



**HAL**  
open science

# Évaluation des besoins en formation en psychotraumatologie : étude pilote dans l'Orne

Andreea Lenjalley

► **To cite this version:**

Andreea Lenjalley. Évaluation des besoins en formation en psychotraumatologie : étude pilote dans l'Orne. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04186458

**HAL Id: dumas-04186458**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04186458v1>**

Submitted on 23 Aug 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

-----  
UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2022/2023

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 31 mars 2023

par

Mme ANDREEA LENJALLEY STRATONE

Née le 17 mars 1988 à BUZAU, ROUMANIE

TITRE DE LA THÈSE :

EVALUATION DES BESOINS EN FORMATION EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE : ETUDE PILOTE  
DANS L'ORNE

**Président :** Monsieur le Professeur THANH-HUY ERIC BUI

Membres : Monsieur le Professeur FABIAN GUENOLE

Monsieur le Docteur THIERRY VASSE

**Directeur de thèse :** Pr THANH-HUY ERIC BUI

**Année Universitaire 2022/2023****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)  
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)  
Professeur Lydia GUITTET (recherche)  
Professeur Emmanuel BABIN (3<sup>ème</sup> cycle)

**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques ( <i>sumombre universitaire</i> )	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-Huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO ManhThôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

<b>Mme ÉMERY Evelyne</b>	Neurochirurgie
<b>M. ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>Mme FAVRAIS Géraldine</b>	Pédiatrie
<b>M. FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M. GABEREL Thomas</b>	Neurochirurgie
<b>M. GUÉNOLÉ Fabian</b>	Pédopsychiatrie
<b>Mme GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M. HANOUS Jean-Luc</b>	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
<b>M. HITIER Martin</b>	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
<b>M. HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M. ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M. JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M. JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>M. LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>Mme LELONG-BOULOUARD Véronique</b>	Pharmacologie fondamentale
<b>Mme LEVALLET Gwénaëlle</b>	Histologie, embryologie et cytogénétique
<b>M. LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M. LUBRANO Jean</b>	Chirurgie viscérale et digestive
<b>M. MAHE Marc-André</b>	Cancérologie
<b>M. MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M. MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M. MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M. MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M. MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
<b>M. MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M. NORMAND Hervé</b>	Physiologie
<b>M. PARIENTI Jean-Jacques</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
<b>M. PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>Mme PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition

<b>M. QUINTYN Jean-Claude</b>	Ophtalmologie
<b>Mme RAT Anne-Christine</b>	Rhumatologie
<b>M. REPESSE Yohann</b>	Hématologie
<b>M. ROD Julien</b>	Chirurgie infantile
<b>Mme THARIAT Juliette</b>	Radiothérapie
<b>M. TILLOU Xavier</b>	Urologie
<b>M. TOUZÉ Emmanuel</b>	Neurologie
<b>Mme VABRETAstrid</b>	Bactériologie - Virologie
<b>M. VERDON Renaud</b>	Maladies infectieuses et tropicales
<b>M. VIVIEN Denis</b>	Biologie cellulaire

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme BELLOT Anne</b>	Pédiatrie
<b>Mme CHATELET Valérie</b>	Néphrologie
<b>M. GUILLAUME Cyril</b>	Médecine palliative
<b>M. LABOMBARDA Fabien</b>	Cardiologie
<b>M. LE BAS François</b>	Médecine Générale
<b>M. COUETTE Pierre André</b>	Médecine Générale
<b>M. PIEDNOIR Emmanuel</b>	Maladies infectieuses et tropicales
<b>M. QUEFFEULOU Guillaume</b>	Néphrologie
<b>Mme VILLOT Anne</b>	Gynécologie-Obstétrique

### **PRCE**

<b>Mme LELEU Solveig</b>	Anglais
--------------------------	---------

### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

<b>Mme CHAPON Françoise</b>	Histologie, embryologie
<b>M. DEFER Gilles</b>	Neurologie
<b>M. DERLON Jean-Michel</b>	Neurochirurgie
<b>M. GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>M. HURAUULT de LIGNY Bruno</b>	Néphrologie
<b>Mme KOTTLER Marie-Laure</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M. LE COUTOUR Xavier</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. LEPORRIER Michel</b>	Hématologie
<b>M. RAVASSE Philippe</b>	Chirurgie infantile
<b>M. REZNIK Yves</b>	Endocrinologie
<b>M. TROUSSARD Xavier</b>	Hématologie
<b>M. VIADER Fausto</b>	Neurologie

**Année Universitaire 2022/2023****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)  
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)  
Professeur Lydia GUITTET (recherche)  
Professeur Emmanuel BABIN (3<sup>ème</sup> cycle)

**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENSHOSPITALIERS**

Mme BECHADE Clémence	Néphrologie
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
Mme BOULANGER Marion	Neurologie
M. BROSSIER David	Pédiatrie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. HODZIC Amir	Physiologie
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme KRIEGER Sophie	Pharmacie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M. LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M. MENAHEM Benjamin	Chirurgie digestive
M. MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. MOLIN Arnaud	Génétique

<b>M. SAINT-LORANT Guillaume</b>	Pharmacie
<b>M. TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M. VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
<b>M. VILLAIN Cédric</b>	Médecine interne

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**M. HUMBERT Xavier**

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme ARMAND Audrey</b>	Médecine générale
<b>M. BANSARD Mathieu</b>	Médecine générale
<b>Mme NOEL DE JAEGER Sophie</b>	Médecine générale
<b>M. PITHON Anni</b>	Médecine générale
<b>M. POUILLAIN PIERRE</b>	Médecine générale

**MAITRE DE CONFERENCES ÉMÉRITE**

**Mme BENHAÏM Annie** Biologie cellulaire

## Remerciements

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Eric BUI,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail, et pour l'enseignement que vous m'avez apporté durant ces années d'internat,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Fabian GUENOLE,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail, Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, et pour votre engagement constant dans la formation des internes,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon estime.

Monsieur le Docteur Thierry VASSE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

J'ai eu le privilège d'apprécier l'étendue de votre réflexion, et la richesse de votre enseignement lors des regroupements interrégionaux de mon internat, en particulier dans le domaine de la psychiatrie légale,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon respect.

A mes proches,

Vincent et Luca, a mon futur bebe

Ma famille, mes parents,

Mes amis,

Ma belle-famille,

Et à tous mes co-internes rencontrés durant ces années d'internat.



