

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge du psychotraumatisme aux urgences: Etat des lieux et
évaluation d'une action de sensibilisation à destination des professionnels de
santé.**

Présentée et soutenue publiquement le 7 Octobre 2021 à 13h00
au Pôle Recherche
par **Martin COSSON**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

Monsieur le Docteur Arnaud LEROY

LISTE DES ABREVIATIONS

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

EPT : Evénement Potentiellement Traumatique

ESA : Etat de Stress Aigu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CIM : Classification Internationale des Maladies

TSPT-c : Trouble Stress Post-Traumatique Complexe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

HHS : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

SNA : Système Nerveux Autonome sympathique

ARS : Agence Régional de Santé

NICE : National Institute of Clinical Excellence

TCD : Thérapie Comportementale Dialectique

VA/DOD : Department of Veterans' Affairs (VA) and The Department of Defense
(DoD)

CSP : Crise Suicidaire Psychotraumatique

PDI : Inventaire de Détresse Péritraumatique

PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

CRP : Centre Régional Psychotraumatisme

CUMP : Cellule d'Urgence Médico Psychologique

SAU : Service d'Accueil des Urgences

Résumé :

Introduction : Au cours d'une vie on considère qu'environ 30% des individus seront confrontés à au moins un événement traumatique.

Cela entraîne un risque de développer des troubles psychotraumatiques, qui peuvent amener des conséquences sévères pour les patients.

La prise en charge précoce des personnes ayant été exposé à un événement traumatique constitue un enjeu important de santé publique.

L'objectif principal de ce travail a donc été de sensibiliser les équipes des urgences à la prise en charge précoce des personnes exposés à un événement traumatique puis d'évaluer la valeur ajoutée pédagogique de cette approche.

L'objectif secondaire était d'apprécier l'évolution de l'orientation de cette population vers l'équipe de psychiatrie des urgences.

Méthode :

Plusieurs actions ont été mises en place afin de sensibiliser les équipes des urgences à la prise en charge du psychotraumatisme, notamment des sessions de formations destinées à l'ensemble des équipes des urgences.

L'évaluation des sessions de sensibilisation qui ont été dispensées aux équipes des urgences au cours de ce travail s'est faite par deux méthodes:

- Un Questionnaire a été rempli par toute personne ayant assisté aux sessions, au début et à la fin de la session afin d'évaluer l'objectif principal de ce travail.
- Une analyse des demandes d'avis psychiatrique aux urgences a été faite avant et au décours des sessions de sensibilisation afin d'évaluer l'objectif secondaire de ce travail.

Résultats :

Concernant les équipes des urgences ayant assisté aux sessions de sensibilisation, il existe une augmentation du sentiment d'aptitude à repérer un événement traumatique, à repérer les signes de gravité d'un psychotraumatisme, à rechercher des idées suicidaires et à orienter les personnes vers l'équipe de psychiatrie des urgences. Il était également noté une augmentation significative des demandes d'avis psychiatrique aux urgences pour les personnes exposés à un événement traumatique suite aux sessions.

Conclusion :

Ce travail de sensibilisation a permis de mettre l'accent sur la nécessité d'une collaboration pluridisciplinaire étroite entre l'équipe de psychiatrie et les équipes des urgences.

Une évaluation systématique de cette population par l'équipe de psychiatrie des urgences via un protocole standardisé et l'utilisation d'un questionnaire adapté pourrait être une des perspectives d'amélioration du dépistage de cette population à risque de développer des troubles psychiatriques.

Table des matières

RESUME

INTRODUCTION

PARTIE I :

I. Historique	10
II. Généralités	11
A. Définition	11
B. Traumatisme direct et indirect	13
C. Traumatisme simple et complexe	13
III. Clinique et neurobiologie	15
A. La phase immédiate	16
1. Le stress adaptatif physiologique	16
2. Les états de stress dépassés et la dissociation	18
B. Etat de stress aigu	20
1. Neurobiologie	21
2. Définition	22
C. Le trouble de stress post-traumatique	24
1. Définition	24
2. TSPT différé et sub-syndromique	28
3. Comorbidités	28
D. Facteurs de risque	29
1. Facteurs de risque liés au patient	30
2. Facteurs de risque liés à l'environnement	30
3. Facteurs de risque péri-traumatique	31
4. Facteurs de risque post-traumatique	31
5. Spécifiques à l'enfant	32

PARTIE II

I. La prise en charge médicale précoce	33
A. Les Cellules d'Urgences Médico-Psychologique (CUMP)	33
1. Création et législation	33
2. Rôle	34
3. Organisation	34
B. Le Defusing	35
C. Psycho-éducation	36
D. Intervention post-immédiate et débriefing	36
E. Interventions psychothérapeutiques précoces	37
1. Les Thérapies Cognitivo Comportementale (TCC)	37
2. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	39
F. Les urgences psychotraumatiques	40
1. L'état dissociatif	40
2. La crise suicidaire psychotraumatique	41
G. Interventions pharmacologiques	42
1. Les benzodiazépines	43
2. Les anti-histaminiques	43
3. Les bêtabloquants	44
4. La Prazosine	45
5. Les Antidépresseurs	46
6. L'ocytocine intra nasale	47
7. Les Glucocorticoïdes	47
8. Neuromodulation	48
II. La prise en charge globale précoce	48
A. L'entourage du patient	48

B. La prise en charge sociale.....	50
C. La procédure médico-judiciaire	50
III. Aux urgences du CHU de Lille	51
A. Fonctionnement actuel.....	51
B. Outils d'évaluation.....	52
C. Orientation au décours des urgences	53
1. Le Médecin Généraliste	54
2. Les Centres Régionaux du Psychotraumatisme.....	55
IV. Conclusion de l'état des lieux de la littérature.....	55

PARTIE III

I. Objectif.....	57
II. Matériel et méthode.....	57
A. Population cible	57
B. Protocole	57
1. Vidéo commentée	58
2. Sessions aux urgences.....	59
3. Mail et fiche récapitulative.....	60
C. Outils d'évaluation	60
D. Analyse statistique	61
III. Résultats.....	61
A. Les questionnaires passés lors des sessions de sensibilisation.....	61
B. Les demandes d'avis de l'équipe de psychiatrie des urgences	64
IV. Discussion	66
A. Principaux résultats	66
B. Modèles pédagogiques	67
C. Forces et limites de l'étude.....	73
D. Perspectives de l'étude.....	74
1. Concernant les actions de sensibilisation.....	74
2. Concernant l'évaluation de l'impact de la sensibilisation	75
3. Proposition d'une prise en charge standardisée aux urgences	76

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction

Un événement traumatique peut être défini comme un événement stressant impliquant une menace pour la vie ou l'intégrité physique d'un individu. Une des conditions nécessaires est le caractère soudain, violent, incontrôlable et désorganisateur de l'événement (1).

On peut définir le psychotraumatisme comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne suite à l'exposition à un événement traumatique.

L'exposition à un événement traumatique peut entraîner un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses entraînant une perte de l'unité et une désorganisation du psychisme plus ou moins intense et durable (2).

Ainsi, les patients victimes d'un événement traumatique peuvent voir l'apparition de pathologies psychiatriques spécifiques telles qu'un TSPT (Trouble de Stress Post-Traumatique) qui peut se compliquer de diverses comorbidités médicales telles que la dépression, le suicide ou encore les conduites addictives.

Dans une enquête française de Vaiva et al. publiée en 2008, on pouvait observer une prévalence vie entière d'exposition à un événement potentiellement traumatique (EPT) de 30% (3).

Dans l'enquête NCS, portant sur plus de 5800 personnes âgées de 15 à 54 ans, le taux d'exposition vie entière à un événement traumatique était de 61% pour les hommes et de 51% pour les femmes. Le risque de développer un TSPT dans les suites de cette confrontation est quant à lui différent en fonction du sexe et du type de traumatisme. Dans cette étude les événements les plus traumatogènes rapportés

par les patients étaient dans l'enfance les abus sexuels et la maltraitance physique (48,5% de TSPT chez les femmes victimes), et à l'âge adulte les agressions sexuelles (45,9% pour les femmes et 65% chez les hommes victimes) puis les agressions physiques et les combats militaires (4).

Concernant les accidents de la voie publique (AVP), on retrouve un risque de développer un TSPT au décours en moyenne de 30% (5). Dans la population générale, les AVP sont ainsi la principale cause de TSPT.

Le trouble de stress post Traumatique (TPST) est l'association de différents symptômes de reviviscences, d'évitements, d'hypervigilance et d'humeur et de pensées négatives qui font suite à l'exposition à un évènement traumatique.

Sa prévalence varie entre 1,9 et 6,8% en population générale et génère des coûts et un impact durable sur la qualité de vie (6).

Cette pathologie chronique est associée à une grande souffrance et un retentissement fonctionnel majeur au quotidien avec une diminution de la durée de vie moyenne (7). Son impact sur le fonctionnement social, familial et professionnel est variable, on retrouve une tendance à l'isolement et des conséquences tel que divorces, instabilité professionnelle, perte d'emploi, retrait des relations.

Il est également objectivé que plus l'évolution du TSPT est ancienne, plus les chances de guérison semblent faibles dans un laps de temps donné (8).

Afin d'éviter le développement d'un TSPT et ses complications, un des enjeux majeurs de santé publique est la prise en charge des réactions péri-traumatiques et de l'état de stress aigu (ESA). En effet plusieurs recommandations actuelles de sociétés savantes stipulent qu'une prise en charge précoce permet de réduire l'intensité des symptômes psychotraumatiques et le développement d'un TSPT (9)(10).

Une des manières d'agir est d'améliorer la prise en charge de ces patients en

agissant le plus précocement possible, dès le service des Urgences. En effet, ce service est le premier endroit de prise en charge des patients suite à l'exposition à un événement traumatique. Il pourrait être un lieu de repérage et de prise en charge précoce de ces patients à risque de développer un trouble psychiatrique post-traumatique.

Ainsi, un repérage systématique et une prise en charge spécifique aux urgences des patients ayant été exposées à un événement traumatique semble être un enjeu de santé publique majeur.

Dans cette thèse nous détaillerons le parcours d'une personne exposée à un événement traumatique, en insistant sur l'importance d'une prise en charge précoce dès le passage aux urgences.

Ainsi, afin de mieux comprendre la prise en charge post immédiate après l'exposition à un événement traumatique, nous détaillerons dans une première partie les mécanismes neurobiologiques et la symptomatologie associée de ces patients.

Nous détaillerons dans une seconde partie la particularité de la prise en charge de ces patients via une analyse de la littérature et des recommandations actuelles.

Enfin, dans une troisième partie nous détaillerons le travail de sensibilisation qui a été fait pour ce travail de thèse auprès des équipes des urgences et son impact.

Pour terminer, nous proposerons un protocole de prise en charge globale et systématique aux urgences des patients exposés à un EPT.

Première Partie : Psychotraumatologie

I. Historique

La notion de traumatisme psychique est ancienne, décrite dès l'Antiquité au travers des récits. Le terme « Trauma » est une racine grecque signifiant « rupture de la continuité» (11). Les premières descriptions de tableau clinique de psychotraumatisme datent de - 2000 avant JC, lors de la destruction du Nippur en Basse-Mésopotamie avec les conséquences psychologiques que cela a pu avoir sur le peuple Sumérien.

Il faut ensuite attendre le début du 19^{ème} siècle pour que le monde médical s'intéresse au psychotraumatisme. Les premières descriptions en Europe datent de la fin du 19^{ème} siècle en utilisant la terminologie de « névrose traumatique » à travers les travaux des psychanalystes tels qu'Oppenheim, Janet, Breuer ou encore Pinel (12).

Au début du 20^{ème} siècle, Freud reprend le terme de névrose traumatique d'Oppenheim, qu'il considère comme une forme d'hystérie. Il développe le concept de traumatisme comme objet faisant effraction et débordant la capacité de liaison de l'appareil psychique, qui forme un symptôme sous l'emprise de la répétition. Cette dernière est alors, à la fois, comme une résistance au progrès, au traitement (le patient semble répéter inlassablement ses souvenirs et vécus traumatiques) et comme une tentative de l'appareil psychique de reprendre une maîtrise ou de créer une liaison (13).

Selon Freud, les symptômes hystériques sont dus à un « choc » traumatique provoquant une dissociation de la conscience. De ce fait, le souvenir reste inconscient. Il pose ainsi les bases de la théorie « traumático-dissociative » des

névroses. Selon lui, le patient refoule l'événement traumatique qui, à l'adolescence, manifeste une incidence sur sa vie sexuelle, réelle ou fantasmatique. L'événement primaire était rappelé à l'adolescence par un événement déclencheur d'apparence banale et c'est la disproportion de la réaction pour ce dernier, et les symptômes s'y rattachant, qui laissaient entendre une origine plus ancienne, infantile (14).

Avec le progrès des neurosciences, de nouvelles compréhensions du traumatisme sont apparues. Il faudra donc attendre 1980 et les séquelles traumatiques chroniques rapportées chez certains vétérans de la guerre du Vietnam pour que le concept d'Etat de stress post traumatique fasse son apparition dans le DSM-III. (Diagnostic and Statistical Manual 3^o version).

II. Généralités

A. Définition

Le terme de psychotraumatisme renvoie actuellement à « un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'un individu, qui est exposé comme victime, témoin ou acteur » (2)

Ainsi un événement potentiellement traumatique (EPT) est défini comme l'exposition à la mort ou à une menace de mort, de blessure grave ou de violence sexuelle dans différentes modalités. En pratique cela consiste à être directement impliqué dans l'EPT, ou en étant témoin direct d'un tel événement vécu par une tierce personne, ou par le fait d'apprendre qu'un tel événement traumatique a touché un membre de la famille proche ou un ami proche (le DSM-5 précise que si l'événement traumatique est la menace de mort ou le décès d'un membre de la famille ou d'un ami, cet événement a dû être violent ou accidentel pour remplir le critère A3) (15).

En pratique cela concerne donc 3 grandes catégories d'événements, les actes de violences interpersonnelles (agression physique et sexuelle), les accidents causés par la main de l'homme ou par une erreur technique (tel qu'un incendie ou un accident de la voie publique) et les catastrophes naturelles.

Dans la version précédente du DSM (DSM-IV) l'état de stress post-traumatique (ESPT) était classé dans le spectre des troubles anxieux. Dans cette version on considérait également que seules les victimes directement exposées à l'événement pouvaient voir se développer des signes de psychotraumatisme.

La définition du psychotraumatisme tel que désormais décrite dans le DSM-V admet qu'un sujet puisse être psychotraumatisé en raison « de sa proximité émotionnelle avec une victime directe. Cette version permet également une nouvelle classification spécifique intitulée « Troubles liés aux traumatismes et au stress ». On retrouve ainsi dans cette catégorie (16) :

- « Le trouble réactif de l'attachement »
- « Le trouble d'engagement social désinhibé »
- « Le trouble de stress post traumatique »
- « Le trouble de stress aigu »
- « Le trouble de l'adaptation »
- « Autre trouble lié au traumatisme et au stress »

B. Traumatisme direct et indirect

On parle de traumatisme direct lorsque la personne a été directement impliquée dans l'événement en l'ayant subi en tant que sujet (par exemple la victime d'une agression ou le conducteur d'un véhicule lors d'un AVP) ou témoin de la scène.

La notion de traumatisme indirect concerne les sujets n'ayant pas subi directement le traumatisme mais ayant été en contact avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées et développant des troubles psychotraumatiques consécutifs à ce contact (17).

En pratique la traumatisation indirecte concerne deux types de situations : Une proximité émotionnelle avec une victime directe ou l'expositions indirectes et répétées en raison de l'activité professionnelle. Cette seconde situation concerne par exemple un personnel d'intervention de secours de première ligne chargé de récupérer des restes humains, ou encore un officier de police qui serait confronté de façon répétée à des détails d'abus sur mineurs. Cela implique donc que certaines professions sont particulièrement à risque d'une exposition traumatique indirecte.

C. Traumatisme simple et complexe

Léonor Terr dans son article de 1991 établit la classification de Terr qui différencie les traumas de type I si l'événement traumatique a été soudain et/ou isolé et les traumas de type II si l'événement a été répété ou prolongé (18).

La notion de Traumatisme Complexe, théorisée par Judith Herman en 1992, a mis près de trois décennies à être reconnu par les sociétés savantes. La définition actuelle du traumatisme complexe intègre deux composantes : La répétition des événements traumatiques et les répercussions que cela va avoir sur la structuration

de la personnalité de l'individu (19).

Concernant la répétition des événements, on identifie deux types de situation.

Tout d'abord les situations ou les traumatismes sont répétés sur une durée relativement longue, c'est souvent le cas des violences infantiles, des carences affectives et autres événements conduisant à un trouble de l'attachement, ou des violences conjugales chez l'adulte. Deuxièmement, la répétition des traumatismes sur un temps court, par exemple lors de situations de conflits armés ou de traite d'êtres humains.

Il existe plusieurs facteurs de risque de développement d'un traumatisme complexe tel que l'âge précoce de début des traumatismes, la durée dans le temps, la fréquence et la récurrence de ces événements traumatiques (20).

Concernant les répercussions que cela peut avoir sur le développement de l'individu, on considère que des traumatismes répétés vont altérer le développement de l'individu, notamment au niveau de la perception de soi et de l'image de son corps. Il peut alors apparaître un trouble des relations interpersonnelles et sociales avec des difficultés à moduler la confiance qu'il accorde, une dérégulation affective et des réactions émotionnelles extrêmes à des stimuli apparemment neutres.

Il peut également exister des éléments de dissociation psychique avec une altération de la perception de soi et de la réalité. Les sujets décrivent aussi des pensées négatives et des moments d'agressivité contre eux-mêmes et contre les autres (21).

Dans la quatrième version du DSM, l'ensemble des symptômes caractérisant le traumatisme complexe est regroupé sous l'appellation de DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Le DSM-5 ne retient plus ce terme et la CIM-11 (Onzième version de la classification internationale des maladies) parle de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C).

