**Table des matières**

L’Etat de Stress Post-Traumatique

1. **Diagnostic de l’ESPT 2**
   1. Les types de traumatisme 2

2.2 Les conséquences 3

2.3 Les prédicteurs 4

2.4 Prévalence et incidence 4

2.5 Echelles 5

2.6 Diagnostic différentiel 7

1. **Traitement 7**

3.1 L’intervention médico-psychologique immédiate 7

3.2 L’intervention post-immédiate et debriefing 8

3.3 L’intervention psychologique à plus long terme 8

3.4 Psychopharmacothérapie 10

1. **Conclusions 12**
2. **Bibliographie 13**
3. **Annexes 16**
4. **Diagnostic de l’ESPT**

Le contexte politique et l’impopularité croissante de la guerre du Vietnam ont largement contribué à la reconnaissance d’une nomenclature particulière applicable aux troubles traumatiques des vétérans de la guerre du Vietnam. En 1980 un groupe de chercheurs dont Chaim Shatan ont donc introduit le diagnostic de Post -Traumatic-Stress-Disorder (PTSD) dans le DSM (Josse, 2014). A l’heure actuelle, toute personne exposée à un événement potentiellement traumatisant peut développer un Etat de Stress Post-Traumatique ou ESPT. Un seul événement massif, l’accumulation d’événements d’importances diverses, le rappel d’un événement ancien aux potentialités traumatogènes ou des deuils non-résolus peuvent s’avérer traumatiques (Cours d’Amant, 2014).

Le DSM V (voir annexe 1) stipule qu’on parle d’ESPT *complet* quand la personne répond à au moins un élément des critères A, B et C ainsi que 3 éléments du critère D et E. Les critères F, G et H doivent d’office être présents. Les révisions liées aux critères diagnostiques du DSM-5 ont engendré certaines inquiétudes quant à la prévalence d’ESPT, en particulier en ce qui concerne le critère lié au symptôme d'*évitement* (Roth, St. Cyr, Levine, King & Richardson, 2016). Quand une personne présente certains symptômes du DSM V, sans répondre à tous les critères, on parle d’ESPT *partiel*, qui peut être très invalidant aussi et même être le précurseur d’un ESPT complet.

* 1. Les types de traumatisme

Une réaction au stress passe par une phase d’alarme, une phase de résistance, une phase d’épuisement et se termine par une phase de récupération où l’être humain réagit par *un stress* *adapté* à la situation. Les décharges de stress peuvent perdurer de quelques minutes à quelques heures après la fin de l’événement (phase immédiate). Ceci est la ‘*queue de stress’*. Le ‘*stress différé*’est la libération d’énergie manifestée, une fois le danger écarté par les victimes qui, durant le déroulement des faits, ont dû réprimer les réactions dictées par leur stress. (Josse, 2014). Cependant, la victime peut pendant le déroulement de l’événement potentiellement traumatogène présenter des réactions de *stress dépassé*, telles que *l’hypo-réaction* ou la sidération, *l’hyper-réaction* ou l’agitation, *la fuite panique* et *le comportement d’automate* (Crocq, 2012). Ce stress dépassé peut être accompagné de *réactions névrotiques* *ou psychotiques* (anxieuses, hystériques, confusionnelles ou délirantes) plus rares.

La phase post-immédiate débute le deuxième jour et peut s’étendre sur quelques jours à un mois (Trouble de Stress Aigu) aboutissant soit à un retour à la normale , soit à la constitution d’un syndrome psychotraumatique (à plus long terme).

*L’hyperactivation neurovégétative*, la présence de *détresse péritraumatique*, notamment l’effroi (Vaiva, Brunet, Lebigot, Boss, Ducrocq, Devos, Laffargue & Goudemand, 2003) et la *dissociation*, comme la fugue dissociative, l’amnésie dissociative, la déréalisation et la dépersonnalisation sont des prédicteurs très importants d’ESPT (cours d’Amant, 2014), qui selon le DSM ne débute pas avant minimum un mois.

Les traumatismes peuvent être *collectifs*, comme le Shoah ou *individuels*, comme le viol.

On peut les classer en *traumatisme de type I* s’il s’agit d’un événement unique, limité dans le temps, *traumatisme de type II* s’il s’agit d’événements traumatiques répétés, qui se sont produits de manière constante ou qui ont menacé de se reproduire à tout instant et ce durant une longue période(Leone Terr, 1991 dans Josse, 2014). Finalement il existe le *traumatisme de type III* (Eldra Solomon et Kathleen Heide, 1999 dans Josse, 2014) s’il s’agit d’événements

multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce.