## **Abréviations**

APA : American Psychiatry Association  
AVP : Accident de la Voie Publique  
BSI : Brief Symptom Inventory  
CAPS : Clinician Administered PTSD Scale  
CISD: Critical Incident Stress Debriefing  
CFPvm: Cortex Préfrontalventro-médian  
DSM: Diagnostic and Statistical Manual  
DP : Debriefing Psychologique  
ESA : Etat de Stress Aigu  
ESPT:Etat de Stress Post-Traumatique  
HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale  
HAS: Haute Autorisation du Santé  
HHS:Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien  
IPD: Inventaire de Dissociation Péritraumatique  
IES : Impact of EventScale  
NA: Noradrénaline  
NMDA : N-Méthyl-D-Aspartate  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
PDEQ : Questionnaire des Expériences de Dissociation Péri-traumatique  
PEGS: Powerfull Event Group Support  
PFA: Psychological First Aid  
PHRC: Programme Hospitalier de Recherche Clinique  
RCE : Réponse conditionnée émotionnelle  
SAU: Service d'Accueil des Urgences  
SNA : Système Nerveux Autonome  
TPST : Trouble du Stress Post Traumatique  
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale  
UPAP : Unité Paramédicale d'Accueil Psychiatrique

## Tableaux et figures

1. Tableau 1. Caractéristiques Socio-Démographiques et Pratiques de N=66 Participants à l'Enquête Note: Test exact de Fisher
2. Familiarité avec la Prise en Soins du Trouble de Stress Posttraumatique chez N=66 Participants à l'Enquête Note: Test Fisher exact
3. Fig.1 : Les principales caractéristiques démographiques et de pratique sont présentées dans la figure 1. Sur les 66 personnes qui ont répondu à l'enquête, 72,7% étaient des femmes et 27,3% des hommes, le groupe le plus important de participants s'est identifié comme des psychiatres et internes en psychiatrie agréés.
4. Fig.2 : La tranche d'âge, on note que la plupart des participants font partie du groupe 25-34 ans, et aussi ces pratiques depuis au moins 4 ans.
5. Fig.3 : Années de pratique
6. Fig.4 : Formation initiale
7. Fig. 5 : Type de public reçu
8. Fig.6 : Types de traumatismes pris en charge
9. Fig.7 : Types de médicaments prescrits dans le cadre d'un TPST
10. Fig.8 : Méthodes de thérapies utilisées dans le cadre du TPST
11. Fig.9 : Intérêt dans le CRPN
12. Fig.10 : Intéressées par les formations CRP
13. Fig.11 : Disponibilités pour les formations proposées par le CRP



## Contents

UFR SANTÉ.....	1
FACULTÉ de MÉDECINE.....	1
THÈSE POUR L'OBTENTION.....	1
<b>Remerciements</b> .....	1
<b>Abréviations</b> .....	2
<b>Figures et tableaux</b> .....	3
<b>Introduction</b> .....	1
<b>PARTIE II : ETUDE EMPIRIQUE</b> .....	30
<b>Conclusion</b> .....	47
<b>Bibliographie</b> .....	48
ANNEE DE SOUTENANCE : 2022/2023.....	3
TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : EVALUATION OF TRAINING NEEDS IN PSYCHOTRAUMATOLOGY: PILOT STUDY IN THE ORNE.....	3

# **PARTIE 1 : DE LA CLINIQUE DU TROUBLE DE STRESS POSTTRAUMATIQUE A LA FORMATION DES THERAPEUTES**

## **Introduction**

### **A. Historique**

Les premières descriptions de manifestations cliniques de psycho traumatisme datent de 2 000 ans avant Jésus-Christ, rapportant la souffrance du peuple sumérien en Basse Mésopotamie à la suite de la destruction du Nippur. L'histoire sera ensuite émaillée d'observations ponctuelles de troubles post-traumatiques mais il faudra attendre le début du XIX<sup>ème</sup> siècle pour qu'ils suscitent l'intérêt du monde médical (en 1809, première description d'une névrose traumatique par Pinel, aliéniste français, dans son traité pour l'humanisation du traitement des aliénés). La seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle verra cet intérêt s'accroître. Les scientifiques français et anglais se penchent alors sur les réactions post-traumatiques manifestées à la suite d'accidents ferroviaires et en 1884, Herman Oppenheim, un neurologue allemand, les regroupe sous le vocable de "névrose traumatique". Tout au long du XX<sup>ème</sup> siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement les deux conflits mondiaux ainsi que la guerre du Vietnam, se révéleront être un terrain d'études théoriques et pratiques. Sigmund Freud<sup>3</sup> , Pierre Janet<sup>4</sup> , Sandor Ferenczi<sup>5</sup> et Otto Fenichel<sup>6</sup> notamment, enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques. Ils initient également les premiers traitements psychothérapeutiques (hypnose, psychanalyse), en particulier lors de séquelles de traumatismes anciens. L'armée, quant à elle, instaure des soins immédiats avec la "psychiatrie de l'avant" née pendant la guerre russo-japonaise de 1904-1905 grâce au travail de terrain d'un psychiatre russe, Autocratov. Progressivement, psychiatres et psychologues du monde entier élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme lors des événements traumatiques.

En 1980, à la suite des séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans du Vietnam, le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual) introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique nommé "Post-Traumatic Stress Disorder" et généralement signalé par l'acronyme PTSD (traduit en français par Etat de Stress Post-Traumatique ou ESPT)<sup>7</sup>.

B. L'événement Le premier critère pour caractériser un état de stress post-traumatique (ESPT) est l'événement traumatique. Il est important de distinguer l'événement émotionnellement choquant à celui à potentiel traumatisant.

1. Événement émotionnellement choquant Par événement émotionnellement choquant, nous entendons : un événement, qui fait violemment prendre peur, émeut et qui, par son comportement soudain ou inattendu, peut sérieusement troubler l'équilibre émotionnel et cognitif de l'individu concerné. Les exemples sont, entre autres, l'annonce d'un décès douloureux et inattendu d'un membre de la famille ou d'une connaissance.

2. Événement à potentiel traumatisant Un événement à potentiel traumatisant (traumatogène), en revanche, est un événement qui répond aux quatre critères suivants (1) l'événement est soudain et inattendu ;

(2) l'événement donne un sentiment d'extrême impuissance, d'effroi et/ou de colère ;

(3) l'événement est lié à des émotions fortes anxiété (honte, culpabilité, chagrin) et des sentiments de peur intense, voire même d'effroi ;

(4) il confronte les victimes de façon directe ou indirecte avec le monde des morts (voire à sa propre mort) ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique et psychique de soi-même et/ou de l'autre, menant souvent à un état de stress post-traumatique ; Ce type d'événement peut, par la suite, s'organiser en souvenirs présentés soit comme des pensées indésirables entraînant une rumination anxieuse, soit comme des souvenirs spontanés, qui reviennent sous la forme de sensations et d'images préverbaux non-intégrés. Ils sont la conséquence d'événements péri-traumatiques et de dissociations. Ils forment, avec les réactions d'évitement et de négation, l'état de stress post-traumatique, répertorié comme tel, dans le DSM.

C. Les entités cliniques 1. Critères DSM de l'ESPT Dans le DSM-IV, l'état de stress post-traumatique ou "post-traumatic stress disorder" en langue anglaise, est décrit en fonction d'une série de critères diagnostiques. L'OMS reconnaît également cette entité clinique dans la classification internationale des troubles mentaux CIM 10. Le critère A concerne l'exposition à un événement traumatique. Le caractère traumatique de l'événement réside dans l'interprétation objective et subjective que l'individu se fait de l'événement. D'un point de vue objectif, le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un ou plusieurs événement(s) durant le(s)quel(s) des personnes ont pu mourir ou être grièvement blessées, ont été menacées de mort ou de graves blessures ou encore durant le(s)quel(s) l'individu a vu son intégrité physique ou celle d'autrui menacée. De façon subjective l'individu doit avoir réagi à l'événement par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Au niveau de la symptomatologie, l'état de stress

post-traumatique est caractérisé par trois clusters de symptômes : - le critère B reprend une catégorie de symptômes de reviviscence intrusive de certains aspects de l'événement (souvenirs, pensées, rêves, flashbacks) ; - le critère C reprend une catégorie de symptômes déniement et d'évitement (éviter des aspects et/ou des pensées à l'événement, engourdissement émotionnel ;  
- le critère D une catégorie de symptômes d'hyperactivation ("hyperarousal") neurovégétative (niveau d'irritabilité accru, réactions de sursaut exagérées, troubles de sommeil, tachycardie,).