D'après la CIM-11, il existe six catégories de symptômes, trois correspondant au TSPT (éviterment, sentiment de danger, ré-expérience) et trois correspondent à la dimension complexe nommée Perturbation dans l'Organisation de Soi (POS ; dérégulation affective, image négative de soi, perturbation dans les relations interpersonnelles) (22).

La prise en charge des traumatismes complexes est moins codifiée que pour le TSPT simple. Ils sont aussi globalement plus compliqués à prendre en charge, notamment car il existe plus de comorbidités (8).

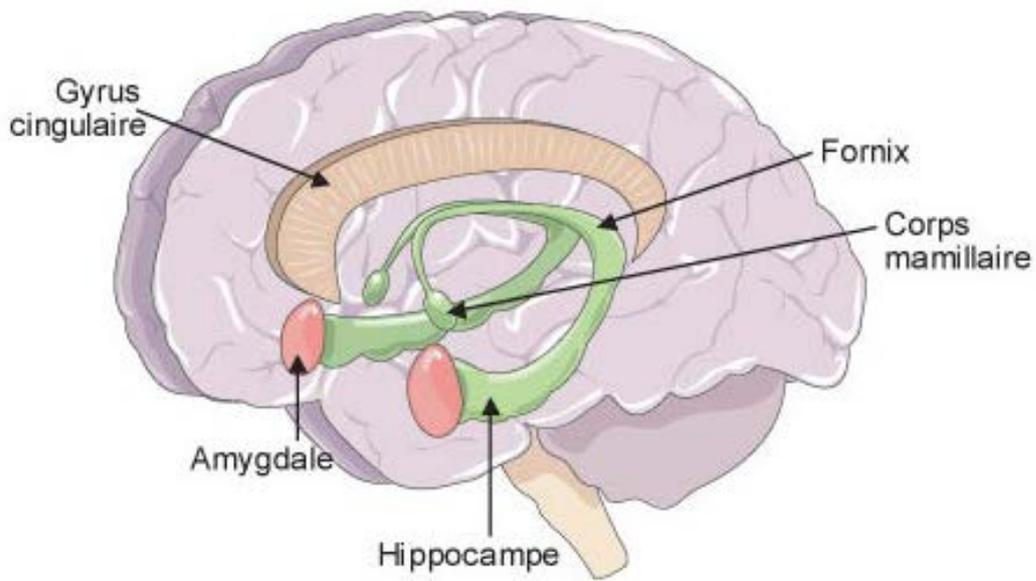
III. Clinique et neurobiologie

Dans ce chapitre nous détaillerons la réponse physiologique et pathologique de l'organisme à un stress.

Lors d'un stress extrême l'organisme se met en situation d'alerte et de défense via des mécanismes physiologique. Des symptômes physiques et psychiques apparaissent alors, qui peuvent être adaptés (Etat de stress adapté) ou pathologique quand trop élevé (Etat de stress dépassé).

Il existe deux structures cérébrales particulièrement impliquées dans ces mécanismes. Premièrement l'hippocampe, qui est située dans le système limbique cérébrale, et qui participe à des fonctions essentielles à la vie relationnelle tel que la régulation de l'humeur, l'acquisition des connaissances et de façon plus générale, à l'adaptation d'un individu à son environnement. Elle est impliquée dans la mémoire contextuelle, en intégrant les nouveaux souvenirs.

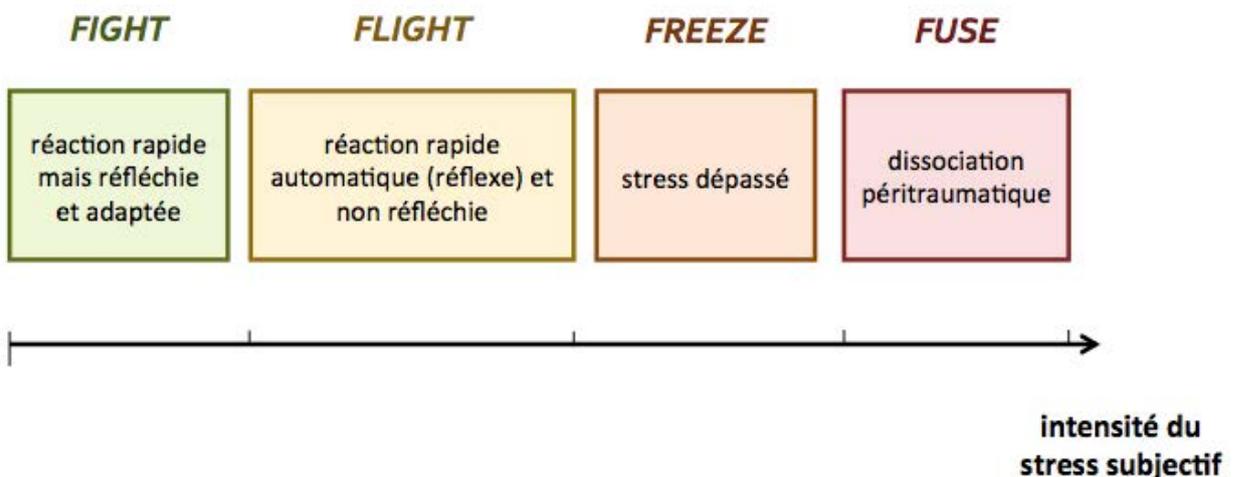
Deuxièmement, L'amygdale, qui est une zone du cerveau également impliquée dans la mémoire affective et émotionnelle, mais qui mémorise les indices spécifiques, comme des sons, qui prédisent la menace (23).



© Servier Medical Art

A. La phase immédiate

Ces réactions peuvent durer de quelques minutes à quelques jours.



1. Le stress adaptatif physiologique

Le stress a une fonction de survie au sein de l'espèce humaine, en permettant d'ajuster rapidement les capacités motrices, sensorielles et cognitives afin de les orienter vers un seul but : la soustraction de l'individu au danger.

L'apparition de ces réactions est sous-tendue par des mécanismes physiologiques connus : le circuit du stress.

a) Neurobiologie

Lors d'une situation d'exposition à un stimulus menaçant, les informations sensorielles perçues (visuelles, olfactives, auditives, tactiles) vont être analysées par une zone du cerveau appelé le thalamus sensoriel. Les informations vont ensuite être prises en charge par deux voies cérébrales :

- La voie courte thalamo-amygdalienne : l'amygdale cérébrale à un rôle de survie car c'est elle qui nous fait réagir en une fraction de seconde en entraînant la sécrétion d'hormones du stress, adrénaline et cortisol (24). Cela permet une réaction comportementale rapide « instinctive » tel qu'un sursaut, un évitement, une immobilisation. La sécrétion de cortisol se fera via l'activation de l'axe hypothalamo-surrénalien (HHS) et celle d'adrénaline via le système nerveux autonome sympathique (SNA).
- La voie longue thalamo-cortico-amygdalienne : l'information arrive secondairement à l'amygdale après être passée au niveau cortical, permettant de comparer la situation actuelle à des situations antérieures similaires issues des souvenirs grâce à l'hippocampe. Cette voie permet d'adapter la réaction émotionnelle et comportementale à la situation.

b) Clinique

On parle de stress adapté lorsque ces réactions sont physiologiques et permettent de se soustraire au danger.

Les réactions physiques à la production d'hormones du stress seront les suivantes : tachycardie, sueurs, tremblements, dyspnée, vertige, oppression thoracique.

Il existe alors une sur-mémorisation des événements car l'être humain mémorise plus facilement un événement stressant qu'un événement agréable.

Ce mécanisme est partagé par pratiquement toutes les espèces capables de comportements, preuve qu'il s'agit probablement d'une capacité sélectionnée au cours de l'évolution : elle permet la survie dans un environnement hostile.

2. Les états de stress dépassés et la dissociation

Dans des situations de stress intense, répété et prolongé les capacités d'adaptation peuvent être dépassées et apparaissent des réactions archaïques, stéréotypées et non adaptées.

a) Neurobiologie

Ces réactions sont sous-tendues par un mécanisme neurobiologique : l'hyperactivité amygdalienne lors d'un stress entraîne la sécrétion d'hormone du stress, adrénaline et cortisol (24).

Lorsque le stress est trop intense ou prolongé, il existe une sécrétion en excès d'adrénaline et de cortisol, entraînant un risque vital cardiovasculaire (possibilité d'infarctus du myocarde et d'hypertension artérielle maligne) et neurologique (hyperglycémie et neurotoxicité avec mort neuronale par apoptose). Des mécanismes de sauvegarde se mettent alors en place afin de préserver l'organisme et le fonctionnement corporel (25).

Ce circuit émotionnel va « disjoncter » afin de mettre fin à cet état. Cela se fait par la production de substance morphinique et kétamine like, type endorphine et antagonistes des récepteurs NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate) du système glutamatergique. Cela permet d'isoler l'amygdale, et donc la réponse émotionnelle et la sécrétion d'hormone du stress (24).

La conséquence sera une anesthésie émotionnelle qui génère un état second avec des symptômes d'état de stress dépassé et de dissociation psychique et cela même si l'événement traumatique se poursuit.

Le cortex associatif continue de recevoir les informations sensorielles, cependant elles n'ont plus de signification émotionnelle et il existe une analgésie provoquée par les endorphines.

Il apparaît alors une incapacité à élaborer une action cohérente avec une impression de surstimulation, un sentiment d'être submergé par une multitude d'informations sans parvenir à les trier et parfois la sensation de décrocher de la réalité, d'être dans une bulle hypnotique.

b) Clinique des états de stress dépassés

Il existe 4 grands types de réactions d'état de stress dépassé :

- 1) La sidération. Cela consiste en un état non-volontaire de vécu d'impuissance. Le risque à posteriori est le sentiment de culpabilité qui peut en découler et l'incompréhension de la part des personnes extérieures.
- 2) L'agitation stérile. Elle est égale à une impulsion irréfléchie correspondant à un besoin impérieux d'agir. Cela se manifeste par une gesticulation désordonnée entraînant ainsi une réaction incoordonnée et stérile.
- 3) La fuite panique. C'est un mouvement de soustraction brutale au danger avec une fuite de la zone de danger n'importe où et n'importe comment. Elle est souvent inadaptée et peut mettre en danger la personne.
- 4) La réaction automatique. C'est une séquence de gestes automatiques d'un individu en état de choc et de désarroi, qui va entraîner un comportement automate spontané ou par mimétisme. Cela pourra sembler cohérent et adaptatif pour l'observateur extérieur, le risque étant de ne pas le repérer.

c) Clinique de la dissociation

La dissociation péri-traumatique correspond à une rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion des fonctions normalement intégrées de conscience de soi, de

mémoire, d'identité, de perception de l'environnement, de perception de son corps et de ses émotions.

Cela se manifeste par un ensemble de symptômes tels qu'un sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation comme si la personne était en dehors de son corps ou de la réalité.

Tableau résumant les états de stress dépassé et de dissociation.

Stress Dépassé	Dissociation péritraumatique
<ul style="list-style-type: none">- Sidération- Agitation stérile- Fuite panique- Réaction automatique	<ul style="list-style-type: none">- Réduction de la conscience de l'environnement- Altération de la perception du temps (temps ralenti)- Engourdissement émotionnel, sentiment de détachement- Distorsion de la réalité : déréalisation- Altération de la perception de son corps et son identité : décorporalisation et dépersonnalisation- Possible amnésie de certaines parties de l'événement

B. Etat de stress aigu

A distance de l'événement il existe deux états pouvant survenir après l'exposition à un événement traumatique: l'Etat de Stress Aigu (ESA) et le TSPT. Ils se différencient entre eux par la temporalité d'apparition des symptômes.

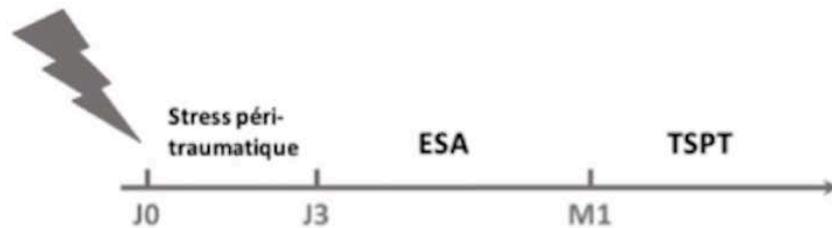


Figure : Chronologie des troubles post-traumatiques selon le DSM-5.

J0 : jour de l'évènement potentiellement traumatique, J3 : 3 jours après l'évènement ; M1 : 1 mois après l'évènement.

1. Neurobiologie

Lors de l'exposition à l'évènement traumatique, il y a une déconnexion de l'amygdale. L'hippocampe ne reçoit donc plus les informations émotionnelles issues de l'amygdale. Cela va entraîner un mauvais encodage de l'information et une surconsolidation du souvenir traumatique à composante émotionnelle avec un défaut d'encodage des éléments contextuels de l'évènement (26).

Les principaux troubles de la mémoire dans cette situation sont l'amnésie dissociative et la mémoire traumatique.

L'amnésie dissociative se définit comme l'incapacité de se souvenir d'éléments importants d'un évènement traumatique, partiellement ou en totalité (27). Cette amnésie peut se combiner avec des phases d'hypermnésies traumatiques également nommées mémoire traumatique.

La mémoire traumatique est une mémoire implicite émotionnelle. Elle pourra être par la suite réactivable par tout stimulus sensoriel, situations ou affects évoquant l'évènement traumatique avec une absence de phénomènes d'extinctions des réactions de stress adapté citées précédemment, qui provoque l'activation des voies du stress en l'absence de menace réelle (26).

Ce phénomène serait dû à une inversion de l'activité normale des structures du cerveau qui encodent les souvenirs liés à la peur. On ne retrouve donc pas

seulement un souvenir excessif de la situation traumatisante mais également un déficit de mémoire qui empêche la personne atteinte de restreindre sa réaction de peur au contexte qui prédit la menace (28).

Cela va entraîner l'apparition de symptômes cliniques de répétition, c'est-à-dire des flashbacks et des cauchemars traumatiques en dehors des situations d'exposition à la menace. Ainsi la personne va revivre l'événement traumatique à l'identique. On appelle ces moments de réactivations des souvenirs traumatiques ou des reviviscences.

2. Définition

L'ESA est défini comme une réaction immédiate à un événement traumatique, avec des symptômes apparaissant dans les 3 jours jusqu'à un mois. Il s'agit d'un état réactionnel adaptatif qui peut évoluer favorablement ou persister. On parlera de TSPT lorsque les symptômes durent au-delà d'un mois.

Ce diagnostic est répertorié dans le DSM-V et le CIM-11. L'ESA ne doit pas être considéré comme pathologique, il consiste en un état de vulnérabilité permettant un processus adaptatif de digestion du traumatisme. Cela signifie qu'il faut identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévère durant la période post-immédiate, car ces personnes seront à risque de développer un TSPT par la suite.

a) DSM-V

Un des critères obligatoires pour poser le diagnostic d'ESA est l'exposition à la mort effective, à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, soit en tant que victime directe, soit en tant que témoin (16). Cela peut également concerner des intervenants exposés de manière répétée ou extrême aux détails pénibles d'événement traumatique. Par exemple le personnel du SAMU ou des policiers, ou des sujets qui apprennent qu'un membre de leur entourage proche a été victime d'un événement traumatique.

L'ESA se compose de 5 catégories de symptômes décrit dans le DSM-V (16):

- a) Les symptômes d'intrusion, qui comportent la détresse psychologique intense ou prolongée, les rêves, les flash-backs et les reviviscences (souvenirs récurrents).
- b) Les symptômes dissociatifs avec l'altération du sens de la réalité de son environnement ou de soi-même et l'incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique.
- c) L'humeur négative accompagnée d'une incapacité à ressentir des émotions positives.
- d) Les symptômes d'évitement avec des conduites d'évitement des souvenirs et pensées de l'événement ou des stimuli associés à l'événement ;
- e) Les symptômes d'activation comme les perturbations du sommeil, l'hyperactivité neurovégétative avec une hypervigilance et des réactions de sursaut exagérées, l'irritabilité et les problèmes de concentration.

Le diagnostic d'ESA nécessite des symptômes évoluant entre 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme et la présence d'au moins 9 symptômes ou plus parmi les 5 catégories. La perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants. De plus, les symptômes ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (médicaments, alcool...), à une autre condition médicale ou un autre diagnostic psychiatrique.

Il existe en Annexe numéro I une description de l'ESA (ou Trouble de Stress Aigu) établi par L.Crocq à partir du DSM-V.

b) CIM-11

Selon la CIM-11 éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'ESA est une réaction de stress aigu qui fait référence au développement de symptômes transitoires émotionnels, somatiques, cognitifs ou comportementaux à la suite d'une exposition à un événement ou à une situation (de courte ou longue durée) d'une

nature extrêmement menaçante ou horrible (catastrophes naturelles ou humaines, combats, accidents graves, violences sexuelles, voies de fait...). Les symptômes peuvent inclure des signes neurovégétatifs de l'anxiété (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur...), étourdissements, confusion, tristesse, anxiété, colère, désespoir, hyperactivité, inactivité, repli sur soi ou stupeur. Ainsi, la réponse à l'agent de stress est considérée comme normale au vue de la la gravité de l'agent de stress. Les symptômes commencent généralement à s'atténuer quelques jours après l'événement ou après la disparition de la situation menaçante (29).

C. Le trouble de stress post-traumatique

1. Définition

Le TSPT apparaît à partir d'un mois après l'exposition à l'événement traumatique. Il est témoin d'un dépassement des capacités d'adaptation d'un individu et d'un enkystement du noyau traumatique.

Le TPST est défini par le DSM V et la CIM-11 qui sont des classifications internationales.

a) DSM-V

Le DSM-V définit le TSPT selon plusieurs critères

Critère A : Avoir été confronté à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants, en étant un témoin direct, en apprenant qu'un membre de la famille a été exposé à l'événement traumatisant, ou en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant.

