue à des stimuli en lien avec des scènes de combats, alors que d'autres présentent une vulnérabilité au stress en général (95). Pour expliquer une telle diversité symptomatologique, Solomon, et al s'appuient sur les travaux de Silver et Wortman, qui émettent l'hypothèse d'une altération des capacités de résilience du sujet en raison d'expériences traumatiques répétées (96). La résilience est un concept relativement récent, qui signifie littéralement « s'adapter de façon positive à l'adversité » (97). Selon Hjemdal et al, elle « représente l'ensemble des facteurs de protection, des processus et des mécanismes qui contribuent à une issue favorable en dépit de l'exposition à des agents stressants connus pour engendrer un risque significatif de développement d'une psychopathologie » (98). Il s'agit d'un processus dynamique, dépendant du type d'évènement incriminé, ainsi

que du lieu ou de l'espace où se déroule cet événement, et du moment de la vie du sujet considéré (97). Ainsi, une altération de ses capacités de résilience rendrait l'individu traumatisé plus vulnérable à divers facteurs stressants, et ce d'autant plus qu'il aurait une histoire personnelle riche de nombreux traumatismes (95). Ces facteurs stressants n'ont pas nécessairement de liens évidents avec le ou les événements traumatiques antérieurs subis par le sujet (95). Ce dernier serait donc à même de réactiver tout ou partie d'une symptomatologie post-traumatique à la suite de la confrontation à un nouveau facteur de stress, quel qu'il soit, en raison de ses capacités altérées de résilience (95).

II-3-3-2 Événements de vie négatifs post-traumatiques et TSPT

Cet impact potentiel d'événements de vies négatifs postérieurs au traumatisme sur la symptomatologie du TSPT est explicité par Maes et al, dans leur étude explorant les liens entre facteurs de stress pré et post-traumatiques et incidence et sévérité de TSPT, chez des victimes d'incendie et d'AVP (99). Ainsi, si aucune relation significative n'est établie entre des événements de vies stressants survenus dans l'année ayant précédé les traumatismes considérés, et l'incidence ou la gravité des TSPT, ces deux dernières sont en revanche très significativement liées aux facteurs de stress post-traumatiques subis par les sujets inclus (99). Les auteurs ajoutent que les liens statistiques sont d'avantages significatifs pour les symptômes d'évitements et dépressifs du TSPT, que pour ceux en lien avec l'anxiété et l'hyperexcitabilité (99). Ils identifient également les pertes d'emplois, les ruptures sentimentales, les problèmes de santé personnels ou les deuils comme étant les événements de vies

post-traumatiques les plus prédictifs de l'incidence et de la sévérité des symptômes de TSPT (99). Ils déduisent donc de leurs résultats que l'exposition à des facteurs de stress post-traumatiques constitue un risque plus élevé de développer un TSPT, et de présenter une symptomatologie d'évitement et dépressive plus sévère qu'en l'absence de confrontation à de tels facteurs (99).

II-3-3-3 Autres facteurs de stress post-traumatiques et TSPT : La place des médias

De la même façon, Kinzie note une réactivation de TSPT chez des victimes du Génocide perpétré par les Khmers Rouges au Cambodge, dans des contextes d'évènements de vie négatifs post-traumatiques, tels que des accidents ou des agressions (100). Mais il constate également que certaines victimes de ce Génocide réactivent leurs symptômes post-traumatiques après avoir été exposé à des facteurs de stress post-traumatiques en apparence bien plus banals, telle qu'une chirurgie, ou après avoir visualisé un programme télévisé violent (100). Ce dernier point soulève la question du rôle éventuel joué par les médias dans les mécanismes de réactivation de TSPT chez certains sujets. Ainsi, Kinzie et al indiquent que des réfugiés Cambodgiens du Génocide des Khmers Rouges souffrant de TSPT, présentent des symptômes de détresse psychologiques ainsi qu'une accélération de leur fréquence cardiaque (FC) lorsqu'ils sont confrontés à des vidéos de scènes traumatiques, que ces scènes soient, ou non, en lien avec le Génocide (101). Ils suggèrent donc que ces symptômes s'inscrivent dans le cadre d'une réactivation de leur TSPT, réactivation qui peut être provoquée par des vidéos dont le contenu, violent, n'est

pas nécessairement en lien avec les traumatismes initiaux (101). De même, dans une autre étude, Kinzie et al objectivent l'impact majeur de la couverture télévisée des attentats du 11 Septembre sur la santé mentale de certains réfugiés, provoquant chez ces derniers, cauchemars récurrents, symptômes intrusifs, humeur dépressive, et sentiment d'insécurité (102). Enfin, ils soulignent également les conséquences psychiatriques de cette couverture chez des réfugiés souffrant de TSPT ou de dépression (102).

Ces différentes données suggèrent donc que la médiatisation d'évènements violents peut constituer un facteur de réactivation ou de maintien d'un TSPT, que ces évènements aient, ou non, un lien avec le ou les traumatismes ayant contribué au développement du trouble. Il convient donc d'approfondir cette hypothèse, en s'intéressant d'abord aux conséquences psychiatriques éventuelles sur la population générale, de cette médiatisation, puis en ciblant plus spécifiquement les populations ayant une histoire traumatique, et enfin celles souffrant de TSPT.

III-LA COUVERTURE MEDIATIQUE D'EVENEMENTS

VIOLENTS, UN FACTEUR DE STRESS A PART ENTIERE

Les médias constituent un outil de communication majeur, pouvant exercer une influence considérable sur les représentations de la population générale (103). Ce constat est particulièrement valable lors de la survenue de catastrophe (103). En effet, la couverture médiatique d'évènements dramatiques est souvent très importante, et met en exergue la souffrance et la vulnérabilité humaine (103). Cela pose la question de l'impact psychologique potentiel d'une telle couverture médiatique sur la population générale.

Dans un premier temps, nous allons questionner ces effets sur la population adulte. Puis, nous nous intéresserons plus spécifiquement à l'impact potentiel de cette couverture sur la population pédiatrique.

III-1 Facteur de stress pour la population générale adulte

La seconde moitié du XXème siècle se caractérise par l'essor des technologies de l'Information et des Médias (104). En conséquence, les informations relatives à des catastrophes se répandent désormais très rapidement au sein de l'ensemble de la population, connectée, pour la majorité d'entre elle, à ces diverses sources médiatiques (104). Ainsi, durant la Guerre du Golfe de 1991, la moitié des Américains déclarent avoir développé une forme de dépendance à la couverture

médiatique du conflit, et ils sont 63% à tenir un tel discours concernant celle des Attentats du 11 Septembre 2001 (105). Cette place croissante occupée par les médias dans nos sociétés pose la question du rôle joué par ceux-ci dans l'initiation et le maintien de symptômes psychiatriques, à la suite de la survenue d'évènements traumatiques (106).

Les attaques du 11 Septembre 2001 constituent le point de départ de nombreux travaux de recherche portant sur cette question. En effet, ces évènements suscitent, à l'époque, une émotion universelle sur une période prolongée, et leur couverture sature littéralement l'espace médiatique (107). En conséquence, certains chercheurs suggèrent que de tels évènements peuvent devenir de véritables traumatismes collectifs, touchant non seulement des individus directement exposés aux évènements en question, mais également ceux indirectement exposés, notamment via les médias (108).

III-1-1 Facteur de stress pour la population indirectement exposée au traumatisme

Dans leurs travaux cherchant à évaluer les relations entre l'incidence de troubles mentaux de type Axe 1, et le niveau d'exposition aux Attentats du 11/09, Henriksen et al indiquent que les sujets confrontés aux attaques par le biais des médias présentent un risque plus élevé de souffrir ultérieurement d'un TSPT que ceux n'ayant aucune exposition à celles-ci (109). Ils suggèrent ainsi que les conséquences négatives d'une exposition à la couverture médiatique de l'évènement ne concernent pas uniquement les individus résidant à New York au moment des attentats, ou ceux

ayant été directement confrontés à ces derniers (109). Ils émettent l'hypothèse que cette exposition médiatique peut provoquer une réaction de stress qui peut elle-même évoluer, à terme, vers l'installation d'un TSPT (109). Ainsi, la confrontation à la couverture médiatique des attaques terroristes de New-York pourrait être un FDR de développement d'un TSPT en lien avec ces attaques (109).

De la même façon, Silver et al indiquent, dans leur étude s'intéressant aux conséquences psychologiques et physiques de l'exposition aux images véhiculées par les médias, des Attentats du 11/09, ainsi que de la Guerre en Irak débutée 18 mois plus tard, que la fréquence de cette exposition, ainsi que le contenu des images concernées par celle-ci, prédit une augmentation des symptômes de TSPT 2 à 3 ans après les attaques de New-York (108). En effet, les résultats de leurs travaux suggèrent qu'une heure de consommation quotidienne de programmes TV en lien avec le 11/09, dans les jours ayant suivi l'évènement, ainsi que 4 heures par jour de consommation de programmes médiatiques traitant de la Guerre en Irak, prédit une augmentation des symptômes de TSPT à 3 ans (108). Après ajustement, ces effets semblent être indépendants d'une confrontation directe aux traumatismes concernés, ainsi que d'une éventuelle réaction de stress aigu liée à cette confrontation (108). De plus, Silver et al ajoutent que l'état de stress aigu lui-même, peut être associé à l'exposition aux médias, et qu'en cas d'exposition médiatique à de multiples évènements traumatiques, les effets de ces réactions de stress aigu peuvent s'accumuler (108).

Ce lien entre exposition médiatique à un traumatisme et réactions de stress aigu est mis en évidence par Schuster et al, qui objectivent une association significative entre la durée d'exposition à la couverture télévisée des évènements du 11/09, et le niveau de stress aigu, au sein d'un échantillon de 560 adultes Américains recrutés à travers

les Etats-Unis, entre trois et cinq jour après la survenue des attaques (110). Néanmoins, ils constatent que les taux de réactions de stress aigu sont plus élevés dans les sous-groupes présentés comme à risque de souffrir de symptômes de stress post-traumatiques, tels que les femmes, les personnes d'origines hispaniques, ainsi que les individus présentant une vulnérabilité psychologique préalable (110-112).

De même, Holman et al. soulignent ces liens entre confrontation à la couverture médiatique d'évènements violents, et réactions de stress aigu (113). En effet, leurs travaux indiquent que les individus ayant une consommation médiatique quotidienne en lien avec l'attentat du Marathon de Boston, survenu en 2013, supérieur à 6 heures durant la semaine ayant suivi cet évènement, présentent un risque 9 fois supérieur de développer un état de stress aigu en lien avec ces attaques, que les sujets ayant une consommation médiatique en lien avec ces dernières, moins importantes (113). Les chercheurs ajoutent que ces conclusions ne peuvent s'expliquer par les antécédents éventuels de troubles mentaux présentés par certains des participants, ni par leurs habitudes d'utilisation des médias, antérieures à l'évènement (113). En revanche, ils soulignent que ces réactions de stress aigu sont également associées, chez certains sujets, à une exposition directe à deux évènements traumatiques survenus antérieurement aux attaques de Boston, correspondant aux Attentats du 11/09, ainsi qu'à la fusillade de l'école de Sandy Hook, qui s'est déroulée en 2012 (113). Holman et al. en déduisent ainsi que présenter des antécédents traumatiques peut augmenter la vulnérabilité à des traumatismes collectifs ultérieurs (113) (114). En conséquence, les sujets ayant été confrontés à un ou des traumatismes, à fortiori des TIP, sont possiblement plus

sensibles à la couverture médiatique d'évènements violents, et plus à risque de développer des symptômes de stress post-traumatiques.

III-1-2 Facteur de stress pour la population présentant des antécédents traumatiques et directement exposé à l'évènement couvert par les médias

Dans leurs travaux portant sur les liens entre consommation de la couverture télévisée du 11/09, et développement de symptômes de stress post-traumatiques, chez des New Yorkais interrogés par téléphone quatre mois après la survenue de l'évènement, Ahern et al indiquent que les individus ayant regardé plus fréquemment des images télévisées des attaques contre le WTC au cours des 7 jours ayant suivi l'attentat, présentent une prévalence de TSPT probable plus élevée, que ceux ayant regardé moins fréquemment ces images (115). Ils ajoutent que ces associations sont significatives notamment chez les sujets non directement touchés par les attaques (c'est-à-dire qui n'ont pas assisté directement à ces dernières, qui ne se trouvaient pas dans l'une des deux tours au moment de celles-ci, qui n'ont pas été blessés, qui n'ont pas perdu de proches, de biens ou leur emploi à la suite de ces attaques, ou qui n'ont pas participé aux opérations de secours), mais présentant des antécédents traumatiques (115). De même, ils retrouvent des liens significatifs chez des participants directement exposés aux attaques, qu'ils aient, ou non, été exposés à d'autres traumatismes antérieurement au 11/09 (115). En revanche, ces associations ne sont pas retrouvées chez les sujets non directement exposés aux attaques, et vierges de tout antécédent traumatique (115). Cela appuie l'idée d'une possible vulnérabilité préalable chez les personnes ayant antérieurement été exposées à des

évènements traumatiques, à la couverture télévisée de traumatismes. De même, les résultats de l'étude suggère que la confrontation directe à l'évènement en question peut augmenter cette sensibilité à l'exposition télévisée de ce dernier.

C'est justement ce que démontrent Néria et al (116). Dans leur étude s'intéressant à la prévalence de deuils compliqués entre 2,5 et 3,5 ans après la survenue des attaques du 11/09, chez des sujets ayant perdu un proche durant celles-ci, ils constatent que près de la moitié des participants ayant visionné les attaques en direct à la TV, présente des éléments caractéristiques d'un tel diagnostic (116). Ils ajoutent que le TSPT, ainsi que l'épisode dépressif majeur, l'anxiété, les idées suicidaires, et l'augmentation du tabagisme actif, sont des troubles psychiatriques et addictologiques fréquemment associés au deuil compliqué, chez ces sujets (116).

Quand à Nishi et al, ils mettent en avant une association significative entre confrontation quotidienne de plus de 4 heures à la couverture télévisée du tremblement de terre survenu au Japon le 11 mars 2011, durant le mois ayant suivi cet évènement, et apparition de symptômes de TSPT 4 mois après le séisme, chez des individus ayant participé aux opérations de sauvetage (117). Ces liens restent significatifs après ajustement sur divers paramètres, tels que la durée de ces opérations, la survenue éventuelle de blessures, le sauvetage d'enfants, la confrontation à des cadavres durant celles-ci, ainsi que la crainte d'une exposition aux radiations émises à la suite du tremblement de terre, l'existence d'antécédents traumatiques, et la survenue d'une symptomatologie de détresse péri-traumatique chez ces sujets (117). De plus, les scores du Peritraumatic Distress Inventory (PDI), questionnaire évaluant la détresse péri-traumatique, présentée précédemment comme un FDR de développement ultérieur d'un TSPT, sont plus élevés chez les

secouristes ayant une consommation télévisée du séisme supérieure à 4 heures par jour durant le mois ayant suivi celui-ci (117).

Ainsi, ces différentes données suggèrent que présenter des antécédents d'exposition à un évènement traumatique, et avoir été directement exposé à un traumatisme, constituent des facteurs de vulnérabilité au développement de symptômes de stress post-traumatiques, voir à l'installation d'un TSPT, à la suite de l'exposition à la couverture médiatique de l'évènement en question.

Néanmoins, il est intéressant de souligner que la grande majorité des études évoquées ont essentiellement questionné le lien entre la confrontation à un seul type de média, la TV, et l'installation de troubles psychiatriques réactionnels à cette confrontation. Il convient donc d'interroger une telle prévalence de la TV sur les autres médias.

III-1-3 Formes de médias et stress post-traumatiques : en dehors de la TV, peu de résultats concluants

Pfefferbaum et al ont effectué une revue de la littérature portant sur 36 études examinant le lien entre consommation de médias, et conséquences psychologiques (118). Sur ces 36 études, seulement 5 d'entre elles se penchent sur les relations entre l'utilisation d'autres médias que la TV, seuls, ou en association avec celle-ci, et développement d'une symptomatologie psychiatrique (118).

III-1-3-1 Presse Papier (PP) et symptômes psychiatriques post-traumatiques

Cho et al cherchent à comparer les réactions émotionnelles du public à la couverture télévisée du 11/09, et celles au traitement de cet événement par la presse papier (PP) (107). Pour cela, ils s'intéressent au contenu émotionnel de chacune de ces couvertures médiatiques, en analysant le langage utilisé par les informations télévisées, ainsi que par les articles de PP, portant sur l'évènement, durant le mois suivant ce dernier (107). Ils constatent ainsi que le langage télévisé portant sur les attaques terroristes revêt une dimension émotionnelle plus forte que celui utilisé par la PP (107). De la même façon, les sujets interrogés qui ont suivi via la TV le traitement médiatique des attentats, rapportent des émotions à la fois positives, telles que fierté, espoir et confiance, et négatives, telles que malaise, frustration, colère, ou peur, réactionnelles à ceux-ci, émotions positives et négatives qui ne sont pas retrouvées chez les individus ayant consulté la PP pour suivre cet évènement (107). Ainsi, les réactions émotionnelles du public à la couverture télévisée du 11/09 sont, selon cette étude, plus marquées que celles au traitement par la PP de ces attaques (107). Dans leurs travaux cherchant à évaluer l'impact psychologique de l'exposition à la couverture par la PP des Attentats du WTC sur un échantillon d'Américain recruté à travers les Etats-Unis, Huddy et al ne retrouvent pas d'avantage de liens significatifs entre cette exposition, et l'apparition de symptômes dépressifs ou le développement d'une peur, 6 mois après le 11/09 (119).