Judith Herman les *traumatismes simples* (Josse, 2014), qui se rapprochent du type I et les *traumatismes complexes*, ressemblant au type II et III et le résultat d’une victimisation chronique d’assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes.

Finalement, les traumatismes peuvent être *directs* ou la victime (primaire) peut être sujet, acteur ou témoin. La traumatisation *indirecte secondaire, tertiaire/vicariante ou quaternaire* fait référence à la souffrance éprouvée par les personnes étroitement liées à la victime, les intervenants de deuxième ligne, les voisins,…jusqu’aux membres d’un groupe.

Le traumatisme peut même être transmis à une génération suivante.

* 1. Les conséquences

Les traumatismes psychiques ont des conséquences importantes au niveau  *psychologique et psychiatrique*. La littérature scientifique signale la dépression majeure, abus de substances, risque de suicide plus élevé, troubles anxieux, phobie, trouble panique, troubles du comportement, troubles alimentaires, troubles du sommeil, difficultés attentionnelles. Les conséquences *somatiques*sont : douleurs diffuses, troubles dermatologiques, digestifs, cardiovasculaires, hormonaux, gynécologiques, diabète, hypertension, migraines,…

Au niveau *social, relationnel, familial, professionnel*on retient des difficultés à gérer son quotidien, isolement, sentiment d’insatisfaction, irritabilité, taux de divorce augmenté, instabilité professionnelle, absentéisme et perte d’emploi. Il en suit que l’augmentation du chômage et de la consommation des biens de santé ont des répercussions *économiques* (Ducrocq, 2009)*.* Les comportements et affects prototypiques d’un traumatisme complexe sont les automutilations, le honte et la culpabilité et peuvent même mener à une modification durable de la personnalité (Cours d’Amant, 2014).

1.3 Les prédicteurs

Différentes variables influencent l’installation d’un psycho-traumatisme suite à un événement potentiellement traumatisant. Elles sont liées à l*’événement*, à *l’individu* et au *milieu de* *récupération* (Josse, 2014).

*Variables liées à l’événement*

L’intensité, la durée et la fréquence de l’événement, *naturel* ou *humain*, *accidentel* ou *intentionnel*, son caractère imprévisible et incontrôlable, la notion de perte de valeurs et de sens, le degré d’exposition, la confrontation à la mort, la perte de l’attachement (chez l’enfant) ou trahison d’un proche et les conséquences négatives sont cruciaux dans le vécu de la victime. La torture, la violence sexuelle, la guerre et le génocide sont parmi les événements les plus traumatiques (Amant, 2014).

*Variables liées à la personne*

La personnalité et la vulnérabilité de la victime, son niveau de préparation psychologique, son degré de responsabilité dans l’événement, ses conflits intrapsychiques, ses stratégies d’adaptation ou « coping skills », ses facultés cognitives, son âge (les enfants et les personnes âgées sont les plus vulnérables), son sexe, la signification qu’elle donne à l’événement ainsi que les conséquences positives de ce dernier sont les facteurs intra-personnels essentiels pour que ce dernier devienne effectivement traumatique.

*Variables liées au milieu de récupération*

La présence ou absence d’un réseau social (la famille, le clan, l’ethnie, la société peut rejeter la ou les victimes), le climat familial avant l’événement, la stabilité du milieu de vie, la capacité de soutien de l’entourage direct, de collègues, de l’organisme professionnel et de la communauté ainsi que les soins de santé mentale influencent également le développement ou non d’un psycho-traumatisme (chronique).

1.4 Prévalence

Le taux d’exposition à un événement traumatisant au fil de l’existence est de 16 à 90 % aux Etats-Unis et de 20 à 30% en Europe. La prévalence de l’ESPT au cours de la vie dans la population tout venant varie de 1 à 9% en Amérique du Nord et de 1 à 2% sur le Vieux Continent (Josse, 2014). Il semble évident que la prévalence augmente quand un désastre naturel (Aizhong, Hongzhuan, Jia, Shuoqi, Tubao, Jieru, Jian, Xuemin, Zhenqiu & Shi Wu, 2006) ou humain intentionnel collectif (Crocq & Bouchard, 2018) survient.