Critère B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que l'événement

traumatisant se soit produit : souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants; rêves récurrents qui provoquent un sentiment de détresse; réactions dissociatives (flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement se reproduisait; sentiment intense ou prolongé de détresse psychique ou réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critère C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critère D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants.

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques.
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde.
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de

l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;

7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants : Irritabilité et accès de colère : agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ; comportement irréfléchi ou autodestructeur ; hypervigilance ; réaction de sursaut exagéré ; problèmes de concentration ; troubles du sommeil.

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une a

utre affection (16).

b) CIM-11

Selon la CIM-11, le TSPT est un trouble qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Elle se caractérise par tous les aspects suivants :

1) Revivre l'événement ou les événements traumatisants dans le présent sous la forme de souvenirs intrusifs, de flashbacks ou de cauchemars. Elles s'accompagnent généralement d'émotions fortes ou accablantes, en particulier la peur ou l'horreur, et de sensations physiques fortes.

2) L'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement des activités, des situations ou des personnes rappelant le ou les événements.

3) Des perceptions persistantes de menace actuelle accrue, par exemple par hypervigilance ou une réaction accrue à un stimulus tel que le bruit imprévu. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles importants sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

La nouvelle classification CIM-11 permet d'intégrer au diagnostic de TSPT l'altération des différentes sphères de son fonctionnement (22):

- le fonctionnement relationnel à savoir les difficultés à maintenir des relations ou à se sentir proche des autres.

- le fonctionnement affectif par exemple l'hyperréactivité émotionnelle, les explosions de violence, la tendance à la dissociation face au stress.

- le fonctionnement par rapport à soi c'est-à-dire les sentiments de honte, la culpabilité et les croyances négatives de soi.

2. TSPT différé et sub-syndromique

D'après une revue de littérature, un quart des TSPT chroniques en population générale ont une apparition retardée, plusieurs mois voire années après l'événement (30). On parlera alors de TSPT dit « différé » ou « retardé ».

Il existe également des TSPT ne remplissant pas tous les critères diagnostiques du DSM-V. On parlera alors de TSPT partiel ou sub-syndromique. Ces formes pourraient être plus fréquentes que les formes complètes du TSPT. Selon certains travaux de recherche, ils seraient important de dépister ces formes qui peuvent entraîner un véritable handicap avec un retentissement fonctionnel parfois majeur (31).

3. Comorbidités

Le TSPT peut se compliquer de nombreuses comorbidités médicales et de conséquences socioprofessionnelles. Une étude met en évidence que plus de 80% des personnes atteintes de TSPT ont au moins une comorbidité psychiatrique associée (32).

a) Risque suicidaire

Dans cette population souffrant de TSPT, il existe quatre fois plus de tentatives de suicide et sept fois plus de morts par suicide associé à ce diagnostic (33). Une étude réalisée en population générale retrouve 6,8% de diagnostic de TSPT vie entière et parmi cette sous-population un antécédent de tentative de suicide chez 19% des personnes et d'idées suicidaire chez 40% (34). Il existerait une association entre surmortalité et comorbidité dépressive ou addictologique dans cette population (35).

b) Dépression et troubles anxieux

La comorbidité la plus fréquente est la dépression avec 40% d'épisode dépressif caractérisé. Il existe également 17% de dépression récurrente. Certains auteurs ont

décrit trois types de dépression associés au psychotraumatismes (36). La première forme se manifeste par une fatigue prédominante avec cognitions négatives, troubles intellectuels et repli social. La deuxième forme est constituée d'abus de toxiques avec une insertion sociale précaire et des actes médico-légaux. La dernière forme se caractérise par une somatisation avec des douleurs labiles, une charge anxieuse élevée avec sentiment de malaise diffus et apparition de troubles somatoformes.

On retrouvera également des troubles anxieux avec 61% de trouble anxieux généralisé, 18% de trouble panique et 16% de phobie sociale (4).

c) Addictions

Les comorbidités addictives sont particulièrement présentes au sein de cette population avec 13,5% de troubles liés à l'alcool et 11,5% de troubles liés à la consommation de drogue (36).

Les addictions sont considérées comme étant des conduites dissociantes dans cette population, avec une recherche d'anesthésie émotionnelle afin d'éviter la réactivation de la mémoire traumatique ou afin de diminuer la symptomatologie traumatique (37).

d) Conséquences socioprofessionnelles

Il existe un impact sur le fonctionnement social, familial et professionnel, avec tendance à l'isolement et des conséquences tel que divorces, instabilité professionnelle, perte d'emploi, retrait des relations sociales.

D. Facteurs de risque

Chaque personne présente une vulnérabilité différente face à un événement traumatique. Les réactions neurobiologiques et comportementales varient en fonction des individus. En effet, l'évolution vers un TSA voire un TSPT après un événement traumatique n'est pas systématique, les personnes seront plus ou moins atteintes

par l'exposition. Ainsi, il est reconnu que certains facteurs individuels et environnementaux prédisposent à une évolution défavorable. Il paraît donc important de prendre en compte ces facteurs lors de l'évaluation aux urgences des patients ayant été exposés à un EPT. Cela permettrait de repérer les personnes les plus à risque de développer des pathologies psychiatriques telles qu'un TSA et par la suite un TSPT.

1. Facteurs de risque liés au patient

(1) Antécédents

Parmi les facteurs de risques associés à l'apparition et au développement d'un TSPT on retrouve les antécédents psychiatriques personnels et familiaux. Selon certains travaux il y aurait une corrélation entre intensité de la détresse péri-traumatique et antécédents familiaux (38).

Concernant les antécédents personnels, cela comporte les antécédents psychiatriques personnels, les événements de vie antérieurs négatifs et les expériences traumatiques antérieures (39).

(2) Sexe féminin

La proportion de personnes de sexe féminin atteintes de TSPT suite à un événement traumatique semble être deux fois supérieure à celles de sexe masculin, tout événement confondu (36).

2. Facteurs de risque liés à l'environnement

(1) Isolement social

Il est décrit qu'un isolement social est un facteur de risque de développer un TSPT en raison d'un faible soutien social perçu par la personne.

(2) Niveau socio-économique

De la même manière un niveau socio-économique bas est un facteur de risque dans la mesure où ces patients peuvent manifester un niveau élevé de symptômes dissociatif et d'évitement, avec des stratégies d'adaptation peu efficaces et un soutien social plus faible (40).

3. Facteurs de risque péri-traumatique

(1) Evénement

La nature de l'événement et son caractère imprévisible et intentionnel, sa durée et la proximité de l'exposition de la victime sont des facteurs de risques péri-traumatiques de psychotraumatisme.

L'intensité de la menace vitale perçue, la gravité ressentie de l'événement, notamment en cas blessure physique sont également des facteurs prédictifs.

(2) Symptomatologie péri-traumatique

La dissociation péritraumatique est également reconnue comme étant un facteur prédictif majeur, avec un risque de TSPT multiplié par trois retrouvé dans plusieurs études (40)(41).

Les réactions émotionnelles et cognitives telles que la détresse péritraumatique, la panique et l'effroi vont faciliter la constitution de troubles psychotraumatiques, notamment en instaurant un climat d'hyperadrénergisme péri-traumatique qui empêche la consolidation mnésique (42).

4. Facteurs de risque post-traumatique

Un soutien social de mauvaise qualité, la présence de séquelles physiques ou de distorsions cognitives et pensées dysfonctionnelles (tel qu'un sentiment de culpabilité) sont des facteurs qui renforceront le noyau traumatique.

De même, l'apparition précoce de symptôme psychotraumatique, la survenue d'événements de vie négatifs (tel qu'un décès ou une perte d'emploi), sont également des facteurs de risque (40).

5. Spécifiques à l'enfant

(1) L'enfant

Concernant l'enfant on retrouve les troubles du comportement et de la régulation émotionnelle ainsi que le jeune âge, en effet la tolérance à l'activation neurovégétative augmente avec l'âge. Il existe également des stratégies de coping et de compréhension du traumatisme plus faible (38).

(2) La famille

On relève également les conflits familiaux et les réactions négatives des parents au traumatisme comme facteurs de risque (38).

Deuxième partie : Etat des lieux sur la prise en charge précoce du psychotraumatisme.

I. La prise en charge médicale précoce

Lors de l'exposition à un événement traumatique, il existe la plupart du temps une prise en charge médicale aux urgences, avec parfois une intervention en amont par les pompiers ou le SAMU.

Dans certains cas, il existe des interventions précoces pré-hospitalières via des cellules d'urgences médico psychologiques (CUMP).

Nous allons donc détailler le parcours du patient juste après l'exposition à un événement traumatique et les différentes prises en charges possibles dans les jours et les semaines qui suivent l'événement.

A- Les Cellules d'Urgences Médico-Psychologique (CUMP)

1. Création et législation

Les CUMP ont été créés en 1995, suite à plusieurs attaques terroristes ayant eu lieu en France, notamment l'attentat du RER de Paris (43). L'objectif était de doter le SAMU d'un dispositif de soins dédié aux blessés psychologiques victimes d'une catastrophe, d'un attentat ou d'un accident collectif.

Suite à cela deux circulaires sont mises en place afin d'encadrer leur rôle, l'une en 1997 et l'autre en 2003 (44). Le cadre réglementaire de l'urgence médico-psychologique a ensuite été renforcé par le décret du 6 octobre 2016 suite à une vague d'attentat sur le sol Français pour optimiser l'organisation des soins des patients lors de situations sanitaires exceptionnelles.

2. Rôle

Les CUMP interviennent lorsqu'un groupe d'individu est exposé à un ou plusieurs événements traumatiques. En pratique, elles interviennent lors de catastrophes ou d'évènements impliquant un grand nombre de victimes susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques (43).

Leur objectif est de permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate des victimes afin d'éviter l'installation de troubles de stress post-traumatique (44).

Leurs différentes missions sont (43) :

1- Prodiger des soins médico-psychologiques immédiats et post-immédiats aux victimes et à toutes personnes impliquées dans l'événement. Pour cela, les professionnels de la CUMP vont fournir les premiers soins immédiatement après l'événement en intervenant sur place. Une intervention rapide pré-hospitalière est assurée par des médecins psychiatres, psychologues et infirmiers préalablement formés. Ces cellules sont déployées au plus proche des blessés psychiques, et donc de l'endroit où a eu lieu l'événement traumatique. Les professionnels de la CUMP vont ensuite orienter les patients vers la chaîne de soins des blessés psychiques.

2- Organiser, en lien avec le SAMU, une réponse médico-psychologique téléphonique afin d'apporter une réponse adaptée aux victimes.

3- Délivrer un certificat médical descriptif des symptômes médico-psychologiques aux victimes et leur remettre une note d'information conformément aux modèles nationaux. Elles vont également assurer la traçabilité des victimes prises en charge.

3. Organisation

L'Agence Régionale de Santé (ARS) organise le dispositif de l'urgence médico-psychologique et s'assure de la mobilisation des CUMP de la région et des départements (44). L'ARS veille à ce que chaque établissement de santé siège de SAMU comporte une CUMP dite « CUMP départementale », constituant une unité fonctionnelle rattachée au SAMU. L'ARS s'assure aussi que ce dispositif formé par

les CUMP départementales couvre l'ensemble du territoire régional. L'ensemble des CUMP départementales est coordonné par la CUMP régionale référente, elle-même coordonnée par la CUMP zonale de référence. Tout ce dispositif s'intègre dans l'organisation du réseau national des CUMP. La CUMP est coordonnée par un psychiatre référent, responsable de l'unité fonctionnelle CUMP, qui est désigné par l'ARS (43).

B- Le Defusing

Le defusing fait partie de l'intervention immédiate et se déroule dans les heures après l'exposition à un événement traumatique. Il peut se faire sur le lieu de l'événement en cas d'intervention d'une CUMP ou aux urgences.

Le defusing est un temps permettant à la victime d'exprimer son ressenti de l'événement. L'interlocuteur du patient aura alors comme rôle de valider ce ressenti. Les cliniciens considèrent qu'il est alors trop tôt pour le récit de l'événement, ce temps d'intervention se base sur l'expression d'émotions et correspond à une des techniques de « déchoquage émotionnel » (45). Cela va également être l'occasion de rechercher des symptômes d'état de stress dépassé et de dissociation péri traumatique et de faire de la psycho-éducation concernant les symptômes que peut présenter la personne. Enfin il est possible de proposer une thérapeutique médicamenteuse adaptée et une orientation pour la suite de la prise en charge.

L'un des principales objectifs du defusing est de repérer la personne ayant vécu l'expérience sur un mode traumatique, auquel cas il conviendra de l'inciter à se diriger vers un parcours de soin.

Plusieurs auteurs considèrent que l'intervention immédiate et le defusing ont un rôle pré-thérapeutique facilitant l'accès aux soins dans un second temps (46).

C- Psycho-éducation

Il est important d'intégrer à cette prise en charge précoce un temps de psycho-éducation. Cette technique est généralement une des étapes soit du defusing en immédiat, soit du débriefing en post-immédiat. Elle consiste en l'explication des réactions physiques et émotionnelles que peuvent présenter le patient suite à l'exposition à l'événement traumatique. Cela passe par l'information sur les symptômes pouvant survenir dans les jours et semaines à venir, notamment les signes d'ESA et TSPT, et les règles hygiéno-diététiques à respecter (éviter les consommations d'alcool, de benzodiazépine et de toxique). La psycho-éducation a comme finalité de pouvoir donner du sens à ce qu'est en train de vivre le patient. Cette étape est primordiale car elle permet non seulement de diminuer l'apparition de biais cognitif et de pensées dysfonctionnelles qui pourraient survenir par la suite et compliquer la prise en charge du TSPT, mais également d'augmenter le sentiment de contrôle en favorisant les capacités d'adaptation.

Les supports utilisés peuvent être multiples : entretien individuel, vidéo, séances de groupe homogène avec des participants ayant vécu le même événement, plaquette d'information, etc...

D- Intervention post-immédiate et débriefing

Le terme de débriefing peut être utilisé pour qualifier différents types d'interventions dont le débriefing psychologique individuel, le débriefing en groupe et le débriefing opérationnel. Ce dernier s'adresse à une population particulièrement exposée comme un groupe militaire d'intervention de première ligne (47).

En France, le terme d'IPPI (Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate) évoque un des programmes d'intervention post-immédiate utilisé par les CUMP, qui

a été développé pour des sujets en souffrance psychique suite à un événement traumatogène.

Il existe plusieurs étapes, dont une expression spontanée de l'expérience de l'événement et de son vécu émotionnel et une étape de psychoéducation.

Ce type d'intervention se déroule théoriquement entre 48 heures et les quinze jours suivant l'événement traumatogène et son indication est à évaluer au cas par cas.

L'utilité des interventions type debriefing est parfois débattue, les recommandations 2010 de la VA/DoD et 2005 de NICE (National Institute of Clinical Excellence) le déconseillaient pour prévenir l'apparition d'un TSPT. Cependant, les recommandations 2018 de la NICE proposent de reconsidérer positivement l'utilité de cette intervention (9)(10).

E. Interventions psychothérapeutiques précoces

1. Les thérapies cognitivo-comportementale (TCC)

Différentes techniques de psychothérapies peuvent être utilisées dans le psychotraumatisme en cas de symptômes d'état de stress aigu telles que:

- La psychoéducation
- Les techniques de gestion de l'anxiété telles que la sophrologie et la régulation respiratoire
- La restructuration cognitive qui consiste à travailler sur les pensées dysfonctionnelles comme une culpabilité excessive
- La thérapie d'exposition graduelle et prolongée (lecture de scénario et exposition in vivo)

Ainsi, les Thérapies Cognitivo Comportementale (TCC) et plus précisément la thérapie par exposition prolongée, présenteraient un réel intérêt dès la phase d'ESA et dans les 3 premiers mois qui suivent l'événement (48).

Une revue systématique de la littérature publiée en 2013 a étudié les interventions psychologiques les 3 premiers mois suivant un événement traumatique chez des personnes présentant un ESA et un TSPT. Sur les 19 essais randomisés contrôlés recensés, 17 proposaient comme traitement des interventions psychothérapeutiques, dont 7 une thérapie comportementale et cognitive. Il s'agissait de la stratégie la plus étudiée, retrouvant une efficacité dans cette indication (49).

Une revue Cochrane de six études datant de 2010 confortait l'idée que la TCC centrée sur le psychotraumatisme était plus efficace que la thérapie de soutien et qu'une absence de thérapie (liste d'attente) le premier mois, chez des patients présentant des symptômes d'ESA (50).

Une étude a été publiée en 2013 avec 242 personnes exposées à un événement traumatique avec des signes d'ESA en randomisant les patients en cinq bras : 63 dans le groupe TCC avec thérapie d'exposition, 40 dans le groupe TCC avec restructuration cognitive, 46 dans le groupe escitalopram et placebo et 93 dans le groupe liste d'attente. Les auteurs retrouvaient une efficacité de la thérapie d'exposition et de la restructuration cognitive pour prévenir le développement d'un TSPT. Concernant le groupe escitalopram et placebo les résultats étaient équivalents (respectivement 61,9 et 55,6% de TSPT) et avaient de moins bons résultats que la TCC (51).

Une autre étude de 90 patients avec un ESA, datant de 2008, comparait 3 groupes randomisés de 30 patients chacun : Thérapie d'exposition versus Thérapie de restructuration versus placebo. Les résultats font état de taux de TSPT plus faibles dans les groupes TCC et d'une efficacité supérieure de la thérapie d'exposition (TSPT à 6 mois : 33% thérapie d'exposition, 63% restructuration cognitive, 77% placebo) (52).

Selon le guide de recommandations cliniques n°26 de la NICE (National Institute of

Clinical Excellence), une TCC individuelle centrée sur le trauma devrait être proposée dans le mois qui suit le traumatisme à tous les patients présentant une symptomatologie post- traumatique (53). La mise à jour de la NICE en 2018 précise que les données récentes de la littérature renforce cette indication notamment concernant la thérapie comportementale dialectique (TCD) (10).