Dans un critère E, le DSM indique que les symptômes cliniques de l'état de stress post-traumatique devraient avoir un retentissement sur le fonctionnement social et/ou professionnel de l'individu traumatisé. Le DSM-IV impose aussi des limites de temps pour l'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu. Si les symptômes repris dans les critères B, C et D (ci-dessus) restent présents entre deux semaines à un mois, allant de paire avec des symptômes de dissociation, on peut poser le diagnostic d'état de stress aigu d'après le DSM IV. Dans certaines études, l'ESA semble être précurseur de l'état de stress post-traumatique mais ce n'est pas systématique. Il présente une bonne valeur prédictive (proportion de personne avec un ESA qui développe un ESPT), mais par contre la sensibilité (personnes qui développent un ESPT qui ont présenté un ESA) est faible. Un repérage des patients en se limitant exclusivement à la présence d'un ESA ne suffit donc pas. Si les symptômes sont présents à un mois (ayant présenté ou pas un ESA), le diagnostic de l'état de stress post-traumatique peut être posé. Notons qu'une forme différée, où les symptômes apparaîtraient seulement après six mois, est également décrite dans le DSM-IV. Certains auteurs intègrent les formes subsyndromiques définissant ainsi un ESPT partiel ou un ESPT complet<sup>10, 11, 12</sup>. Toutefois, cette entité n'est pas reconnue par nos classifications actuelles (DSM et CIM) et surtout les définitions varient en fonctions des auteurs, la comparaison de leurs résultats paraît biaisée. Nous n'en tiendrons donc pas compte dans la suite de ce travail.

2. Critère de l'état de stress aigu Il s'agit d'une notion introduite en 1994, dans le DSM IV<sup>9</sup>. Cette entité clinique décrit la symptomatologie du mois suivant l'événement traumatisant, avec comme objectif, l'identification des patients à haut risque de ESPT. En effet, l'existence de cette nouvelle entité clinique est liée à une volonté des auteurs du DSM d'améliorer le repérage des sujets à risque. Les critères diagnostiques de l'ESA sont les suivants:

A. La victime a été exposée à un événement traumatisant au cours duquel deux des éléments suivants sont présents : - La personne a vécu, été témoin ou a été confrontée

avec un ou des événements impliquant, pour elle-même ou d'autres, un risque de mort, de lésion grave ou une menace vitale immédiats.

- La réaction implique une peur intense, une sensation d'abandon ou d'horreur.

B. Soit au cours de l'événement soit après, la victime présente trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants : - Une sensation subjective d'engourdissement, de détachement, une absence d'émotion. - Une perte de conscience de l'environnement (état de stupeur). - Une perte de contact avec la réalité. - Un trouble du comportement, de la personnalité. - Une amnésie dissociative impliquant l'incapacité de se remémorer certains aspects de l'événement.

C. L'événement traumatisant est revécu de façon persistante d'au moins une des façons suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flashbacks récurrents, sentiment de revivre le traumatisme ou détresse au contact d'éléments rappelant l'événement

D. Comportement d'évitement des stimuli rappelant le traumatisme (pensées, sensations, conversations, activités, lieux, personnes,...) E. Anxiété marquée et/ou augmentant (difficultés à trouver le sommeil, irritabilité, difficultés de concentration ou au contraire "hypervigilance", réactions motrices exagérées).

F. Les perturbations entraînent détresse et perturbation sociale, empêchant la victime de rechercher ou de demander de l'aide.

G. Les perturbations durent au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines. Elles apparaissent dans le mois suivant l'événement. Ainsi avec la séparation dans le temps, on distingue l'ESA qui peut se développer de 2 jours à 1 mois après l'événement traumatique et l'ESPT dont on ne peut faire le diagnostic qu'à un mois de l'événement. Egalement, on définit la période immédiate comme la période qui débute à partir de l'événement et jusqu'au deuxième jour. La période post-immédiate débute le deuxième jour et prend fin au trentième jour.

## **B. Le traumatisme psychique et les différentes réactions qui en découlent**

### **1. Définition du traumatisme psychique**

Le mot traumatisme vient du grec « traumatismos » qui signifie action de blesser. En psychopathologie, le traumatisme est défini comme un phénomène d'effraction du psychisme, et des débordements de ses défenses par un événement agressant ou



menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

## **2. Définition du stress**

C'est une réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu face à une agression, une menace ou une situation inopinée.

(3) Suite à un traumatisme, l'individu peut réagir de différentes façons, adaptées ou non.

## **3. En phase aiguë: les réactions immédiates**

Les réactions immédiates indiquées ci-après ne durent que quelques heures.(3) (4)

a. Réactions adaptées Sur le plan physiologique, la réaction immédiate adaptative, appelée stress adapté, entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, une élévation de la glycémie, et une fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes. Sur le plan psychologique, la réponse adaptée se traduit par la focalisation de l'attention, la mobilisation des capacités mentales et l'incitation à l'action.

Elle s'accompagne de symptômes neurovégétatifs (tachycardie, tachypnée, pâleur, frissons, oppression thoracique, spasmes digestifs).

b. Réactions inadaptées : « stress dépassé » Il en existe quatre formes :

- La sidération : le sujet est stupéfait, incapable de percevoir et d'exprimer ce qu'il ressent ; il est comme paralysé, immobile dans le danger.

- L'agitation désordonnée : état d'excitation psychique qui ne lui permet pas d'élaborer une décision, il gesticule, crie et s'agite dans tous les sens avec des propos incohérents.

- La fuite panique : le sujet cherche à s'éloigner du danger mais le fait de façon non raisonnée. Il court dans tous les sens en bousculant les autres, sans savoir où il va. -

Les mouvements automatiques : le sujet semble avoir un comportement normal car il n'attire pas l'attention, mais en fait ses gestes sont saccadés, répétitifs, voire inadaptés à la situation. Il les effectue mécaniquement sans y penser.

c. Réactions névropathiques et psychotiques immédiates

Il peut s'agir d'une réaction anxieuse aiguë, une réaction hystérique immédiate, une réaction mélancolique, une réaction maniaque, ou un accès délirant. Pour les accidents collectifs, les attentats, les Cellules d'Urgence Médico Psychologique (CUMP)

dispensent les premiers soins psychiques, visant à réduire les symptômes et soulager la souffrance psychique. Cette intervention immédiate est nommée « defusing », que l'on peut traduire par « désamorçage », pour éviter une évolution pathologique.

4. Les réactions en post-immédiat Les réactions en post-immédiat durent de deux à trente jours, voire jusqu'à deux mois. (3) (4)

Le retour à la normale avec disparition des symptômes neurovégétatifs.

- Les décharges de stress différé : un sujet indemne de souffrance psychique immédiate peut développer plus tardivement des symptômes.

- L'état de stress aigu : c'est une combinaison de symptômes de la réaction immédiate et du stress post traumatique. C'est une période où il faut être vigilant, exercer une surveillance clinique étroite. On dispense des soins psychiques à visée préventive ou thérapeutique : il s'agit d'une intervention psychothérapeutique précoce : le « debriefing ».

5. Les réactions à distance

- L'état de stress post traumatique : - aigu : il dure entre un et trois mois. - chronique : il a une durée supérieure à trois mois.

- La dépression réactionnelle.