III-1-3-2 Internet, Réseaux sociaux, et symptômes de stress post-traumatiques

Concernant l'exposition à Internet, Bui et al examinent les liens potentiels entre consommation TV et Internet de la couverture du tremblement de terre survenu au Japon, et apparition d'une symptomatologie de TSPT, ainsi que de troubles du comportement nocturnes, dans un échantillon d'individus vivant aux Etats-Unis, au Canada, et en France (120). Ils constatent que les associations significatives retrouvées entre exposition à Internet et ces symptômes, ne le sont plus après ajustement sur le développement d'une détresse ou d'une dissociation péri-traumatique (120). Monfort et al s'intéressent, eux, aux effets de la consommation médiatique sur la santé mentale de jeunes adultes après les attaques terroristes du 13 Novembre 2015, survenues à Paris, en ciblant spécifiquement le type de média auquel les sujets s'exposent, ainsi que les stratégies de régulation émotionnelles mises en places par ces derniers (106). Ils ne retrouvent aucune relation entre la consommation de médias traditionnels, correspondant à la TV et à la radio, l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux, et l'apparition de symptômes psychiatriques (106). En revanche, ils constatent un lien entre l'exposition aux réseaux sociaux, et l'apparition de symptômes cognitifs et émotionnels appartenant au cluster D des symptômes de TSPT, selon la définition du DSM-5, ainsi qu'avec le développement d'une détresse psychologique (27) (106). Enfin, Goodwin et al, dans leur étude portant sur l'évaluation des réactions de stress à l'ouragan Sandy, qui a frappé l'agglomération New Yorkaise le 29 octobre 2012, chez des New Yorkais interrogé un mois plus tard, en fonction du type de médias dans lequel ils ont appris la survenue de la catastrophe, objectivent des niveaux de stress plus élevés chez les sujets ayant été informé de cette dernière sur les réseaux sociaux, correspondant ici

à Facebook, YouTube et Twitter, que chez ceux informé via les médias traditionnels (TV, PP, et radio) (121). De plus, ils ajoutent que le niveau d'exposition à l'ouragan, ainsi que l'utilisation des réseaux sociaux, sont significativement associés à d'avantage de symptômes de stress post-traumatiques (121). Ainsi, l'exposition aux réseaux sociaux semble, ici, jouer un rôle dans le développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique (121).

En conséquence, les quelques études explorant la confrontation à d'autres sources de média que la TV, à propos de la couverture d'évènements traumatiques, ne retrouvent que peu de résultats significatifs concernant l'impact psychiatrique de cette confrontation. La PP et la radio ne semblent jouer aucun rôle dans le développement d'une psychopathologie ultérieure. En particulier, la charge émotionnelle portée par la PP semble bien moins importante que celle générée par la TV. L'influence d'Internet et des réseaux sociaux est plus discutée, mais doit néanmoins faire l'objet d'études plus approfondies (118). Les résultats les plus robustes concernent donc essentiellement l'exposition à la couverture télévisuelle d'un évènement violent (118).

L'impact de l'exposition médiatique sur les populations mineures fait également l'objet de nombreux travaux de recherches depuis plusieurs décennies (103). Ainsi, des travaux ont été menés sur l'influence que peuvent avoir les médias sur les comportements hétéro et auto-agressifs, sexuels et à risque, ainsi que sur la consommation de substances, et sur l'obésité et l'état physique en général, d'enfants et d'adolescents (122-135). Les résultats de ces recherches montrent que les médias peuvent, auprès des jeunes les plus vulnérables, avoir un impact délétère (103) (122-124) (136). Cela a incité, dans les années 90, différentes académies pédiatriques

Américaines, à demander aux professionnels de santé un investissement plus important dans le domaine des relations entre santé mentale et physique des enfants et adolescents, et médias (103) (122-124) (136). Dans ce contexte, les travaux portant sur les conséquences de la couverture médiatique d'évènements violents sur la santé mentale des populations mineures, se sont développés (103).

III-2 Facteurs de stress pour la population pédiatrique

Les attaques terroristes d'Oklahoma City, survenues en 1995, sont particulièrement porteuses d'enseignements sur le sujet (103). En effet, cet attentat contre un bâtiment fédéral de la ville, provoque la mort de 168 personnes, dont 19 enfants, et des centaines de blessés (137). Plus d'un tiers des personnes interrogées, habitant les alentours du lieu de l'attaque, aussi bien adultes que mineures, déclarent connaître au moins un individu tué ou blessé par l'évènement (138) (139). De plus, ce dernier fait l'objet d'une couverture médiatique intensive de la part des chaînes de télévision locales dans les jours qui suivent sa survenue, avec en particulier de nombreuses images des attaques, diffusées en boucle sur les écrans (103). Cette couverture reste importante les mois suivants, avec de nombreux récits sur les victimes, notamment mineures (103). Ainsi, se pose la question de l'impact d'une telle couverture, aussi bien sur les populations exposées uniquement via les médias, à ce type d'évènements, que sur celles directement exposées, et sur les enfants et adolescents présentant des facteurs de risques de développer un TSPT.

III-2-1 Facteurs de stress pour les mineurs indirectement exposés à l'évènement

Deux ans après la survenue de l'attentat d'Oklahoma, Pfefferbaum et al s'intéressent à l'influence de l'exposition à la couverture médiatique de l'évènement au moment, et dans les jours qui suivent celui-ci, sur le développement de symptômes de stress post-traumatiques, chez des élèves scolarisés en sixième année dans un collège public situé à une centaine de kilomètres d'Oklahoma City (137). Les sujets considérés n'ont donc pas été directement exposé aux attaques (137). Les auteurs se penchent également sur les liens potentiels entre les réactions émotionnelles à cette couverture présentées par ces jeunes, telles que la tristesse, la peur, la nervosité, et la sensation de devenir fou, et installation d'une telle symptomatologie (137). Ils objectivent un lien entre exposition médiatique au lendemain de l'attentat, et symptomatologie de stress post-traumatique deux ans plus tard, mais ajoutent que ce lien est médié par les réactions émotionnelles qu'ont présenté certain de ces adolescents, à la couverture médiatique de cet évènement (137). En effet, les symptômes de stress post-traumatiques sont d'autant plus fréquents que les sujets ont eu une exposition importante à la couverture médiatique, aussi bien par la PP, que par les médias audiovisuels (TV et radio), de l'attentat, mais cette relation se vérifie uniquement chez les jeunes ayant présenté des réactions émotionnelles modérées à intenses à cette couverture(137). Chez les individus ayant présenté de faibles niveaux de réaction émotionnelle à la couverture médiatique de l'attentat, au lendemain de celui-ci, les auteurs ne retrouvent pas de liens entre le niveau croissant d'exposition à cette couverture, et la fréquence de symptômes de stress post-traumatique, deux ans plus tard (137). De plus, ils soulignent que l'exposition à la PP

au lendemain de l'attaque est plus fortement associée à la présence de symptômes de stress post-traumatique deux ans après, que l'exposition aux médias audiovisuels (137). Un résultat qui se distingue de ceux retrouvés dans la population adulte. Pour expliquer un tel constat, les auteurs ont plusieurs hypothèses. D'abord, ils suggèrent que les enfants et adolescents exposés à la PP sont possiblement ceux ayant eu les réactions de stress les plus intenses à l'évènement (137). Ainsi, ces jeunes, en raison de leur anxiété majeure liée aux attaques, auraient cherché à obtenir d'avantage d'informations au sujet de cette dernière, et se seraient reportés sur la PP, en complément des médias audiovisuels (137). Ensuite, les auteurs indiquent que les enfants et adolescents peuvent d'avantage mémoriser les informations et images contenues dans un article de PP, que celles véhiculées par les médias audiovisuels (137). En effet, les jeunes ont tendance à consommer passivement ces derniers, alors que la lecture d'un article de PP nécessite un niveau d'attention plus important (137). De plus, le contenu d'un article de PP est fixe, quand celui de la TV ou de la radio est « volatile » (137). Enfin, être exposé de façon répétée à des images télévisées identiques, tel que cela a été le cas dans les jours ayant suivi le 11/09, peut désensibiliser les mineurs aux effets néfastes de ces images (137).

En conséquence, cette étude met en exergue le rôle majeur joué par les réactions émotionnelles de mineurs à la couverture médiatique d'un évènement traumatique, dans le développement de symptômes de stress post-traumatiques, en l'absence d'exposition directe à cet évènement (137).

A partir d'un échantillon semblable, également évalué deux ans après les évènements d'Oklahoma City, Pfefferbaum et al s'intéressent aux liens entre exposition à la couverture médiatique de l'attentat, développement d'une symptomatologie post-traumatique, et qualité du fonctionnement de l'adolescent à

son domicile, au travail, au collège, et dans d'autres environnements (140). L'exposition à la couverture médiatique est cette fois-ci, évaluée au lendemain des attaques, mais également au moment de l'étude (140). Les auteurs constatent des corrélations significatives entre les consommations médiatiques en lien avec l'évènement d'Oklahoma City, actuelles, et celles juste après la survenue de l'attentat (140). Ces corrélations s'observent aussi bien pour les médias audio-visuels (TV et radio) que pour la PP (140). Une importante exposition à la couverture médiatique des attaques au lendemain de celles-ci, ainsi qu'une importante exposition à cette même couverture deux plus tard, sont chacune significativement associées à la fréquence de symptômes de stress post-traumatiques au moment de l'étude (140). De même, la fréquence de jeunes remplissant les critères BCD établis par les auteurs, c'est-à-dire présentant au moins un symptôme intrusif, trois symptômes d'évitement, et deux symptômes d'altération de l'éveil et de la vigilance, tels que définis par le DSM-IV, est plus élevée chez ceux rapportant de haut niveaux, actuels ou passés, de consommation de média en lien avec l'attentat d'Oklahoma City (140). En revanche, aucun lien significatif n'est établi entre ces consommations, et les difficultés de fonctionnement présentées par certains jeunes, deux ans après l'attaque (140).

La présente étude appuie également l'idée d'un impact potentiel des médias sur la présence d'une symptomatologie de stress post-traumatique, chez des adolescents non directement exposés à l'évènement, lorsque ces derniers rapportent d'importantes consommations médiatiques en lien avec cet évènement, juste après la survenue de celui-ci, et deux plus tard (140).

Néanmoins, il est intéressant de se demander si cet impact de la couverture télévisée d'un évènement traumatique sur le développement d'une symptomatologie

de stress post-traumatique chez des enfants et adolescents est renforcé par le degré d'exposition à l'évènement en question.

III-2-2 Liens entre différentes expositions à un évènement traumatique, et développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique

Pour tenter de répondre à cette interrogation, Pfefferbaum et al examinent l'influence de l'exposition à la couverture médiatique de l'attentat d'Oklahoma City dans un contexte d'exposition physique et émotionnelle à ce dernier, sur le développement de symptômes de stress post-traumatiques, chez des enfants et adolescents scolarisés à Oklahoma City (103). L'exposition physique est mesurée à partir de deux variables : le fait que les enfants aient, ou non, entendu le bruit de l'explosion, et le fait qu'ils aient, ou non, ressenti cette dernière. Quant à l'exposition émotionnelle, elle correspond au fait que les sujets aient, ou non, une personne de leur entourage qui a été tuée ou blessée durant l'attaque. Les mineurs sont évalués 7 semaines après l'évènement. Les auteurs mettent en évidence que le groupe d'enfants et adolescents non exposé physiquement ou émotionnellement à l'attentat présentent une exposition à la couverture télévisée de l'évènement significativement moindre que le groupe exposé. Ils soulignent également que la fréquence de symptômes de stress post-traumatiques à 7 semaines est significativement plus faible chez les mineurs non exposés, que dans le groupe exposé. Cependant, ils objectivent une relation significative, chez les individus non exposés, entre confrontation à la couverture télévisée de l'évènement, et le développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique, à 7 semaines. De plus, l'interaction entre exposition

médiatique et exposition physique aux attentats ne prédit pas de façon significative la fréquence de symptômes de stress post-traumatiques à 7 semaines. De la même façon, l'interaction entre exposition médiatique et exposition émotionnelle aux attaques ne prédit pas significativement cette fréquence. En conséquence, si la confrontation à la couverture télévisée de l'attentat prédit significativement l'apparition de symptômes de stress post-traumatiques à 7 semaines chez des sujets non exposés à l'évènement, l'exposition physique et/ou émotionnelle à ce dernier n'a que de faibles effets sur le développement de tels symptômes. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que ce qu'ils définissent dans cette étude comme étant une exposition physique, à savoir entendre ou ressentir l'explosion, ne constitue pas une exposition à l'évènement aussi forte que le fait d'être physiquement présent sur le lieu de celui-ci. De la même façon, bien que la moitié de l'échantillon a été considéré comme exposé émotionnellement aux attaques, selon les critères d'exposition émotionnelle établis par les auteurs, peu d'entre eux sont intimement liés à une des victimes des attentats. En conséquence, ils concluent que leurs résultats ne peuvent pas nécessairement se généraliser à des échantillons de victimes directes des attaques (103).

Ainsi, dans ces travaux, l'exposition à la couverture médiatique de l'évènement a d'avantage d'influence sur la fréquence de symptômes de stress post-traumatiques à 7 semaines, que l'exposition physique et l'exposition émotionnelle à cet évènement (103). Néanmoins, les effets de ces trois types d'exposition sont faibles, et il n'est pas certain que les résultats présentés puissent se généraliser à d'autres populations ou à d'autres évènements traumatiques (103).

Dans une autre étude, Pfefferbaum et al questionnent le développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique chez des enfants et adolescents

endeuillés par l'attaque d'Oklahoma City, en tenant compte de leur exposition à la couverture télévisée de cette dernière (141). Ils constatent que 7 semaines après la survenue de l'attentat, les sujets non endeuillés sont significativement plus nombreux à n'éprouver aucune difficulté à s'apaiser après avoir été confronté à un programme télévisé traitant de l'évènement, que ceux ayant perdu un proche lors de celui-ci (141). Ils objectivent également une corrélation entre exposition à la couverture télévisée de l'attentat, et présence de symptômes de stress post-traumatiques, à 7 semaines (141). De plus, les auteurs ajoutent que les enfants et adolescents présentant des niveaux élevés d'altération de l'éveil et de la vigilance 7 semaines après la survenue de l'évènement, rapportent d'importantes consommations de programmes télévisés traitant de celui-ci, les jours suivant l'attaque (141).

Cependant, la présente étude n'évalue pas la relation potentielle entre symptômes de stress post-traumatique, et symptômes de deuil, ni, par conséquent, dans quelle mesure l'exposition aux médias peut médier une telle relation (141).

Ces relations entre deuil, stress post-traumatique, et exposition à la couverture télévisée d'évènements violents, sont également explorées par Nader et al, qui se penchent sur les conséquences psychiatriques d'une confrontation à la couverture télévisée de la Guerre du Koweït, chez des enfants et adolescents Koweïtiens (142). La totalité de ces derniers présentent au moins deux expositions directes à un ou des évènements traumatiques survenus durant le conflit, 98% d'entre eux présentent des symptômes de deuil, et 96% des symptômes de stress post-traumatiques, au moment de l'évaluation, effectuée moins de 4 mois après la libération de leur pays (142). De plus, 3 sujets sur 4 rapportent avoir été confrontés à des images télévisées de scènes de combats survenues durant le conflit, mettant en avant des scènes de mutilations, ou de meurtre (142). Les auteurs déduisent de leurs études que la

confrontation à la couverture télévisée de la guerre prédit de façon significative la sévérité des symptômes de stress post-traumatiques chez les mineurs inclus, même après contrôle sur les autres types d'exposition de ces derniers, à des scènes traumatiques du conflit (142).

Ainsi, ces travaux soulignent le rôle joué par une exposition aux images télévisées d'un conflit armé, dans le développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique, chez des enfants et adolescents ayant été directement exposés à certaines scènes de ce conflit (142).

Cependant, il est intéressant de constater qu'aucune de ces études ne cherche à évaluer les effets de l'exposition à la couverture médiatique d'évènements traumatiques, en fonction de l'âge des mineurs.

III-2-3 Le rôle de l'âge dans la relation entre médiatisation d'évènements violents, et symptômes post-traumatiques

Dans leurs travaux portant sur l'impact de l'exposition à la couverture télévisée du 11/09, sur le développement de symptômes post-traumatiques, chez des enfants et adolescents considérés comme à risque de développer des troubles anxieux, et n'ayant pas été directement exposés aux attaques, Otto et al remarquent que les chez les sujets âgés de moins de 10 ans, une plus grande consommation de TV en lien avec les attentats est associée significativement à des taux plus élevés de TSPT (143). Ils ajoutent que les antécédents de troubles anxieux ou d'épisode dépressif majeur présentés par certains individus n'ont aucune association significative avec l'installation d'un TSPT (143). Ainsi, les résultats de cette étude longitudinale

suggèrent que les enfants les plus jeunes sont plus sensibles à la couverture télévisée d'évènements violents, que les mineurs plus âgés.

Ces résultats contrastent avec ceux des travaux de Comer et al, qui cherchent à évaluer l'influence de l'exposition à Internet après la survenue de l'attentat du Marathon de Boston, chez des enfants et adolescents habitant les alentours de cette ville, sur l'installation de symptômes de stress post-traumatiques, en tenant compte de l'âge des sujets (144). Leurs résultats indiquent que chez les mineurs âgés de plus de 12 ans, les associations entre l'exposition à la couverture Internet de l'attaque de Boston, et le développement de symptômes de TSPT, sont plus fortes que chez les sujets âgés de moins de 12 ans (144). Ainsi, les adolescents plus âgés semblent, ici, être d'avantages impactés par la couverture médiatique de l'évènement, que les enfants plus jeunes.

Finalement, aucune conclusion claire ne semble pouvoir, à ce jour, être apportée concernant le rôle de l'âge dans les interactions entre exposition à la couverture médiatique d'évènements violents, et installation d'une symptomatologie de stress post-traumatique.

Il est également intéressant de se pencher sur les relations éventuelles pouvant exister entre FDR de développer un TSPT et exposition à la couverture médiatique d'évènements traumatiques, dans l'installation d'une symptomatologie de stress post-traumatique, chez les enfants et adolescents.

III-2-4 L'exposition à la couverture médiatique d'évènements comme potentialisateur de certains FDR de TSPT chez les mineurs

Dans une étude portant sur l'attentat du Marathon de Boston, Busso et al cherchent à identifier les relations éventuelles entre diverses FDR de développer un TSPT, parmi lesquels le niveau de réactivité du système nerveux autonome (SNA), et l'exposition médiatique à l'attaque terroriste, dans l'installation de symptômes de TSPT, chez 78 adolescents habitant les environs de la ville (145). Ils mettent en évidence que l'exposition médiatique à l'attentat interagit significativement avec la réaction du système nerveux sympathique (SNS) chez certains jeunes, dans la prédiction de l'apparition de symptômes de stress post-traumatiques (145). En effet, les résultats de l'étude suggèrent que les adolescents présentant de faibles niveaux de réaction du SNS ne développent des symptômes de TSPT que lorsqu'ils sont fortement exposés à la couverture médiatique de l'attentat (145). Ainsi, selon ces travaux, une importante exposition médiatique à un évènement traumatique contribue à développer une symptomatologie de stress post-traumatique chez des adolescents présentant des éléments physiologiques de vulnérabilité, antérieurs au traumatisme (145).