Les autres guidelines (Phoenix 2013, OMS 2013, The VA/DoD Clinical Practice Guideline 2017) recommandent une TCC individuelle type thérapie d'exposition ou thérapie de restructuration cognitive pour traiter les patients présentant un ESA dans le mois qui suit l'exposition à l'événement traumatique (9) (54).

Les principales limites de ces techniques de psychothérapie sont l'adhésion aux soins et l'implication que cela nécessite, mais aussi le fait qu'elles peuvent provoquer une recrudescence anxieuse et une majoration transitoire des symptômes psychotraumatiques chez le patient (55).

2. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

La thérapie EMDR a été développée aux Etats-Unis dans les années 1990 par la psychologue Francine Shapiro. Elle repose sur une stimulation sensorielle bi-alternée (droite-gauche) qui se pratique par mouvements oculaires, stimuli auditifs ou tactiles(56). L'objectif de cette thérapie est de traiter les souvenirs, pensées, sensations et émotions associées liés à l'événement traumatique, en y associant des stimulations bilatérales alternées lors de séance individuelle.

Un protocole spécifique intitulé le R-TEP (Recent - Traumatic Episode Protocol) existe afin de traiter les traumatismes récents dans les 3 mois suivant l'événement traumatique. Le déroulement des séances d'EMDR reste le même, mais la procédure est adaptée pour être utilisée en restant centrée sur un évènement en particulier.

Plusieurs études ont été faites prouvant l'efficacité de l'EMDR dans le psychotraumatisme. En effet, une étude rétrospective de 2018 avec 618 patients a trouvé une amélioration des symptômes chez 65,8% des patients traités moins d'un mois après l'événement et une amélioration de 64% chez les personnes traitées plus d'un mois après l'événement (57).

Aussi, dans un essai clinique publié en 2015 avec 17 patients, présentant des signes d'ESA après avoir vécu une attaque aérienne, randomisait les patients en deux groupes : un groupe avec un protocole EMDR immédiat et un groupe « liste d'attente ». Les résultats ont été en faveur du groupe EMDR avec une différence significative (58).

Cependant, l'efficacité de cette technique sur les signes d'ESA restent controversés et elle n'est pour l'instant pas recommandée par les sociétés savantes pour cette indication.

En revanche, elle est validée dans la prise en charge des TSPT et recommandée par plusieurs sociétés savantes (American Psychological Association, Practice Guidelines for the Treatment of PostTraumatic Stress Disorder, NICE, la VA/DOD (The Department of Defense (*DoD*) and Veterans' Affairs (VA)) (9)(54)(59).

F. Les urgences psychotraumatiques

1. L'état dissociatif

Un état dissociatif est composé de plusieurs types de symptômes comme nous l'avons vu précédemment. C'est une situation extrêmement angoissante à vivre pour une personne dans la mesure où elle ressent une perte de contrôle complète de son corps et de son psychisme (8).

Bien que la dissociation cède le plus souvent spontanément il est important de recourir à une phase d'observation et de surveillance clinique dans un

environnement sécurisé auprès de professionnels formés. Ainsi, il est rassurant pour la victime de se reconnecter à son environnement présent, en lui rappelant le lieu, la date et l'heure, et en insistant sur le fait qu'elle est désormais dans un milieu sécurisé. Pour l'aider à sortir de la décorporalisation, on peut lui demander de se concentrer sur ses sensations corporelles, en posant les pieds sur le sol et en inspirant profondément. Lorsque le niveau d'anxiété est trop élevé, il est possible de proposer un traitement médicamenteux anxiolytique type Atarax 25 mg afin de l'accompagner vers une réduction progressive du niveau de stress.

Dans cette situation, il est important d'accueillir simplement ses propos et ses émotions, sans chercher à modifier d'éventuelles pensées dysfonctionnelles concernant l'événement traumatique. Une hospitalisation en psychiatrie peut parfois être nécessaire, si l'état dissociatif se maintient au-delà de plusieurs heures malgré une prise en charge adaptée.

2. La crise suicidaire psychotraumatique

Un état de crise se définit comme une période de déséquilibre intense suite à un ou des événements déclencheurs avec une recherche de solutions et des stratégies d'adaptation qui s'avèrent infructueuses (60). A l'acmé de la crise psychotraumatique, il peut apparaître un risque de passage à l'acte hétéro ou auto agressif.

La crise suicidaire psychotraumatique (CSP) se distingue des autres modèles de crise suicidaire par le fait qu'elle est précipitée par un événement souvent unique, subit de manière arbitraire et violente et d'une sévérité sans précédent. Son évolution de l'état d'équilibre vers l'état de crise, avec un risque de passage à l'acte, est plus rapide que les autres modèles de crises (psychosociale ou psychopathologique) (61).

Lors d'un événement traumatique, l'intensité de la menace perçue et la réaction de terreur qui peut en découler sont considérées comme déterminantes dans le risque de survenue de CSP.

Aussi, la personne en état de crise présente diverses manifestations de détresse qui peuvent être difficiles à différencier des signes de psychotraumatisme.

Il est donc important de systématiquement poser la question de la présence d'idées suicidaires chez une personne ayant été exposée à un événement traumatique, puis d'évaluer le niveau de risque de passage à l'acte en utilisant par exemple une échelle d'évaluation type RUD (Risque-Urgence-Dangerosité). Cette échelle évalue les facteurs de risque de l'individu, ainsi que les variables qui permettent d'évaluer l'imminence et la létalité du passage à l'acte (62).

Les objectifs de l'évaluation psychiatrique consistent à désamorcer la crise, évaluer le risque suicidaire et protéger la personne.

Il convient d'offrir de la protection et d'assurer un environnement sécurisé. La position du thérapeute consiste à être à l'écoute de la détresse et à offrir une présence rassurante.

Par ailleurs, une étude prospective de 2013 chez 125 adultes survivant d'un accident de la voie publique retrouvait une corrélation entre risque suicidaire après l'accident et l'apparition de symptôme d'état de stress aigu sévère (63).

G. Interventions pharmacologiques

Une prescription médicamenteuse peut être nécessaire à la prise en charge des personnes exposées à un événement traumatique, que ce soit aux urgences ou dans les jours qui suivent. L'ESA est considéré comme adaptatif, cependant le retentissement fonctionnel peut être majeur et il existe un risque d'évolution vers un TSPT. Le but du traitement est donc de soulager le patient et de prévenir le développement d'un TSPT.

Les principales stratégies médicamenteuses neurobiologiques vont être le contrôle de l'hyperadrénergic, de l'hyperexcitation glutamatergique et de l'hyperéveil et de l'hypersensibilisation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Néanmoins, il existe des précautions de prescription à cette prise en charge précoce, notamment pour les molécules présentant un risque addictif, qui peuvent majorer les symptômes dissociatifs ou exacerber le traumatisme.

1. Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont connues pour leur risque addictif et leur effet néfaste sur l'efficacité de certaines psychothérapies. Il existe aussi un risque d'effet paradoxal et d'effet rebond de l'anxiété à leur arrêt.

De plus, certaines études suggèrent que ces molécules favoriseraient le maintien de la mémoire traumatique en modifiant l'architecture du sommeil, notamment en supprimant les phases de sommeil paradoxal (ou REM - Rapid Eye Movement) (64). Ainsi le traitement précoce par benzodiazépine augmenterait le risque de développer des symptômes de stress post-traumatique et aurait des effets cognitifs négatifs (42)(26).

Toute prescription de benzodiazépine doit alors être prudente, ponctuelle et contrôlée, en évitant leur utilisation au maximum.

2. Les anti-histaminiques

La molécule la plus utilisée est l'hydroxyzine. Cette molécule peut être utilisée dès les premières heures qui suivent l'exposition, à une posologie de 25 à 100 mg par jour. L'avantage de cette molécule est qu'elle ne présente pas de risque addictif. Cependant, en raison de l'absence d'étude de son efficacité dans l'ESA, elle est assez peu utilisée ailleurs qu'en France dans les situations précoces,.

En théorie cette molécule agirait, via les neurones anti-histaminergiques H1, sur l'hippocampe et l'amygdale. Cela permet ainsi de diminuer la mise en place des phénomènes de conditionnement au niveau de l'hippocampe et de contrôler le retentissement de l'hyperadrénergisme sur l'amygdale (42).

Dans une étude chez une population de patient souffrant de TSPT avec cauchemars comparant hydroxyzine versus prazosine versus placebo, la prazosine était la molécule la plus efficace sur l'amélioration du sommeil et la diminution des cauchemars traumatiques, avec une efficacité moindre mais supérieure au placebo pour l'hydroxyzine (65).

3. Les bêtabloquants

Les bêtabloquants, tels que le propranolol, pourraient être efficaces par l'intermédiaire de la diminution du retentissement du stress et la lutte contre l'hyperéveil. En effet, cela agit sur l'axe adrénurgique, bloque les récepteurs B-adrénurgiques du système nerveux central et évite ainsi le déclenchement de la mémoire traumatique (66). Il est parfois utilisé dans les heures suivant la survenue de l'événement, dans un délai moyen de 24 à 48h après le traumatisme pour une durée courte de 8 à 10 jours.

D'un point de vue théorique, cette molécule permettrait de bloquer la consolidation mnésique du souvenir traumatique au niveau de l'amygdale en bloquant la synthèse d'une protéine requise dans ce processus (8).

Cependant, les résultats de plusieurs études sont discordants. D'un côté, dans une revue Cochrane de 2014, trois études montraient une efficacité du propranolol en administration moins de 48h après l'événement traumatique, avec un effectif de 118 patients et des résultats qualifiés de faible niveau de preuve (67). Alors que de l'autre, une méta-analyse de 2015, incluant cinq études, ne retrouvait pas d'effet significatif du propranolol en prévention du TSPT (68). Et, une revue systématique et

métabolisme de 2019 retrouvait aussi les mêmes résultats (69).

En dehors de la prise en charge en aigu, il est également possible d'utiliser le propranolol dans la prise en charge du TSPT. Une étude randomisée et contrôlée en double aveugle avec 60 patients souffrant de TSPT suggère une efficacité du propranolol vs placebo avant des séances de psychothérapie avec réactivation de la mémoire traumatique, avec une amélioration des symptômes de TSPT après 6 semaines de traitement (70).

4. La Prazosine

Cette molécule est un antagoniste des récepteurs alpha 1-adrénergique qui sont présents au niveau du système nerveux central, notamment dans les zones de réponse à la peur et d'encodage mnésique (71). Elle bloque les récepteurs adrénergiques et permet d'éviter leur activation dans les situations de stress élevé. La prazosine est initialement indiquée comme traitement de l'hypertension artérielle et l'hypertrophie bénigne de prostate, mais elle est également utilisée en psychiatrie comme traitement des cauchemars traumatiques à la dose d'introduction de 2.5 mg sous réserve d'une tension artérielle normale. Il est possible de l'augmenter à 5 mg au bout de quelques jours si le traitement est bien toléré.

D'un point de vue théorique cette molécule permettrait de lever l'inhibition sur les noyaux générateurs du sommeil REM et de restaurer le sommeil paradoxal (24).

Dans la pratique, une étude réalisée à Lyon est en cours concernant l'efficacité de la prazosine en cure courte chez des patients présentant un ESA afin de prévenir le développement d'un TSPT à 6 mois. Cette étude s'intéresse également à l'efficacité de la prazosine sur les manifestations d'ESA. Aussi, un travail de thèse récent présente déjà les résultats préliminaires et retrouve un effet significatif au cours du temps sur la diminution du nombre de critères d'ESA, avec une diminution moyenne

de plus de 50%. Concernant le taux de TSPT à 1 mois, il est retrouvé 43% de TSPT, à comparer au taux de 75 à 80% retrouvé de façon récurrente dans la littérature (1, 2), les taux obtenus ici sont donc inférieurs. Les premiers résultats semblent donc intéressants (72).

Néanmoins, concernant son effet sur le TSPT les résultats sont contradictoires. Une revue de littérature de 2016 qui recense 12 études dont 5 essais contrôlés et randomisés, a identifié une réduction significative des cauchemars traumatiques, des conduites d'évitement et de l'hypervigilance (73). Alors qu'une étude de 2018, avec 304 militaires avec un diagnostic de TSPT randomisés en deux groupes prazosine versus placebo n'a pas retrouvé de différence significative sur les symptômes cliniques évalués par la CAPS à 10 semaines (74).

De plus, dans les études plus récentes, il existe aussi une différence. Une méta-analyse de 2019 incluant 8 études randomisées et s'intéressant à l'effet de la prazosine sur les troubles du sommeil dans le TSPT retrouvait une efficacité sur les cauchemars mais pas sur les autres symptômes de TSPT(75). Mais, une méta-analyse publiée en 2020 incluant 6 études randomisées retrouvait un effet significatif de la prazosine sur les symptômes de TSPT et particulièrement sur la qualité du sommeil (76).

5. Les Antidépresseurs

Il n'existe pas d'indication des antidépresseurs dans le premier mois qui suit l'événement. Ils pourraient même aggraver le risque de développer un TSPT en majorant la composante anxieuse au début du traitement (52).

6. L'ocytocine intra nasale

Selon une étude multicentrique publiée en 2017 avec 107 patients randomisés et contrôlés contre placebo, l'utilisation de l'ocytocine intra nasale de manière répétée et précoce après l'exposition à un événement traumatique chez des personnes ayant des niveaux de stress initialement élevés pourrait permettre de diminuer le risque de développer un TSPT par la suite (77). D'autres études sont nécessaires afin de confirmer cet effet.

7. Les Glucocorticoïdes

L'hydrocortisone a une fonction de régulation du stress endogène. Les études actuelles suggèrent que l'utilisation hors autorisation de mise sur le marché doit être possible, mais les sociétés savantes ne formulent pas de recommandation concernant son utilisation dans la prévention du TSPT, en précisant que cela nécessite des recherches supplémentaires.

La revue Cochrane de 2014, comprenant 4 études randomisées et contrôlées étudiant l'hydrocortisone avec un total de 165 patients, a conclu à une amélioration des signes de stress quelques jours après l'exposition à un événement traumatique en prévention du TSPT, avec une efficacité toutefois modérée (67).

Une méta-analyse publiée dans le Lancet en 2015, regroupant 5 études et 164 patients, mettait également en avant l'hydrocortisone comme la seule molécule ayant une efficacité prouvée dans l'ESA et la prévention du TSPT (78).

Pour finir, une méta-analyse de 2019 considérait l'hydrocortisone comme la plus prometteuse des pharmacothérapies en prévention du TSPT. Cependant, au vu des effets indésirables présentés par la molécule, l'hydrocortisone n'était recommandé que pour les personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure physique grave, peu de temps après un événement traumatique, tant qu'il n'y a pas de contre-indication (69).

8. Neuromodulation

Les techniques de neuromodulation non invasive, telles que la rTMS (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) et la tDCS (transcranial Direct Current Stimulation), ont des mécanismes d'action qui pourraient être intéressants dans la prise en charge de l'ESA. Ces techniques n'ont pas été testées à la phase aiguë de la symptomatologie post-traumatique et il n'existe actuellement pas de recommandations de prescription les concernant.

II. La prise en charge globale précoce

Il est important d'intégrer les personnes exposées à un événement traumatique dans une prise en charge globale, notamment en les accompagnant sur le plan social et juridique. La position du thérapeute consiste à être à l'écoute, à offrir une présence rassurante et à orienter le patient dans la suite de la prise en charge, en lui donnant de l'information, en lui indiquant quelles sont les ressources d'aide et comment y avoir accès. Il s'agit également de briser l'isolement et d'offrir de la protection en assurant un milieu adapté à l'état du patient, en contactant son entourage.

A- L'entourage du patient

Les réactions de l'entourage à l'issu de l'événement varient et certaines réactions peuvent renforcer le sentiment de ne pas être compris du patient. D'ailleurs, les patients qui ont une meilleure perception de l'accompagnement médico-social et ont un bon étayage familial au cours du premier mois, présentent une amélioration des symptômes psychotraumatiques (79). En effet, le soutien social apparaît comme un facteur déterminant dans la prévention des conséquences post-traumatiques.

Comme vu dans la première partie, un mauvais étayage et la perception d'une réaction négative ou un conflit avec l'entourage constitueront un facteur de risque de développer un psychotraumatisme. Il est donc important de s'assurer que l'entourage social et familial du patient a bien compris les enjeux l'importance qu'il se mobilise. Pour cela, à part si le patient s'y oppose, il convient de contacter les proches, voire de les rencontrer, afin de reprendre avec eux ce qu'il s'est passé et de les informer sur les précautions et la suite de la prise en charge. Il convient aussi d'informer les proches que l'écoute bienveillante dénuée de tout jugement est un facteur majeur pour surmonter les difficultés psychotraumatiques et s'engager sur le chemin de la résilience. Des phrases telles que « Je ne suis pas là pour te juger mais pour t'aider » ou « Je n'ai pas vécu ce que tu as vécu, je ne peux pas me mettre à ta place mais je peux au moins t'écouter » permettent de libérer la parole (80).

Le patient peut également utiliser le compte rendu des urgences et le support écrit qui aura été remis comme vecteur d'information auprès de ses proches.

De plus, la nouvelle version du DSM met en avant le risque de psychotraumatisme dans l'entourage du patient en qualité de victimes « indirectes », il est donc également important de dépister des signes de psychotraumatisme dans l'entourage du patient (16). Ces personnes, qui n'ont pas été exposées directement à l'événement traumatique, peuvent éprouver un sentiment d'illégitimité ou de culpabilité concernant leurs symptômes.

L'attitude des soignants face aux proches est donc à adapter en fonction de la situation et de leur réaction, mais il constitue un facteur indispensable de la prise en charge.