* 1. Echelles

Différentes échelles peuvent, selon leur objectif (diagnostic ou évaluation de la sévérité des symptômes), être proposées à différents moments du traitement. Un contexte professionnel sécurisant s’impose où le professionnel expérimenté décide de l’intérêt de l’outil et du moment le plus adapté afin de par ex. éviter une *traumatisation secondaire* si le rappel et l’analyse du vécu est encore trop émotionnellement chargé. Les connaissances théoriques de l’ESPT et sa comorbidité, l’expérience professionnelle, l’établissement d’une (hétéro-)anamnèse complète, les capacités d’intuition et de ressenti de l’intervenant permettront d’optimiser le traitement. L’utilisation précautionneuse et réfléchie de mesures validées peut apporter une plus-value si elles correspondent au besoin de la victime là où elle se situe dans son vécu émotionnel. Il est important de mettre au clair l’objectif de l’outil avant de le présenter. En conclusion, il nous semble que l’usage d’outils d’évaluation est particulièrement pertinent en pratique de recherche, notamment épidémiologique et garde son utilité en pratique clinique.

Quelques échelles utilisées en clinique sont :

***PDI : Peritraumatic Distress Inventory***. Cet inventaire consiste en 13 items évaluant la détresse pendant et tout de suite après un événement stressant.

***PDEQ :* Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire :**

Ce questionnaire est également un outil diagnostique intéressant vu la grande corrélation entre la dissociation et l’ESPT. Il propose une mesure rétrospective de la perception de dissociation « durant et immédiatement après » un événement menaçant. Cette dimension recouvre la dépersonnalisation, la déréalisation, le changement corporel ou l’altération de la notion du temps. D’autres questionnaires utiles dans le diagnostic de troubles dissociatifs sont : SCL-90 ou Symptom Checklist, DES ou Dissociative Experience scale, DIS-Q ou Dissociation Questionnaire, SDG-20 et SDQ-5 ou Somatoform Dissociation Questionnaire et TECH ou Traumatic Experiences checklist ( Kédia, Vanderlinden & Lopez, 2012).

***IES : Impact of Event Scale:*** cet outil d’évaluation est composé de 15 items et est particulièrement attentif à l’intrusion et l’évitement (Horowitz, Wilner. & Alvarez, 1979).

***Brief COPE***: Ce questionnaire évalue les stratégies d’adaptation du participant confronté à un événement stressant. Il est composé de 28 items dont le coping actif, la planification, la recherche de soutien social instrumental et émotionnel, l’expression de sentiments, le désengagement comportemental, la distraction, le blâme, la ré-interprétation positive, l’humeur, le déni, la religion, l’utilisation de substances et l’acceptation (Krings-George, 2013).

***TES-B : Traumatic Events Scale -B:*** Cette échelle consiste en 21 items pour évaluer des réactions traumatiques et leur impact sur la vie de tous les jours (Wijma, Soderquist & Wijma, 1997).

***PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist.*** Basée sur les critères d’ESPT du DSM-5, le participant évalue la fréquence des symptômes (Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015).

***TLEQ: Traumatic Life Events Questionnaire:*** il s’agit d’une évaluation de la fréquence et de l’intensité d’expériences traumatiques pendant l’âge adulte(Kubany, Leisen, Kaplan, Watson, Haynes, Owens & Burns, 2000).

* 1. Diagnostic différentiel

Même si la grande comorbidité (dépression, phobie,…) peut troubler le diagnostic d’ESPT, la symptomatologie, telle que l’intrusion et l’hypervigilance est bien distincte. De plus, une (hétéro-)anamnèse approfondie peut permettre d’établir un ou des *événements traumatiques*. Ce(s) dernier(s) constitue(nt) donc une menace pour la vie ou pour l’intégrité physique et/ou mentale d’une personne ou d’un groupe de personnes. Cet événement produit une peur intense et/ou un sentiment d’impuissance et/ou d’horreur et remet en cause les valeurs essentielles de l’existence.

1. **Traitement**

3.1 L’intervention médico-psychologique immédiate

Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques sont essentiels pour la victime et son fonctionnement socio-professionnel. Cependant, des symptômes de stress aigu dans les heures et jours suivant l’expérience potentiellement traumatisante, peuvent faire partie d’un rétablissement sain. Les flashbacks et le comportement d’évitement peuvent s’inscrire dans un processus protecteur. Une approche moyennant prudence, « watchfull waiting » et connaissance sur la psychiatrie de catastrophe semble donc essentielle.