Jenness et al s'intéressent eux aux liens potentiels entre perturbation des stratégies de régulations des émotions, et exposition médiatique à l'attentat de Boston, dans l'installation de symptômes de TSPT, au sein du même échantillon d'adolescents (146). Ils constatent que les sujets ayant tendance à surestimer les conséquences négatives d'un évènement présentent d'avantage de symptômes de TSPT suite à l'attaque, mais uniquement lorsqu'ils sont exposés à de hauts niveaux de couverture

médiatique de cette dernière (146-148). De la même façon, les adolescents engagés dans de faibles niveaux de réévaluation positive des conséquences d'un évènement, et dans de faibles niveaux de stratégies de résolution de problèmes, présentent plus de symptômes de stress post-traumatiques lorsqu'ils sont confrontés à de grandes quantités de couverture médiatique de l'attentat (146) (149) (150). Ainsi, une importante exposition à la couverture médiatique d'évènements traumatiques, semble favoriser l'installation de symptômes de stress post-traumatique chez des adolescents présentant certaines stratégies de régulation émotionnelles, considérées comme à risque de développement de TSPT (146-150).

Les relations entre exposition à un évènement traumatique via les médias, et développement d'une symptomatologie de stress post-traumatiques, sont donc relativement bien documentées chez les mineurs. La confrontation à la couverture médiatique de traumatisme peut avoir des conséquences psychiatriques chez des enfants et adolescents non directement exposés à celui-ci. Cette confrontation peut également favoriser le développement de tels symptômes chez des mineurs présentant des FDR pré-traumatiques, aussi bien physiologiques, qu'émotionnels. En revanche, les interactions entre exposition médiatique et d'autres types d'exposition à l'évènement, tels qu'avoir été témoin, ou endeuillé par celui-ci, semblent moins évidentes. Enfin, les liens objectivés entre confrontation à la couverture médiatique d'un traumatisme et âge des sujets sont, eux, contradictoires selon les études.

La littérature comporte donc un nombre important d'études objectivant l'impact psychiatrique potentiel de la médiatisation d'évènements violents sur les populations aussi bien adultes que mineurs. En particulier, les données indiquant la présence de

symptômes de stress post-traumatiques dans les suites d'une exposition à la couverture médiatique d'un traumatisme collectif sont nombreuses, et ce d'autant plus que le sujet présente des éléments de vulnérabilité, tels qu'avoir déjà été exposé à un évènement traumatique antérieur. Cela suggère que la médiatisation d'évènements violents peut être considérée comme un facteur de stress à part entière, pouvant être impliquée dans l'installation d'une symptomatologie de stress post-traumatique.

Cependant, aucun des travaux évoqués jusqu'à présent ne tient compte de la présence éventuelle de symptômes psychiatriques antérieurs à l'exposition médiatique d'un traumatisme collectif (151). En particulier, l'impact psychiatrique de cette exposition sur une population souffrant, ou ayant souffert de TSPT, n'a pas été examiné. Il convient donc de se pencher sur cette question.

IV- IMPACT DE LA MEDIATISATION D'ÉVÈNEMENTS VIOLENTS SUR LES POPULATIONS AVEC UN ANTECEDENT DE TSPT

Comme nous l'avons vu précédemment, le TSPT est un trouble complexe lié à une multitude de FDR, qui peuvent se définir en fonction de leur proximité temporelle avec l'évènement traumatique. Parmi ces FDR, l'exposition à la couverture médiatique d'évènements violents, en raison de son impact psychiatrique sur la population générale, pourrait être assimilée à un évènement stressant post-traumatique, susceptible de contribuer à l'installation, au maintien, ou à la réactivation d'un TSPT. Pour étayer cette hypothèse, il est donc nécessaire de se pencher sur les réactions potentielles à la couverture médiatique de traumatisme collectif, de personnes souffrant d'un TSPT en cours, ou présentant un antécédent de TSPT, révolu au moment de la survenue de ce traumatisme.

Il existe très peu d'études se penchant de façon prospective sur les conséquences d'une confrontation à la couverture médiatique d'évènements violents chez des personnes présentant une symptomatologie psychiatrique antérieure à la survenue de l'évènement en question (151). Une hypothèse avancée par Weems et al pour expliquer un tel manque est que le caractère imprévisible des catastrophes rend délicat la collecte de données cliniques antérieures à ces dernières (151). Cependant, certains auteurs se sont penchés sur les réactions à la médiatisation de traumatismes collectifs de populations, adultes, mais aussi mineures, souffrant, ou ayant souffert de TSPT (151) (152).

IV-1 Impact de la médiatisation d'évènements violents sur une population adulte avec un antécédent de TSPT

Suite aux Attentats du 11/09, Pfefferbaum et al s'intéressent aux effets de la couverture médiatique de ces derniers, sur un échantillon d'individus qui résidaient à Oklahoma City en 1995, lors de la survenue de l'attaque terroriste ayant frappé cette ville (152). Parmi ces individus, certains ont été directement exposés aux évènements d'Oklahoma, alors que d'autres ne se trouvaient pas à proximité immédiate du lieu de l'explosion lors de sa survenue, n'ont pas participé aux opérations de secours, et n'ont perdu aucun proche lors de l'attaque (152). La présence d'un TSPT suite à l'attentat d'Oklahoma City chez les victimes de ce dernier, a été recherchée une première fois environ 6 mois après sa survenue (152) (153). Ces victimes ont été réévaluées entre 2 et 7 mois après le 11/09 (34). Au cours de cette réévaluation, la présence d'un TSPT en lien avec l'attaque d'Oklahoma City est à nouveau recherchée, alors que la consommation de programmes TV, de radio et de PP, ainsi que les réactions émotionnelles en lien avec les évènements du 11/09, sont également questionnées (152). De la même façon, les résidents d'Oklahoma City au moment de l'attaque de 1995 n'ayant pas été exposés à celle-ci, sont interrogées entre 2 et 7 mois après le 11/09, sur leur consommation de médias, ainsi que sur leurs réactions émotionnelles en lien avec ce dernier évènement (152).

Chez les sujets ayant été directement exposés à l'attentat d'Oklahoma City, seule l'exposition à la couverture télévisée du 11/09 est associée à des réactions de stress post-11/09, et uniquement sous la forme de symptômes intrusifs (152). Aucune

association n'est retrouvée entre la consommation de programmes radio ou d'articles de PP traitant du 11/09, et le développement de symptômes de stress post-11/09 (152). Ces résultats sont concordants avec ceux développés précédemment. D'autre part, la consommation TV en lien avec le 11/09 n'est pas significativement différente entre le groupe d'individus directement exposés à l'attentat de 1995, et le groupe non exposé, alors que les réactions de stress post-11/09 sont significativement plus importantes chez les sujets directement exposés que chez ceux non exposés (152). Cela confirme l'idée selon laquelle avoir des antécédents traumatiques pourrait augmenter la vulnérabilité à la confrontation télévisée d'événements violents.

Pour ce qui est du rôle joué par la présence d'un TSPT en lien avec l'attentat d'Oklahoma City, dans les relations entre exposition à la couverture médiatique du 11/09, et installation d'une symptomatologie de stress post-11/09, les auteurs constatent que les sujets avec TSPT présentent d'avantage de symptômes de stress post-11/09, que les sujets directement exposés à l'attaque d'Oklahoma City sans TSPT, alors même que les consommations de couverture télévisée en lien avec le 11/09 entre les deux groupes, sont similaires (152). Cela pose la question, selon les auteurs, d'une plus grande vulnérabilité à la couverture télévisée d'un traumatisme collectif chez des sujets ayant une histoire de TSPT en lien avec un événement traumatique antérieur, que chez des sujets vierges de tout TSPT (152).

Ainsi, souffrir, ou avoir souffert d'un TSPT, pourrait contribuer à accroître la sensibilité d'un individu à la couverture médiatique d'un événement violent, et donc favoriser le développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique en lien avec l'événement médiatisé en question.

Une telle interrogation se pose également chez les enfants et adolescents, chez qui l'exposition à la couverture médiatique de traumatisme collectif peut aussi être source d'installation de symptômes de stress post-traumatiques, comme démontré précédemment.

IV-2 Impact de la médiatisation d'évènements violents sur une population pédiatrique avec un antécédent de TSPT

Dans une étude prospective, Weems et al questionnent le rôle joué par la présence de symptômes psychiatriques antérieurs à un évènement violent, dans la relation entre l'exposition à la couverture télévisée de cet évènement, et le développement de symptômes de stress post-traumatiques réactionnels à ce dernier (151). Pour cela, ils s'intéressent à un échantillon de jeunes élèves d'une école de la Nouvelle-Orléans, qui a été exposé à deux ouragans en l'espace de 3 ans (151). Les symptômes de TSPT sont évalués 24 et 30 mois après la survenue de Katrina, le premier ouragan, soit 12 et 6 mois avant Gustav, le second ouragan (151). Un troisième temps (T3) d'évaluation est effectué un mois après le passage de Gustav (151). De même, la consommation de la couverture télévisée de Gustav est évaluée chez chacun des enfants et adolescents de l'échantillon à T3 (151).

Les auteurs objectivent une association significative entre l'exposition à la couverture télévisée de Gustav, et la présence de symptômes de stress post-traumatiques à T3, après contrôle sur la présence de symptômes de stress post-Katrina aux deux premiers temps d'évaluations (T1 et T2) (151). Ils indiquent également des interactions plus importantes entre les symptômes de TSPT à T1 et T3, chez les

sujets ayant déclaré avoir « beaucoup » regardé, ou avoir regardé « en permanence » la couverture télévisée de Gustav, que chez ceux affirmant n'avoir « pas du tout », ou « peu » regardé cette couverture (151). Enfin, l'association entre la quantité de TV en lien avec Gustav consommée, et la présence de symptômes de TSPT à T3, est significative uniquement chez les jeunes présentant de hauts niveaux de symptômes de stress post-Katrina à T1, et ne l'est pas chez ceux ayant de faibles niveaux de symptômes de TSPT à ce même temps (151).

Les auteurs déduisent de ces résultats que les enfants et adolescents ayant d'importants niveaux de symptômes de TSPT sont plus sensibles à la couverture télévisée d'un évènement violent (151). Ainsi, chez de tels jeunes, consommer de grandes quantités de couverture télévisée d'un traumatisme collectif augmente le risque de maintenir les symptômes de stress post-traumatiques (151). De plus, l'impact négatif de la confrontation à la couverture télévisée d'un évènement violent semble être plus important chez des mineurs ayant des difficultés préexistantes sur le plan psychiatrique (151).

En conséquence, présenter des éléments de stress post-traumatiques semble également augmenter la vulnérabilité à la couverture médiatique de traumatisme collectif chez les enfants et adolescents.

Cependant, un certain nombre de questions, concernant les conséquences d'une exposition à la couverture médiatique d'évènements violents chez des sujets ayant un antécédent de TSPT, restent en suspens. Ainsi, aucune des études évoquées ne permet de distinguer ce qui, dans la symptomatologie de stress post-traumatique objectivée dans les suites de l'exposition à la couverture médiatique d'un

traumatisme collectif, relève de la réaction à l'évènement en question, de ce qui relève de la réactivation du TSPT préexistant. Aucune des études évoquées ne se penchent sur les conséquences d'une exposition à Internet ou aux réseaux sociaux, médias pourtant très répandus aujourd'hui. Enfin, le contenu précis des programmes en lien avec un traumatisme collectif auxquels se confrontent les sujets n'est pas précisé (151) (152).

D'autre part, aucuns des travaux présenté ne s'est intéressé aux habitudes de consommation des médias de sujets souffrant de TSPT, antérieures à l'installation de ce trouble. Ainsi, se pose la question de l'impact potentiel du développement d'un tel trouble sur le rapport aux médias des individus souffrant de TSPT. Il n'y a pas non plus de données sur les réactions que peuvent présenter les sujets souffrant de TSPT, lorsqu'ils sont exposés à un programme médiatique traitant du traumatisme à l'origine de l'installation de leur trouble. Enfin, il serait intéressant de déterminer si toutes ces informations dépendent du type, ainsi que de l'ancienneté, du traumatisme à l'origine du TSPT.

B-PARTIE CLINIQUE

I-CONTEXTE

Comme nous l'avons vu, la médiatisation d'évènements violents peut impacter la population générale sur le plan psychiatrique, à des degrés divers, en fonction d'un certain nombre de facteurs de vulnérabilité. Parmi ces facteurs, la présence d'antécédents psychiatriques, en particulier de TSPT, semble rendre les sujets particulièrement sensibles à cette couverture médiatique.

L'objectif principal de notre étude est donc de déterminer si les patients souffrant de TSPT ont modifié leurs habitudes d'utilisation des médias à la suite du développement de leur trouble.

L'objectif secondaire est de déterminer si l'exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du TSPT du sujet réactive d'avantage les symptômes de stress post-traumatiques que l'exposition à un programme médiatique traitant d'un évènement violent non vécu par le sujet.

L'hypothèse principale de notre étude est que les sujets souffrant de TSPT diminuent leur consommation de certains programmes au sein de certains médias à la suite du développement de leur trouble.

L'hypothèse secondaire est que l'exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du TSPT du sujet réactive d'avantage les symptômes de stress post-traumatiques que l'exposition à un programme médiatique traitant d'un évènement violent non vécu par le sujet.

II-MATERIEL ET METHODE

II-1 Description de l'échantillon

23 sujets ont été inclus au sein de notre étude. Parmi ces sujets, on retrouve 14 femmes (60,9% de l'échantillon), et 9 hommes (39,1%). La moyenne d'âge de l'ensemble des participants est de 35,5 ans. Chez les femmes, elle est de 32,1 ans, et chez les hommes, de 40,7 ans. La durée moyenne de suivi au moment de l'inclusion est de 13,4 mois. Cette durée est de 5,5 mois pour les femmes, et de 22,8 mois pour les hommes. L'ancienneté moyenne de l'évènement traumatique à l'origine du TSPT des différents participants est de 32,8 mois. Elle est de 35,2 mois pour les femmes, et de 30,1 mois pour les hommes. Ces différentes caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Variables	Hommes (n=9)	Femmes (n=14)	Autres (n=0)	Total (n=23)
Age moyen	40,7	32,1	0	35,5
Durée moyenne suivi (en mois)	22,8	5,5	0	13,4
Ancienneté moyenne trauma (en mois)	30,1	35,2	0	32,8
Score PCL-S moyen	53,4	55,4	0	54,6

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon

II-2 Critères d'inclusion

Les sujets doivent être suivis sur la Consultation Régionale du Psycho traumatisme du CHU de Lille, à l'Hôpital Fontan, et souffrir d'un TSPT actuel. Ce TSPT doit être réactionnel à un évènement traumatique unique (TSPT simple).

Les sujets inclus doivent également être majeurs, et doivent donner leur consentement oral pour participer à l'étude.

II-3 Critères d'exclusion

Les sujets âgés de moins de 18 ans, les sujets souffrant d'un TSPT complexe, et les sujets ne répondant pas aux critères diagnostics du DSM-5 du TSPT, ont été exclus de l'étude.

II-4 Matériel

Les patients inclus ont répondu à un auto-questionnaire. Ce dernier se compose de 4 parties. La première partie a pour objectif de recueillir des informations concernant le sujet, telles que son âge, son genre, ainsi que la date du début de son suivi sur la Consultation Régionale du Psycho traumatisme. La seconde partie cherche à évaluer l'utilisation actuelle des médias du participant. La troisième, à comparer sa

consommation médiatique depuis la survenue du TSPT, à sa consommation avant le développement du trouble. La dernière partie a pour objectif de déterminer ce que ressentent ces individus lorsqu'ils sont confrontés à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine de leur trouble, ou traitant d'un évènement violent qu'ils n'ont pas vécu.

L'auto-questionnaire en question évalue également la sévérité actuelle du trouble au moyen d'une échelle d'auto-évaluation des symptômes de stress post-traumatiques, la Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (PCL-S) (154). Enfin, il détermine la date ainsi que le type de traumatisme à l'origine du trouble, et explore également les antécédents éventuels de prise en charge de celui-ci.

II-5 Méthode

Dans la première partie, les participants doivent indiquer leur âge, leur genre, ainsi que la date de début de leur suivi sur la Consultation.

Dans la seconde partie, l'utilisation actuelle des médias est déterminée par la fréquence quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, de consommation médiatique des sujets, ainsi que par le type de média le plus fréquemment utilisé, par ordres décroissants, entre la TV, la PP, la Radio et Internet.

Dans la troisième partie, l'évolution de l'utilisation des médias des sujets est objectivée par l'évaluation de la fréquence de consommation pour chaque type de médias considérés, ainsi que pour différents programmes en lien avec chacun d'entre eux. Le sujet doit déterminer rétrospectivement sa fréquence de

consommation avant le traumatisme, et évaluer sa fréquence actuelle, selon 4 niveaux d'intensité croissante (« pas du tout », « rarement », « parfois », « souvent »).

Dans la quatrième partie, le ressenti du participant lorsqu'il est exposé à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du trouble est déterminé par la fréquence de survenue de 4 types de symptômes retrouvés dans la clinique de stress post-traumatique, correspondant aux souvenirs intrusifs de l'évènement, aux cauchemars, à l'anxiété et l'irritabilité, et aux conduites d'évitement. Cette fréquence est également définie selon les 4 niveaux d'intensité croissante utilisés dans la troisième partie. Le même procédé est appliqué pour évaluer le ressenti du participant lorsqu'il est confronté à un programme médiatique traitant d'un évènement violent non vécu.

Enfin, le sujet remplit la PCL-S, alors que le clinicien note le type et la date de l'évènement traumatique. Le thérapeute détermine également si le participant a fait l'objet d'une prise en charge de son traumatisme par une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ou par une équipe de psychiatrie dans un service d'urgence, s'il a bénéficié d'une prise en charge pour son trouble antérieure à celle de la Consultation Régionale du CHU de Lille, hors prise en charge en urgences, s'il a suivi une thérapie d'exposition, et, le cas échéant, si celle-ci est en cours, ou achevée.

II-6 Analyse statistique

Les fréquences d'utilisations avant, et depuis la survenue de l'événement traumatique ont été recueillies pour chaque média auprès de chacun des participants. Les fréquences d'utilisation ont été cotées sur une échelle allant de 0 à 3 (0 = Pas du tout, 1 = Rarement, 2 = Parfois, 3 = Souvent). Nous avons donc pu calculer les médianes et intervalles interquartiles correspondants aux fréquences d'utilisation des médias avant et après l'événement traumatique. Des tests de Wilcoxon appariés ont permis de comparer les fréquences d'utilisation avant et après l'événement pour chaque média. Un test dont la p-valeur était inférieur à 0,05 était considéré comme significatif.