B- La prise en charge sociale

Un accompagnement social est proposé au cours de la prise en charge aux urgences, avec la possibilité d'une orientation vers les associations d'aides aux victimes pour une aide psychologique et un accompagnement dans les démarches sociales et juridiques.

Aussi, cette prise en charge sociale est particulièrement importante dans le cadre de violence sexuelle et de violence conjugale. En effet, les formes des violences au sein du couple sont multiples et peuvent coexister, en créant un climat de peur et de tension qui peut rendre difficile le dépôt de plainte ou l'éventuel procès pour la victime. Il est donc nécessaire que lors de leur passage aux urgences, les victimes reçoivent une écoute, une information et une orientation vers des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge sociale.

C- La procédure médico-judiciaire

Dans le contexte d'une infraction pénale avec un agresseur présumé, il est important de souligner que la symptomatologie psychotraumatique peut compliquer le parcours judiciaire des victimes. En effet, le mauvais encodage mnésique voire l'amnésie dissociative de l'événement, la perte des repères temporo-spatiaux ou encore la sidération psychique, peuvent rendre le dépôt de plainte ou le procès difficile pour la victime. De plus, il peut être compliqué pour une personne de se sentir légitime au statut de victime lorsqu'il n'existe pas forcément de dommages physiques.

Bien qu'il ne faille pas confondre justice et thérapie, il apparaît cependant primordial que le statut de victime soit reconnu, afin que la personne puisse secondairement s'en défaire et aller de l'avant (81).

III. Aux urgences du CHU de Lille

Les deux types de situations les plus fréquemment rencontrées aux urgences sont l'arrivée de patients juste après l'exposition à un événement traumatique ou quelques jours voir semaines après l'événement.

A- Fonctionnement actuel

Actuellement, chaque service d'accueil des urgences a son propre fonctionnement concernant la prise en charge des personnes exposées à un événement traumatique.

Au CHU de Lille, il existe une équipe permanente de psychiatrie composée d'un interne de psychiatrie, d'un infirmier et d'un praticien hospitalier de psychiatrie. Cette équipe est présente 24h/24 et 7 jours sur 7 aux urgences. Elle donne des avis en fonction des demandes des différents secteurs des Urgences, du déchoc médical et de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée post-urgence (UHCD). L'évaluation psychiatrique des personnes exposées à un événement potentiellement traumatique n'est pas systématique et nécessite que l'équipe de psychiatrie soit interpellée par un membre du personnel médical ou paramédical.

Le personnel médical et paramédical a été questionné lors des sessions de sensibilisation sur les critères les poussant à demander un avis psychiatrique dans cette situation. En pratique, la demande d'avis psychiatrique est variable en fonction du professionnel et de sa formation. Il est parfois demandé systématiquement par certains professionnels, ou uniquement si le patient en fait la demande ou encore lorsque le patient est décrit comme présentant un effroi, une peur intense, un effondrement thymique. Plusieurs soignants rapportaient qu'ils ne demandaient un avis psychiatrique qu'en cas d'exposition à un événement traumatique chez une

patient ayant des antécédents psychiatriques ou lorsqu'une personne verbalise des idées suicidaires.

Cela met en évidence que les troubles psychotraumatiques sont encore méconnus et sous-estimés par les professionnels de santé, et que l'évaluation du retentissement psychologique et psychiatrique dépend de la sensibilité du professionnel qui prend en charge le patient.

De plus, il existe une procédure spécifique aux Urgences du CHU de Lille concernant les victimes de violences conjugales, avec, entre autres, une évaluation psychiatrique et sociale lors d'un entretien avec l'infirmier psychiatrique au minimum.

La plupart des victimes d'événement traumatique qui sont amenées aux urgences et qui s'en sortent indemnes de toute blessure physique sont actuellement peu prises en charge sur le plan psychologique, bien qu'il soit prouvé qu'une prise en charge précoce permette de réduire l'intensité des symptômes psychotraumatiques et le développement d'un TSPT, comme nous l'avons vu précédemment (49).

B- Outils d'évaluation

A ce jour, il n'existe donc actuellement pas de procédure standardisée aux urgences du CHU de Lille pour l'évaluation psychiatrique des personnes victimes d'un événement traumatique, en dehors des situations de violences conjugales.

Néanmoins, différentes échelles d'évaluation de la symptomatologie psychotraumatique existent et sont utilisables juste après l'exposition à un événement traumatique. Ces échelles d'évaluation ne sont pas utilisées de manière systématique par l'équipe de psychiatrie des urgences alors qu'elles peuvent permettre une évaluation standardisée afin d'apprécier l'état clinique du patient. Au

décours de cette évaluation, une prise en charge adaptée est proposée en fonction des résultats de l'évaluation.

Les échelles les plus reconnues juste après un événement traumatique pouvant être utilisées aux urgences sont :

- L'inventaire de Détresse Péritraumatique (PDI). Il est composée de 13 items, chacun coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Cette échelle est utilisable juste après un événement traumatique et dans les heures qui suivent (82). Elle évalue les réactions physiques et émotionnelles pendant l'événement traumatique. La somme des réponses à chaque item nous donne un résultat avec un seuil généralement fixé à 15, qui témoigne d'une détresse significative. Les personnes avec une détresse péritraumatique intense sont plus à risque de développer un TSPT. Cette échelle est disponible en Annexe IA.

- Le Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique

(PDEQ) évalue la symptomatologie dissociative pendant l'événement et dans la période qui suit. Il contient 10 items, chaque item va être coté de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai). La symptomatologie dissociative est significative si le score est supérieur à 15. La dissociation étant le principal facteur de risque de développer un psychotraumatisme, le repérage de ces symptômes est primordial (82). Cette échelle est disponible en Annexe IB.

C- Orientation au décours des urgences

Suite au passage aux urgences, plusieurs orientations sont possibles dont l'orientation vers le médecin généraliste ou vers les centres régionaux du psychotraumatisme.

1- Le Médecin Généraliste

Le médecin généraliste est un maillon important de la santé publique et de la prévention de l'apparition du TSPT et de sa prise en charge. Il est acteur dans le suivi, l'orientation et la prise en charge globale du patient.

Dans le cadre des événements du quotidien, tels que les AVP, agressions et violences, le médecin généraliste est parfois le seul intervenant du système de soins. En effet, la plupart des personnes ayant été exposées à un événement traumatique et développant un TSPT ne consulteront pas de psychiatre en premier lieu. Cela peut notamment s'expliquer par le vécu stigmatisant d'une consultation en psychiatrie dans l'opinion de la population générale.

Suite aux attentats sur le sol Français en 2015, l'étude I.M.P.A.C.T.S. (Investigation des Manifestations traumatiques Post Attentats et de la prise en Charge Thérapeutique et de Soutien) a confirmé l'importance de la place du médecin généraliste lors d'une exposition à un événement traumatique (83). Cette étude a évalué le devenir des personnes directement menacées, présentes sur place, témoins à proximité et endeuillées. Moins de la moitié des personnes recrutées dans l'enquête ont eu accès à une prise en charge psychologique en péri-traumatique et seul 4% des personnes menacées directement ont spontanément consulté un professionnel du domaine de la santé mentale à ce sujet, alors que 30% de cette population présentaient une TSPT. Cela souligne la place des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de cette pathologie (83)(84).

Il est donc nécessaire d'orienter le patient auprès de son médecin généraliste et d'informer celui-ci de l'événement, afin d'assurer la continuité des soins et de centraliser la prise en charge, et si besoin, lui accorder un arrêt maladie.

2- Les Centres Régionaux du Psychotraumatisme

- Parcours de soin

Aux Urgences du CHU de Lille, à l'issue de l'entretien, le patient se voit remettre une fiche d'information avec une conduite à tenir en cas d'apparition de symptôme de stress aigu, ainsi que les coordonnées du Centre Régional du Psychotraumatisme (CRP) pour une prise en charge spécifique. Dans le cas où un débriefing doit avoir lieu, cela se fera aux Urgences ou au CRP.

- Organisation

Le CRP des Hauts de France se situe à l'hôpital Fontan 1, dans l'enceinte du CHU de Lille. Les CRP ont pour vocation d'offrir des lieux de prise en charge spécialisés pour les personnes victimes de psychotraumatismes, indépendamment de la nature du traumatisme vécu (physique ou psychique, résultat d'un accident, de violences, de maltraitance...) ou des populations concernées (enfants, adultes, civils, militaires, avec handicap, migrants, ...) (85). Ainsi, l'équipe du CRP se compose de différents professionnels (médecins, psychologues, infirmiers) et propose différentes prises en charge spécifiques pour les personnes ayant été exposées à un événement traumatique.

IV. Conclusion de l'état des lieux de la littérature

Après analyse de la littérature et des recommandations actuelles des sociétés savantes, il ressort que les psychotérapies sont recommandées en première intention

pour traiter l'ESA et prévenir le TSPT (10).

L'EMDR semble être une approche psychothérapeutique prometteuse mais qui n'est pour l'instant pas recommandée par les sociétés savantes dans la prise en charge de l'ESA (9)(54).

Concernant les traitements médicamenteux pour la prise en charge précoce des personnes exposées à un événement traumatique, il n'a pas été retrouvé de données de la littérature permettant de recommander formellement un traitement en dehors de l'hydrocortisone uniquement dans les premières heures et dans des situations précises (69).

Il apparaît donc que l'accès à une psychothérapie devrait être la stratégie thérapeutique de première intention. Tandis que des recherches supplémentaires sont en cours afin d'explorer les traitements médicamenteux efficaces dans la prise en charge de l'ESA.

Troisième partie : Travail de sensibilisation aux urgences

I. Objectif

L'objectif principal de ce travail était de sensibiliser les équipes des urgences à la prise en charge précoce des patients exposés à un événement traumatique puis d'évaluer la valeur ajoutée pédagogique de cette approche.

L'objectif secondaire était d'apprécier l'évolution des demandes d'avis psychiatrique pour cette population de patient auprès de l'équipe de psychiatrie des urgences.

L'hypothèse de ce travail était qu'un travail de sensibilisation auprès des équipes des urgences permettrait un meilleur repérage et adressage vers l'équipe de psychiatrie des urgences de cette population à risque de développer des troubles psychiatriques.

II. Matériel et méthode

A. Population cible

Les sessions de sensibilisation concernaient l'ensemble des personnels soignants médicaux et paramédicaux des urgences du CHU de Lille. La participation se faisait sur la base du volontariat, toutes les personnes étaient conviées, sans critère d'exclusion et l'information a été relayée par les cadres des urgences. Les sessions ont eu lieu dans une salle située dans le service des urgences, durant les heures de changement de poste, ce qui a permis un plus grand nombre de participant.

B. Protocole

Plusieurs actions ont été mises en place afin de sensibiliser les équipes des urgences à la prise en charge du psychotraumatisme.

- La création d'une vidéo commentée de sensibilisation
- Des sessions de formations destinées à l'ensemble des équipes des urgences
- Un mail contenant des informations sur le psychotraumatisme et sa prise en charge aux urgences
- Une fiche récapitulative affichée dans les bureaux des urgences

1. Vidéo commentée

Une partie de mon travail de thèse a consisté à créer une vidéo commentée de sensibilisation au psychotraumatisme et à sa prise en charge. J'ai réalisé cette vidéo via un diaporama initial de huit slides que j'ai ensuite enregistré sous forme de vidéo avec un prise de commentaires oraux au sein du studio d'enregistrement de la faculté de médecine de Lille.

L'objectif était de créer une vidéo concise et résumant les points importants. Elle dure en tout 5 minutes et 26 secondes.

La vidéo a été présentée aux équipes des urgences lors des session de sensibilisation puis a été mise à disposition via un lien youtube privé et transféré aux équipes par mail avec un complément d'information sur le psychotraumatisme et sa prise en charge. Le lien youtube de cette vidéo est disponible en Annexe III.

Le début de cette vidéo présente la définition du psychotraumatisme, les différents types d'événement traumatique ainsi que l'épidémiologie et les enjeux de santé publique. Par la suite, la vidéo présente la clinique du psychotraumatisme pouvant être rencontré aux urgences, avec les signes péritraumatiques dont les états de

stress dépassé et met l'accent sur la dissociation péritraumatique et le fait que cette symptomatologie peut être difficile à repérer et perçue comme difficile à appréhender par les équipes. Sont également présentés les signes de stress aigu et de stress post traumatique. De plus, un point est fait sur les conséquences du TSPT au long terme, en insistant sur l'importance du dépistage et de la prise en charge précoce des personnes souffrant de psychotraumatisme afin d'éviter l'apparition et le développement de ce type de trouble. A la fin de la vidéo, il est présenté la prise en charge possible aux urgences, avec notamment l'importance de repérer les idées suicidaires et l'intérêt d'une évaluation psychiatrique systématique.

2. Sessions aux urgences

Concernant les sessions de sensibilisation, elles ont eu lieu au sein d'une salle de réunion des urgences, avec une durée moyenne de 30 minutes comprenant le visionnage systématique de la vidéo commentée en début de séance puis un approfondissement de certains points et enfin une discussion autour de cas rencontrés par les participants.

Sur un total de 69 participants il y a 19 médecins praticien-hospitalier (9 en présents et 10 en visioconférence), 4 internes et 4 externes, 24 infirmier(e)s dont 4 cadres de santé et 18 aides-soignants.

Lors des sessions nous étions toujours deux intervenants. En effet, une praticienne hospitalière et un assistant des hôpitaux travaillant au CRP m'ont accompagné durant les différentes sessions.

Les sessions se sont déroulées pour la grande majorité au cours du mois de Mai 2021. Concernant la proportion des effectifs totaux par métier des urgences ayant assisté aux sessions, 24 infirmiers (16,9%), 18 Aide-soignant (15,9%), 19 PH (54%)

ainsi que 4 internes (25%) et 4 externes (50%) ont pu assister aux sessions de sensibilisation.

3. Mail et fiche récapitulative

A l'issue de ces formations un mail a été envoyé aux différents cadres des urgences. Puis, ce mail a été distribué à l'ensemble du personnel des urgences du CHU de Lille (brancardier, AS, cadre, hôtesse, ide, médecin). Il rappelait la définition d'un événement traumatique telle que défini par le DSM-V, et l'importance de prévenir l'équipe de psychiatrie des urgences du CHU de Lille.

Il contenait également le lien privé youtube de la vidéo commentée, ainsi que deux autres liens youtubes, une vidéo sur le TSPT réalisée par le CN2R et une vidéo sur la sidération et la dissociation psychique lors de l'exposition à un événement traumatique.

Une fiche a également été affichée dans les bureaux des infirmiers de la zone d'accueil et d'orientation des urgences, au déchocage médical et chirurgical des urgences, au circuit court et dans les différents bureaux médicaux et infirmiers des urgences pour sensibiliser les équipes à l'appel de l'équipe de psy. Cette fiche est disponible en Annexe IV.

C- Outils d'évaluation

L'évaluation des sessions de sensibilisation qui ont été dispensées aux équipes des urgences au cours de ce travail s'est faite de deux méthodes :

1- Un questionnaire a été rempli par toute personne ayant assisté aux sessions, au début et à la fin de la session afin d'évaluer l'objectif principal de ce travail. Tous les questionnaires étaient en format papier et anonymes.

2- Une analyse des demandes d'avis psychiatrique aux urgences a été faite avant et au décours des sessions de sensibilisation afin d'évaluer l'objectif secondaire de ce

travail.

Les demandes d'avis psychiatrique aux urgences après la formation ont également été comparées aux demandes à la même période de l'année dernière.

La récupération des données s'est faite via les registres de demandes d'avis psychiatrique des urgences, par leur version informatique (tableau excel) et papier (classeur). Dans ces registres sont référencés les demandes d'avis psychiatrique par l'équipe de psychiatrie des urgences avec à chaque fois l'identité du patient, le motif de la demande, le codage diagnostique DSM-V, ainsi que l'orientation du patient.

D- Analyse statistique

Concernant les résultats du questionnaire, il s'agit de variables appariées. Une analyse statistique par un test Mc Nemar a été effectué lorsque le nombre total de couples discordants était suffisamment important (un effectif de 10 était retenu).

Quand ces critères n'étaient pas remplis, un test exact de Fischer a été utilisé.

Concernant l'analyse de l'évolution du nombre de demandes d'avis psychiatrique, il s'agit de variables indépendantes, un test du khi-deux a été utilisé quand les effectifs étaient supérieur à 5. Lorsque ces conditions n'étaient pas remplies un test exact de Fischer a été utilisé.

Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R.

IV. Résultats

A. Les questionnaires passés lors des sessions de sensibilisation

Les 69 participants ont pu remplir le questionnaire au début de la session et à la fin, en dehors des 10 médecins qui y ont assisté en visioconférence.

Le questionnaire est disponible en annexe V.

Concernant les résultats du questionnaire, 59 personnes ont donc répondu aux questionnaires avant et après la présentation. On dénombrait 9 médecins praticien, 4 internes et 4 externes, 24 infirmier(e)s (dont 4 cadres), 18 aides-soignants.

Les réponses aux questionnaires ont été classées dans le tableau 1 en détaillant les résultats des cinq questions, avant et après la session. Les personnes ayant assisté à la formation ont été classées en 4 groupes : G1 Praticien hospitalier (PH), G2 Etudiants (internes et externes), G3 Infirmiers et G4 Aides-soignants.