### **C. Epidémiologie**

L'exposition aux événements traumatiques, le point de départ d'une réaction, déclenchement des symptômes de TSPT

1. Le vécu traumatique et le développement du TSPT en population générale

Taux d'exposition traumatique en population générale

Il n'est pas rare pour un individu d'être exposé à au moins un événement potentiellement traumatisant au cours de sa vie, 12 à 90 % de la population générale serait concernée selon les études (plus de détails voir, Benjet et al., 2016; A Jolly, 2000; Anne Jolly, 2003)

Concernant la population européenne, les études épidémiologiques portant sur le TSPT montrent que le taux d'exposition concerne 72,70% des individus (sur 1436 personnes interrogées) au cours de leur vie (Husky, Lépine, Gasquet, & Kovess-Masfety, 2015).

D'après ces données nous pouvons donc dire que vivre c'est prendre le risque d'être exposé à au moins un événement traumatique à un moment donné de son existence.

Multiple exposition à des événements traumatiques La plupart des études qui cherchent

à répertorier le type et la fréquence de l'exposition évaluent les événements décrits comme « le plus bouleversant par le sujet » et les symptômes de TSPT qui lui sont associés. Cependant l'exposition à un unique événement traumatique est rare. Au sein de la population générale, les études épidémiologiques portant sur le trauma révèlent que la confrontation à plus d'un événement traumatique concerne 75,2% de la population (Sledjeski, Speisman, & Dierker, 2008). La confrontation à au moins deux événements traumatiques concerne 56,3 % des hommes et 48,6 % des femmes (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995); la confrontation à quatre ou plus événements traumatiques concerne 30,5 % (Benjet et al., 2016) de la population générale. Les études épidémiologiques montrent que le nombre moyen d'événements traumatiques auquel une personne est confrontée au cours de sa vie varie de 3,3 (ET = 0,1) à 6,15 (ET = 6,14) événements selon les études (Martin, DePrince, Cromer, & Freyd, 2013; Ogle et al., 2014). L'ensemble de ces études soulignent qu'une exposition unique à un événement traumatique n'est pas la norme, au contraire c'est plutôt rare.

2. Les populations les plus exposées – introduction de la notion de populations à risque

Le taux et le nombre d'expositions à des événements traumatiques peut varier en fonction de facteurs tels que le lieu géographique de résidence, la stabilité socio-économique du pays ou de l'activité professionnelle exercée. Les personnes les plus à risque d'être confrontées à de multiples événements traumatiques sont celles qui sont géographiquement situées dans les régions qui présentent une instabilité politique et économique (e.g., pauvreté économique, zone de conflits armés) ou des régions sujettes aux catastrophes naturelles et/ou aux catastrophes humaines (Benjet et al., 2016). Nous pouvons observer que le taux d'exposition dépend également de l'activité professionnelle. Des activités professionnelles à caractère dangereux et extrême, sont particulièrement confrontées à une récurrence d'événements traumatiques. Dans ces populations, on peut répertorier les métiers du secours i) comme les secouristes, les ambulanciers et les médecins urgentistes (Berger et al., 2014; Harvey et al., 2015; Lee, Lee, Kim, Jeon, & Sim, 2017). Lee et al, dans leur étude épidémiologique du TSPT sur plus de 203 pompiers coréens, révèlent que les pompiers sont confrontés en moyenne à 6,36 événements traumatiques au cours de leur carrière (Lee et al., 2017). Une autre recherche menée sur 488 pompiers de Nouvelle-Zélande relève que la moitié d'entre eux sont confrontés à plus de 11 événements traumatiques au cours de leurs années professionnelles travaillées (Harvey et al., 2015). Les métiers du maintien de l'ordre ii) sont également exposés (e.g., les policiers et les militaires) (Calhoun et al., 2016; Clancy et al., 2006). L'ensemble des études épidémiologiques dans ces populations aboutissent

à un taux d'exposition de 100% à au moins un évènement traumatique (Harvey et al., 2015; Maia et al., 2007; Marchand, Nadeau, Beaulieu-Prévost, Boyer, & Martin, 2015; Sundin, Fear, Iversen, Rona, & Wessely, 2010). Par exemple, les 422 vétérans interrogés par Clancy et al., reportent avoir été confrontés en moyenne à 6 évènements traumatiques correspondant au critère A1 du DSM-4 (c.-à-d., des évènements qui induisent un sentiment de peur intense et d'impuissance)(Clancy et al., 2006).

Les professionnels de sports extrêmes iii) sont également et par définition des populations fortement exposées à des évènements traumatiques, en raison du risque d'accidentologie liée à leur activité. Par ailleurs, ces activités professionnelles se déroulent parfois dans un milieu dangereux et instable tel que la haute montagne. Parmi les professionnels de la montagne, on retrouve des professionnels dont l'activité consiste à évoluer dans ce milieu instable (comme les guides de haute montagne). Cette population de professionnels de la montagne compte parmi les professions qui présentent un taux de décès les plus importants par rapport à l'ensemble des professions françaises (Ferlay et al., 2015). La seule étude épidémiologique portant sur le TSPT menée auprès de cette population montre que 100% des guides de haute montagne suisses sont exposés à au moins un évènement traumatique, plus de 64% d'entre eux ont été confrontés à plus d'un évènement traumatique durant leur vie (sur les 552 guides interrogés) (Sommer & Ehlert, 2004). Parmi les professionnels de la montagne, on peut également distinguer une spécialisation des professions du secours et des métiers du maintien de l'ordre comme les secouristes montagne et les chasseurs alpins. Aucune étude épidémiologique du TSPT et de l'exposition n'existe à notre connaissance sur ces groupes, seule l'étude de Sommer présentée au dessus, inclue dans son échantillon des secouristes en montagne. Il est à noter que ces professions sont très spécifiques au regard de l'exposition aux évènements traumatiques car ces professionnels de la montagne cumulent l'exposition engendrée par l'activité professionnelle et l'exposition dans leur pratique de l'alpinisme en tant que passion (nécessaire dans ces professions).

La nature des évènements traumatiques et leur impact sur le développement du TSPT  
Tous les évènements vécus n'ont pas le même impact, certaines caractéristiques associées à l'évènement peuvent accentuer le risque de développer un TSPT. Nombre d'auteurs ont mené des études visant à identifier les caractéristiques du risque de développer un TSPT.

1. La nature et l'impact des événements traumatiques propres à la population générale

Les événements traumatiques vécus par la population générale Les événements rapportés au sein de la population générale concernent pour les plus fréquents la mort subite d'un ami ou d'un membre de sa famille (30 à 60% des personnes interrogées) ; en seconde position on retrouve : les catastrophes naturelles, des accidents, des menaces armées ou des agressions physiques. Les événements les moins fréquemment rapportés relèvent de l'exposition à des combats militaires, abus physiques ou sexuels (Jolly, 2000, 2003). Une différence notoire de l'exposition rapportée existe entre les sexes, les hommes sont exposés à plus d'événements d'agression à caractère physique tandis que les femmes à plus d'agressions à caractère sexuel (Jolly, 2000, 2003). Les événements traumatiques impactant auprès de la population générale Globalement les données de la littérature relèvent que les événements les plus associés à la symptomatologie du TSPT sont le viol, les combats militaires, la menace armée et l'abus physique durant l'enfance (Jolly, 2000). Plus spécifiquement, dans une étude de Ogle et al. en 2013, les auteurs montrent que les événements considérés comme centraux (c.-à-d. constitutifs de l'identité de la personne) sont le plus associés à la symptomatologie de TSPT. Une autre classification communément observée dans la littérature du TSPT fait la distinction entre des traumatismes de type interpersonnels (c.-à-d. vécus dans un contexte relationnel où le trauma est infligé intentionnellement par une tierce personne ; e.g., agression sexuelle, abus physique ou psychologique, négligence, etc.) avec les autres. Ces événements de type interpersonnels sont associés à une symptomatologie plus sévère du TSPT (Benjet et al., 2016; Ogle et al., 2014; Reiland & Lauterbach, 2008). Les femmes seraient plus sujettes à des événements de vie traumatiques de type interpersonnel (tel que le viol), en conséquence le taux de TSPT observé est plus important que chez les hommes (Jolly, 2000, 2003). Nous retiendrons que les événements traumatiques les plus fréquemment rencontrés ne sont pas ceux qui ont le plus d'impact en termes de développement de TSPT.