La fréquence de survenue de symptômes réactionnels, que ce soit suite à la confrontation à un programme médiatique traitant de l'évènement vécu, ou suite à la confrontation à un programme médiatique traitant d'un évènement violent non vécu par le sujet, était cotée sur une échelle allant de 0 à 3 (0 = Pas du tout, 1 = Rarement, 2 = Parfois, 3 = Souvent). Là encore, nous avons donc pu calculer les médianes et intervalles interquartiles correspondants aux fréquences de survenue des symptômes. Des tests de Wilcoxon appariés ont permis de comparer les fréquences de survenue en fonction du type de programme médiatique auquel l'individu est exposé (programme traitant d'un événement violent en lien ou non en lien avec le traumatisme vécu). Un test dont la p-valeur était inférieur à 0,05 était considéré comme significatif.

Les analyses étaient réalisées avec le logiciel R 3.5.1.

III-RESULTATS

III-1 Echantillon final

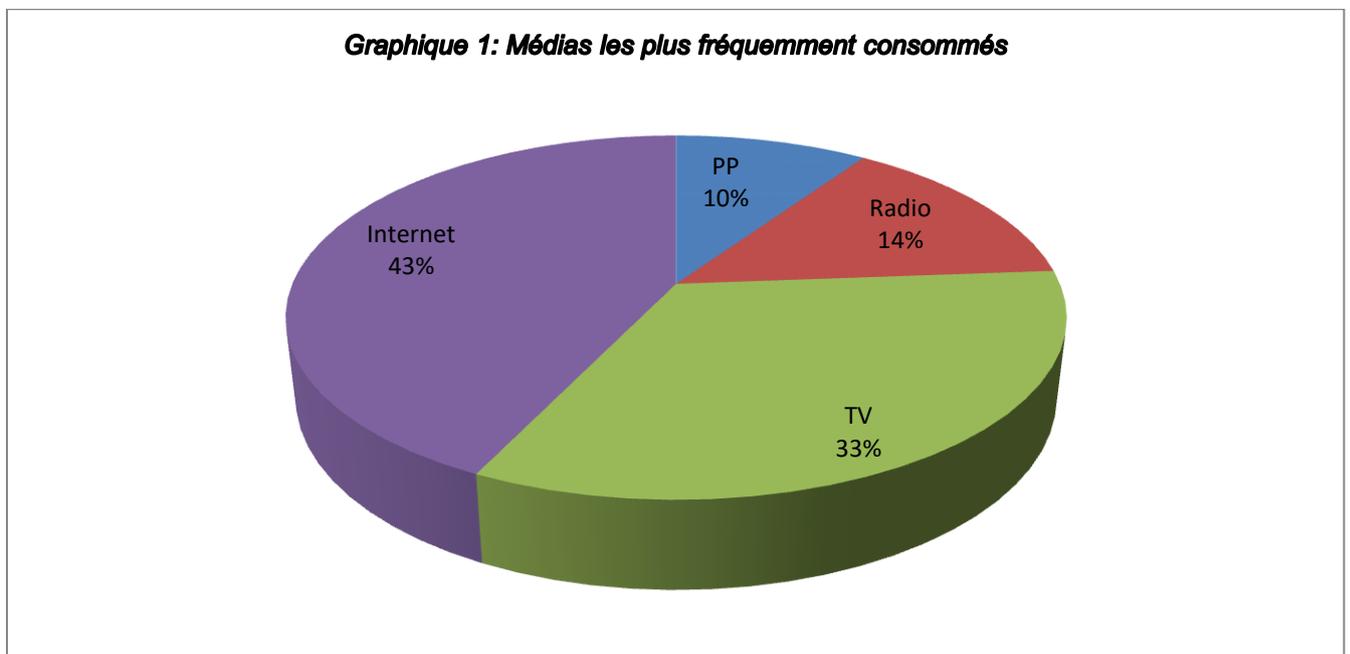
21 sujets ont finalement été inclus. Nous avons exclu deux participants de l'échantillon initial. Le premier car son score PCL-S était de 6 au moment de la passation du questionnaire, le patient ne présentait pas de TSPT actif au moment de l'évaluation, il ne répondait ainsi plus aux critères d'inclusions. Le second car l'évènement traumatique à l'origine de son TSPT datait de 1993. Or, à cette époque, le média Internet était encore très peu répandu dans la population générale. Il n'a donc pas été possible d'évaluer la consommation de ce type de média avant la survenue du traumatisme de ce sujet, et de déterminer l'évolution de cette consommation depuis l'apparition du trouble.

L'échantillon final se compose donc de 21 sujets. Sur ces 21 sujets, 12 sont des femmes (57,1% de l'échantillon), et 9 sont des hommes (42,9%).

III-2 Utilisation actuelle des médias

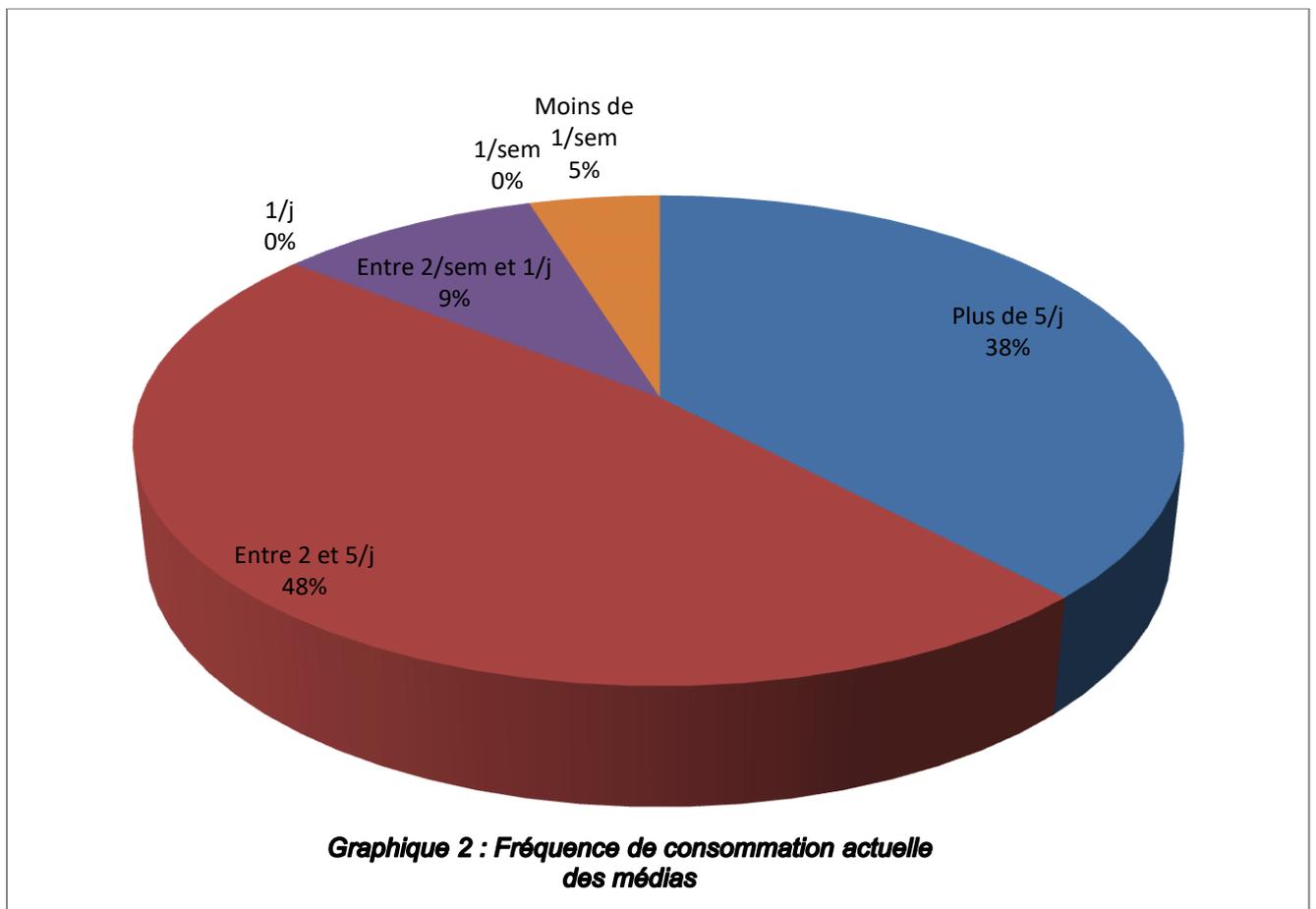
III-2-1 Médias actuels les plus consommés

Nous nous sommes intéressés aux médias les plus fréquemment consommés par les sujets, actuellement. Sur les 21 participants inclus, 9 d'entre eux déclarent actuellement utiliser plus fréquemment Internet que les autres médias, soit 42,9% de l'échantillon. 7 participants (33,3% de l'échantillon) indiquent consommer plus fréquemment la TV. 3 participants (14,3%) affirment consommer d'avantage la radio, et 2 participants (9,5%) utilisent d'avantage la PP. Ces différentes données sont résumées sur le graphique ci-dessous :



III-2-2 Fréquence de consommation actuelle des médias

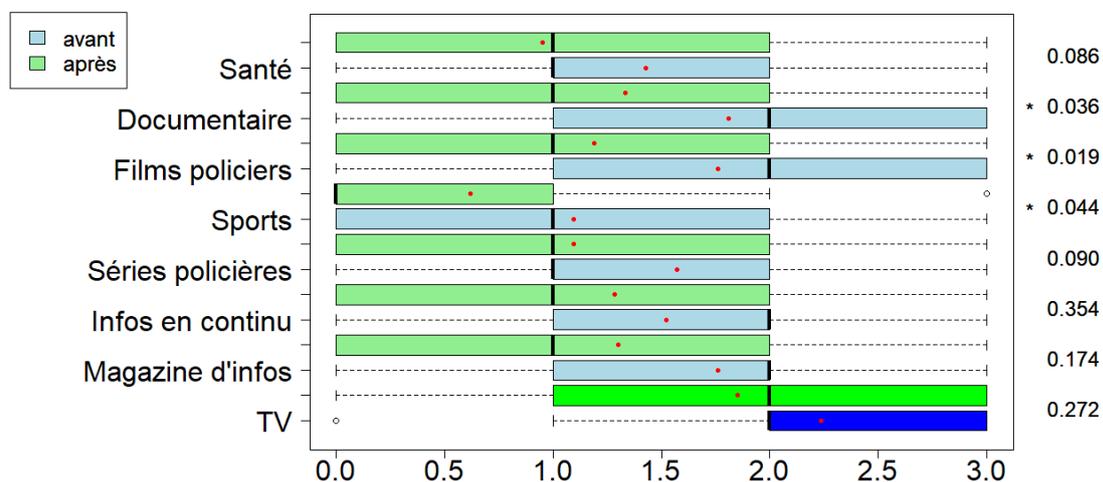
10 des 21 sujets inclus, soit environ 47,6% de l'échantillon, déclarent consommer, tous médias confondus, entre 2 et 5 fois par jour. 8 participants (38,1%) affirment avoir recours plus de 5 fois par jour aux médias. 2 sujets (9,5%) déclarent utiliser les médias entre 2 fois par semaine et une fois par jour, et un seul participant (4,8%) objective une fréquence de consommation des médias inférieure à une fois par semaine. Ces différentes données sont résumées sur le graphique ci-dessous :



III-3 Evolution de l'utilisation des médias

III-3-1 Evolution de la consommation de programmes TV

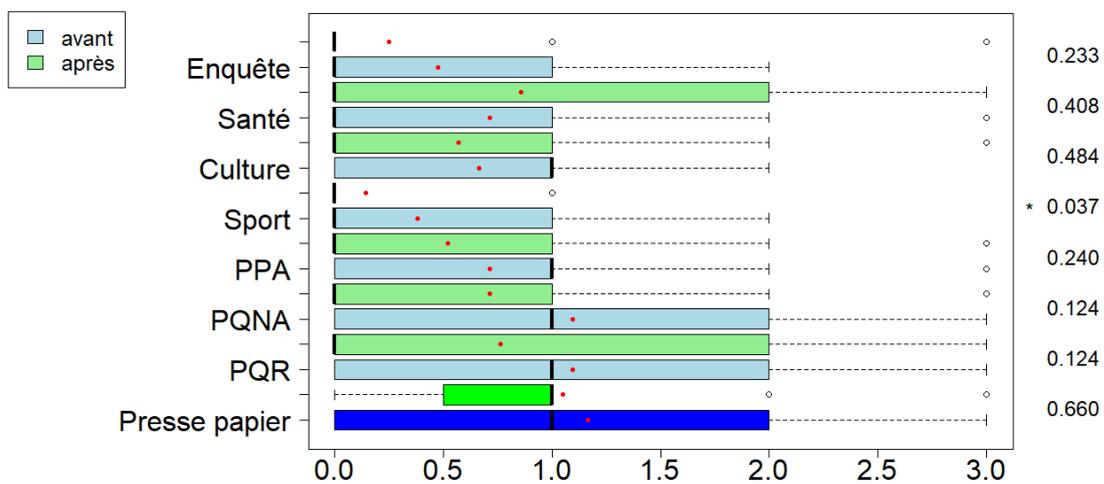
On constate une baisse significative des consommations de programmes TV sportifs ($p=0,044$), de documentaires ($p=0,036$), et de films policiers ($p=0,019$). On observe également une diminution des consommations de séries policières, ainsi que de programmes de santé, avec des résultats à la limite de la significativité ($p=0,09$ et $p=0,086$). La consommation des autres programmes, ainsi que de la TV dans sa globalité, sont en diminution, sans que celles-ci ne soient significatives. Ces différentes données sont résumées sur le graphique ci-dessous :



Graphique 3 : Comparaisons des distributions des scores de fréquence de consommation des différents types de programmes TV, avant et après l'événement traumatique.

III-3-2 Evolution de la consommation de PP

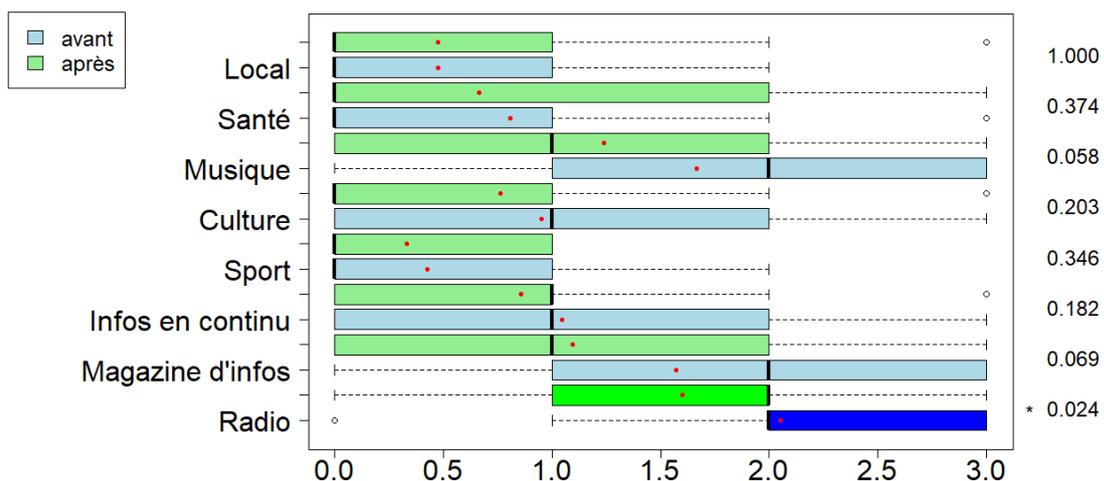
On constate une baisse significative de la consommation de presse sportive ($p=0,037$). Les autres résultats concernant la PP ne sont pas significatifs. Ces données sont résumées sur le graphique ci-dessous :



Graphique 4 : Comparaisons des distributions des scores de fréquence de consommation des différents types de presse papier, avant et après l'événement traumatique.

III-3-3 Evolution de la consommation de programmes Radio

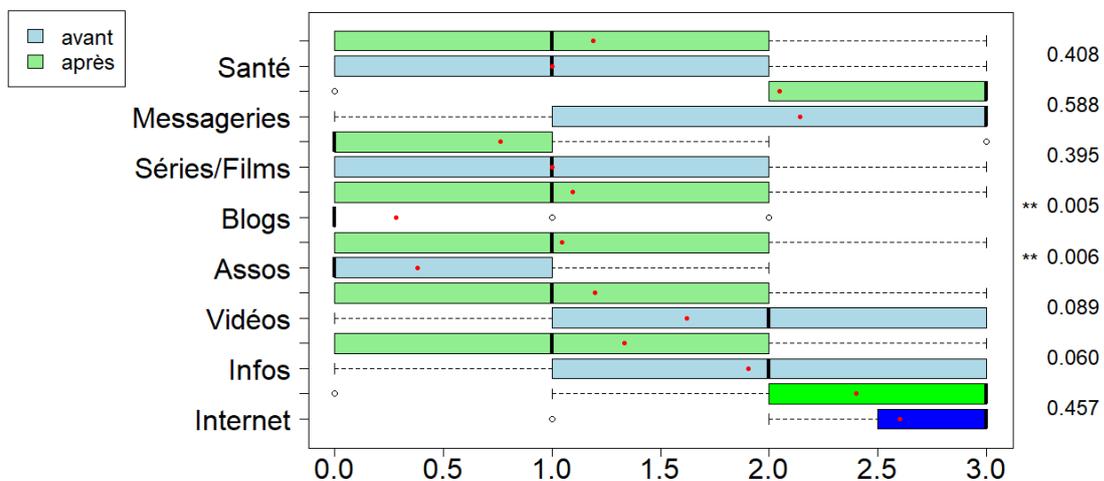
Nous observons une diminution significative de la consommation globale de radio ($p=0,024$). Si nous observons le type de programme dans le détail, nous notons également une baisse des consommations de magazines d'informations et d'actualité, et de programmes musicaux, avec des résultats à la limite de la significativité ($p=0,069$ et $p=0,058$). Les autres résultats ne sont pas significatifs. Ces données sont résumées sur le graphique ci-dessous :



Graphique 5 : Comparaisons des distributions des scores de fréquence de consommation des différents types de programmes radio, avant et après l'événement traumatique.