Dans le cadre d’un événement potentiellement traumatisant récent, les principes d’intervention sont (Crocq, 2012) :

-soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique

-prévenir ou atténuer la survenue de séquelles pathologiques

-intervenir immédiatement, sur le terrain ou dans la proximité

-proposer et dispenser des soins spécifiques à la psychiatrie de catastrophe

-proposer un suivi de surveillance pour la phase post-immédiate

-œuvrer en intégration au au dispositif général des secours et des soins

Le *defusing* individuel ou collectif est bref et vise tant à réduire les symptômes du tableau clinique qu’à inciter le sujet à verbaliser son expérience vécue en assurant ainsi un (début de) maîtrise sur l’événement par le langage. L’intervenant tente de faire ‘revenir les morts’ de leur rencontre avec le réel de la mort, l’indicible et l’anéantissement psychique (Roisin, 2010) qui en suit. Une écoute empathique s’impose, mais la victime attend également des marques de compréhension, des suggestions et des propositions de significations. L’intervenant devra réconforter « le danger est passé » (pour lutter contre la souffrance), rassurer (pour lutter contre l’effroi), informer sur la situation, les symptômes et les comportements du stress, encourager (pour lutter contre l’impression d’impuissance et la perte de confiance en soi) et soutenir (pour lutter contre le sentiment d’abandon). Nous aimerions ajouter qu’il nous semble tout aussi important d’informer la victime sur l’ESPT afin que la victime puisse reconnaître les symptômes et demander une aide légitime à un professionnel, même plusieurs mois après l’événement. Le premier intervenant assurera également le *triage*.

3.2 L’intervention post-immédiate et debriefing

Cette modalité d’intervention peut s’effectuer individuellement ou en groupe et suscite beaucoup de controverses. Proposé la première fois par Marshall en 1945 sous le titre *historical group debriefing*, l’idée était de réunir des soldats après une opération éprouvante et de les faire raconter les faits détaillés dans l’ordre chronologique (Crocq, 2012).

L’objectif actuel du débriefing (Josse) est d’inciter les personnes affectées par un événement potentiellement traumatisant à verbaliser leur expérience (éventuellement les faits mais aussi les émotions, le ressenti) afin de prévenir ou de diminuer l’apparition de troubles psychologiques et pour promouvoir leur rétablissement psychologique. C’est une mesure préventive visant à réduire la probabilité d’apparition de symptômes psychotraumatiques, un moyen d’encourager l’utilisation de ressources propres et une opportunité de détecter précocement les personnes qui nécessitent des mesures particulières de soutien (évacuation, repos, assistance psychologique individuelle, suivi psychothérapeutique au retour, etc.).

3.3 L’intervention psychologique à plus long terme

Différents traitements psychologiques sont abordés dans la littérature.

*L’hypnose* peut diminuer les symptômes d’ESPT et aider à moduler et intégrer les souvenirs traumatiques. Elle peut être particulièrement bénéfique dans le cadre d’intrusion et déni (Kingsbury, 2011).

*La thérapie EMDR* ou le Eye Movement Desensitization and Reprocessing cible les souvenirs non traités qui contiennent les émotions, les sensations et les croyances négatives (Shapiro, 2012). Le patient, sous la conduite d’un thérapeute, exécute des mouvements oculaires horizontaux saccadés pendant qu’il se remémore les scènes traumatiques (Schnyder, 2005). L’activation par EMDR du système de traitement de l’information permet aux souvenirs d’être ‘digérés’ ou stockés de telle sorte qu’ils ne causent plus de dégâts (Shapiro, 2012).

*La thérapie cognitivo-comportementale* ou CBT utilise une variété de techniques telles que : exposition, développement et restructuration cognitive, cours pour prendre de l’assurance et techniques de relaxation (Gagnon, 2005). L’objectif de la TCC est de réduire la peur grâce à une désensibilisation et une restructuration des cognitions dysfonctionnelles (KringsGeorge, 2013).

*L’Exposure therapy* a pour but de diminuer la symptomatologie ESPT et la comorbidité comme la colère, la culpabilité, la perception négative de la santé et la dépression. Le protocole inclut 4 éléments thérapeutiques : la psycho-éducation, l’exposition in vivo, l’exposition par imagerie et l’exposition émotionnelle. Cette thérapie qui est fort pratiquée par nos voisins du Nord, part de l’idée de confronter directement la victime avec tous les détails de leur supplice, alors que nos démarches préconisent d’abord l’installation d’un sentiment de sécurité.

Le *Human Givens Institute’s 'rewind’ technique* est destiné à réduire l’hypervigilance et la charge émotionnelle afin que le souvenir traumatique, par l’exposition répétée, devienne un souvenir normal, sans provoquer les sentiments d’angoisse et de panique (Griffin & Tyrrel, 2013 dans Mullan, 2017). Des techniques de décharge, ‘holistic releasing’, de développement de confiance, ‘positive rehearsal’, de respiration, … sont proposées. Le traitement est court, maximum 3 à 4 séances (Muss, 1991).