2. La nature et l'impact des événements traumatiques propres aux professionnels à risque

Les événements traumatiques vécus par les populations à risque Pour certaines « populations à risque », notamment chez les professionnels, la nature de l'exposition est propre à cette activité professionnelle et n'a rien de comparable avec le type d'exposition observée en population générale ou en population civile victime en zone de guerre. Dans des populations de militaires notamment, les événements potentiellement traumatisants les plus rapportés sont le fait de voir un blessé grave ou quelqu'un se faire tuer (décrit par 79% des militaires interrogés) ou l'exposition à des cadavres (pour 74% des militaires interrogés) (Gallaway et al., 2014). Tandis que les études auprès des officiers

de police mettent en évidence que les événements les plus fréquemment vécus concernent des assauts physiques avec une inquiétude accrue pour la sécurité des autres (Brunet et al., 2001), tirer sans blesser l'autre dans l'exercice de ses fonctions (Weiss et al., 2010a). Là encore, les expositions les plus fréquemment rapportées par les policiers concernent le fait de voir quelqu'un mourir (Weiss et al., 2010a). Ce type d'exposition fait également partie des événements les plus rapportés par les professionnels du secours (Beaton, Murphy, Johnson, Pike, & Corneil, 1998). Les autres événements rencontrés fréquemment et rapportés par les secouristes concernent le fait d'être exposé à des victimes qui présentent d'horribles blessures ; être blessé soi-même, voir ses coéquipiers qui se blessent (Beaton et al., 1998) ou faire face à une situation dangereuse ou imprévisible (Martelli, Waters, & Martelli, 1989). Les quelques données que nous avons en notre possession sur le type d'événements traumatiques et auxquels les guides de montagne sont confrontés, montrent que les événements traumatiques les plus fréquents concernent des accidents qui sont liés à l'environnement tels que des avalanches, des chutes (dans des crevasses ou en escalade) ou chute de pierres (Ferlay et al., 2015; Sommer & Ehler, 2004)). Environ 42% des accidents vécus comme traumatiques trouvent pour origine une défaillance humaine (rupture d'amarrage, mauvaise évaluation météorologique ou choix de l'itinéraire...) (Ferlay et al. 2015). Nous observons que la nature de l'exposition des populations à risque n'a rien de comparable à l'exposition vécue par la population générale ; sa spécificité tient au fait que l'exposition traumatique est liée à la mission professionnelle. Les événements traumatiques impactant auprès des populations à risque Comme nous l'avons décrit précédemment pour la population générale, tous les événements n'ont pas le même impact sur le développement du TSPT. Peu d'études menées auprès des populations de professionnels à risque relatent la spécificité des événements potentiellement traumatisants au sein de ces expositions cumulées. Les quelques données existantes auprès d'une population de militaires montrent que les événements potentiellement traumatisants qui impliquent une exposition active (e.g. détecter, tirer sur un ennemi) sont moins associés aux symptômes du TSPT que des événements impliquant une exposition passive (e.g., être attaqué, pris dans une embuscade) ou des expositions qui impliquent des émotions (e.g., être témoin d'enfants, de femmes ou de connaissances gravement blessés) (Gallaway et al., 2014). D'autres études, menées auprès d'officiers militaires, montrent que l'événement décrit comme le plus impactant est le fait « de faire une erreur qui a conduit à la blessure grave ou au décès d'un autre officier » (Weiss et al., 2010b). De même, chez les pompiers, les études décrivent « la mort violente d'un partenaire dans le cadre de ses fonctions » comme l'événement le plus impactant

(Sewell, 1983). L'unique étude épidémiologique sur les guides de haute montagne relève que les évènements les plus marquants sont les avalanches, les chutes (en escalade, les chutes de glace ou rocher) mais également cité par 10% des guides interrogés, le fait de voir un corps sans vie ou des parties d'un corps (Sommer & Ehlert, 2004). Une étude, s'est intéressée à l'impact de l'ensemble des évènements professionnels (traumatiques liés ou non à leur devoir ou des évènements stressants), non pas directement sur la symptomatologie de TSPT mais sur les capacités de résilience et la santé psychologique auprès de policiers. Les résultats montrent que les évènements stressants dans le cadre du travail, et ceux qui sont traumatisants mais non liés aux devoirs du métier, sont associés à une moins bonne santé mentale et à de moins bonnes capacités de résilience. Les évènements traumatisants associés aux devoirs du métier n'impacteraient pas quant à eux de manière significative la santé mentale ou les capacités de résilience des professionnels (Pole, Kulkarni, Bernstein, & Kaufmann, 2006).

Les données de prévalence de TSPT Les taux de prévalence du TSPT en population générale En Europe le taux de prévalence du TSPT en population générale est relativement faible. Les études épidémiologiques reportent un taux qui varie entre 1,9% en 2004 (Alonso et al., 2004), 0,7% (Leray et al., 2011) et 3,9% (Husky et al., 2015). Ces taux observés sont relativement faibles sachant qu'une exposition à au moins un évènement traumatique au cours de sa vie n'est pas rare. La complexité d'une mesure d'une exposition traumatique cumulée La population de professionnels à risque est caractérisée par une exposition cumulée. La procédure diagnostique du TSPT nécessite d'associer des symptômes de TSPT avec un évènement qualifié de traumatique. En cas d'exposition cumulée, la difficulté réside dans la complexité provoquée par la détresse qui se cumule au cours du temps (Berninger et al., 2010) rendant difficile l'identification de l'évènement ou de la combinaison d'évènements associé aux symptômes de TSPT (Carlson, 2001). Cette étape de recueil d'évènements traumatiques est cruciale car elle impacte par la suite le taux de prévalence du TSPT. Dans un même échantillon, la prévalence du TSPT sera plus importante lorsque le taux d'exposition recueilli est plus élevé (Peirce, Burke, Stoller, Neufeld, & Brooner, 2009). Ce taux d'exposition à des évènements traumatiques peut être mesuré par différentes méthodes dont certaines semblent avoir une plus faible sensibilité que d'autres (David et al., 2010; Peirce et al., 2009). Ainsi, lorsque que l'on compare une procédure utilisant une seule question ouverte par rapport à une procédure utilisant un support comme une liste d'évènements