	Avant la présentation	Après la présentation	p
Q1 Cours sur le psychotraumatisme	G1 PH : 4 (44%) G2 Etudiants : 2 (20%) G3 Infirmiers : 9 (37,5%) G4 Aides-soignants : 4 (22%)	100% pour tout les groupes	p= 0,02 p= 0,006 p= 0,0003 p= 0,0005
Q2 Détection d'un événement traumatique	G1 : 5 (55%) G2 : 1 (12,5%) G3 : 9 (37,5%) G4: 10 (55%)	G1 : 9 (100%) G2 : 5 (62%) G3 : 24 (100%) G4: 14 (77%)	p= 0,08 p= 0,02 p= 0,0003 p= 0,13
Q3 Signes de gravité d'un psychotrauma	G1 : 4 (44%) G2 : 0 G3 : 4 (16%) G4: 12 (66%)	G1 : 9 (100%) G2 : 7 (87%) G3 : 20 (83%) G4: 18 (100%)	p= 0,02 p= 0,001 p= 0,0001 p= 0,04
Q4 Recherche d'idées suicidaires	G1 : 6 (66%) G2 : 4 (50%) G3 : 18 (75%) G4: 9 (50%)	G1 : 9 (100%) G2 : 8 (100%) G3 : 23 (95%) G4: 13 (72%)	p= 0,20 p= 0,07 p= 0,09 p= 0,3
Q5 Orientation vers l'équipe de psychiatrie	G1 : 8 (88%) G2 : 4 (50%) G3: 21 (87%) G4: 11 (61%)	G1 : 9 (100%) G2 : 8 (100%) G3 : 24 (100%) G4: 14 (77%)	p= 1 p= 0,07 p= 0,23 p= 0,47

Tableau 1 : Résultats du questionnaire

- Q1 « Avez-vous déjà eu un cours sur le psychotraumatisme » : Avant cette présentation, seuls 9 infirmier(e)s, 4 médecins PH et 2 internes avaient déjà eu un cours sur le psychotraumatisme durant leurs études. Aucun externe n'avait jamais eu de formation sur le sujet. A l'issue de la session, tous les participants considéraient avoir eu une formation dans ce domaine.

- Q2 «Etes-vous à l'aise pour détecter un événement traumatique» et Q3 « Etes-vous à l'aise pour détecter les signes de gravité d'un psychotraumatisme »

Avant la formation, concernant la détection d'un événement traumatique et les signes de gravité d'un psychotraumatisme, 5 PH et 1 interne se considéraient à l'aise pour détecter un événement traumatique, et 4 PH pour les signes de gravité. Les autres internes et les externes ne se sentaient pas capables de détecter l'un ou l'autre.

9 Infirmier(e)s se considéraient à l'aise pour détecter un événement traumatique et 4 pour les signes de gravité. Concernant le groupe aides-soignant(e)s, 10 personnes se sentaient à l'aise pour la détection d'un événement traumatique et 12 pour les signes de gravité.

A l'issue de la formation ce chiffre passait à 100% des PH pour la détection et les signes de gravité. 3 internes et 2 externes se sentaient à l'aise pour la détection d'un événement traumatique et 4 internes et 3 externes pour les signes de gravité. Concernant le groupe aides-soignant(e)s 14 personnes se sentaient à l'aise pour la détection d'événement traumatique et tous les individus pour les signes de gravité. Pour le sous-groupe des Infirmiers, 24 se sentaient à l'aise pour détecter un événement traumatique et 20 individus pour les signes de gravité d'un événement traumatique.

L'évaluation des résultats avant et après la session montre une différence significative pour les groupes 2 ($p=0,02$) et 3 (0,0003) concernant la détection d'un événement traumatique. Pour l'évaluation des signes de gravité d'un événement traumatique, tous les groupes ont montré une amélioration significative.

- Q4 « Pensez-vous qu'il faille systématiquement rechercher la présence d'idées suicidaires quand vous rencontrez quelqu'un qui a vécu un événement traumatique » :

Avant la formation 18 Infirmier(e)s, 6 PH, 2 internes et 2 externes, 9 aides-soignant(e)s recherchaient systématiquement des idées suicidaires chez une personne exposée à un événement traumatique.

Après la formation, ce chiffre a augmenté à 23 pour les Infirmier(e)s, 8 pour les PH, 4 pour les internes et externes et 13 concernant les aides-soignant(e)s.

L'évaluation des résultats avant et après la session montre une différence significative pour les groupes 2 et 3.

- Q5 « Pensez-vous qu'il faille systématiquement orienter le patient vers l'équipe de psychiatrie des urgences » :

Avant la formation 21 Infirmier(e)s, 2 internes et 2 externes, 8 PH et 11 aides-soignant(e)s pensaient qu'il fallait demander systématiquement un avis psychiatrique.

Après la formation, l'ensemble des PH, externes, internes et infirmiers et 14 aides-soignant(e)s pensent maintenant qu'il faut systématiquement demander un avis psychiatrique, ce chiffre augmente donc au décours de la formation.

En conclusion, une différence significative n'est pas toujours retrouvée sur l'évolution des réponses des questionnaires avant et après la session de formation. Cependant, il existe toujours une tendance montrant une évolution des connaissances des différents groupes après la formation.

La totalité des personnes ayant assisté à la présentation ont déclaré l'avoir trouvée utile. Et, plusieurs personnes suggéraient en commentaire de rendre systématique une présentation sur le psychotraumatisme au cours de leur formation.

B. Les demandes d'avis de l'équipe de psychiatrie des urgences

L'essentiel des participants (85%) à la session de sensibilisation l'ont eu au cours du mois de Mai 2021. Le reste des formations a eu lieu au début du mois de Juin.

Le détail des demandes d'avis psychiatriques aux urgences en fonction de la période a été classé dans le tableau 2. L'évolution du nombre de demandes les deux mois

précédents la formation et les deux mois qui ont suivi a été analysée. Les analyses statistiques ont été faites en comparant la période avant la formation (Avril + Mai 2021) et après (Juin + Juillet 2021).

Mois	Demande d'avis *	AVP	Agressions physiques	Violences conjugales	Violences sexuelles	Violences intrafam.	Autres	Demande d'avis *	p
Avril 2021	19/272 (6,9%)	1	4	7	5	2		Avant la sensibilisation 37/583	0,01
Mai 2021	18/311 (5,7%)	1	2	3	9	1	Défenestration d'une voisine: 2		
Juin 2021	33/341 (9,7%)	2	12	6	4	3	Cambriolage: 2 Défenestration accidentelle: 2 Incendie: 1 Annonce décès nourrisson : 1	Après la sensibilisation 64/611	
Juillet 2021	31/270 (11,4%)	2	8	5	9	2	Dépendaison conjoint : 1 Décès brutale famille : 2 Annonce maladie : 1 Braquage : 1		
Juillet 2020	19/335 (5,6%)	1	7	0	7	1	Annonce d'un décès brutal: 2 Incendie: 1		

***Nombre de demandes d'avis psychiatrique aux urgences pour psychotrauma / Demandes d'avis psychiatrique total aux urgences sur le mois (%)**

Tableau 2 : Résultats des demandes d'avis psychiatrique aux urgences

L'évaluation des demandes d'avis psychiatrique aux urgences pour ce motif montre une différence significative entre la période avant formation et la période après (p=0,01).

Concernant la comparaison des demandes d'avis psychiatrique avec la même période de l'année dernière, il est retrouvé une différence significative sur les avis psychiatriques entre la période du mois de Juillet 2020 et Juillet 2021 (p=0,009)

La courbe 1 présente l'évolution des demandes d'avis psychiatrique des urgences

pour une personne exposée à un événement traumatique en fonction du temps.



Courbe 1 : Evolution des demandes d'avis psychiatrique aux urgences en fonction du temps.

V. Discussion

A. Principaux résultats

Concernant l'objectif principal, les résultats du questionnaire montrent une différence significative pour la majorité des participants suite aux sessions de sensibilisation avec une augmentation du sentiment d'aptitude à repérer un événement traumatique et des signes de gravité d'un psychotraumatisme. On remarque également une tendance à l'évolution des connaissances concernant l'importance de la recherche d'idées suicidaires et l'orientation vers l'équipe de psychiatrie des urgences. Le manque de différence significative de certains résultats peut s'expliquer par la petite taille des effectifs utilisés.

Concernant l'objectif secondaire de ce travail, les premiers résultats montrent une

augmentation significative des demandes d'avis psychiatrique dans les deux mois qui ont suivi les actions de sensibilisation en comparaison aux mois précédents les sessions et à la même période de l'année dernière.

Il est probable que les demandes d'avis psychiatrique ne soient pas encore systématiques, notamment pour les événements traumatiques les plus courants tels que les accidents de la voie publique lorsque le patient ne présente pas de signe de détresse psychologique.

B. Modèles pédagogiques

Concernant l'intérêt pédagogique des sessions de sensibilisation qui ont été dispensées aux équipes des urgences au cours de ce travail, on peut utiliser le modèle de Kirkpatrick pour évaluer ces enseignements, selon les niveaux de la pyramide suivante (86) :



Le modèle de Kirkpatrick, dont la première ébauche de référence date de 1959, est un outil incontournable pouvant s'appliquer à l'évaluation de formations quelles qu'elles soient (87). Il s'agit du modèle le plus utilisé par les professionnels de la formation, mais aussi par les chercheurs travaillant sur l'évaluation des actions de formation (88).

Les trois premiers niveaux concernent les participants. Le niveau 1 a pour but d'apprécier la satisfaction des participants à la formation. Le niveau 2 se concentre sur les acquisitions de connaissances des participants, du moins au regard des objectifs de la formation. L'objectif du niveau 3 est d'évaluer la manière dont les savoirs et compétences acquis vont être mis en œuvre de manière effective, c'est à dire ce qui a évolué dans la manière de travailler de l'individu.

Ces trois niveaux sont complétés par un dernier niveau d'impact, Le niveau 4 qui se focalise sur les résultats concrets apportés par la formation dans l'exercice professionnel quotidien (86)(87).

Concernant le niveau 1, à la question « Cette présentation vous a-t-elle semblé utile ? », la totalité des participants répondait de manière affirmative. Et, plusieurs personnes suggéraient également en commentaire de généraliser cette formation.

Concernant le niveau 2, l'analyse des résultats du questionnaire retrouve une augmentation du sentiment d'aptitude à repérer un événement traumatique et les signes de gravité d'un psychotraumatisme après les sessions. On peut supposer qu'il existe une possible évolution des connaissances des participants, mais nous n'avons pas été en mesure d'évaluer les connaissances des participants avant et après la formation.

Concernant le niveau 3, il n'a pas été exploré au cours de ce travail l'évolution de la pratique quotidienne des professionnels des urgences après cette formation.

Concernant le niveau 4, il existe une augmentation significative du nombre de demande d'avis psychiatrique aux urgences pour des personnes exposées à un événement traumatique suite aux sessions de sensibilisation. On peut donc supposer qu'il existe à l'issue de la formation un possible impact sur la prise en

charge de ces patients, avec une orientation plus systématique vers l'équipe de psychiatrie des urgences.

Lin et al. (2004) ont montré qu'une formation initialement orientée vers un but clair et précis pouvait également avoir d'autres répercussions positives (89), il est donc possible que ce travail de sensibilisation ait eu d'autres impacts que ceux de l'objectif initial.

Le modèle de Kirkpatrick a plusieurs limites, tant au niveau pratique que conceptuel. Au niveau pratique, il traiterait insuffisamment du contexte dans lequel a lieu la formation (prise en compte des besoins de formation, évaluation de la rentabilité, positionnement des acteurs) (90). Il serait également peu utile pour prendre une décision quant à l'arrêt, la reconduite, ou surtout, l'optimisation d'une formation, et il demeure vague quant aux mesures à effectuer précisément (91).

De plus, les principaux points absents du modèle de Kirkpatrick concernent l'identification des besoins et des ressources inhérentes à la formation, la distinction entre l'apprentissage perçu et effectif, et enfin le recueil des points de vues des acteurs du système de formation en ce qui concerne leurs objectifs et leurs attentes (87).

Afin d'appréhender les éléments du contexte de formation et les ressources disponibles (en termes de temps, de moyens et de connaissances), Warr, Bird et Rackham proposent quant à eux un modèle baptisé le CIRO (évaluation du Contexte, évaluation des ressources ou Input, évaluations des Réactions, évaluation des résultats ou Output) (92).

Beech et Leather propose un modèle plus récent, constitué de cinq catégories: réaction des participants, apprentissage ou niveau d'évaluation immédiat, comportement ou niveau d'évaluation intermédiaire, résultat ou niveau d'évaluation ultime et, enfin, niveau financier (93). Ces catégories sont issues des modèles de Kirkpatrick, Warr et al., ainsi que de Hamblin (87).

Notre action de sensibilisation repose principalement sur la création d'une vidéo-commentée et des sessions en présentielle. Le choix des supports et des différentes actions de sensibilisation s'est fait en fonction des données de la littérature sur les méthodes pédagogiques en sciences médicales et l'objectif de ce travail ainsi que les différentes contraintes logistiques.

Concernant l'utilisation d'une vidéo-commentée, les études menées en psychologie des apprentissages permettent de montrer qu'une vidéo interactive associée à un contenu textuel permet d'améliorer significativement l'apprentissage et qu'une vidéo a plus d'impact sur les apprentissages que l'utilisation de diaporamas d'images fixes (94). Aussi, l'utilisation d'une vidéo de courte durée entre 3 et 7 minutes maximum donne un aspect dynamique qui peut avoir un effet sur l'attention et permet de faciliter l'acquisition d'un savoir-faire (95) (96). Une formation en ligne dite « e-learning » était également proposé au cours des actions de sensibilisation étant donné que le mail récapitulatif envoyé aux soignants des urgences comportait la vidéo-commentée et des liens permettant l'accès à des supports d'informations et d'enseignements.

Concernant le fait de réaliser des sessions en présentielle, selon une revue systématique de la littérature, les actions de sensibilisation réalisées en présentielle sont parmi les plus efficaces afin de changer simultanément les pratiques des médecins et les soins des patients (97).

Concernant les sessions de sensibilisation effectuées au cours de ce travail, il existait systématiquement une discussion autour de cas rencontrés par les participants. Les participants étaient encouragés à parler des situations en rapport avec le psychotraumatisme qui les avaient marquées ou mises en difficultés. Ce retour d'expérience permettait d'enrichir la formation de cas concrets rapportés par les participants. Ce principe de formation repose sur l'apprentissage expérientiel réflexif. La pratique réflexive est un processus cognitif par lequel la connaissance est créée par la transformation de l'expérience. Dans ce modèle, une personne progresse lorsqu'elle débute par une expérience vécue suivie d'une analyse des données issues de cette expérience puis d'une phase de réflexion amenant à de possibles nouvelles connaissances (98). Cette démarche permet de réajuster et de formaliser des savoirs acquis par l'expérience (99). Selon Carl Rogers, l'apprentissage expérientiel se fait en profondeur et affecte le comportement et les attitudes de l'apprenant (100).

Par ailleurs, il serait intéressant pour la suite des actions de sensibilisation aux urgences, de faire évoluer les supports et méthodes pédagogiques utilisés. Il serait par exemple possible de compléter l'offre de formation avec un jeu de rôle à partir d'un patient standardisé avec une situation de psychotraumatisme. Il existe à Lille un centre de simulation nommé Présage permettant de réaliser ce type de formation.

Plusieurs travaux récents mettent en évidence que l'une des formations les plus efficaces permettant d'acquérir des savoirs expérientiels et de changer les pratiques sur la durée serait l'enseignement par le biais de la simulation (101). Selon la HAS (Haute Autorité de Santé), il s'agit de « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter

des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels» (102).

Dans une méta-analyse portant sur 619 études, les auteurs ont montré que l'apprentissage par simulation dans le domaine de la santé permet d'acquérir des connaissances et des habilités cliniques reproductibles comparativement à des formations classiques (103).

De la même manière, une revue de la littérature publiée en 2020 et ayant analysé 163 articles dont 27 essais randomisés, conclut que la formation par des exercices de simulation est efficace dans l'entraînement des professionnels de santé pour les problématiques de santé mentale (104).

L'apprentissage des professionnels médicaux et paramédicaux des urgences aux questions de la santé mentale, et plus particulièrement à la prise en charge du psychotraumatisme, pourrait donc se faire par le biais de la simulation dans le futur. En effet, c'est un outil qui permettrait de développer la sensibilisation à la prise en charge de patients ayant été exposées à un événement traumatique et la collaboration multidisciplinaire avec l'équipe de psychiatrie des urgences.

De la même manière, l'utilisation de module d'apprentissage en e-learning ou en visio-conférence pourrait s'avérer utile pour contourner les difficultés logistiques du présentiel qui ont été rencontrées au cours de ce travail.

C. Forces et limites de l'étude

Concernant les forces de cette étude, il existe une homogénéité de ce travail, puisque la création du contenu, l'intervention au cours des sessions de sensibilisation, le recueil et l'analyse des données ont été faites par la même personne. De plus, six sessions ont été organisées, permettant d'avoir 69 participants ce qui n'est pas négligeable.

Concernant les limites de cette étude, premièrement, les sessions de sensibilisation ont été organisées de manière à toucher le maximum de personnes travaillant aux urgences, cependant en raison des différentes contraintes (horaire, poste de travail, covid...), tous n'ont pas pu y avoir accès. Il existe donc également un possible biais de non représentativité de notre échantillon.

Deuxièmement, seulement 59 participants ont répondu aux questionnaires avant et après les sessions de sensibilisation. Cet effectif implique une faiblesse de la puissance statistique de cette étude.

Troisièmement, il existe un possible biais de classement suite à un manque de données. En effet, les données des demandes d'avis psychiatrique ont été récupérées via les registres qui sont remplis à la main par les infirmiers psychiatriques des urgences. Certaines données étaient manquantes, notamment les demandes d'avis psychiatriques entre le mois d'Avril et Juin 2020, il n'a donc pas pu y avoir de comparaison des demandes d'avis lors de cette période. Il existe également un poste de psychologue aux urgences, qui a un rôle dans l'évaluation des patients exposés à un événement traumatique, et plus particulièrement dans l'évaluation des personnes victimes de violences conjugales. Aussi, nous n'avons pas eu accès au nombre de patients que la psychologue pouvait voir suite à l'exposition à un événement traumatique. De plus, il est fréquent aux urgences qu'un avis psychiatrique soit demandé aux urgences mais finalement reporté sur l'équipe de psychiatrie de liaison, qui évalue les personnes hospitalisées dans les services du CHU en raison du transfert des patients des urgences vers des services de médecine conventionnelle ou de chirurgie.