*L’Expressive writing* : la victime essaie, via l’élaboration écrite, d’intégrer ses émotions et ses pensées afin de construire une histoire cohérente de l’événement, ce qui influence favorablement la suite de son rétablissement. La technique semblerait désactiver les mécanismes d’évitement et les symptômes physiologiques liés à l’hypervigilance (Di Blasio, Ionio & Confalonieri, 2009 ; Di Blasio, Caravita, Ionio, Milani & Valtolina, 2015).

*Creative (arts) therapy* peut permettre une alternative pour l’indicible.

*La réhabilitation psychosociale* est moins axée sur les symptômes et vise une amélioration fonctionnelle.

*L’approche psycho-dynamique*: Dans le cadre d’un Service d’Aide aux victimes, Jacques Roisin a débuté l’organisation de groupes de parole (Roisin, 2003) pour les victimes d’agressions sexuelles.

*Mindfullness* (Lang, 2017): Les capacités dérivées de cette experience, incluant l’attention focalisée, l’acceptation d’expériences internes et de la réactivité diminuée sans jugement peuvent aider à contrer les réponses pathologiques.

*La médiation animalière :* l’utilisation d’un animal peut être bénéfique chez la personne

Traumatisée (de Villers, 2019).

3.4 Psychopharmacothérapie

La recherche clinique suggère que les bêtabloquants (propanolol) prescrits dans la période post-immédiate du trauma pourraient s’opposer à l’inscription des mémoires traumatiques et diminuer le risque de développer un syndrome post-traumatique (Vaïva, Ducrocq et al., 2003 dans Josse, 2012).

L’étude de Ipser et Stein (2012) postule que les SSRI sont les médicaments les plus efficaces à court et long terme. Il s’agit de venlafaxine et de risperdone, un antipsychotique atypique.

Il existe peu de preuve d’efficacité des benzodiazepines, malgré la continuation de leur utilisation dans la pratique clinique. Finalement le α1 antagonist prazosin et les antipsychotiques atypiques démontrent une certaine efficacité dans l’ESPT qui résiste au traitement.

Le tableau ci-dessous (Kendall-Tacket, 2014) reprend les médicaments prescrits aux personnes souffrant d’ESPT. Cette étude cadrait dans un travail sur l’ESPT postnatal.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classification**  **de médicament** | **Nom du médicament** | **Symptôme traité** |
| Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) | Sertraline(Zoloft)  Escitalopram(Lexapro)  Paroxetine(Paxil)  Fluoxetine (Prozac)  Citalopram(Celexa) | -Bien toléré.  -Traite les symptômes co-morbides.  -Meilleure qualité de vie |
| Mixed-Fonction anti-dépresseurs | Venlafaxine(Effexor)  Mirtazepine(Loniten) | -Efficacité démontrée pour l’ESPT |
| Serotonin2 Antagonist/Reuptake Inhibitors (SARIs) | Trazodone (Desryl) | -Réduction du sommeil REM et donc diminution des cauchemards |
| Agents Adrenergiques | a-2 antagonistes adrénergiques (prazosin, clonidine, guanfacine)  a-bloqueurs adrénergiques (propranolol) | -Diminution des cauchemards et idées intrusives  -Prévention de symptômes à long terme  Attention quand dépression co-morbide |
| Antipsychotiques Atypiques | Olanzapine  Quietiapine  Risperidone | -En cas de symptômes psychotiques accompagnés ou en cas d’échec de médication de première ligne  -Peut également réduire l’extrême hypervigilance/ paranoia, l’aggressivité physique et les hallucinations liées au trauma |

En conclusion, la victime peut à l’heure actuelle faire appel à plusieurs services d’aide comme *l’SAPV ou Service d’Assistance Policière aux Victimes* (service de première ligne directement après les faits, il consiste en une aide morale sans suivi psychologique), *l’SAV ou le Service* *d’Aide aux Victimes* ( pour une aide psychique et des conseils pratiques, un accompagnement lors de certaines démarches médicales, financières,…) et le *Service d’accueil des Victimes*, composé d’assistants de justice, dans des *Maisons de Justice*.

Elle a recours à des traitements individuels et collectifs proposés par des psychiatres et des psychologues.