auprès d'un même échantillon en population générale, l'estimation de l'exposition est réduite de 9 et 20% (Monson, Lonergan, Caron, & Brunet, 2015; Peirce et al., 2009). Plus encore, l'exposition est réduite de 30% lorsque la prévalence de l'exposition est mesurée en auto-report comparativement à une procédure d'entretien clinique en face à face (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, 1998). Ces quelques données nous montrent qu'utiliser une liste d'évènements traumatiques avec des entretiens reste la procédure la plus sensible au recueil d'un historique traumatique complet (Goodman et al., 1998; Peirce et al., 2009). Ces différences de sensibilité en fonction des méthodes et des procédures de mesure peuvent être expliquées par plusieurs processus psychologiques. Identifier les évènements traumatiques vécus par le moyen d'une question unique ouverte fait intervenir davantage les processus de mémorisation et les personnes peuvent alors oublier de reporter des évènements (Peirce et al., 2009) ou être inconsistantes dans leur réponse (David et al., 2010). L'oubli peut être expliqué par le fait que les personnes atteintes de TSPT présentent un défaut d'activité de structures cérébrales telle que l'hippocampe, impactant la mémoire explicite et rendant difficile la récupération de souvenirs autobiographiques du trauma (Tapia, Clarys, El-Hage, & Isingrini, 2007). L'inconsistance du rappel des évènements traumatiques qui est observée entre deux mesures consécutives chez les personnes atteintes de TSPT (David et al., 2010) peut être expliquée par le biais de sur-généralité du traitement émotionnel (Brewin, Reynolds, & Tata, 1999; Burnside, Startup, Byatt, Rollinson, & Hill, 2004; Kuyken & Brewin, 1995; McNally, Lasko, Macklin, & Pitman, 1995; Tapia et al., 2007). Les études cliniques menées auprès des personnes atteintes de TSPT montrent que les personnes qui développent le trouble dû à une exposition répétée (e.g., les abus durant l'enfance) utilisent un niveau de généralisation plus important pour reporter les évènements traumatiques (Brewin et al., 1999; Burnside et al., 2004; Kuyken & Brewin, 1995; McNally et al., 1995; Tapia et al., 2007), et ce, d'autant plus lorsque l'intensité des symptômes de TSPT est élevée (McNally et al., 1995). Utiliser un souvenir général (e.g., j'ai été victime de plusieurs avalanches en montagne) est un mécanisme de défense destiné à éviter l'activation émotionnelle provoquée par le rappel d'évènement spécifique (e.g., j'ai été victime d'une avalanche en 2004 dans le couloir de la Barre Noire dans les Ecrins, une autre en 2005... etc.) (Philippot, Neumann, & Vrielynck, 2009). A ces deux effets sur la mémoire peut s'ajouter un effet naturel de re-contextualisation de l'évènement traumatique en fonction de l'environnement social et cognitif (Rubin et al., 2008). Le risque, lorsque l'exposition traumatique s'effectue dans le cadre des missions professionnelles, est qu'il soit requalifié de mission plus que de vécu traumatique. Pour les populations à risque, les aspects relatifs au caractère menaçant pour la vie,



incontrôlable et imprévisible (Foa&Rothbaum, 1998), de l'évènement traumatique sont aussi des éléments intrinsèques à la mission professionnelle. Ainsi recueillir le vécu traumatique peut influencer la prévalence de TSPT. Mais le recueil est complexe et il est soumis à de nombreux biais (biais de mémoire, gestion émotionnelle ou recontextualisation) qui sont importants à considérer dans le choix de la procédure et de la méthode de mesure. Dans cette partie nous avons soulevé la question de l'impact de chaque évènement potentiellement traumatisant sur l'apparition de la symptomatologie du TSPT (Seifert, 2012; Suliman et al., 2009). Nous avons pu voir que les évènements les plus fréquents ne sont pas systématiquement ceux qui ont le plus d'impact (Beaton et al., 1998; Weiss et al., 2010b). L'exposition à des évènements potentiellement traumatiques en contexte professionnel est singulière comparativement à ce que nous pouvons observer en population générale. Nous avons pu voir que le type d'exposition auprès des populations considérées « à risque », dépend du métier de la population observée tandis que certaines expositions peuvent-être communes à plusieurs professions à risque comme le fait d'être confronté à un cadavre ou voir quelqu'un mourir. Le recueil du vécu traumatique impacte la mesure de la symptomatologie et le taux de TSPT qui en découle, certaines procédures telles que les entretiens sont plus adaptées en cas d'exposition cumulée. Ce recueil est soumis, à de nombreux biais, (e.g., biais de mémorisation et gestion émotionnelle ou de réévaluation au sein du contexte professionnel), le risque est alors que l'exposition soit niée, ou requalifiée de mission plus que de vécus traumatiques. Il nous paraît important de prendre en compte cette singularité des missions professionnelles à la fois dans l'impact des évènements sur la symptomatologie du TSPT mais également dans la procédure d'investigation du recueil du vécu traumatique en contexte professionnel. Le taux de prévalence du TSPT en population de professionnels à risque Il est établi que le cumul d'évènements traumatiques augmente l'intensité des symptômes auprès des populations de professionnels à risque, et fragilise la personne face au développement de symptômes du TSPT. De ce fait, la prévalence de TSPT observée auprès des populations exposées est bien supérieure à celle observée en population générale. Les études épidémiologiques portant sur le TSPT auprès des populations de professionnels à risque sont nombreuses et concernent principalement les militaires, les pompiers, les policiers. Plusieurs méta-analyses ont été réalisées, regroupant 19, 28 et 32 études (respectivement, Berger et al., 2014; Sundin et al., 2010; Xue et al., 2015). Le taux de prévalence du TSPT varie entre 1.4% et 34.84% chez les militaires (Sundin et al., 2010; Xue et al., 2015) ; entre 8.1% et 11.9% chez les pompiers (Berger et al., 2014); entre 3% et 8.9% chez les policiers (Maia et al., 2007; Marchand et al., 2015; Marmar et

al., 2006). Le taux de TSPT partiel varie entre 9 et 34% selon les études et les populations interrogées (Marmar et al., 2006; Maia et al., 2007; Marchand et al., 2015; Sommer & Ehler, 2004). Nous pouvons constater que ce taux de TSPT partiel est plus important que le taux de TSPT (pour plus de détails, voir tableau 1 ; ci-dessous). La variation du taux de prévalence peut être imputée en partie à l'évolution des critères diagnostiques au cours du temps, des outils d'évaluation et des méthodes de recueil, nous développerons ce point ultérieurement (cf., Partie théorique II Les différents modèles étiologiques du TSPT ; p. 36). Néanmoins, une seule étude concerne le métier à risque qui nous intéresse dans cette thèse : celui des professionnels de la montagne. Un taux surprenant de 2.5% est observé auprès des guides de montagne (Sommer & Ehler, 2004). Il nous paraît important de souligner, qu'à notre connaissance, aucune publication dans les revues scientifiques ne relate la prévalence du TSPT dans la population militaire française ; et ce malgré les différentes enquêtes de prévalence menées pour lancer les plans d'action du TSPT (2013-2015).

Bien que la confrontation à un évènement potentiellement traumatique ne soit pas rare pour la population générale, les dernières données épidémiologiques européennes révèlent que le taux de prévalence est relativement faible. Les taux de prévalence des populations de professionnels à risque observés dans les études épidémiologiques montrent un taux de TSPT beaucoup plus important qui varie entre 1 et 30 %, et un taux de prévalence du TSPT partiel qui varie entre 1 et 34%. Ces données mises en lien avec différentes trajectoires du développement de symptômes du TSPT (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011) sont le témoin d'une grande fragilité provoquée par le cumul d'évènements traumatiques auprès de ces populations de professionnels à risque.