Quatrièmement, concernant l'analyse des questionnaires, il est critiquable d'attribuer

les variations observées à une intervention basée sur une évaluation avant/après immédiate. En effet, ce type d'évaluation permet de montrer l'évolution de connaissances à court terme, sans que l'on puisse affirmer que les modifications observées soient durables dans le temps. Dans l'idéal, il faudrait réaliser un essai contrôlé randomisé, qui représente la méthode de référence pour évaluer l'impact d'une intervention en santé. Cela permettrait d'évaluer l'impact d'une intervention à l'aide d'une comparaison d'un groupe qui ne reçoit pas cette intervention et la durée dans le temps de cet impact, avec une évaluation à distance des formations (105).

De la même manière, l'analyse des premiers résultats concernant les demandes d'avis psychiatre s'est faite sur une période relativement courte en raison des contraintes de temps. Il serait intéressant de voir l'évolution du nombre de demandes d'avis psychiatrique aux urgences pour ce motif dans les mois qui vont suivre, pour voir si cet effet va continuer à augmenter, diminuer ou se stabiliser.

Enfin, concernant l'évaluation de l'efficacité de la formation en utilisant le modèle de Kirkpatrick, les résultats sont à interpréter avec précaution car mais nous ne pouvons pas conclure qu'ils sont directement liés à la formation en elle-même au vu de notre étude. Encore une fois, il faudrait réaliser un essai contrôlé randomisé, qui représente la méthode de référence pour évaluer l'impact d'une intervention en santé.

D. Perspectives de l'étude

1. Concernant les actions de sensibilisation

Il pourrait être intéressant de renouveler les sessions de formation, notamment pour le personnel des urgences qui n'en ont pas bénéficié. Il serait également pertinent d'élargir ces sessions aux médecins généralistes, qui sont susceptibles de prendre en charge de manière précoce des personnes exposées à un événement traumatique.

De plus, les sessions de sensibilisation pourraient être enrichies par du matériel pédagogique et des supports multimédias variés.

Dans la continuité de sessions en présentiel, l'apprentissage coopératif pourrait être une piste intéressante à explorer. Ce type d'apprentissage repose sur un partage de connaissance entre collègues sous la houlette d'un enseignant pour répondre d'une manière adaptée à une situation problème à laquelle ils sont confrontés (106). L'apprentissage en coopération dans un groupe a démontré des effets positifs sur le développement de nouvelles connaissances pour chaque apprenant, la construction du savoir se faisant de manière collaborative. L'enseignant a alors le rôle d'un médiateur et l'enseignement peut se faire sous la forme d'un cas clinique avec une première réflexion au sein du groupe suivi d'une analyse approfondie avec l'enseignant (106).

On peut également imaginer la diffusion de ces formations par le biais de l'e-learning ou de logiciels de visio-conférence, afin de contourner les contraintes logistiques auxquels nous avons fait face lors de ce travail.

De la même manière, Il pourrait être envisagé d'utiliser des formations par le biais d'atelier avec des exercices de simulation avec jeux de rôle. Cette méthode a prouvé son efficacité dans le fait d'acquérir des savoirs expérientiels et de changer les pratiques sur la durée (101)(104).

2. Concernant l'évaluation de l'impact de la sensibilisation

Comme précisé précédemment, l'utilisation d'un groupe contrôle au travers d'un essai contrôlé randomisé, représente la méthode de référence pour évaluer l'impact d'une intervention en santé.

On pourrait imaginer par exemple un protocole d'évaluation des connaissances et des pratiques pour des équipes médicales et paramédicales des urgences ayant

assisté aux sessions par rapport à d'autres équipes non formées. Pour cela, le protocole pourrait comporter une évaluation des connaissances par QCM et une analyse des pratiques en reprenant les dossiers et courriers de sortie des patients.

L'évaluation des formations n'est pas seulement utile pour collecter des preuves de la satisfaction des participants (ce à quoi les formateurs se limite souvent dans la pratique), mais une fois bien conçue, elle peut devenir un outil indispensable pour asseoir durablement les effets bénéfiques d'une formation, les optimiser, démontrer et renforcer l'utilité réelle de la formation (87).

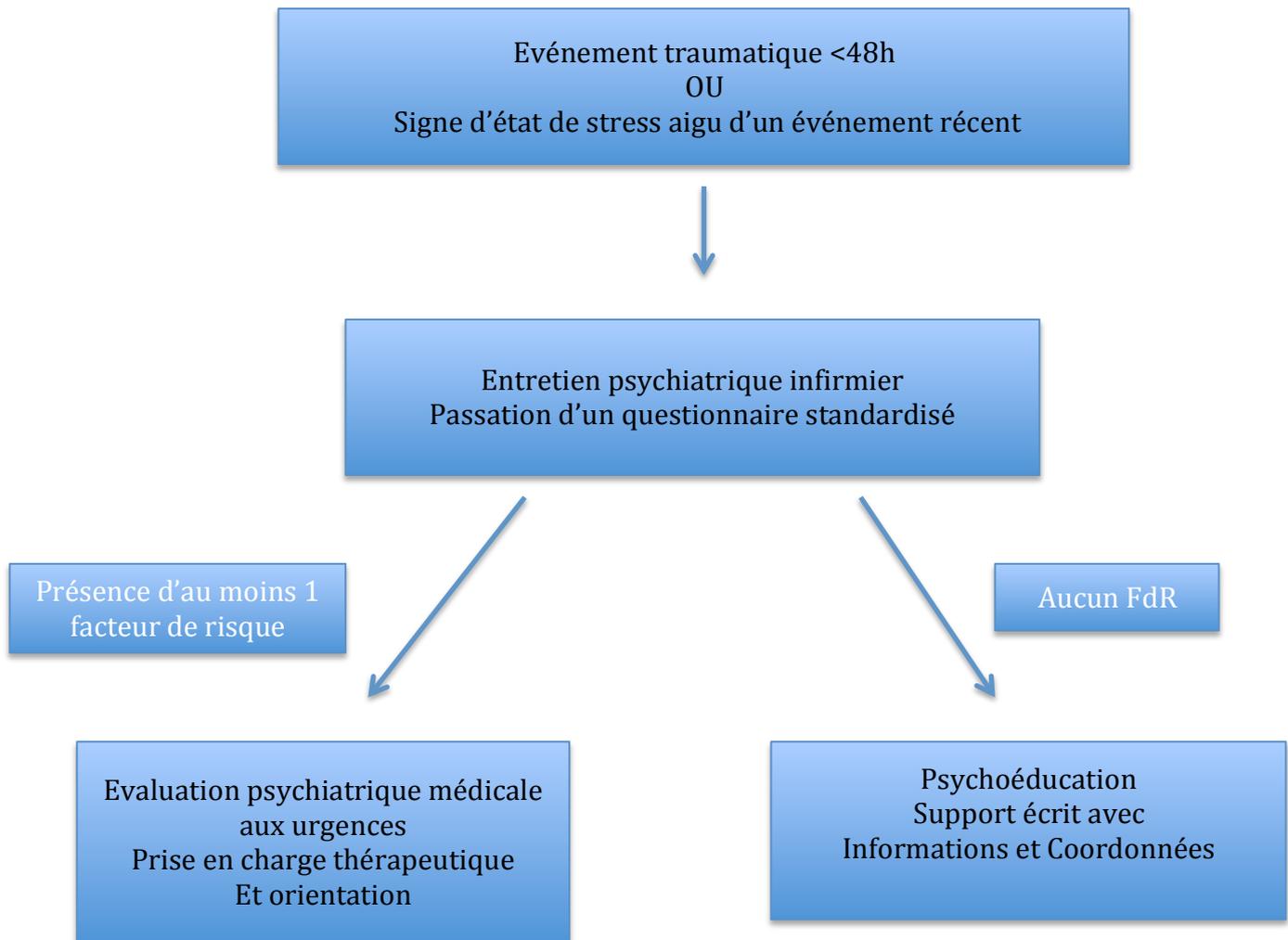
3. Proposition d'une prise en charge standardisée aux urgences

En complément et dans la continuité des actions de sensibilisation, il paraît important qu'une procédure standardisée d'évaluation des personnes exposées à un événement traumatique se mette en place aux Urgences du CHU de Lille. Un questionnaire a été élaboré, par les équipes du CRP, à destination des personnes victimes d'un événement potentiellement traumatique.

a) Objectif

L'objectif est de proposer un protocole de prise en charge standardisée aux urgences, afin d'améliorer les pratiques, notamment le repérage des sujets à risque de développer des troubles psychiatriques. Le rôle de l'équipe de psychiatrie des urgences dans le repérage de ces patients est central. L'infirmier pourrait avoir un rôle d'évaluation et d'orientation en première intention.

b) Algorithme décisionnel



c) Le premier entretien aux urgences

(1) Déroulement

Les objectifs du premier entretien sont de prendre en charge les symptômes présentés par le patient et d'identifier les patients à risque de développer un TSPT.

Pour cela, lorsque l'infirmier de l'équipe de psychiatrie reçoit une demande d'avis psychiatrique pour ce motif, un entretien semi-structuré avec passation d'un questionnaire standardisé aura lieu.

(2) Questionnaire standardisé

L'objectif de ce questionnaire standardisé est de repérer les patients à risque afin de déterminer la prise en charge et l'orientation la plus adaptée.

Pendant l'évènement, avez-vous expérimenté les réactions suivantes :

- Etre paralysé par la peur
- Agir de façon automatique
- S'agiter de façon stérile
- Prendre la fuite sans réfléchir à la direction dans laquelle vous alliez

Pendant l'évènement, avez-vous expérimenté les ressentis suivants :

- Impression de ne pas être complètement vous-même
- Impression que le monde environnant n'est pas complètement réel (comme dans un film)
- Impression d'une accélération ou d'un allongement du temps
- Impression d'être détaché de votre corps ou de visualiser la scène de l'évènement comme un spectateur extérieur à celle-ci
- Sensation d'effroi
- Sensation de peur intense
- Peur de mourir
- Impression de mourir
- Sentiment d'impuissance

Actuellement, ressentez-vous les éléments suivants :

- Impression de ne pas être complètement vous-même
- Impression que le monde environnant n'est pas complètement réel
- Impression d'une accélération ou d'un allongement du temps
- Impression d'être détaché de votre corps
- Sensation d'effroi
- Sensation de peur intense
- Sentiment d'impuissance

Actuellement, avez-vous des difficultés à :

- Ressentir des émotions
- Vous souvenir de certaines parties de l'évènement

Actuellement, avez-vous des idées suicidaires ?

Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide par le passé ?

Avez-vous des antécédents psychiatriques ou psychologiques ?

Partie réservée au clinicien :

L'évènement traumatique est-il un traumatisme sexuel ?
Y a-t-il eu des blessés ou des morts lors de l'évènement ?
Avez-vous l'impression d'une anesthésie affective chez le patient ?
Avez-vous l'impression que le patient est agité ?
Avez-vous l'impression que le patient est sidéré ?

(3) Prise en charge et Orientation

Un patient n'ayant pas développé de réactions péri-traumatiques aiguës peut développer dans les jours qui suivent des symptômes d'état de stress aigu, et au-delà d'un mois un TSPT.

Ce risque est d'autant plus grand dans certaines situations, un facteur de risque de développer des troubles psychotraumatiques peut être considéré comme :

- Tout élément clinique péri-traumatique significatif (détresse intense, état de stress dépassé, dissociation)
- Des signes d'état de stress aigu (si l'évènement date de plus de 3 jours)
- Des facteurs de risques personnels (antécédents psychiatriques dont antécédents de tentative de suicide, de maladie psychiatrique, d'exposition à un événement traumatique).
- Certaines caractéristiques de l'évènement traumatique (violence sexuelle, décès de tiers)

Comme cela est présenté sur l'algorithme décisionnel, en cas de présence d'un de ces facteurs de risques, la prise en charge sera à adapter, avec une évaluation médicale et une réévaluation à distance.

En l'absence de facteur de risque

Le patient recevra des informations concernant la symptomatologie traumatique pouvant apparaître dans les jours qui vont suivre et les précautions à prendre.

Le patient sera également orienté vers son médecin généraliste avec le courrier des urgences détaillant la situation, dont l'évènement traumatique et la symptomatologie

présentée par le patient. Et, le patient se verra remettre une plaquette d'information avec les coordonnées du CMP de son secteur ainsi que les coordonnées du CRP. Enfin, l'équipe soignante doit s'assurer que le patient sera raccompagné par un proche.

En présence d'au moins un facteur de risque

Une évaluation médicale sera proposée avec une prise en charge pharmacologique si cela est nécessaire, et afin d'évaluer l'évolution de la symptomatologie, une réévaluation à distance sera à discuter.

CONCLUSION

Le développement de prises en charge précoces efficaces pour les personnes exposées à un événement traumatique constitue un enjeu important de santé publique.

Ce travail de sensibilisation a permis de mettre l'accent sur la nécessité d'une collaboration pluridisciplinaire étroite entre l'équipe de psychiatrie et les équipes des urgences. En effet, l'intervention auprès de cette population de patients nécessite des connaissances cliniques et une expérience spécifique.

La mise en place de programme de sensibilisation au psychotraumatisme semble être une première étape dans la mise en place d'une prise en charge précoce plus adaptée des blessés psychiques.

Aussi, il serait intéressant de généraliser les formations à la psychotraumatologie, notamment sur le repérage des populations à risque et la symptomatologie, à l'ensemble des soignants pouvant être en contact avec cette population, dont les équipes des urgences et les médecins généralistes.

De la même manière, une évaluation systématique de cette population par l'équipe de psychiatrie des urgences via un protocole standardisé pourrait être une des perspectives d'amélioration du dépistage de cette population à risque de développer des troubles psychiatriques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Crocq L, Bouchard J-P. Histoire de la psychotraumatologie : « Les dramatiques attentats terroristes

- de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes ». *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2018 Mar;176(3):305–9.
2. Traumatismes psychiques [Internet]. [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.elsevier-masson.fr/traumatismes-psychiques-9782294713811.html>
 3. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale.* 2008 Dec;34(6):577–83.
 4. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995 Dec 1;52(12):1048.
 5. N B. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders [Internet]. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie.* 2002 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12553127/>
 6. J A, Mc A, S B, R B, Ts B, H B, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project [Internet]. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum.* 2004 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/15128384/>
 7. Rc K, P B, O D, R J, Kr M, Ee W. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication [Internet]. *Archives of general psychiatry.* 2005 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/15939837/>
 8. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://pdf.sciencedirectassets.com/272226/1-s2.0-S0014385509X00058/1-s2.0-S0014385509001029/main.pdf?X-Amz-Security>
 9. VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF Post T stress [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: https://www.healthquality.va.gov/ptsd/ptsd_full.pdf
 10. Recommendations | Post-traumatic stress disorder | Guidance | NICE [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>
 11. [cited 2021 Jul 10]. Available from: http://cn2r.fr/wp-content/uploads/2021/05/Article_Trauma_Complexe_DEF.pdf
 12. Les névroses traumatiques - Livre Psychanalyse de Claude Barrois - Dunod [Internet]. [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/nevroses-traumatiques>
 13. Traumatisme psychologique. In: Wikipédia [Internet]. 2021. Available from: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Traumatisme_psychologique&oldid=181760080
 14. Sur les névroses de guerre - Freud, Sigmund, Abraham, Karl, Ferenczi, Sandor, Piketty, Guillaume, Mannoni, Olivier, Dupont, Judith, Barande, Ilse - Livres [Internet]. [cited 2021 Aug 17]. Available from: <https://halldulivre.com/livre/9782228905787-sur-les-nevroses-de-guerre-sigmund-freud-sandor-ferenczi-karl-abraham/>
 15. Canada AC. État de stress post-traumatique - Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension - Anciens Combattants Canada [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/ptsd>
 16. DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des tro... Base SantéPsy [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Available from: https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=74775
 17. Clercq M de, Lebigot F, multiples A. Les traumatismes psychiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2001. 1 vol. (XVII-384 p.). (Médecine et psychothérapie).
 18. Lc T. Childhood traumas: an outline and overview [Internet]. *The American journal of psychiatry.* 1991 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/1824611/>
 19. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress.* 1992;5(3):377–91.
 20. Pratique de la psychothérapie EMDR Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques - broché - Cyril Tarquinio, Marie-Jo Brennsthul, Hélène Dellucci - Achat Livre | fnac [Internet]. [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://livre.fnac.com/a10155618/Cyril-Tarquinio->

Pratique-de-la-psychotherapie-EMDR

21. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress*. 1997;10(1):3–16.
22. CIM-11 Base SantéPsy [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Available from: https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=categ_see&id=31169
23. Mécanismes de la neuroplasticité : le stress [Internet]. Neuroplasticité. [cited 2021 Jul 13]. Available from: <https://www.neuroplasticite.com/mecanismes/stress/>
24. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research—Past, Present, and Future. *Biol Psychiatry*. 2006 Aug;60(4):376–82.
25. Yehuda R, LeDoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron*. 2007 Oct;56(1):19–32.
26. G.VAIVA. PSYCHOTRAUMA ET FONCTIONNEMENT CÉRÉBRAL: PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES. [cited 2021 Jul 13]; Available from: https://www.traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-210-213_Vaiva.pdf
27. Vuilleumier P. Brain circuits implicated in psychogenic paralysis in conversion disorders and hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol*. 2014 Oct;44(4):323–37.
28. Factor SA, Podskalny GD, Molho ES. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995 Oct 1;59(4):406–12.
29. http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_cim_psychotrauma.pdf [Internet]. [cited 2021 Jul 20]. Available from: http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_cim_psychotrauma.pdf
30. Frueh BC, Grubaugh AL, Yeager DE, Magruder KM. Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *Br J Psychiatry*. 2009 Jun;194(6):515–20.
31. Rh P, Dc J, Mb G, Jc M, Sm S. Posttraumatic stress disorder mediates the relationship between mild traumatic brain injury and health and psychosocial functioning in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2009 Oct [cited 2021 Jul 29];197(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19829203/>
32. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec 1;52(12):1048.
33. Krysinska K, Lester D. Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*. 2010 Jan 29;14(1):1–23.
34. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun 1;62(6):617.
35. Estimating the number of suicides among Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*. 1990 Jun;147(6):772–6.
36. Jc B, Jr D, Y L, Dj N, Rd M, Cb N, et al. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety [Internet]. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14728098/>
37. [cited 2021 Jul 10]. Available from: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf
38. Inslicht SS, McCaslin SE, Metzler TJ, Henn-Haase C, Hart SL, Maguen S, et al. Family Psychiatric History, Peritraumatic Reactivity, and Posttraumatic Stress Symptoms: A Prospective Study of Police. *J Psychiatr Res*. 2010 Jan;44(1):22.
39. N B, Hc W, Cl S, Vc L, Jc A. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America [Internet]. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2004 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15466836/>
40. Cr M, Se M, Tj M, S B, Ds W, J F, et al. Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders [Internet]. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16891557/>
41. G L-M, O van der H, Jm van O, Mj van S, K S, L B. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis [Internet]. *Clinical psychology review*. 2008 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18502549/>