III-3-4 Evolution de la consommation de contenus Internet

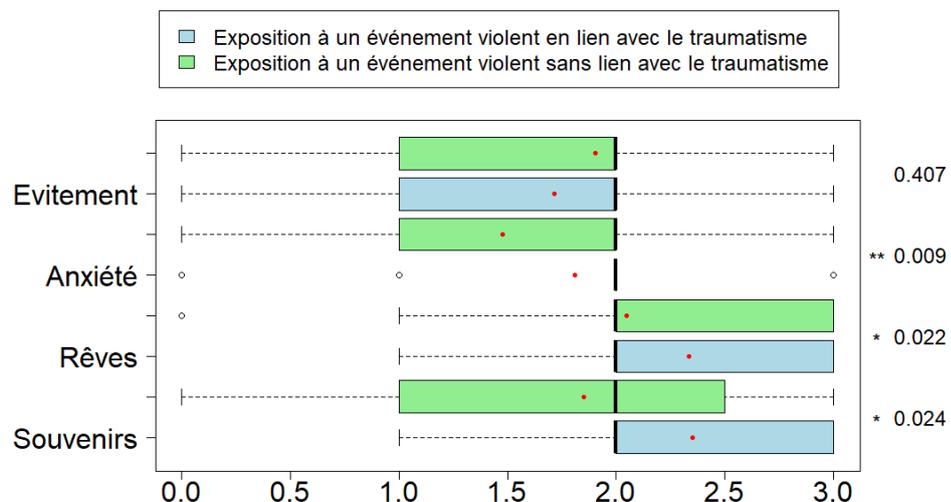
On observe une augmentation significative de l'utilisation de sites Internet d'associations de victimes d'évènements traumatiques ($p=0,006$). Nous mettons également en évidence une hausse significative de la consultation de blogs de victimes ($p=0,005$). A l'inverse, on observe une diminution de la consommation de sites Internet d'informations et d'actualité, ainsi qu'une diminution de la consommation de vidéos en ligne, avec des résultats à la limite de la significativité ($p=0,06$ et $p=0,089$). Les autres résultats ne sont pas significatifs. Ces données sont résumées sur le graphique ci-dessous :



Graphique 6 : Comparaisons des distributions des scores de fréquence de consommation des différents types de contenus Internet, avant et après l'événement traumatique.

III-4 Comparaison entre exposition médiatique à l'évènement vécu et exposition médiatique à un évènement violent non vécu

On constate que les souvenirs intrusifs de l'évènement traumatique à l'origine du trouble sont significativement plus fréquents en cas d'exposition à un programme traitant de l'évènement vécu, que lors d'une confrontation à un programme traitant d'un évènement violent non vécu ($p=0,024$). Un tel résultat s'observe également pour les cauchemars ($p=0,022$) ainsi que pour l'anxiété et l'irritabilité ($p=0,009$). Les données ne sont pas significatives pour l'arrêt de l'exposition au programme avant son terme. Ces résultats sont résumés sur le graphique ci-dessous :



Graphique 7 : Comparaisons des distributions des scores de fréquence de survenue des symptômes réactionnels en fonction du type de programme auquel le patient est exposé.

C-DISCUSSION

I-PRINCIPAUX RESULTATS

I-1 Utilisation actuelle des médias

La majorité de l'échantillon déclare consommer d'avantage Internet que les autres médias évalués. La TV arrive en seconde position. La Radio et la PP sont moins fréquemment utilisées par les sujets inclus dans l'étude.

Pour ce qui est de la fréquence de consommation médiatique actuelle, la grande majorité de l'échantillon déclare utiliser les médias aux moins deux fois par jour. Deux sujets objectivent une fréquence de consommation des médias entre une fois par jour et deux fois par semaine, et un seul participant affirme avoir recours aux médias moins de une fois par semaine.

I-2 Evolution de l'utilisation des médias

Si les résultats concernant l'évolution de la consommation globale de la TV ne sont pas significatifs, on constate malgré tout une baisse significative de certains programmes TV. Ainsi, les sujets consomment significativement moins de programmes sportifs, moins de films policiers, et moins de documentaires depuis

l'installation de leur TSPT. Ces résultats sont à la limite de la significativité pour les séries policières et les émissions de santé.

Pour ce qui est de la PP, le seul résultat significatif concerne la consommation de presse spécialisée sportive, significativement diminuée avec l'installation du TSPT.

La Radio est le seul média pour lequel on observe une évolution significative de sa consommation dans sa globalité, suite au développement du TSPT. En effet, nous constatons que les participants diminuent significativement leur consommation de Radio en général depuis la survenue de leur trouble. Pour ce qui est de l'analyse par programmes, on note une diminution à la limite de la significativité pour les programmes musicaux, ainsi que pour les magazines d'informations et d'actualités.

Les sites Internet d'associations d'aides aux victimes d'évènements violents, ainsi que les blogs de victimes, sont les deux seuls programmes médiatiques dont la consommation augmente significativement chez les sujets depuis le développement de leur trouble, tous programmes médiatiques confondus. On note également une diminution à la limite de la significativité des consommations de sites Internet d'informations et d'actualité, ainsi que de programmes vidéo en ligne.

I-3 Comparaison entre exposition médiatique à l'évènement vécu et exposition médiatique à un évènement violent non vécu

On constate qu'une exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du TSPT du sujet engendre de façon significative, d'avantage de symptômes intrusifs, de cauchemars, ainsi que d'avantage d'anxiété et d'irritabilité, que la

confrontation à un programme médiatique traitant d'un évènement violent non vécu par le sujet. En revanche, il n'y pas de différences significatives en ce qui concerne l'interruption prématurée de la consommation de ce programme, quel que soit son contenu.

II-DISCUSSION DES RESULTATS

II-1 Utilisation actuelle des médias

Internet est donc le média le plus fréquemment utilisé par la majorité de l'échantillon de notre étude, devant la TV, la radio et la PP. Pour ce qui est de la population générale, le dernier baromètre sur la confiance des Français dans les médias, réalisé en janvier 2019 par Kantar Public et Kantar Media, indique que la TV et Internet sont les deux types de médias les plus fréquemment utilisés par les Français pour s'informer de l'actualité nationale ou internationale (155). Dans cette enquête, la TV reste privilégiée par rapport à Internet, puisque 46% des sondés déclarent utiliser plus fréquemment la TV pour s'informer, contre 29% pour Internet (155). Pour ce qui est de la Radio et de la PP, respectivement 18 et 6% des sondés indiquent privilégier ces médias pour s'informer.

Les chiffres objectivés dans l'enquête de Kantar Public et Kantar Media sont donc différents de ceux retrouvés au sein de notre échantillon, notamment pour ce qui est d'Internet et de la TV. En particulier, les participants de notre étude sont plus nombreux à déclarer utiliser Internet comme principale source médiatique, alors que la TV est le média le plus consommé dans l'enquête de Kantar Public et Kantar Media. Cependant, cette dernière se concentre uniquement sur la consommation médiatique d'informations et d'actualité, tandis que notre travail questionne la consommation des différentes formes de médias dans leur globalité. Cela peut donc expliquer le fait qu'Internet soit d'avantage utilisé au sein de notre échantillon,

puisque l'évaluation de sa consommation ne concerne pas uniquement la consultation de sites d'informations et d'actualité, contrairement à l'enquête de Kantar Public et Kantar Media (155).

Pour ce qui est de l'intérêt porté à l'actualité, 67% des sujets interrogés dans l'enquête de Kantar Public et Kantar Media indiquent accorder un grand intérêt aux informations véhiculées par les médias (155). Notre étude indique, elle, qu'environ 86% des participants ont recours au moins deux fois par jours aux médias. Cela pourrait signifier que cette grande majorité accorderait de l'importance à ces derniers, et en conséquence, les utiliserait plusieurs fois au cours de la même journée.

Un parallèle pourrait donc être établi entre l'utilisation actuelle des médias dans notre échantillon et celle objectivée dans la population générale, bien qu'une telle comparaison soit délicate, étant donné que les objets d'études ne sont pas totalement identiques.

D'autre part, l'enquête de Kantar Public et Kantar Media montre que la population générale accorde moins sa confiance à Internet et à la TV qu'à la Radio et à la PP (155). En effet, respectivement 38 et 25% des sondés estiment que les événements relatés par la TV et Internet se sont effectivement déroulés conformément à la façon dont ils sont décrits, contre 50 et 44% pour la Radio et la PP (155). Il est donc intéressant de souligner le paradoxe existant entre les médias privilégiés pour s'informer, et la crédibilité qui leur est accordée. Paradoxe qui pourrait donc également se retrouver dans notre échantillon, bien que la question de la confiance accordée aux médias n'ait pas été spécifiquement posée.

II-2 Evolution de la consommation des médias

II-2-1 Baisse significative de la consommation de films TV policiers

L'un des résultats les plus significatifs de notre étude concerne l'évolution de la consommation de films policiers à la TV. Ainsi, la fréquence de consommation de tels films rapportée par les participants depuis la survenue de l'évènement traumatique à l'origine de leur trouble est significativement moins importante que celle évaluée rétrospectivement avant la survenue de l'évènement.

Bien qu'il n'existe pas, à ce jour, d'autres résultats confirmant cette donnée, nous ne sommes pas surpris de cette tendance. En effet, le contenu des films policiers est souvent violent, et peut être pourvoyeur d'images pouvant faire échos à certaines scènes traumatiques vécues par le sujet. Or, de nombreux travaux soulignent le rôle joué par ces images dans la constitution et le maintien d'une symptomatologie de stress post-traumatique. Ainsi, Holmes et al suggèrent l'existence d'un continuum concernant l'installation d'images traumatiques intrusives présentées par certains sujets souffrant de stress post-traumatique (156). Celles-ci peuvent, selon eux, se développer à partir de la confrontation directe à un évènement traumatique, mais aussi s'installer dans les suites d'une exposition à des images télévisées d'évènements réels, médiatisés, ou se construire après avoir été confronté à des images traumatiques fictives (156). En effet, divers travaux montrent que la visualisation d'AVP au travers de films diffusés dans le cadre d'une recherche effectuée en laboratoire, peut provoquer chez certains participants, l'apparition d'images intrusives traumatiques du film en question, une semaine après

l'expérience (157-159). De même, ces images de films peuvent être associées à d'autres symptômes de stress post-traumatiques, tels que la peur, l'évitement, les altérations de l'éveil, ou la détresse réactionnelle aux symptômes intrusifs (160). Ces données sont confirmées par Holman et al, qui soulignent que l'exposition expérimentale à un film au contenu traumatique peut activer les circuits neuronaux de la peur, et favoriser le développement d'une symptomatologie de flashback, deux éléments sémiologiques majeurs du TSPT (113) (161).

D'autre part, Holmes et al soulignent que la visualisation d'images d'un événement donné est associée à un niveau émotionnel plus élevé que la confrontation au récit verbal, dépourvu d'images, du même événement (162) (163). Ainsi, les cognitions basées sur l'image semblent jouer un rôle essentiel dans la constitution de la mémoire intrusive traumatique, d'avantage que les pensées en lien avec le récit verbal de l'évènement (164). Fort de ce constat, les professionnels de pédiatrie ont rédigé des recommandations destinés aux parents dans les suites des attentats de novembre 2015 à Paris (165). Ainsi, ils ont suggéré d'éviter toute confrontation aux images TV de l'évènement chez les plus jeunes enfants, et de limiter à quelques minutes cette confrontation pour les enfants plus âgés (165). Ils ont suggéré également un temps de discussion entre les parents et les enfants sur ce que ces derniers ont pu comprendre ou ressentir lors de leur exposition à ces images (165).

L'ensemble de ces données permet donc de comprendre le rôle joué par les images, véhiculées par les médias télévisés, dans la constitution et le maintien d'une symptomatologie post-traumatique. Elles permettent, en outre, de comprendre en quoi les sujets souffrant de TSPT présentent une vulnérabilité aux fictions au contenu violent, dont font partis les films policiers. Ainsi, on peut considérer que ces sujets cherchent à se protéger de tels programmes, en évitant d'y être confronté.

Cette réflexion est également valable pour les séries policières, dont la diminution est à la limite de la significativité dans notre étude.

II-2-2 Baisse significative de la consommation de programmes sportifs et documentaires

Notre étude met en évidence une diminution significative des consommations de programmes sportifs, aussi bien à la TV que dans la PP, ainsi que de documentaires TV suite à l'installation d'un TSPT. Ces résultats sont plus inattendus. En effet, ces différents types de programmes semblent plus neutres émotionnellement que les séries ou films policiers, ou tout du moins ne pas faire échos à des scènes traumatiques vécues par les sujets.

Une telle évolution pourrait s'expliquer par l'existence de comorbidités dépressives chez certains participants. En effet, environ un tiers des sujets avec TSPT souffrent également d'un Episode Dépressif Caractérisé (63). Il est donc probable que certains membres de notre échantillon soient également atteints de dépression, et présentent ainsi des éléments anhédoniques et abouliques caractéristiques d'un tel trouble, à l'origine d'une perte d'intérêts pour un certain nombre de loisirs, dont possiblement la consommation de ces deux types de programmes. En conséquence, en raison de cette symptomatologie dépressive associée, ces sujets auraient considérablement diminué leur consommation de ces programmes, suite à l'installation de leur TSPT. Un tel constat pourrait également être valable pour les émissions TV de santé, dont la diminution est à la limite de la significativité.

II-2-3 Absence d'évolutions significatives des consommations de programmes d'informations et d'actualité

Un autre résultat pour le moins surprenant est l'absence de significativité concernant l'évolution de la consommation de programmes d'informations et d'actualités. Ainsi, aucune tendance significative ne se dégage pour la TV. Les résultats sont à la limite de la significativité en ce qui concerne les magazines radios d'informations et d'actualité, ainsi que pour les sites Internet d'informations et d'actualité.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces données. D'abord, il est possible que notre échantillon manque de puissance pour dégager une telle tendance. Ensuite, les programmes d'informations et d'actualité ne traitent pas uniquement de traumatismes collectifs. Ainsi, il est possible que les participants gardent un intérêt pour d'autres événements de l'actualité, tels que des événements politiques, culturels, ou sportifs. En ce sens, les conduites d'évitements envers les programmes d'informations et d'actualité de sujets souffrant de TSPT ne pourraient s'observer qu'en période de traumatismes collectifs, par exemple dans les jours qui suivent un attentat, ou de tels programmes sont saturés par ces informations. Et ces comportements d'évitements, dans de telles périodes, pourraient d'ailleurs s'observer également dans la population générale. C'est en tout cas ce que l'on peut déduire des travaux de Pfefferbaum et al (152). Dans leur étude portant sur les réactions émotionnelles aux Attentats du WTC, de résidents d'Oklahoma City au moment des attaques terroristes de 1995, il n'y avait pas de différences significatives concernant le nombre de sujets ayant arrêté toute consommation de programmes médiatiques en lien avec le 11/09, entre le groupe de résidents d'Oklahoma non directement

exposés aux attentats de 1995, et le groupe de résidents directement exposé à ces derniers, dans les suites immédiates des évènements du WTC. Il n'y avait pas d'avantage de différences, parmi les sujets directement exposés à l'attentat d'Oklahoma City, entre ceux n'ayant pas développé de TSPT à la suite de ce dernier, et ceux ayant souffert d'un tel trouble (152).

Ce dernier point soulève, en conséquence, la question du moment de l'évaluation d'une telle consommation. Ainsi, on pourrait imaginer possible de trouver des résultats significatifs chez des sujets souffrant de TSPT si nous venions à évaluer une telle consommation en période de traumatisme collectif. Comme le souligne Weems et al, effectuer un tel travail est cependant extrêmement délicat, en raison du caractère imprévisible de la survenue de ces évènements (151). Il faudrait pouvoir définir en amont, un protocole de recherche qui s'appliquerait dans les suites immédiates d'un traumatisme collectif, mais ce type de projets semble difficile à mettre en œuvre, en raison de contraintes pratiques importantes.

Enfin, on peut imaginer que les réactions et comportements en lien avec la couverture médiatique d'un traumatisme collectif dépend de l'évènement traumatique à l'origine du trouble. Ainsi, une personne souffrant d'un TSPT réactionnel à une catastrophe naturelle sera moins sensible à la couverture médiatique d'un attentat, qu'une personne ayant développé un TSPT dans les suites d'un évènement similaire. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette question dans la discussion.

II-2-4 Diminution significative de la consommation globale de Radio

La Radio est le seul média pour lequel l'évolution de sa consommation est diminuée dans sa globalité. Ainsi, les sujets de notre étude écoutent significativement moins la Radio, tous programmes confondus, depuis l'installation de leur trouble. Si observer une diminution globale significative de la consommation de Radio n'est pas surprenant, le fait qu'il s'agisse du seul média présentant une telle évolution l'est d'avantage. Ainsi, selon notre étude, le développement d'un TSPT semble impacter de façon plus importante la consommation de Radio que celle de TV. Un résultat qui va à l'encontre des données qui ont pu être développées dans les travaux présentés précédemment.

De tels résultats peuvent s'expliquer par l'évolution globale de la consommation de Radio dans la population générale. En effet, l'utilisation de ce média décroît de façon régulière depuis le début des années 2000 en France. Ainsi, le temps moyen d'écoute de la radio était de 3 heures et 4 minutes, par jour, et par personne âgée de 13 ans et plus en 2002 (166). Il n'était plus que de 2 heures et 58 minutes en 2007, et de 2 heures et 56 minutes, en 2013 (166). Plus récemment, on observe une diminution des parts d'audience de la radio (167). Ainsi, l'audience moyenne de ce média du lundi au vendredi, a diminué de 0,5% entre la période janvier-mars 2018, et la période janvier-mars 2019 (167).

On peut donc imaginer que l'évolution de la consommation de radio objectivée dans notre étude reflète finalement une tendance générale en France, possiblement indépendante de la présence d'un TSPT.

II-2-5 Augmentation significative de la consultation de sites internet d'associations et de blogs de victimes d'évènements violents

Si l'on observe une diminution de la consommation d'un certain nombre de programmes médiatiques évoqués dans notre étude, la dynamique est différente pour les sites internet d'associations de victimes et pour les blogs en ligne de victimes d'évènements violents. En effet, nous mettons en exergue une augmentation significative, de l'utilisation de ces deux types d'outils médiatiques par les participants depuis le développement de leur TSPT. Les sujets ont donc tendance à se tourner davantage vers ce type de programmes depuis la survenue du traumatisme.

Une des explications vient du fait que les personnes souffrant de TSPT souhaiteraient se rapprocher d'individus ayant vécu des expériences de vie similaires. En effet, une victime d'évènements violents peut se heurter à l'incompréhension de ses proches habituelles, qui n'ont pas vécu l'expérience traumatique du sujet (168). Ainsi, dans une étude effectuée auprès de 323 adultes victimes d'agressions sexuelles, Filipas et Ullman mettent en évidence que 98,2 % d'entre elles ont considéré comme négatives certaines réactions de leur entourage, suite au dévoilement de l'agression (169) (170). La majorité de ces victimes ont le sentiment d'avoir été blâmées et condamnées par certains proches (169) (170). Beaucoup d'entre elles auraient également souhaité recevoir davantage de soutien émotionnel, tel que de la réassurance, de l'écoute ou de l'empathie (169) (170). De la même façon, Billette et al indiquent que 17% des conjoints de victimes d'agressions sexuelles blâment ces dernières, et qu'un quart d'entre eux éprouvent de la colère envers elles (169). Les conjoints ont également tendance, selon Moss et

al, à s'impatienter, se décourager, et à manquer d'empathie envers la victime à mesure que le temps passe, et que les symptômes de stress post-traumatique persistent (171). Si ces réactions perçues comme négatives par les victimes se retrouvent particulièrement dans les cas d'agressions sexuelles, elles peuvent aussi s'observer dans d'autres contextes traumatiques.