#### **D. Les traitements de l'état de stress post traumatique**

En phase immédiate et post immédiate du traumatisme, les techniques de defusing et débriefing sont mises en œuvre rapidement. Le traitement de l'état de stress post traumatique associe pharmacothérapie et psychothérapie, et doit prendre en compte les différents symptômes, mais aussi les comorbidités associées. Les interventions psychologiques sont basées sur l'idée que le retentissement du traumatisme n'est pas lié uniquement à la nature du traumatisme lui-même, mais aussi à l'évaluation que l'individu en fait et à la signification qu'il y attache. Nous étudierons donc, d'une part, la prise en charge psychologique avec les thérapies cognitivo-comportementales, l'Eye Movement Desensitization Reprocessing, et l'hypnose ; et d'autre part, la prise en charge

pharmacologique avec principalement les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine.

## **D1. Le traitement médicamenteux**

L'éventail thérapeutique médicamenteux est large et comprend plusieurs classes médicamenteuses : les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques. Certes, le traitement médicamenteux peut diminuer les symptômes d'anxiété, d'insomnie, mais il n'agit pas sur les symptômes de rappel et d'évitement, et ne résout pas la cause profonde du mal, c'est-à-dire le traumatisme lui-même.

### **a. Les anxiolytiques**

Les anxiolytiques sont prescrits depuis longue date dans les névroses traumatiques. Au XIXème siècle Charcot, puis les psychiatres de la Première Guerre Mondiale, utilisaient du bromure pour diminuer l'anxiété et l'agitation des patients. Dernièrement, les benzodiazépines offrent un large choix de produits, et beaucoup d'entre eux ont été testés pour réduire l'anxiété. Cependant, leurs effets secondaires sont à prendre en compte : somnolence diurne, amnésie antérograde (on ne guérit pas un patient en lui faisant oublier son trauma), et les problèmes de dépendance et de sevrage avec la réapparition des symptômes à l'arrêt du traitement.

### **a. Les antidépresseurs**

Initialement ce sont les antidépresseurs tricycliques (imipramine, amitriptiline) qui ont été le plus prescrits dans le traitement des états de stress post traumatique. Désormais, ce sont les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) (paroxétine, fluoxétine) qui sont le traitement de première intention. En France, le seul qui a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication est la Paroxétine. (25)

### **b. Les hypnotiques**

Comme les anxiolytiques, les hypnogènes sont prescrits depuis longtemps. Au cours de la Première Guerre Mondiale, les barbituriques étaient largement utilisés pour les « cures de sommeil ». Dans les années 1960, la découverte des neuroleptiques a permis un plus grand choix de médicaments pour traiter les insomnies. Vingt ans plus tard, les benzodiazépines ont pris le relais, qui aujourd'hui ne sont pas indiqués dans le traitement du PTSD. Comme nous venons de le voir, il existe différents traitements,

pharmacologiques et psychothérapeutiques, pour prendre en charge les patients souffrant d'état de stress post traumatique.

### **L'Eye movement desensitization reprocessing (EMDR)**

a. Historique et principe de l'eye movement desensitization reprocessing : «L'eye movement desensitization reprocessing » (EMDR), traduit en français par « désensibilisation par mouvements oculaires et reprogrammation » (DMOR) est une technique thérapeutique inaugurée par Francine Shapiro, psychologue américaine et membre du Mental Research Institute de Palo Alto. Le principe consiste à utiliser des mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses affects pathologiques. (19) En 1987, en se promenant dans un parc, alors qu'elle opérait des mouvements rapides des yeux de droite à gauche ou en diagonale, elle observa que la charge négative de ses pensées commençait à s'atténuer puis à disparaître. Suite à cette découverte, elle essaya cette découverte avec des sujets volontaires : pendant qu'ils repensaient à un souvenir négatif, ils concentraient leur attention visuelle sur les mouvements de va et vient qu'elle opérait avec ses doigts. Chez toutes ces personnes, il se produisit une réduction de la charge négative du souvenir mais surtout une diminution de l'anxiété provoquée par ces souvenirs. Elle baptisa la méthode « eye movement desensitization (EMD) ». En 1990, EMD est devenu EMDR, suite à la mise en évidence des effets de restructuration de la mémoire. Dans ses travaux, Pavlov écrivit que le fonctionnement normal du cerveau reposait sur un équilibre entre excitation et inhibition. Si quelque chose provoquait un déséquilibre, il en résultait une pathologie neuronale. Shapiro s'est alors dit que le traumatisme pouvait causer une surexcitation du système nerveux et que les mouvements oculaires pouvaient entraîner un effet inhibiteur pour la contrebalancer. Comme dans les rêves, les mouvements oculaires rapides induisent un effet de détente qui permet le traitement psychique des informations.

L'EMDR est donc basée sur le modèle de traitement adaptatif de l'information : Lors d'un traumatisme psychologique important, l'information perçue n'est pas traitée correctement et elle est stockée de façon inadaptée. L'EMDR permet de stimuler le système de traitement de l'information pour la faire évoluer vers une résolution adaptée. Actuellement, il existe différents modèles explicatifs sur le fonctionnement de l'EMDR, qui restent encore hypothétiques, et les processus neurobiologiques demeurent inconnus. La stimulation bilatérale alternée n'est pas obligatoirement oculaire, d'autres formes de stimulation ont été étudiées : par exemple, la stimulation auditive où le

thérapeute fait entendre des sons alternés aux oreilles du patient, la stimulation tactile où le thérapeute tape alternativement doucement sur les genoux ou les mains du patient.

b. Indications de l'EMDR La thérapie EMDR est particulièrement recommandée pour soigner la souffrance psychologique incessante, consécutive à : des accidents, des agressions, des violences, des deuils pathologiques, des maladies physiques graves, des chocs émotionnels de toute nature liés à des événements de vie difficiles. La thérapie EMDR est aussi utilisée lorsque la souffrance s'installe sans qu'il ne soit repéré de traumatismes précis, comme c'est souvent le cas pour : certaines dépressions, phobies, certaines obsessions et comportements liés à l'anxiété, ou bien certains troubles de la relation affective ou de la sexualité. La méthode d'EMDR ne peut pas s'appliquer à tout le monde : par exemple, les patients atteints de traumatisme crânien sévère ou les patients psychotiques ne peuvent bénéficier de cette méthode. Des précautions particulières sont à prendre avec les femmes enceintes, les personnes souffrant d'addiction ou de comportement agressif, ainsi qu'avec tout patient ayant des difficultés à supporter une réaction émotionnelle intense. Par contre, la thérapie EMDR peut être employée avec les enfants et adolescents. Le protocole d'intervention est alors adapté en fonction de leur niveau de développement. (20)

c. Déroulement de l'EMDR Des protocoles standardisés ont été élaborés pour servir de guide à la pratique clinique. Il existe aussi des protocoles spécifiques adaptés aux anciens combattants, aux victimes d'agressions sexuelles...

Le protocole standard est constitué de huit étapes :

- La première étape correspond à l'histoire du patient : il faut recueillir toutes les informations sur l'anamnèse, les symptômes éprouvés.
- La deuxième étape est la préparation du patient : le thérapeute donne au patient des informations sur le déroulement des séances d'EMDR, lui explique qu'il peut arrêter à tout moment la séance. Il faut que le patient se sente en confiance.
- La troisième étape du traitement est l'évaluation : il faut cibler le souvenir le plus pénible de l'épisode traumatique qui sera retraité avec l'EMDR. Le patient doit définir une conviction négative se rattachant à cet événement, et ensuite évaluer l'intensité du sentiment éprouvé par rapport à cette image : sur une échelle de 0 à 10 appelée le SUD (Subjective Unit of Distress).
- La quatrième étape est la désensibilisation : le thérapeute commence les mouvements alternatifs. Pendant que le patient se concentre, il suit des yeux les mouvements de la main du thérapeute, qui peuvent durer de 20 secondes à quelques minutes, ce qui permet de faire resurgir des souvenirs. Entre chaque série de mouvements, le patient raconte librement ce qui lui est apparu et peut ainsi porter son attention dessus lors de la

nouvelle série de mouvements. Les séries de stimulations bilatérales continuent jusqu'à ce qu'il n'apparaisse plus de nouvelles informations, et jusqu'à ce que le souvenir de l'événement ne soit plus source de perturbations mais soit associé à des ressentis calmes ainsi qu'à des pensées positives et constructives. Le patient évalue alors l'intensité sur l'échelle SUD.