Il nous semble cependant tout aussi important d’investir dans la *prévention* et *la détection* d’ESPT par la sensibilisation et l’information continue du secteur médical (par ex. reconnaître les signes de violence sexuelle, …), du secteur policier (par ex. expliquer les caractéristiques spécifiques de la mémoire traumatique lors des interviews de victimes) mais aussi de l’enseignement (une écoute bienveillante par rapport aux comportements auto- et hétéro-agressifs d’enfants,…).

Le monde politique joue quant à lui un rôle très important dans la *reconnaissance* de la victime (statut de victime, remboursement des traitements,…). A l’heure actuelle, la victime est un acteur reconnu dans le processus judiciaire, comme en témoigne la justice réparatrice (médiation, dédommagement,…).

Ces bonnes pratiques demandent néanmoins des efforts continus des acteurs de la santé et de la justice.

1. **Conclusions**

Dans ce travail nous abordons les différents types de trauma où l’événement les provoquant peut être individuel ou collectif, naturel ou humain, accidentel ou intentionnel.

On distingue les traumatismes simples (accident de voiture,…) et complexes (torture,…) où les derniers constituent un vrai challenge thérapeutique.

L’intensité de l’événement, les réactions péri-traumatiques et la personnalité de la victime ainsi que son milieu de récupération seront les prédicteurs de l’installation ou pas d’un Etat de stress Post-Traumatique.

L’ESPT se caractérise par les symptômes d’intrusion, d’évitement, d’altérations des cognitions et de l’humeur et de modifications de l’éveil et de la réactivité. La DSM V exige la persistance de ces symptômes pendant au moins un mois après un événement traumatique.

Un ESPT partiel ne répondrait pas à toutes les caractéristiques prédéfinies mais pourrait être tout aussi invalidant. La prévalence de ce trouble nous apprend en tout cas que son diagnostic (différentiel) et son traitement précoce sont essentiels. Différentes échelles peuvent nous aider à cet égard mais la prise en charge débute par une écoute bienveillante et une (hétéro-) anamnèse approfondie.

L’approche en phase immédiate nécessite selon Crocq des intervenants qui connaissent la psychiatrie de trauma. En discutant avec des acteurs du terrain on découvre qu’une première aide psychosociale peut, selon eux, se faire par toute personne empathique et à l’écoute (un voisin qui apporte une tasse de café, une couverture,…)

La technique du debriefing en phase post-immédiate ne suscite pas moins de controverses.

A plus long terme, plusieurs traitements psychologiques dont l’EMDR sont utilisés accompagnés ou pas d’un traitement médicamenteux.

Finalement, la victime a trouvé sa place dans le système judiciaire où son avis a de l’importance, tant dans l’instruction que le processus pénal. La justice réparatrice vise à réparer le ‘dommage’ provoqué par la médiation,…

Malgré la reconnaissance de la victime dans la société actuelle et une meilleure connaissance du trauma et de toutes ses répercussions, les personnes affectées par un ou des événements traumatiques continuent leur combat quotidien contre les démons de leur passé.

1. **Bibliographie**

Amant, C. (2014): Certificat Inter-universitaire Psychotraumatologie et Victimologie, ULB

2018-2019

Aizhong, L., Hongzhuan, T., Jia , Z., Shuoqi, L. Tubao Y., Jieru W., Jian, L., Xuemin, T.,

Zhenqiu, S., Shi Wu, W. (2006). An Epidemiologic Study of Posttraumatic Stress Disorder in Flood Victims in Hunan China.*Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 350-354.

Blevins, C., Weathers F., Davis, M., Witte, T., Domino, J. (2015). The posttraumatic stress

disorder checklist for DSM-5(PCL 5): development and initial psychometric

evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, Volume 28, issue 6, retrieved from

https://doi.org/10.1002/jts.22059

Crocq, L. (2012). 16 leçons sur le trauma. Odile Jacob

Crocq, L. & Bouchard, JP. (2018). Histoire de la psychotraumatologie : « Les dramatiques

attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les

psychismes. ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176, 3, 305-309.

De Villers, B. (2019) : Certificat Inter-universitaire Psychotraumatologie et Victimologie, ULB

2018-2019

Di Blasio, P., Caravita, S., Ionio, C., Milani, L., Valtolina, G. (2015). The effects of

expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms.

*Psychological Reports: Mental and Physical Health*,117, 3, 1-27

Di Blasio, P., Ionio, C. & Confalonieri, E. (2009). Symptoms of postpartum PTSD and

expressive writing: a prospective study. *Journal of Prenatal and Perinatal*

*Psychology and Health*, 24 (1)

Ducrocq, F.(2009). Le psychotrauma en chiffres. Des enjeux multiples. *Stress et Trauma ;*

9(4), 199-200.