De plus, selon Billette et al, le TSPT lui-même peut impacter négativement les relations interpersonnelles de la victime avec ses proches (169). En effet, Riggs et al observent que les individus qui ont développé un TSPT rapportent davantage de détresse conjugale, de difficultés au niveau de l'intimité et des problèmes dans leurs relations comparativement à ceux sans TSPT (169) (172). Ils notent également que les symptômes d'évitement, et tout particulièrement les symptômes d'émoussement émotionnel, sont fortement liés à la qualité de la relation (169) (172). Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative, tels que l'irritabilité et les difficultés de concentration, peuvent également teinter négativement les échanges entre les partenaires et en retour, contribuer au maintien des difficultés (169). Selon Foy et al, ces symptômes peuvent amener les victimes à répondre négativement aux offres d'aide des proches et donc à augmenter la probabilité d'une réponse négative ou d'une absence de réponse à leur égard (169) (173).

Se rapprocher de personnes partageant un vécu émotionnel semblable peut donc développer le sentiment d'appartenance à un groupe de pairs de l'individu traumatisé (168). C'est dans cet esprit, par exemple, qu'est né l'association « Life for Paris », quelques semaines après les attentats du 13 Novembre 2015 (174). Cette association se définit comme ayant pour objectif de « permettre aux victimes, familles de victimes, professionnels d'interventions et aidants de pouvoir se retrouver et de créer un espace d'échanges sécurisé et ouvert, sans jugement, afin de pouvoir

s'entraider dans l' « après » » (174). Ainsi, de telles initiatives peuvent contribuer à renforcer les liens sociaux du sujet, et constituer en conséquence de véritables facteurs de résilience aidant ainsi à la résolution du trouble (168).

Cependant, on peut imaginer qu'une telle recherche peut avoir des conséquences inverses sur un sujet victime de TSPT. Si la confrontation et l'identification à d'autres victimes d'évènement violents peut effectivement être une source d'aides et de soutien, elle peut également constituer un facteur de réactivation possible de certains symptômes de stress post-traumatiques. Ainsi, au travers de l'exposition à des témoignages d'expériences traumatiques particulièrement violentes et chargées émotionnellement vécues par d'autres personnes, l'état clinique de certains sujets peut se dégrader.

II-3 Comparaison entre exposition médiatique à l'évènement vécu et exposition médiatique à un évènement violent non vécu

II-3-1 D'avantage de symptômes intrusifs, anxieux, et de cauchemars, lors de l'exposition à un programme en lien avec l'évènement vécu

Les symptômes intrusifs et anxieux, ainsi que les cauchemars, sont significativement plus présents suite à l'exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement vécu, que lors de la confrontation à un programme traitant d'un évènement violent non vécu par le sujet.

Ce résultat était attendu. En effet, la confrontation à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du trouble équivaut à une exposition à un stimulus directement en lien avec le traumatisme du sujet. Or, selon Solomon et al, un individu souffrant de TSPT est plus à même de réactiver tout ou partie du trouble au cours d'une telle exposition, que lorsqu'il est confronté à un évènement stressant post-traumatique indépendant du traumatisme causal (95). En conséquence, les sujets atteints de TSPT sont probablement plus sensibles à l'exposition à des programmes en lien avec l'évènement vécu, et sont donc susceptibles de présenter plus de symptômes de stress post-traumatiques après une telle exposition.

De plus, de nombreuses études indiquent que les symptômes intrusifs constituent les manifestations cliniques les plus fréquentes d'un TSPT, devant les symptômes d'hyper réactivité de l'éveil, et les conduites d'évitement (175-179). Cela peut donc expliquer les résultats significatifs retrouvés pour les symptômes intrusifs et cauchemars réactionnels à l'exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement vécu.

II-3-2 Des conduites d'évitement similaires

Le seul symptôme réactionnel à l'exposition à un programme médiatique traitant d'un évènement violent, dont la fréquence ne diffère pas statistiquement en fonction du contenu du programme est le comportement d'évitement. Les sujets exposés à un programme en lien avec un évènement non vécu interrompent autant la consommation de ce programme avant son terme, que lorsqu'ils sont exposés à un programme traitant de l'évènement vécu.

Un tel résultat n'est pas surprenant. En effet, comme nous venons de le voir, un certain nombre d'études indiquent que les symptômes intrusifs sont retrouvés plus fréquemment chez les sujets souffrant de TSPT, que ceux en lien avec une altération de l'éveil et de la vigilance, et que les comportements d'évitements (175-179). De plus, Norris rapporte que 83% des survivants de l'ouragan Hugo ont présenté des symptômes intrusifs, 42% des symptômes en lien avec une altération de l'éveil et de la vigilance, et seulement 6% des conduites d'évitement (175) (179). En conséquence, nous pourrions penser que, de façon similaire à l'étude de Norris, les participants de notre échantillon sont moins nombreux à présenter des comportements d'évitements lorsque leur trouble est réactivé par l'exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement vécu, que pour d'autres symptômes de stress post-traumatiques. Et que la fréquence de tels comportements reste donc à des niveaux similaires à celle observée en cas d'exposition à un stimulus non lié au traumatisme initial du sujet, tel qu'une exposition à un programme médiatique traitant d'un évènement violent non vécu.

III-LIMITES

III-1 Hypothèse de différents clusters de comportement vis-à-vis des médias

Notre étude dessine une tendance à la diminution globale de la consommation médiatique dans les suites du développement du TSPT chez les participants de notre échantillon. Cependant, certains travaux suggèrent que le comportement inverse pourrait également s'observer. Ainsi, Pfefferbaum et al émettent l'hypothèse de l'existence d'un cercle vicieux concernant l'exposition à la couverture télévisée d'évènements violents, ou la confrontation à des images traumatiques engendrerait une recrudescence de symptômes intrusifs, recrudescence qui, elle-même, inciterait d'avantage le sujet à rechercher de telles images, et donc à augmenter sa consommation de couverture télévisée de l'évènement (152).

Holman et al suggèrent que les individus particulièrement angoissés dans les suites d'un traumatisme collectif chercheraient à obtenir le plus d'informations possibles en lien avec ce dernier, et s'exposeraient ainsi d'avantage à la couverture médiatique, notamment télévisée, de celui-ci (113). Ils ajoutent qu'une telle exposition pourrait être initialement perçue comme positive par le sujet, car elle lui permettrait d'obtenir les informations recherchées. Mais à terme, les effets néfastes de cette confrontation deviendraient prégnants, et renforceraient finalement la symptomatologie de stress post-traumatique de l'individu, qui pris dans cet engrenage, continuerait à rechercher des informations en s'exposant toujours à cette couverture médiatique (113). Une telle dynamique pourrait donc aisément s'observer chez un sujet souffrant de TSPT

et exposé à un programme médiatique au contenu violent, à fortiori si traitant de l'évènement vécu, étant donné la vulnérabilité de ces sujets à une telle exposition.

Néanmoins, la puissance statistique de notre échantillon était trop faible pour objectiver un tel résultat.

III-2 Biais de l'étude

III-2-1 Biais de rappel

Les participants de notre étude devaient évaluer rétrospectivement leur fréquence de consommation médiatique avant la survenue de l'évènement à l'origine du développement de leur trouble. Pour certains, l'évènement en question a eu lieu il y a plusieurs années. Ainsi, il est possible qu'en raison de ce délai, la fréquence estimée par le sujet soit plus ou moins éloignée de son niveau objectif.

Ce biais de rappel est néanmoins présent dans de nombreux travaux qui ont cherché à évaluer l'impact de l'exposition à la couverture médiatique de traumatismes collectifs sur le développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique. En effet, les sujets inclus devaient le plus souvent, déterminer rétrospectivement leur fréquence de consommation de cette couverture médiatique au moment de la survenue de l'évènement, alors que l'évaluation pouvait avoir lieu jusqu'à plusieurs années après.

III-2-2 Biais de recrutement

Les sujets inclus étaient tous suivis sur la Consultation Régionale du Psycho traumatisme du CHU de Lille. Nous n'avons inclus aucun autre sujet souffrant de TSPT et non suivi sur cette Consultation. En conséquence, il est possible que notre échantillon, issu d'une même source, ne soit pas représentatif de la population générale atteint de TSPT. En particulier, nous ne sommes pas en mesure de déterminer les relations potentielles entre TSPT et utilisation des médias chez des sujets souffrant d'un tel trouble, et non pris en charge.

De la même façon, aucun des sujets inclus n'a été confronté à un traumatisme de type catastrophes naturelles. Nous ne sommes donc pas en mesure de déterminer si une telle exposition à l'origine d'un TSPT peut engendrer un rapport différent aux médias, de ceux objectivés dans notre étude.

IV-PERSPECTIVES

IV-1 De l'importance de repérer les sujets vulnérables

Les différentes études évoquées précédemment mettent en évidence l'existence de probables facteurs de vulnérabilité concernant l'exposition à la couverture médiatique d'évènements violents. Cette notion est confirmée par Neria et Sullivan (180). Ainsi, ils constatent que la majorité des individus indirectement exposés aux attaques du 11/09/01, via les médias, ont présenté dans les suites de l'évènement des symptômes de stress post-traumatiques de moindre intensité, que les sujets directement exposés (180). De plus, ces symptômes se sont estompés avec le temps (180). Une telle trajectoire est également observée chez de jeunes Israéliens évacués de la Bande de Gaza lors du conflit Israélo-Palestinien sur la période 2008-2009 (180) (181). En effet, environ 20% d'entre eux ont présenté des symptômes de stress post-traumatiques durant la phase active du conflit, alors même qu'ils étaient éloignés des principales zones de combats (180) (181). En revanche, ce chiffre est tombé à 3% deux mois après la fin des hostilités, et il n'était plus que de 2% quatre mois plus tard (180) (181). Les auteurs déduisent de ces résultats que l'exposition via les médias à un traumatisme collectif peut engendrer une activation de l'axe corticotrope, responsable de la réponse au stress, dans un contexte de menace réelle de guerre ou de terrorisme (180). Une fois la menace levée, cette réponse au stress est progressivement désactivée, engendrant une disparition des symptômes de stress post-traumatiques (180). Une autre hypothèse avancée est que l'exposition

indirecte à un traumatisme collectif puisse être considérée comme l'équivalent d'une exposition direct à un traumatisme de faible impact, engendrant chez les populations vierges de toute vulnérabilité, une disparition rapide des symptômes (180) (182).

En revanche, les mécanismes physiologiques réactionnels à une exposition indirecte à un traumatisme collectif peuvent être perturbés chez les sujets présentant des éléments de vulnérabilités préalables, notamment chez les individus ayant des antécédents de TSPT. En conséquence, Neria et Sullivan en déduisent que ce n'est pas la gravité de l'exposition indirecte, mais plutôt l'existence d'une telle vulnérabilité, qui conditionne l'installation et le développement à long terme d'un TSPT lié à ce type d'exposition (180).

Ainsi, il pourrait être judicieux, chez des sujets souffrant de TSPT, d'interroger systématiquement leur utilisation des médias, et de proposer des outils thérapeutiques afin que ces individus puissent mieux réguler leur consommation médiatique. Un tel travail pourrait aider à rendre plus efficace les prises en charges de ces sujets, en particulier chez ceux qui, à un moment donné, présentent des éléments de réactivation symptomatologique, sans qu'un facteur déclenchant évident ne soit mis en évidence.

En conséquence, l'évaluation de la consommation médiatique devrait faire partie de l'examen clinique du patient traumatisé.

IV-2 De l'importance de travailler sur le contenu médiatique de traumatismes collectifs

Les différents travaux évoqués précédemment ont souligné la prédominance de la TV sur les autres médias dans les facteurs potentiels d'installation ou de réactivation de symptômes de stress post-traumatiques. De nombreuses réflexions sur l'impact potentiel des images véhiculées par ce type de média d'évènements violents, sur le développement de symptômes de stress post-traumatiques, expliquent ce résultat. De plus, Cho et al ont montré que les éléments de langage utilisés par les programmes TV revêtaient une dimension émotionnelle plus importante que ceux utilisés dans la PP (107). Quant aux réactions émotionnelles des sujets exposés à ces différentes couvertures médiatiques, celles-ci étaient plus marquées chez les individus exposés à la couverture télévisée, que chez ceux exposés à la couverture par la PP (107).

En conséquence, on peut considérer que le pouvoir émotionnel majeur de la TV explique les réactions émotionnelles marquées des téléspectateurs, et que ces réactions émotionnelles elles-mêmes peuvent favoriser l'installation de symptômes de stress post-traumatiques, notamment chez les individus les plus vulnérables. A ce titre, certains professionnels de santé suggèrent ainsi de mener un travail de collaboration avec les journalistes, en vue d'un traitement médiatique de traumatismes collectifs le moins délétère possible pour les populations vulnérables (183). Tout en respectant et défendant la liberté d'expression de la presse, ils préconisent la rédaction de recommandations à visée des journalistes, afin de parvenir à un tel traitement médiatique (183). De plus, un tel travail pourrait permettre

de repérer et de prendre en charge certains journalistes en situation de détresse psychique en raison de leur propre exposition à des événements traumatiques dans le cadre de leur profession, phénomène actuellement insuffisamment considéré (183).

IV-3 Un travail d'approfondissement nécessaire

Si nous sommes parvenus à dégager certaines tendances de façon significatives, il est cependant nécessaire d'approfondir les recherches afin d'obtenir des résultats plus robustes. Ainsi, de plus grands effectifs nous permettront probablement d'aboutir à plus de résultats significatifs sur le plan statistique. De même, diversifier l'échantillon étudié permettra de rendre celui-ci plus représentatif de la population générale souffrant de TSPT, et donc possiblement de faire émerger différents clusters en termes d'évolution de comportements envers les médias.

Il pourrait être également judicieux de rechercher certaines corrélations entre nos résultats et d'autres variables mesurées dans notre étude. Par exemple, il serait intéressant de déterminer l'influence du type de traumatisme sur l'évolution de la consommation médiatique des sujets, ainsi que sur les réactions cliniques à l'exposition à un programme médiatique en lien avec un événement traumatique. De même, nous pourrions questionner l'impact de la sévérité du TSPT, mesurée à l'aide de l'échelle PCL-S, sur ces résultats. En particulier, il serait pertinent de rechercher des liens entre fréquence de symptômes réactionnels à une exposition médiatique à un événement violent, et sévérité du trouble.

Enfin, il faudrait pouvoir approfondir la question de l'influence du contenu médiatique, ainsi que du contexte dans lequel ce contenu est consommé, sur la réactivation clinique du trouble. Pour cela, définir un protocole à appliquer en cas de survenue d'un traumatisme collectif, afin de mieux cerner les comportements des sujets souffrant de TSPT envers les médias durant cette période, et afin de mesurer les conséquences cliniques de ce comportement, serait intéressant.

CONCLUSION

Le développement d'un TSPT impacte le rapport aux médias des sujets, et les personnes souffrant de TSPT sont particulièrement sensibles à la couverture médiatique d'évènements violents, quel qu'ils soient. Ainsi, les sujets souffrant d'un tel trouble diminuent de façon significative leur consommation de certains programmes, en particulier les films TV policiers. A l'inverse, ils se tournent significativement plus vers les sites internet d'associations d'aides aux victimes d'évènements violents, et vers les blogs de victimes, à la suite du développement du TSPT. De plus, l'exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du trouble réactive de façon significative les symptômes intrusifs, les cauchemars, ainsi que l'anxiété.

Les résultats de notre étude offrent des perspectives intéressantes en termes de Santé Publique et de prévention. Tout d'abord, ils soulignent la nécessité, pour les professionnels de santé, de davantage prendre en compte la problématique de l'exposition à des programmes médiatiques violents, dans la prise en charge des sujets souffrant de TSPT, en faisant d'autant plus attention avec les enfants. Ces résultats mettent également en exergue l'importance d'un travail de collaboration entre les acteurs du soin, et les professionnels des médias, afin de parvenir à un traitement médiatique d'évènement violents le moins délétère possible pour les populations vulnérables, tout en respectant la liberté de travail des médias.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1** : Y. Auxéméry. Clinique individuelle et collective des troubles psychiques de guerre. Enjeux psycho-légaux pour les personnes victimes de guerres et d'attentats, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 23-31
- 2** : Hippocrate. Le livre quatrième ou des songes. 93
- 3** : M. Battesti. Histoire de l'isolement d'un concept : le traumatisme psychique, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 7-21
- 4** : M. Battesti. Nostalgia in the Army (17th-19th centuries), In: Tatu L, Bogousslavsky J, editors. *War Neurology*. Basel (Switzerland) : Karger. 2016. p 132-42
- 5** : P. Pignol. Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884). *L'Information Psychiatrique*. 2014 ; 90 (6) : 415-25
- 6** : H. Oppenheim. Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin : Hirschwald. 1889
- 7** : P.Pignol, A. Hirschelmann. Préhistoire de la psychotraumatologie (1884-1893). La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H.Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J-M. Charcot. *L'Information Psychiatrique*. 2014 ;9(6) :433
- 8** : P. Janet. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris : Félix Alcan ;1889
- 9** : L. Crocq. e-Library/Info-Trauma. [En ligne]. Histoire du trauma. Disponible : www.info-trauma.org <http://www.info-trauma.org/en/e-library>
- 10** : S. Freud, J. Breuer. Etudes sur l'hystérie, 1895, précédée de "Communication préliminaire"(1893), trad. fr, Paris, P.U.F. 1953, 1 vol.
- 11** : Réseau Canopé. Apocalypses, 10 destins, Les dossiers pédagogiques. [En ligne]. Les progrès technologiques et scientifiques. Disponible : <https://www.reseau-canope.fr/apocalypse-10destins/fr/dossiers-pedagogiques/les-progres-technologiques-et-scientifiques.html>
- 12** : CRDP de Champagne-Ardenne. Réseau-Canope.fr. Histoire et mémoire des deux guerres mondiales. [En ligne]. Les femmes et la Première Guerre Mondiale. Disponible : <http://www.cndp.fr/crdp-reims/memoire/bac/1GM/dossiers/femmes.htm>