42. Ducrocq F, Vaiva G. [From the biology of trauma to secondary preventive pharmacological measures for post-traumatic stress disorders] - PubMed [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15959448/>
43. Quels sont les moyens de soutien médico-psychologique après un attentat ? [Internet]. [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quels-sont-les-moyens-de-soutien-medico-psychologique-apres-un-attentat>
44. Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump>
45. Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A. Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol.* 2000 Mar;73(1):77–85.
46. Prieto N, Cheucle E, Faure P, Digard F, Dalphin C, Pachiaudi V, et al. Defusing des victimes des attentats de Paris. Éléments d'évaluation un mois après. *L'Encéphale.* 2018 Apr;44(2):118–21.
47. Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, et al. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007 Aug;41(8):637–48.
48. Ay S, Y A, Y I-S, T P, R A, S F. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb [cited 2021 Aug 12];69(2). Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/21969418/>
49. Ca F, G G, Ka B, Bn G, J S, E C-S, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am J Prev Med* [Internet]. 2013 Jun [cited 2021 Aug 12];44(6). Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/23683982/>
50. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 Mar 17; Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007944.pub2>
51. Galatzer-Levy IR, Ankri Y, Freedman S, Israeli-Shalev Y, Roitman P, Gilad M, et al. Early PTSD Symptom Trajectories: Persistence, Recovery, and Response to Treatment: Results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study (J-TOPS). *Felmingham K, editor. PLoS ONE.* 2013 Aug 22;8(8):e70084.
52. Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, et al. Treatment of Acute Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008 Jun 2;65(6):659.
53. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care [Internet]. PubMed. 2005 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/21834189/>
54. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf;jsessionid=28E57F2962F2B37A55FDEDF4130A2AB8?sequence=1
55. Em G, E B, Ra O, Rj Z, Rw B, Nm S. A Systematic Review of Dropout From Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Iraq and Afghanistan Combat Veterans. *J Trauma Stress* [Internet]. 2015 Oct [cited 2021 Aug 12];28(5). Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/26375387/>
56. Qu'est-ce que la thérapie EMDR ? [Internet]. EMDR France. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <http://www.emdr-france.org/web/quest-therapie-emdr/>
57. Saltini A, Rebecchi D, Callerame C, Fernandez I, Bergonzini E, Starace F. Early Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychol Health Med.* 2018 Mar 16;23(3):285–94.
58. Shapiro E, Laub B. Early EMDR Intervention Following a Community Critical Incident: A Randomized Clinical Trial. *J EMDR Pract Res.* 2015;9(1):17–27.
59. Post-traumatic Stress Disorder [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.apa.org/topics/ptsd>
60. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited

- 2021 Jul 11]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
61. Intervention en situation de crise et contexte traumatique, 2e édition - Livres du préscolaire à l'université | Chenelière [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://www.cheneliere.ca/7524-livre-intervention-en-situation-de-crise-et-contexte-traumatique-2e-edition.html>
 62. [cited 2021 Jul 11]. Available from: http://info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/synthese_echelles_evaluation_risque_suicide_quebec.pdf
 63. Predictors of acute stress disorder severity - PubMed [Internet]. [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/23466400/>
 64. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract.* 2015 Jul;21(4):281–303.
 65. Ahmadpanah M, Sabzeiee P, Hosseini SM, Torabian S, Haghighi M, Jahangard L, et al. Comparing the Effect of Prazosin and Hydroxyzine on Sleep Quality in Patients Suffering from Posttraumatic Stress Disorder. *Neuropsychobiology.* 2014;69(4):235–42.
 66. Villain H, Benkahoul A, Drougard A, Lafragette M, Muzotte E, Pech S, et al. Effects of Propranolol, a β -noradrenergic Antagonist, on Memory Consolidation and Reconsolidation in Mice. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2016 Mar 14;10. Available from: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fnbeh.2016.00049/abstract>
 67. Amos T, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Jul 8; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006239.pub2>
 68. Argolo FC, Cavalcanti-Ribeiro P, Netto LR, Quarantini LC. Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: A meta-analytic review. *J Psychosom Res.* 2015 Aug;79(2):89–93.
 69. Astill Wright L, Sijbrandij M, Sinnerton R, Lewis C, Roberts NP, Bisson JI. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2019 Dec;9(1). Available from: <http://www.nature.com/articles/s41398-019-0673-5>
 70. Brunet A, Saumier D, Liu A, Streiner DL, Tremblay J, Pitman RK. Reduction of PTSD Symptoms With Pre-Reactivation Propranolol Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2018 May;175(5):427–33.
 71. Hudson SM, Whiteside TE, Lorenz RA, Wargo KA. Prazosin for the Treatment of Nightmares Related to Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2012;14(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3425466/>
 72. Charline MAGNIN MOIRAND. PRISE EN CHARGE DE L'ETAT DE STRESS AIGU : REVUE DE LA LITTERATURE ET PRESENTATION DU PROTOCOLE PRAZOSTRESS. 2018.
 73. Simon PYR, Rousseau P-F. Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin: A Review of Outcome Studies. *Can J Psychiatry.* 2017 Mar;62(3):186–98.
 74. Raskind MA, Peskind ER, Chow B, Harris C, Davis-Karim A, Holmes HA, et al. Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *N Engl J Med.* 2018 Feb 8;378(6):507–17.
 75. Zhang Y, Ren R, Sanford LD, Yang L, Ni Y, Zhou J, et al. The effects of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 2020 Mar;67:225–31.
 76. Reist C, Streja E, Tang CC, Shapiro B, Mintz J, Hollifield M. Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Spectr.* 2021 Aug;26(4):338–44.
 77. van Zuiden M, Frijling JL, Nawijn L, Koch SBJ, Goslings JC, Luitse JS, et al. Intranasal Oxytocin to Prevent Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial in Emergency Department Patients. *Biol Psychiatry.* 2017 Jun;81(12):1030–40.
 78. Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI, Barbui C, Cuijpers P. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2015 May;2(5):413–21.
 79. Fareng M, Lopez G, Fischer L, Morali D. Étude des victimes des attentats du 13 novembre 2015, pris en charge au centre du psychotrauma de l'institut de victimologie. *Prat Psychol.* 2020 Jul 1;26(3):183–98.

80. Comprendre le psychotrauma et la résilience | CNRR [Internet]. Centre National de Ressources et de Résilience. [cited 2021 Jul 11]. Available from: <http://cn2r.fr/comprendre-le-psychotrauma/>
81. Robert Badinter : “Ne pas confondre justice et thérapie.” 2007 Sep 8 [cited 2021 Jul 11]; Available from: https://www.lemonde.fr/societe/article/2007/09/08/robert-badinter-ne-pas-confondre-justice-et-therapie_952825_3224.html
82. Psychotraumatologie [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/psychotraumatologie-evaluation-clinique-traitement>
83. Etude de cohorte IMPACTS [Internet]. [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://www.espace-ethique.org/printpdf/3441>
84. SPF. Etude de cohorte IMPACTS. Première étape : juin-octobre 2015 [Internet]. [cited 2021 Aug 15]. Available from: </notices/etude-de-cohorte-impacts.-premiere-etape-juin-octobre-2015>
85. Les centres régionaux de psychotraumatisme | CN2R [Internet]. Centre National de Ressources et de Résilience. [cited 2021 Aug 2]. Available from: <http://cn2r.fr/obtenir-de-laide-pour-soi-ou-pour-un-proche/>
86. Heydari MR, Taghva F, Amini M, Delavari S. Using Kirkpatrick’s model to measure the effect of a new teaching and learning methods workshop for health care staff. *BMC Res Notes*. 2019 Jul 10;12(1):388.
87. Revue des modèles en évaluation de formation: approches conceptuelles individuelles et sociales [Internet]. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/hal-00588973/document>
88. Santos A, Stuart M. Employee perceptions and their influence on training effectiveness. *Hum Resour Manag J*. 2003 Jan;13(1):27–45.
89. Lin Y-R, Shiah I-S, Chang Y-C, Lai T-J, Wang K-Y, Chou K-R. Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students’ assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Educ Today*. 2004 Nov;24(8):656–65.
90. Bates R. A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence. *Eval Program Plann*. 2004 Aug 1;27(3):341–7.
91. Kraiger K, Jung KM. Linking training objectives to evaluation criteria. In: *Training for a rapidly changing workplace: Applications of psychological research*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1997. p. 151–75.
92. Barden V. Book reviews : PETER WARR, MICHAEL BIRD & NEIL RACKHAM: *Evaluation of Management Training*, 1970, London, Gower Press, 112pp, £2.50. *Manag Educ Dev*. 1970 Dec 1;1(2):106–8.
93. Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggress Violent Behav*. 2006;11(1):27–43.
94. Zhang D, Zhou L, Briggs RO, Nunamaker JF. Instructional video in e-learning: Assessing the impact of interactive video on learning effectiveness. *Inf Manage*. 2006 Jan 1;43(1):15–27.
95. Les vidéos permettent-elles de mieux apprendre ? [Internet]. #PROFPOWER. 2016 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <//profpower.livrescolaire.fr/les-videos-pedagogiques-et-les-apprentissages/>
96. Apprendre avec le numérique, mythes et réalités. Franck Amadieu et André Tricot. | AFEF [Internet]. [cited 2021 Sep 10]. Available from: <http://www.afef.org/apprendre-avec-le-numerique-mythes-et-realites-franck-amadieu-et-andre-tricot>
97. Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005 Jul;21(3):380–5.
98. Penser la relation Expérience-Formation : Bézille, Hélène, Courtois, Bernadette, Collectif: Amazon.fr: Livres [Internet]. [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://www.amazon.fr/Penser-relation-Exp%C3%A9rience-Formation-H%C3%A9l%C3%A8ne-Courtois-Bernadette/dp/2850086258>
99. Cavaco C, Presse M-C. Formation expérientielle [Internet]. De Boeck Supérieur; 2013 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisati--9782804188429-page-127.htm>
100. Lipiansky E-M. Chapitre 5. Carl Rogers et la psychologie humaniste [Internet]. Dunod; 2019 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://www.cairn.info/psychologies-pour-la-formation--9782100788026-page-87.htm>

101. Traité des sciences et des techniques de la formation [Internet]. [cited 2021 Sep 1]. Available from: <https://www.cairn.info/traite-des-sciences-et-des-techniques-de-la-format--9782100566891.htm>
102. Rapport de mission sur la simulation en santé [Internet]. [cited 2021 Sep 1]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
103. Da C, R H, R B, B Z, Jh S, At W, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis [Internet]. JAMA. 2011 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/21900138/>
104. Piot M-A, Dechartres A, Attoe C, Jollant F, Lemogne C, Layat Burn C, et al. Simulation in psychiatry for medical doctors: A systematic review and meta-analysis. Med Educ. 2020;54(8):696–708.
105. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques [Internet]. [cited 2021 Sep 4]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf
106. Budowski M. Apprentissage coopératif et formation des médecins : entre le “formel” et “l’informel”. Expérimentation de trois dispositifs pédagogiques utilisés en sciences médicales [Internet] [thesis]. Paris Est; 2015 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <http://www.theses.fr/2015PESC0015>
107. Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique - Apprendre la Psychologie [Internet]. Apprendre les TCC. [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/questionnaire-des-experiences-de-dissociation-peritraumatique-pdeq.html>

ANNEXES

ANNEXE I

A - Avoir été exposé à un événement traumatogène :

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

B - Présenter au moins neuf des quatorze symptômes suivants :

Symptômes de reviviscence

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

Humeur négative

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

Symptômes dissociatifs

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

Symptômes d'évitement

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

Symptômes d'hyperéveil

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

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

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

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

Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse correspondant à « Pas du tout vrai ».

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

(107)

Inventaire de détresse péritraumatique

Veillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécue pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai ».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1 Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2 Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3 Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4 J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5 Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6 J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7 J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8 J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9 J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10 J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11 J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12 J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13 Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4

(107)

Lien youtube vidéo privé de la vidéo de sensibilisation :

<https://www.youtube.com/watch?v=CRVFol2NOdk>

Annexe IV

Fiche récapitulative - prise en charge précoce du psychotraumatisme

Evaluation psychiatrique systématique des personnes ayant été récemment exposé à un événement potentiellement traumatique

Le sujet doit avoir été exposé directement à un événement traumatique au cours duquel lui-même ou d'autres personnes sont mortes ou ont risqué de mourir, ou d'être gravement blessées ou menacées dans leur intégrité

En pratique pour toute entrée au SAU de patient ayant été récemment exposé à :

- un **Accident de la voie publique** (voiture, vélo, piéton...)



- une **Agression** physique (attaque à main armée, rixe...) OU sexuelle



- une **Catastrophe collective** (émeute, mouvement de foule)



- une **Catastrophes naturelle ou un incendie**



Objectif : - Repérer, informer et orienter vers les soins les patients à risque de développer un Trouble de stress post traumatique

- Evaluer et traiter les symptômes aigus aux Urgences

Prévenir systématiquement l'équipe de psychiatrie pour une évaluation aux Urgences - TSI 31473

ANNEXE V

Questionnaire – Prise en charge du psychotraumatisme aux urgences

Profession :

(Préciser en cas de poste aux urgences pédiatrique)

Age :

Sexe :

Entourez la réponse adéquate

Q1- Avez-vous déjà eu un cours sur le psycho traumatisme : Oui/Non Si oui durant les études : Oui/Non

Q2- Etes-vous à l'aise pour détecter un évènement traumatique : Oui/Non

Q3- Êtes-vous à l'aise pour évaluer les signes de gravité d'un psychotraumatisme : Oui/Non

Q4- Pensez-vous qu'il faille systématiquement rechercher la présence d'idée suicidaire quand vous rencontrez quelqu'un qui a vécu un évènement traumatique : Oui/Non

Q5- Pensez-vous qu'il faille systématiquement orienter ces patients vers l'équipe de psychiatrie des urgences : Oui/Non

- Cette présentation vous a-t-elle semblé utile : Oui / Non

Commentaires sur la formation ou la prise en charge du psychotraumatisme aux urgences :

.....

.....

.....

.....

Date de soutenance : 7 OCTOBRE 2021

Titre de la thèse : Prise en charge précoce du psychotraumatisme: Etat des lieux et élaboration d'un temps de sensibilisation destiné aux professionnels.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : psychotraumatisme, état de stress aigu, urgences, sensibilisation

Résumé :

Introduction : Au cours d'une vie on considère qu'environ 30% des individus seront confrontés à au moins un événement traumatique.

Cela entraîne un risque de développer des troubles psychotraumatiques, qui peuvent entraîner des conséquences sévères pour les patients.

La prise en charge précoce des patients ayant été exposés à un événement traumatique constitue un enjeu important de santé publique.

L'objectif principal de ce travail était de sensibiliser les équipes des urgences à la prise en charge précoce des patients exposés à un événement traumatique puis d'évaluer la valeur ajoutée pédagogique de cette approche.

L'objectif secondaire était d'apprécier l'évolution de l'orientation de cette population de patients vers l'équipe de psychiatrie des urgences.

Méthode : Plusieurs actions ont été mises en place afin de sensibiliser les équipes des urgences à la prise en charge du psychotraumatisme, notamment des sessions de formations destinées à l'ensemble des équipes des urgences.

L'évaluation des sessions de sensibilisation qui ont été dispensées aux équipes des urgences au cours de ce travail s'est faite par deux méthodes:

- Un Questionnaire a été rempli par toute personne ayant assisté aux sessions, au début et à la fin de la session afin d'évaluer l'objectif principal de ce travail.

- Une analyse des demandes d'avis psychiatrique aux urgences a été faite avant et au décours des sessions de sensibilisation afin d'évaluer l'objectif secondaire de ce travail.

Résultats : Concernant les équipes des urgences ayant assisté aux sessions de sensibilisation, il existe une augmentation du sentiment d'aptitude à repérer un événement traumatique, à repérer les signes de gravité d'un psychotraumatisme, à rechercher des idées suicidaires et à orienter les personnes vers l'équipe de psychiatrie des urgences. Il était également noté une augmentation significative des demandes d'avis psychiatrique aux urgences pour les personnes exposés à un événement traumatique suite aux sessions.

Conclusion : Ce travail de sensibilisation a permis de mettre l'accent sur la nécessité d'une collaboration pluridisciplinaire étroite entre l'équipe de psychiatrie et les équipes des urgences.

Une évaluation systématique de cette population par l'équipe de psychiatrie des urgences via un protocole standardisé et l'utilisation d'un questionnaire adapté pourrait être une des perspectives d'amélioration du dépistage de cette population à risque de développer des troubles psychiatriques.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Directeurs de thèse :

Docteur Frédérique WAREMBOURG

Docteur Arnaud LEROY