Foa, E., Keane, T., Friedman, M., Cohen, J. (2009). Effective Treatments for PTSD, Second

Edition: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress

Studies. The Guilford Press

Gagnon, R. (2005). Traitement du trouble : Etat de Stress PostTraumatique (ESPT) par thérapie

cognitivo-comportementale. Essai présenté à l’université du Québec à Trois Rivières

comme exigence partielle du doctorat en psychologie.

Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of

subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Ipser, J. & Stein, D. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress

disorder (PTSD). *International Journal of Neuropsychopharmacology.* 15, 6 ; 825-840

Josse, E. (2014). Le tr aumatisme psychique chez l’adulte. De Boeck Supérieur s.a.

Kédia, M., Vanderlinden, J.& Lopez, G. (2012). Dissociation et mémoire traumatique. Dunod

Kendall-Tackett, K. (2014). Medication use for trauma symptoms and PTSD in

pregnant and breastfeeding women.

Krings-George, A. (2013). Etat de stress posttraumatique suite à l’accouchement :nouvelles

recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR(Eye

Mouvement Desensitization and Reprocessing). Thèse de doctorat de l’Université de

Lorraine. Retrieved from [http://docnum.univlorraine.fr/public/DDOC\_T\_2013\_0339\_KRINGS\_GEORGE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2013_0339_KRINGS_GEORGE.pdf)

Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B., Haynes, S. N., Owens, J. A., &

Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad spectrum

measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychol*

*Assess*, 12: 210-224.

Lang, A. (2017). Mindfulness in PTSD treatment. *Current Opinion in Psychology,* 14, 40-43

Mullan, J. (2017). Birth Trauma Resolution. *MIDIRS Midwifery Digest*, 27, 345-348.

Muss, D.C. (1991). A new technique for treating post-traumatic stress disorder. *British*

*Journal of Clinical Psychology*, 30, 1, 91-92. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/>

j.2044-8260.1991.tb00924x

Kingsbury, S. (1988). Hypnosis in the treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An

Isomorphic Intervention. <https://doi.org/10.1080/00029157.1988.10402873>

Roisin, J. (2010). De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison.

Roisin, J. (2003). Victimes d’agression sexuelle. Les ressources thérapeutiques des groupes

de parole. *Revue francophone de stress et de trauma*, 3, 3, 163-165.

Roth, M., St. Cyr, K., Levine, A., King, L., Richardson, D. (2016). Do DSM-5 changes to

PTSD symptom cluster criteria alter the frequency of probable PTSD when screening

treatment seeking Canadian Forces members and veterans? *Journal of Military*

*Veteran and Family Health*, 2, 2,

Schnyder, U., (2005). Psychothérapies pour les PTSD – une vue d’ensemble.

*Psychothérapies*, 1, 25, 39-52.

Shapiro, F. (2012). Getting past your past. *Rodale Inc.,* New York

Smith, B ., Ortiz, W., Steffen, A., Tooley, L., Wiggins, E., Yeater, K., Montoya, E., Bernard,

J. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms and alcohol problems in urban firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (5), 613-617.

Vaiva, G., Brunet, A., Lebigot, F., Boss, V., Ducrocq, F., Devos, P., Laffargue, P.,

Goudemand, M. (2003). Fright and other Peritraumatic responses After a Serious

Motor Vehicle Accident: Prospective influence on acute PTSD Development. *The*

*Canadian* *Journal of Psychiatry.* 48, 395-401.

*Autres lectures conseillées*:

Gérer la dissociation d’origine traumatique de Boon, Steele et Van der hart. De Boeck 2017

Le livre noir des violences sexuelles de Salmona. Dunod 2018

Les livres de Onno Van Der Hart

Les livres de Erik De Soir

1. **Annexes**

**Critères diagnostiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015) pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10)**

**Critères A (1 exigé) :** **avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d’une ou plusieurs façons suivantes :**

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants
2. En étant témoin direct d’un ou plusieurs événements traumatisants
3. En apprenant qu’un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d’un membre de la famille ou d’un ami, l’événement doit avoir été violent ou accidentel
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d’un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants)

Remarque : Le critère A4 ne s’applique pas à l’exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

**Critères B (1 exigé) : Présence d’un ou plusieurs symptômes d’intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants

*NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme.*

1. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l’événement et qui provoquent un sentiment de détresse

*NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.*

1. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d’images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l’événement traumatisant se reproduisait

(Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l’environnement actuel.)

*NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux.*

1. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l’exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l’événement traumatisant
2. 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

**Critères C (1 exigé) : 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 (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) 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

**Critères D (3 exigés): 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 (typiquement en raison d’une amnésie dissociative et non pas à cause d’autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d’alcool ou de drogues)
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d’autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente »
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 (p. ex. incapacité d’éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d’affection)

**Critère E (3 exigés) : Profondes modifications de l’état d’éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l’événement traumatisant s’est produit, comme l’indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s’expriment typiquement sous forme d’agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur
3. Hypervigilance
4. Réaction de sursaut exagéré
5. Problèmes de concentration
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s’endormir ou sommeil interrompu ou agité).

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

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

**Critère H (exigé): La perturbation n’est pas attribuable aux effets physiologiques d’une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.**

**Spécifier le type :**

**Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de **trouble de stress post-traumatique** et, de plus, en réaction à l’agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l’un ou l’autre des états suivants.

1. **Dépersonnalisation :** expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu’observer de l’extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n’est pas réel ou que tout se passe au ralenti)
2. **Déréalisation :** Sentiment persistant ou récurrent que l’environnement n’est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l’impression d’être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi)

*Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d’une substance (p. ex., moments d’absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d’épilepsie partielles complexes).*

**Avec manifestation différée :**

Si l’ensemble des critères de diagnostic n’est présent que six mois après l’événement (bien que l’apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l’immédiat)

**Pour les enfants de moins de 6 ans**

**Critères A chez l’enfant de moins de 6 ans avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d’une ou plusieurs façons suivantes :**

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants

2. en étant témoin direct d’un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d’autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l’enfant

*NB être témoin direct n’inclut pas les évènements dont l’enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images.*

3. en apprenant qu’un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l’enfant

**Critères B : Présence d’un ou plusieurs symptômes d’intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants

*NB* *les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas forcément apparaître la détresse et peuvent s’exprimer par le biais reconstitutions dans le jeu.*

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l’événement et qui provoquent un sentiment de détresse

*NB il peut être impossible de vérifier que le contenu* *effrayant est lié aux événements traumatiques.*

3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d’images, flashbacks) au cours desquelles l’enfant se sent ou agit comme si l’événement traumatisant se reproduisait (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l’environnement actuel.)

Des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours de jeux

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l’exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l’événement traumatisant

5. 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

**Critères 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 :**

**Évitement persistant de stimuli**

1. Évitement ou tentative d’évitement des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événement traumatiques

2. Évitement ou tentative d’évitement des personnes, conversations, ou des situations qui ramènent à l’esprit des souvenirs du ou des événements traumatiques

**Altérations négatives des cognitions**

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion

4. Réduction nette de l’intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à des activités y compris le jeu

5. Comportement traduisant un retrait social

6. Réduction persistante de l’expression des émotions positives

**Critères D : Changements marqués de l’éveil et de la réactivité associés aux 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. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s’expriment typiquement sous forme d’agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets

2. Hypervigilance

3. Réaction de sursaut exagéré

4. Problèmes de concentration

5. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s’endormir ou sommeil interrompu ou agité)

**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 altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d’autres aidants ou une altération du comportement scolaire.**

**Critère H: La perturbation n’est pas attribuable aux effets physiologiques d’une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.**

**Spécifier le type :**

**Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l’agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l’un ou l’autre des états suivants :**

**1. Dépersonnalisation :** expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi- même comme si elle ne faisait qu’observer de l’extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n’est pas réel ou que tout se passe au ralenti)

**2. Déréalisation :** Sentiment persistant ou récurrent que l’environnement n’est pas réel

(p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l’impression d’être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi.)

*Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d’une substance (p. ex., moments d’absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d’épilepsie partielles complexes).*

**Avec manifestation différée :** Si l’ensemble des critères de diagnostic n’est présent que six mois après l’événement (bien que l’apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l’immédiat.

Source :

Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 5th Edition . Arlington VA. American Psychiatric Association 2015. DSM-5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux American Psychiatric Association, Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, Traduction française coordonnée par Julien-Daniel Guelfi, Traduction française coordonnée par Patrice Boyer, Traduction française coordonnée par Charles-Bernard Pull, Traduction française coordonnée par Marie-Claire Pull Editeur: Elsevier Masson| Date de publication: 07/2015|