- 13 :** F. Davoine, J.M. Gaudillière. Histoire et Trauma. La folie des guerres. Paris : Stock. 2006 :184
- 14:** G. Milian. L'hypnose des batailles. Paris medical. 2 janvier. 1915. p 265-70
- 15 :** S. Behaghel. Des cliniciens, des guerres, des collectifs ; jusqu'au dévoiement des soins ? In : Olivier Douville. Guerres et traumatismes. Paris, Dunod. 2016 : 64
- 16:** M.A. Crocq, L. Crocq. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. Dialogues in clinical neuroscience. 2000 ;2 :47-55
- 17 :** R.J. Targowla. La pathologie neuro-psychique post-concentrationnaire. Rapport de psychiatrie. Congrès International La pathologie des déportés, Paris. 4-5 octobre 1954, compte-rendus, Paris, RMF. 1954. p 177-89
- 18 :** N.C. Andreasen. What is post-traumatic stress disorder ? Editorial. Dialogues in Clinique Neuroscience. 2011 ; 13 :240-43
- 19:** C.F. Shatan. Post-Vietnam Syndrome. New-York Times, 6 mai. 1972
- 20:** E.P. Mendias, A.W. Burgess, L.L. Holmstrom. The victim of Rape institution reactions. The American Journal of Nursing. 1979;79(3):535
- 21:** C. Carvajal. Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity, clinical perspectives. Dialogues in Clinique Neurosciences. 2018;20:161-68
- 22:** N.C. Andreasen. Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. Annals of the New York Academy of Sciences. Psychiatric and Neurologic Aspects of War. 2010; 1208: 67-71
- 23:** American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4rd edition. American Psychiatric Association. 1994
- 24:** D. Summerfield. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. British Medical Journal. 2001;322(7278):95-98
- 25:** Y. Bhattacharjee. Shell shock revisited: solving the puzzle of blast trauma. Science. 2008;319:406-08
- 26:** A. Etkin, T.D. Wager. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. American Journal of Psychiatry. 2007;164:1476-88
- 27:** American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental of Mental Disorders 5th edition. 2013

- 28:** M.J. Friedman, P.A. Resick, R.A. Bryant, C.R. Brewin. Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(9):750-69
- 29:** S. Schaal, A. Koebach, H. Hinkel, T. Elbert. Posttraumatic stress disorder according to DSM-5 and DSM-IV diagnostic criteria: a comparison in a sample of Congolese ex-combatants. *European Journal of Psychotraumatology*. 2015;6:10.3402/ejpt.v6.24981
- 30:** M. Hansen, J. Ross, C. Armour. Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. *Journal of Affective Disorders*. 2017;213:59-69
- 31 :** R.C. Kessler, P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas, E.E. Walters. Lifetime prevalence and age-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62:593-602
- 32:** R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bronet, M. Hughes, C.B. Nelson. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52:1048-60
- 33:** N. Breslau, H.C. Wilcox, C.L. Storr, V.C. Lucia, J.C. Anthony. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: A study of youths in urban America. *Journal of Urban Health*. 2004;81(4):530-44
- 34:** A. Perkonigg, R.C. Kessler, S. Storz, H.U. Wittchen. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;101(1):46-59
- 35:** C.R. Brewin, B. Andrews, J.D. Valentine. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):748-66
- 36:** E.J. Ozer, S.R. Best, T.L. Lipsey, D.S. Weiss. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003 ;129(1) :52-73
- 37:** I. Chaudieu, F. Canini. Bases générales des troubles liés à une exposition traumatique, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 67-77
- 38 :** R. Yehuda, C.W. Hoge, A.C. McFarlane, E. Vermetten, R.A. Lanius, C.M. Nievergelt, S.E. Hobfoll, K.C. Koenen, T.C. Neylan, S.E. Hyman. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015;1:150-57
- 39:** F. Canini. Phases initiales de la traumatisation, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 91-99

- 40:** C.A. Morgan, G. Hazlett, S. Wang, Jr E.G. Richardson, P. Schnurr, S.M. Southwick. Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(8):1239-47
- 41:** C. Koopman, C. Classen, D. Spiegel. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(6):888-94
- 42:** C. Classen, C. Koopman, R. Hales, D. Spiegel. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(5):620-4
- 43:** E. Lindemann. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*. 1944;101:141-48
- 44:** D. Spiegel. Vietnam grief work using hypnosis. *American Journal Clinical Hypnosis*. 1981;24(1):33-40
- 45:** D. Spiegel. The use of hypnosis in the treatment of PTSD. *Psychiatry Medical*. 1992;10(4):21-30
- 46:** D. Spiegel, T. Hunt, H.E. Dondershine. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1988;145(3):301-5
- 47:** D. Spiegel. Multiple personality as a posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1984;7(1):101-10
- 48:** F.W. Putman. Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*. 1989;2(4):413-29
- 49:** B.A. Van der Kolk, P. Brown, O. Van der Hart. Pierre Janet on posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*. 1989;2(4):365-78
- 50:** A.G. Harvey, R.A. Bryant. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66:507-12
- 51:** E.B. Foa, D. Hearst-Ikeda. Emotional dissociation in response to trauma: An information-processing approach. In L.K. Michelson, W.J. Ray (EDs), *Handbook of dissociation: Theoretical and clinical perspectives*. New York: Plenum Press. 1996: p 207-24
- 52:** A. Shalev, M.D. Tuvia Peri, L. Canetti, S. Schreiber. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(2):219-25
- 53:** P. Birmes, A. Yroni, C. Camille, A. Brunet, P. Lamy, L. Dupuch, E. Very, A. Bourcier. Dissociation et détresse péri-traumatique, In *Savoir pour Soigner*, le

Trouble de Stress Post-Traumatique, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 175-81

54 : S.S. Inslicht, C. Otte, S.E. McCaslin, B.A. Apfel, C. Henn-Haase, T. Metzler, R. Yehuda, T.C. Neylan, C.R. Marmar. Cortisol awakening response prospectively predicts peritraumatic and acute stress reactions in police officers. *Biological Psychiatry*. 2011 ;70(11) :1055-62

55: P. Birmes. Les facteurs de risques péri-traumatiques: détresse et dissociation, In Perret L, editor. *Recherches en psychiatrie et neurosciences au sein du CHU de Toulouse et de l'Université Paul Sabatier de Toulouse 9èmes journées Pierre Deniker*. 1. Paris : Elsevier-Masson S.A.S. 2010.

56 : D. Simeon, J. Greenberg, M. Knutelska, J. Schmeidler, E. Hollander. Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(9):1702-05

57: B.S. Gershuny, J.F. Thayer. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*. 1999;19(5):631-57

58: R.A. Bryant, P. Panasetis. Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(8):961-6

59: C.M. Adler, M.G. Craske, D.H. Barlow. Relation-induced panic (RIP): When resting isn't peaceful. *Integrative Psychiatry*. 1987;5:94-100

60: F.J. Heide, T.D. Borkovec. Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(2):171-82

61: C. Allenou, B. Olliac, S. Bourdet-Loubère, A. Brunet, A.C. David, I. Claudet, N. Lecoules, P. Rouillet, E. Bui, P. Birmes. Symptoms of traumatic stress in mothers of children victims of a motor vehicle accident. *Depression and Anxiety*. 2010;27(7):652-7

62: A.C. Tudorache, W. El-Hage, G. Tapia, D. Clarys. Mémoire et vécu traumatique, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 101-11

63: P. Birmes, A. Yroni, C. Camille, P. Lamy, L. Dupuch, A. Bourcier, E. Very. Critères cliniques du trouble de stress post-traumatique chez l'adulte, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 163-73

64: N. Breslau. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(Suppl17):16-22

- 65:** R. Luthra, R. Abramovitz, R. Greenberg, A. Schoor, J. Newcorn, J. Schmeidler C.M. Chemtob. Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*. 2009;24:1919-27
- 66:** H. Resnick, D. Kilpatrick, B. Dansky, B. Saunders, C. Best. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61:984-91
- 67:** C.M. Arata. From child victim to adult victim: A model of predicting sexual revictimization. *Child Maltreatment*. 2000;5:28-38
- 68:** C.M. Arata. Repeated sexual victimization and mental disorders in women. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment and Program Innovations for Victims, Survivors and Offenders*. 1999; 7:1-17
- 69:** M. Cloitre, K. Tardiff, P.Marzuk, A.C. Leon, L. Portera. Child abuse and subsequent sexual victimization among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress*. 1996;9:473-82
- 70:** C.M. Arata. Sexual revictimization and PTSD: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1999;8:49-65
- 71:** M.Z. Rosenthal, M.L.R. Hall, K.M. Palm, S.V. Batten, V.M. Follette. Chronic avoidance helps explain the relationship between severity of childhood sexual abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, and Program Innovations for Victims, Survivors, and Offenders*. 2005;14(4):25-41
- 72:** R.C. Silver, E.A. Holman, D.N. McIntosh, M. Poulin, V. Gil-Rivas. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 2002;288(10):1235-44
- 73:** R.D. Walser, D. Westrup. *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems: A practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies*. Oakland, CA: New Harbinger. 2007
- 74:** L.S. Bishop, V.E. Ameal, K.M. Palm. The Impact of Experiential Avoidance and Event Centrality in Trauma-Related Rumination and Posttraumatic Stress. *Behavior Modification*. 2018;42(6):815-37
- 75:** S. Nolen-Hoeksema, B.E. Wisco, S. Lyubomirsky. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008;3:400-24
- 76:** P.D. Trapnell, J.D. Campbell. Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;76:284-304

- 77:** E. Watkins. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*. 2008;134:163-206
- 78:** S. Lyubomirsky, C. Tkach. The consequences of dysphoric rumination. In C. Papageorgiou, A. Wells (Eds.). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. New York: Wiley. 2004. p 21-42
- 79:** T. Ehring, S. Frank, A. Ehlers. The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32:488-506
- 80:** K.A. McLaughlin, T.D. Borkovec, N.J. Sibrava. The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*. 2007;38:23-38
- 81:** R. Harrington, D.A. Loffredo. Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology*. 2010;145:39-57
- 82:** J.M. Mott, R.M. Walsh, T.E. Galovski, L.S. Elwood. Change in trauma narratives and perceived recall ability over a course of cognitive processing therapy for PTSD. *Acta Anaesthesiologica Belgica*. 2015;21(1):47-54
- 83:** T. Michael, S.L. Halligan, D.M. Clark, A. Ehlers. Rumination in post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. 2007;24:307-17
- 84:** S.C. Hayes, M. Levin, J. Plumb-Villardaga, J. Villatte, J. Pistorello. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science : Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 2013;44:180-98
- 85:** M.T. Tull, L. Roemer. Alternative explanations of emotional numbing of posttraumatic stress disorder: an examination of hyperarousal and experiential avoidance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2003;25(3):147-54
- 86:** E.B. Foa, R.Zinbarg, B.O. Rothbaum. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*. 1992;112:218-38
- 87:** N.C. Feeny, L.A. Zoellner, L.A. Fitzgibbons, E.B. Foa. Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13:489-98
- 88:** B.T. Litz. Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review*. 1992;12:417-32
- 89:** W.F.Jr. Flack, B.T. Litz, F.Y. Hsieh, D.G. Kaloupek, T.M. Keane. Predictors of emotional numbing, revisited: A replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13:611-18

- 90:** B.T. Litz, W.E. Schlenger, F.W. Weathers, J.M. Caddell, J.A. Fairbank, L.M. LaVange. Predictors of emotional numbing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1997;10:607-18
- 91:** A. Feder, N.P. Mota, R. Salim, J. Rodriguez, R. Singh, J. Schaffer, C.B. Schechter, L.M. Cancelmo, E.J. Bromet, C.L. Katz, D.B. Reissman, F. Ozbay, R. Kotov, M. Crane, D.J. Harrison, R. Herbert, S.M. Levin, B.J. Luft, J.M. Moline, J.M. Stellman, I.G. Udasin, P.J. Landrigan, M.J. Zvolensky, R. Yehuda, S.M. Southwick, R.H. Pietrzak. Risk, coping and PTSD symptom trajectories in World Trade Center responders. *Journal of Psychiatric Research*. 2016;82:68-79
- 92:** S. Hiskey, M. Luckie, S. Davies, C.R. Brewin. The phenomenology of reactivated trauma memories in older adults: A preliminary study. *Aging and Mental Health*. 2008;12(4):494-8
- 93:** J. Sadavoy. Survivors: A review of the late-life effects of prior psychological trauma. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1997;5(4):287-301
- 94:** E.H. Davison, A.P. Pless, M.R. Gugliucci, L.A. King, D.M. Salgado, A. Spiro, P. Bachrach. Late-life emergence of early-life trauma: The phenomenon of late-onset stress symptomatology among aging combat veterans. *Research on Aging*. 2006;28(1):84-114
- 95:** Z. Solomon, R. Garb, A. Bleich, D. Grupper. Reactivation of combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1987;144(1):51-5
- 96:** R.L. Silver, C.B. Wortman. Coping with undesirable life events, in *Human Helplessness*. Edited by J. Garber, MEP. Seligman. New York, Academic Press. 1980
- 97:** I. Chaudieu, S. Khalfa. Le sujet résilient, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 149-59
- 98:** O. Hjemdal, O. Friborg, T.C. Stiles, J.H. Rosenvinge, M. Martinussen. Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006 ; 13 :194-201
- 99:** M. Maes, J. Mylle, L. Delmerse, A. Janca. Pre and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*. 2001;105(1-2):1-12
- 100:** J.D. Kinzie. The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian refugees. In: J.P. Wilson, Z. Hasel, B. Kehana (Eds), *Human adaptation to extreme stress*. New York: Plenum Press. 1988

- 101:** J.D. Kinzie, D. Denney, C. Riley, J.K. Boehnlein, B. McFarland, P. Leung. A cross-cultural study of reactivation of posttraumatic stress disorder symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998;186:670-76
- 102:** J.D. Kinzie, J.K. Boehnlein, C. Riley, L. Sparr. The effects of September 11 on traumatized refugees: Reactivation of Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002;190(7):437-41
- 103 :** B. Pfefferbaum, S.J. Nixon, R.D. Tivis, D.E. Doughty, R.S. Pynoos, R.H. Gurwitch, D.W. Foy. Television exposure in children after a terrorist incident. *Psychiatry*. 2001;64(3):202-11
- 104:** G.A. Bonanno, C.R. Brewin, K. Kaniasty, A.M. La Greca. Weighing the costs of disaster: consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*. 2010;11(1):1-49
- 105:** L. Rainie. How Americans used the Internet after the terror attack. Pew Internet and American Life Project. Retrieved October 18, 2009, from [http://www.pewinternet.org/*/media//Files/ Reports/2001/PIP_Terror_Report.pdf](http://www.pewinternet.org/*/media//Files/Reports/2001/PIP_Terror_Report.pdf). 2001
- 106:** E. Monfort, M.H. Afzali. Traumatic stress symptoms after the November 13th 2015 Terrorist attacks among young adults: The relation to media and emotion regulation. *Comprehensive Psychiatry*. 2017;75:68-74
- 107:** J. Cho, M.P. Boyle, H. Keum, M.D. Shevy, D.M. McLeod, D.V. Shah, Z. Pan. Media, terrorism, and emotionality: Emotional differences in media content and public reactions to the September 11th terrorist attacks. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*. 2003;47(3):309-27
- 108:** R.C. Silver, E.A. Holman, J.P. Andersen, M. Poulin, D.N. McIntosh, V. Gil-Rivas. Mental and physical health effects of acute exposure to media images of the September 11, 2001, attacks and the Iraq War. *Psychological Science*. 2013;24(9):1623-34
- 109:** C.A. Henriksen, J.M. Bolton, J. Sareen. The psychological impact of terrorist attacks: examining a dose-response relationship between exposure to 9/11 and Axis I mental disorders. *Depression and Anxiety*. 2010;27(11):993-1000
- 110:** M.A. Schuster, B.D. Stein, L.H. Jaycox, R.L. Collins, G.N. Marshall, M.N. Elliott, A.J. Zhou, D.E. Kanouse, J.L. Morrison, S.H. Berry. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *The New England Journal of Medicine*. 2001;345(20):1507-12
- 111:** J.R. Freedy, M.E. Saladin, D.G. Kilpatrick, H.S. Resnick, B.E. Saunders. Understanding acute psychological distress following natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*. 1994;7(2):257-73

- 112:** J.H. Shore, E.L. Tatum, W.M. Vollmer. Psychiatric reactions to disaster: the Mount St. Helens experience. *American Journal of Psychiatry*. 1986;143:590-5
- 113:** E.A. Holman, D.R. Garfin, R.C. Silver. Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. 2014;111(1):93-98
- 114:** K.A. McLaughlin, K.J. Conron, K.C. Koenen, S.E. Gilman. Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*. 2010;40(10):1647-58
- 115:** J. Ahern, S. Galea, H. Resnick, D. Vlahov. Television watching and mental health in the general population of New York City after September 11. [Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma](#). 2004;9(1-2)
- 116:** Y. Neria, R. Gross, B. Litz, S. Maguen, B. Insel, G. Seimarco, H. Rosenfeld, E.J. Suh, R. Kishon, J. Cook, R.D. Marshall. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th Attacks. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;20(3):251-62
- 117:** D. Nishi, Y. Koido, N. Nakaya, T. Sone, H. Noguchi, K. Hamazaki, T. Hamazaki, Y. Matsuoka. Peritraumatic distress, watching television, and posttraumatic stress symptoms among rescue workers after the Great East Japan Earthquake. *PloS One*. 2012;7(4):e35248
- 118:** B. Pfefferbaum, E. Newman, S.D. Nelson, P. Nitiéma, R.L. Pfefferbaum, A. Rahman. Disaster media coverage and psychological outcomes: Descriptive findings in the extant research. *Current Psychiatry Reports*. 2014;16(9):464
- 119:** L. Huddy, S. Feldman, G. Lahav, C. Taber. Fear and terrorism: Psychological reactions to 9/11. In: P. Norris, M. Kern, M. Jest, editors. *Framing terrorism: The news media, the government*. New York City: Routledge. 2003. p 255-78
- 120:** E. Bui, R.F. Rodgers, C. Herbert, D.L. Franko, N.M. Simon, P. Birmes, A. Brunet. The impact of internet coverage of the March 2011 Japan earthquake on sleep and posttraumatic stress symptoms: An international perspective. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(2):221-22
- 121:** R. Goodwin, Y. Palgi, Y. Hamama-Raz, M. Ben-Ezra. In the eye of the storm or the bullseye of the media: Social media use during Hurricane Sandy as a predictor of post-traumatic stress. *Journal of Psychiatric Research*. 2013;47(8):1099-100
- 122:** American Academy of Pediatrics, Committee on Communications. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*. 1990;85:1119-20
- 123:** American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Sexuality, contraception, and the media. *Pediatrics*. 2001;107:191-4

- 124:** American Medical Association. Physician Guide to Media Violence. American Medical Association. 1996
- 125:** B.S. Centerwall. Television and violence: The scale of the problem and where to go from here. *Journal of the American Medical Association*. 1992;267:3059-63
- 126:** W.H. Dietz, V.C. Strasburger. Children, adolescents, and television. *Current Problems in Pediatrics*. 1991;21:8-32
- 127:** L. Heath, L.B. Bresolin, R.C. Rinaldi. Effects of media violence on children: A review of the literature. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46:376-9
- 128:** M.B. Rothenberg. Effect of television violence on children and youth. *Journal of the American Medical Association*. 1975;234:1043-6
- 129:** R. Sege, W. Dietz. Television viewing and violence in children: The pediatrician as agent for change. *Pediatrics*. 1994;94:600-7
- 130:** V.C. Strasburger, E. Donnerstein. Children, adolescents, and the media: Issues and solutions. *Pediatrics*. 1999;103:129-39
- 131:** D.P. Philips, L.L. Carstensen. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New England Journal of Medicine*. 1986;315:685-9
- 132:** D. Shaffer. The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1988;49:36-41
- 133:** R. Potts, M. Doppler, M. Hernandez. Effects of television content on physical risk-taking in children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 1994;58:321-31
- 134:** R.C. Klesges, M.L. Shelton, L.M. Klesges. Effects of television on metabolic rate: Potential implications for childhood obesity. *Pediatrics*. 1993;91:281-6
- 135:** L.A. Tucker. The relationship of television viewing to physical fitness and obesity. *Adolescence*. 1986;21:797-806
- 136:** American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Sexuality, contraception, and the media. *Pediatrics*. 1986;78:535-6
- 137:** B. Pfefferbaum, T.W. Seale, E.N. Brandt Jr, R.L. Pfefferbaum, D.E. Doughty, S.M. Rainwater. Media exposure in children one hundred Miles from a terrorist bombing. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2003;15(1):1-8
- 138:** B. Pfefferbaum, S.J. Nixon, R.S. Krug, R.D. Tivis, V.L. Moore, J.M. Brown, R.S. Pynoos, D. Foy, R.H. Gurwitch. Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(7):1069-74

- 139:** D.W. Smith, E. Christiansen, R. Vincent, N.E. Hann. Population effects of the bombing of Oklahoma City. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*. 1999;92(4):193-8
- 140:** B. Pfefferbaum, T.W. Seale, N.B. McDonald, E.N. Brandt Jr, S.M. Rainwater, B.T. Maynard, B. Meierhoefer, P.D. Miller. Posttraumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. *Psychiatry*. 2000;63(4):358-70
- 141:** B. Pfefferbaum, S.J. Nixon, P.M. Tucker, R.D. Tivis, V.L. Moore, R.H. Gurwitch, R.S. Pynoos, H.K. Geis. Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(11):1372-9
- 142:** K.O. Nader, R.S. Pynoos, L.A. Fairbanks, M. Al-Ajeel, A. Al-Asfour. A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology*. 1993;32(Pt 4):407-16
- 143:** M.W. Otto, A. Henin, D.R. Hirshfeld-Becker, M.H. Pollack, J. Biederman, J.F. Rosenbaum. Posttraumatic stress disorder symptoms following media exposure to tragic events: Impact of 9/11 on children at risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21(7):888-902
- 144:** J.S. Comer, M. DeSerisy, J.G. Green. Caregiver-reports of Internet exposure and Posttraumatic stress among Boston-Area youth following the 2013 Marathon Bombing. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2016;1(2-3):86-102
- 145:** D.S. Busso, K.A. McLaughlin, M.A. Sheridan. Media exposure and sympathetic nervous system reactivity predict PTSD symptoms after the Boston Marathon Bombings. *Depression and Anxiety*. 2014;31(7):551-8
- 146:** J.L. Jenness, S. Jager-Hyman, C. Heleniak, A.T. Beck, M.A. Sheridan, K.A. McLaughlin. Catastrophizing, rumination, and reappraisal prospectively predict adolescent PTSD symptom onset following a terrorist attack. *Depression and Anxiety*. 2016;33(11):1039-47
- 147:** R.A. Bryant, R.M. Guthrie. Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science*. 2005;16(10):749-52
- 148:** R. Gellatly, A.T. Beck. Catastrophic thinking: A transdiagnostic process across psychiatric disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 2016;40(4):441-52
- 149:** T. Ali, E. Dunmore, D. Clark, A. Ehlers. The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behaviour Cognitive Psychotherapy*. 2002;30(3):249-57

- 150:** A.J.E. Dirkzwager, I. Bramsen, H.M. Van der Ploeg. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences*. 2003; 34(8):1545-59
- 151 :** C.F. Weems, B.G. Scott, D.M. Banks, R.A. Graham. Is TV traumatic for all Youths ? The role of preexisting Posttraumatic-stress symptoms in the link between disaster coverage and stress. *Psychological Science*. 2012;23(11):1293-7
- 152:** B. Pfefferbaum, P. Nitiéma, R.L. Pfefferbaum, J.B. Houston, P. Tucker, H. Jeon-Slaughter, C.S. North. Reactions of Oklahoma City bombing survivors to media coverage of the September 11, 2001, attacks. *Comprehensive psychiatry*. 2016;65:70-8
- 153:** C.S. North, S.J. Nixon, S. Shariat, S. Mallonee, J.C. McMillen, E.L. Spitznagel et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Medical Association*. 1999;282(8):755-62
- 154 :** PCLS / Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (Echelle de l'état de stress post-traumatique). [En ligne]. Disponible : http://www.eveil-formation.com/IMG/pdf/echelle_pcls.pdf
- 155 :** C. Marcé. Kantar Insights France. [En ligne]. Baromètre 2019 de la confiance des Français dans les media. 2019. Disponible : <https://fr.kantar.com/m%C3%A9dias/digital/2019/barometre-2019-de-la-confiance-des-francais-dans-les-media/>
- 156:** E.A. Holmes. Intrusive, emotional mental imagery and trauma: Experimental and clinical clues. *Imagination, Cognition and Personality*. 2004;23(2-3):147-54
- 157:** E.A. Holmes, C. Bourne. Inducing and modulating intrusive emotional memories: A review of the Trauma Film Paradigm. *Acta Psychologica*. 2008;127(3):553-66
- 158:** E.A. Holmes, C.R. Brewin, R.G. Hennessey. Trauma films, information processing, and intrusive memory development. *Journal of Experimental Psychology*. 2004; 133(1):3-22
- 159:** A. Stuart, E.A. Holmes, C.R. Brewin. The influence of a visuospatial grouping task on intrusive images of a traumatic film. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(4):611-9
- 160:** S.L. Halligan, D.M. Clark, A. Ehlers. Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: Two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2002;33(2):73-89
- 161:** C. Bourne, C.E. Mackay, E.A. Holmes. The neural basis of flashback formation : The impact of viewing trauma. *Psychological Medicine*. 2013;43(7):1521-32

- 162:** E.A. Holmes, A. Mathews. Mental imagery and emotion: A special relationship ? *Emotion*. 2005;5(4):489-97
- 163:** E.A. Holmes, A. Mathews, T. Dalgleish, B. Mackintosh. Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*. 2006;37(3):237-47
- 164:** E.A. Holmes, C. Creswell, T.G. O'Connor. Posttraumatic stress symptoms in London school children following September 11, 2001: An exploratory investigation of peri-traumatic reactions and intrusive imagery. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2007;38(4):474-90
- 165:** A.L. Guillaume, I. Latour-Gervais. *Pediatre-Online*. [En ligne]. Conseils des pédiatres pour aborder avec les enfants les actes terroristes. 2015. Disponible : <http://www.pediatre-online.fr/environnement/conseils-des-pediatres-pour-aborder-avec-les-enfants-les-actes-terroristes/>
- 166 :** Statista. [En ligne]. Durée moyenne d'écoute de la radio par jour en France entre 2002 et 2013 (en heures et en minutes). 2019. Disponible : <https://fr.statista.com/statistiques/504199/temps-ecoute-de-radio-par-jour-france/>
- 167 :** Médiamétrie. Communiqué de Presse, enquête Médiamétrie 126 000 radio. [En ligne].2019.Disponible : https://www.mediametrie.fr/sites/default/files/2019-04/126%20000%20Radio_Janvier-Mars%202019.pdf
- 168 :** G. Lopez, Victimologie et interventions sociales et sociétales, In *Savoir pour Soigner, le Trouble de Stress Post-Traumatique*, Collectif des auteurs de l'Association ABC des Psychotraumas. 2017. p 439-46
- 169:** V. Billette, S. Guay, A. Marchand. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*. 2005 ; 30(2) :101-20
- 170:** H.H. Filipas, S.E. Ullman. Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and Victims*. 2001; 16(6):673-92
- 171:** M. Moss, E. Frank, B. Anderson. The effects of marital status and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1990; 60:379-91.
- 172:** D.S. Riggs, C.A. Byrne, F.W. Weathers, B.T. Litz. The quality of the intimacy relationships of male Vietnam veterans : problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1998; 11(1):87-101.
- 173:** D.W. Foy, H.S. Resnick, R.C. Sippelle, E.M. Carroll. Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorders. *The Behavior Therapist*. 1987; 10:3-9.

- 174 :** L'association-Life for Paris 13 Novembre 2015. [En ligne]. Disponible : <http://lifeforparis.org/association/>
- 175:** P. Fossion, C. Leys, C. Kempenaers, S. Braun, P. Verbanck, P. Linkowski. Beware of multiple traumas in PTSD assessment : the role of reactivation mechanism in intrusive and hyper-arousal symptoms. *Aging and Mental Health*. 2015;19(3):258-63
- 176:** E.B. Foa, D.S. Riggs, B.S. Gershuny. Arousal, numbing, and intrusion: Symptome structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(1):116-20
- 177:** B.L. Green. Disasters and posttraumatic stress disorder. In J.R.T. Davidson and E.B. Foa (Eds.). *Posttraumatic stress disorder/ DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1993. p 23-35
- 178:** D.G. Killpatrick, H.S. Resnick. Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community population. In J.R.T. Davidson and E.B. Foa (Eds.). *Posttraumatic stress disorder/DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1993. p 23-35
- 179:** F.H. Norris. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(3):409-18
- 180:** Y. Neria, G.M. Sullivan. Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media. *Journal of the American Medical Association*. 2011;306(12):1374-5
- 181:** Y.Neria, A. Besser, D. Kiper, M. Westphal. A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(3):322-30
- 182:** T. Jovanovic, K.J. Kessler. How the neurocircuitry and genetics of fear inhibition may inform our understanding of PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(6):648-62
- 183:** P. Grandgenevre. Impact du traitement médiatique du trauma. Centre Nationale de Ressource et de Résilience. 2019

ANNEXE : QUESTIONNAIRE AUX PATIENTS DE LA CONSULTATION RÉGIONALE DU PSYCHOTRAUMA

Madame, Monsieur. Dans le cadre d'un travail de thèse, nous cherchons à évaluer, chez des personnes souffrant de Trouble de Stress Post-Traumatique, l'impact du développement de celui-ci sur leur utilisation des médias. Cette recherche consiste à remplir l'auto-questionnaire figurant ci-dessous. Cet auto-questionnaire se compose de 4 parties. La première a pour objectif de recueillir quelques informations vous concernant. La seconde, à évaluer votre utilisation actuelle des médias. La troisième, à comparer cette utilisation à celle que vous aviez avant la survenue de l'évènement traumatique. La quatrième à explorer ce que vous pouvez ressentir lorsque vous êtes exposés à un support médiatique traitant de l'évènement que vous avez vécu, ou d'un autre évènement violent. Le remplissage de l'auto-questionnaire dure environ 10 minutes. Les informations recueillies resteront anonymes et confidentielles. Elles ne pourront être utilisées qu'à des fins de recherche.

PARTIE 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

1. Quel est votre âge ?
2. Genre Homme Femme Autres
3. Date du début du suivi sur la consultation de psycho traumatisme du CHRU de Lille

PARTIE 2 : UTILISATION ACTUELLE DES MÉDIAS

1. En les numérotant de 1 à 4, pouvez-vous indiquer, par ordre de fréquence, le type de média auquel vous avez recours actuellement (1 représentant le média le plus fréquemment utilisé, et 4 le média le moins fréquemment utilisé) ?
 - TV
 - Presse Papier
 - Radio
 - Internet
2. A quelle fréquence avez-vous recours aux médias (tous médias confondus) ?
 - Plus de 5 fois par jour
 - Entre 2 et 5 fois par jour
 - 1 fois par jour
 - Entre 2 fois par semaine et 1 fois par jour
 - 1 fois par semaine
 - Moins de 1 fois par semaine

PARTIE 3 : ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DES MÉDIAS

Pouvez-vous cocher, pour chaque type de média, ainsi que pour chaque programme évoqué, la case correspondant à votre fréquence de consommation :

	AVANT LA SURVENUE DU TRAUMATISME				DEPUIS LA SURVENUE DU TRAUMATISME			
	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magazine d'Informations et d'Actualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canaux d'Information Continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séries policières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Films policiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emissions de Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
Presse Papier	<input type="checkbox"/>							
Presse Quotidienne Régionale	<input type="checkbox"/>							
Presse Quotidienne Nationale d'Actualité	<input type="checkbox"/>							
Presse Périodique d'Actualité	<input type="checkbox"/>							
Presse Spécialisée Sportive	<input type="checkbox"/>							
Presse Spécialisée Culturelle	<input type="checkbox"/>							
Presse Spécialisée Santé	<input type="checkbox"/>							
Presse Spécialisée Enquêtes et Faits Divers	<input type="checkbox"/>							
Autres	<input type="checkbox"/>							

**AVANT LA SURVENUE
DU TRAUMATISME**

**DEPUIS LA SURVENUE
DU TRAUMATISME**

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent		Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magazine d'Informations et d'Actualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canaux d'Information Continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes Sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes Culturels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes Musicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emissions de Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes Locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent		Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites d'informations et d'Actualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites d'associations de Victimes ou d'Aides aux Victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blogs ou Forums de Victimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Films/Séries policiers(ères) en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messageries en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites de santé en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 4 : DESCRIPTION DU RESENTI

1. Lorsque vous vous retrouvez exposé à un programme ou un article de presse traitant de l'évènement traumatique que vous avez vécu, vous arrive-t-il :

- D'avoir des souvenirs involontaires et envahissants de l'évènement, au moment ou dans les heures qui suivent cette exposition ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

- De faire des cauchemars en lien avec l'évènement, au cours des nuits qui suivent cette exposition ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

- De vous sentir plus anxieux et/ou irritable que d'habitude, au moment ou dans les heures qui suivent cette exposition ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

- D'interrompre le suivi de ce programme ou la lecture de cet article avant son terme ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

2. Lorsque vous vous retrouvez exposé à un programme ou un article traitant d'un évènement violent (type attentat, catastrophe naturelle...) que vous n'avez pas vécu, vous arrive-t-il :

- D'avoir des souvenirs involontaires et envahissants de l'évènement que vous avez vécu, au moment, ou dans les heures qui suivent cette exposition ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

- De faire des cauchemars en lien avec l'évènement que vous avez vécu, au cours des nuits qui suivent cette exposition ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

- De vous sentir plus anxieux et/ou irritable que d'habitude, au moment ou dans les heures qui suivent cette exposition ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

- D'interrompre le suivi de ce programme ou la lecture de cet article avant son terme ?

Pas du tout Rarement Parfois Souvent

Échelle de l'état de stress post-traumatique PCL-S (Posttraumatic Checklist Scale)

Date : / /

Instructions :

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé(e) par ce problème dans le mois précédent.

L'évènement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :

.....

Date de l'évènement : ____/____/____

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

PARTIE RESERVÉE AU CLINICIEN

Type de trauma :

Date du trauma :

Prise en charge immédiate du trauma par une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ou une équipe de psychiatrie dans un service d'urgence :

Oui Non

Existence d'une prise en charge du trauma antérieure à la prise en charge de la consultation régionale du psychotrauma, hors CUMP ou équipe de psychiatrie dans un service d'urgence :

Oui Non

Existence d'une prise en charge du trauma par thérapie d'exposition :

Oui Non

Si oui :

En cours Terminée

Score PCL-S :

AUTEUR : Nom : WALTER

Prénom : Karl

Date de Soutenance : 25 juin 2019

Titre de la Thèse : L'exposition aux médias : Un facteur de réactivation pour des patients souffrant de Trouble de Stress Post-Traumatique ?

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : DES de Psychiatrie

Mots-clés : TSPT, médias, réactivation, traumatisme collectif, majeurs, mineurs, journaliste, psychiatre, prévention

Résumé : Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est un trouble complexe, dont le développement est lié à une multitude de facteurs de risques. Une classification propose que l'impact de ces FDR soit en lien avec sa proximité temporelle avec l'évènement en question. Les facteurs dits péri et post-traumatiques sont statistiquement d'avantage pourvoyeurs de TSPT que les facteurs pré-traumatiques. L'exposition à la couverture médiatique d'évènements violents peut être considérée comme un facteur post-traumatique de maintien du trouble. D'après certaines études, les sujets présentant un antécédent de TSPT semblent d'autant plus sensibles à cette couverture médiatique. A exposition égale, ils développent d'avantage de symptômes de stress post-traumatiques que des sujets vierges de tout antécédent de TSPT. L'ensemble de ces données se vérifient aussi bien chez les adultes que chez les mineurs.

Nous avons voulu approfondir cette réflexion, en évaluant l'impact du développement d'un tel trouble sur l'utilisation des médias chez les sujets. Nous avons également cherché à comparer les conséquences cliniques d'une exposition à un programme médiatique traitant de l'évènement à l'origine du trouble, à celles d'une confrontation à un programme médiatique en lien avec un évènement violent non vécu par le sujet.

Les résultats ont objectivé une diminution significative de la consommation de certains programmes médiatiques comme les séries et les films policiers, et une augmentation significative de la consultation de sites internet d'associations et d'aides aux victimes d'évènements violents, et de blogs de victimes suite aux diagnostics du TSPT. Ces résultats confirment l'idée d'une vulnérabilité marquée des sujets souffrant de TSPT à la couverture médiatique d'évènements violents, et le développement chez certains d'entre eux, de conduites d'évitements se traduisant par une diminution globale de la consommation médiatique

Ces différentes données confirment l'importance de prendre en compte la question de l'exposition médiatique à des évènements violents dans la prise en charge de personnes majeures ou mineures souffrant de TSPT. Ces résultats soulignent également la nécessité de travailler avec les professionnels des médias, afin de parvenir à un traitement médiatique de traumatisme collectif le moins délétère possible pour ces populations.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur : Monsieur le Docteur Pierre GRANDGENEVRE