- La cinquième étape est l'installation d'une cognition positive visant à remplacer l'opinion négative de départ. Le patient évalue ainsi le degré de conviction de cette pensée positive : échelle VOC (Validity Of Cognition) qui va de 1 à 7. Les simulations sont poursuivies jusqu'à ce que l'échelle VOC soit à 7.

- La sixième étape est appelée « scanner corporel » : s'il n'y a plus de sensations négatives, la séance peut s'achever. Dans le cas contraire, on poursuit les simulations jusqu'à les faire disparaître.

- La septième étape est la phase de clôture : le thérapeute et le patient reparlent de la séance et ainsi le thérapeute s'assure de l'état de stabilité du patient. - Enfin, la dernière étape est celle de réévaluation où lors d'une séance ultérieure, le thérapeute revoit le patient pour évaluer les effets du traitement.

### **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**

Historique Pendant la Première Guerre mondiale, les psychiatres des armées utilisaient la faradisation pour détacher le patient hystérique de son symptôme : ils appliquaient sur la peau, brièvement, un courant de faible intensité sur les régions intéressées par le symptôme. Puis par une psychothérapie persuasive, on expliquait au patient, puisqu'il ressentait le courant, il pouvait donc mouvoir son bras / sa jambe paralysée.

### **Lignes directrices sur le traitement du TSPT**

À ce jour, de nombreuses organisations professionnelles et les organismes ont examiné les essais disponibles pour diverses approches de traitement du TSPT afin d'élaborer des lignes directrices, y compris l'American Psychiatric Association, l'Australie Centre de santé mentale post-traumatique (partie de la National Health and Medical Research Conseil), l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), l'Institut de Médecine (OIM) des Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine, États-Unis, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni Anciens Combattants et Département de la Défense (VA, DoD) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Toutes ces lignes directrices ont trouvé des

preuves à l'appui de plusieurs interventions psychologiques (c.-à-d. celles qui traitent les symptômes du TSPT habituellement directement aborder les pensées, les sentiments et/ou les souvenirs de l'événement traumatique) comme traitement de première ligne pour les adultes atteints de TSPT, et tous, à l'exception du rapport de l'OIM, reconnaissent au moins certains les bienfaits des traitements pharmacologiques pour le TSPT (Jonas et coll., 2013, ES, p. 2). Comme l'ont souligné Jonas et coll., (2013) « ... la plupart des lignes directrices identifient les traumatismes les traitements psychologiques par rapport aux traitements psychopharmacologiques comme première étape privilégiée et les médicaments comme traitement d'appoint ou traitement de deuxième intention » (SE, p. 3). Lignes directrices de l'EISST sur le TSPT(2008) reconnaît que des considérations pratiques, telles que la non-disponibilité d'une approche axée sur le traumatisme, le traitement psychologique ou les préférences du patient, peuvent orienter les décisions de traitement, y compris l'utilisation de médicaments. Les lignes directrices élaborées par l'Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007, 2013) et International Society for Traumatic Stress Studies guidelines for the treatment of complex trauma (Cloitre, Courtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach et Green, 2011; Green Alexander, appel à un séquençage du traitement, avec une priorité initiale sur la sécurité personnelle, les compétences pour la régulation émotionnelle et la stabilisation de la vie ainsi que développement de la relation de traitement, avant l'application du traitement axé sur le traumatisme les modalités propres aux symptômes du TSPT.

### **Guide de pratique clinique de l'APA pour le traitement du TSPT chez les adultes**

Normes de l'Institute of Medicine comme fondement du présent guide de pratique clinique (GPC). La direction de l'American Psychological Association a déterminé que le développement de pratiques cliniques fondées sur des données probantes serait conforme à la mission de l'organisation et une initiative précieuse pour faire progresser les objectifs de l'APA d'élargir le rôle de la psychologie en faisant progresser la santé et en augmentant la reconnaissance de la psychologie en tant que science. Un Comité directeur consultatif sur les guides de pratique clinique (NCP) a été formé, et en collaboration avec le personnel supérieur de l'APA des directions des pratiques et des sciences, a déterminé les procédures APA d'élaboration de lignes directrices. Après avoir examiné les nouvelles pratiques exemplaires dans les lignes directrices de développement, l'ASC a décidé que les normes établies par l'Institut de médecine (IOM) des Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine pour le développement indépendant, des lignes directrices fiables et de grande qualité (IOM,

2011a et 2011b) (énumérées au tableau 2) étaient les meilleures. (Se reporter à Hollon et al., (2014) pour une analyse détaillée de la justification et du financement pluriannuel processus préparatoire entrepris par l'ASC pour l'initiative des guides de pratique clinique de l'APA). L'ASC a choisi l'Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé (AHRQ) systématique processus d'examen en raison de sa conformité avec les normes de l'OIM (OIM, 2011 b) et son inclusion de caractéristiques importantes qui ne se trouvent pas dans les examens produits par d'autres organismes ou d'autres examens systématiques des traitements du TSPT (Adamou, Puchalska, Plummer et Hale, 2007; Bisson et coll., 2007; Bisson, Roberts, Andrew, Cooper et Lewis, 2013; Goodson et coll., 2011; Hetrick, Purcell, Garner et Parslow, 2010; Stewart et Wrobel, 2009; Watts et coll., 2013). La sélection a donné lieu à une force méthodologique fondamentale de l'effort actuel. L'examen choisi a été un examen indépendant et exhaustif de la documentation sur le traitement du TSPT chez les adultes qui a fourni des critères d'inclusion et d'exclusion clairement précisés, une méthode standard pour classer le risqué biais des études individuelles et force des preuves pour les ensembles de preuves, et sensibilité des analyses pour évaluer l'impact de l'exclusion des études jugées à risque élevé de biais (Jonas et coll., Evidence-based clinical practice guidelines represent a systematic approach to traduire les meilleures données de recherche disponibles en énoncés clairs concernant les traitements pour divers problèmes de santé » comme aide au praticien et au patient (Hollon et al., 2014, p. 214). En outre, cette ligne directrice tient compte des trois dimensions identifiées par les Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) :

- (1) une connaissance des meilleures données scientifiques disponibles;
- (2) une expertise des praticiens dans les décisions d'application;
- (3) les préférences et les valeurs du patient, tout en mettant l'accent sur la première dimension.

Cette American Psychological Association CPG s'applique pleinement et s'appuie sur les normes établies par l'Institut de médecine (OIM) des Académies nationales des sciences, normes d'ingénierie et de médecine pour le développement indépendant, fiable et de haute qualité lignes directrices de pratique (IOM, 2011a et 2011b). Par conséquent, l'entreprise actuelle ajoute de la valeur au-delà des lignes directrices et de la documentation sur le SSPT déjà publiées de plusieurs façons importantes et distinctives. Cela comprend a) un examen systématique indépendant et exhaustif du TSPT. a) la documentation sur le traitement; b) un processus transparent pour la participation des intervenants des consommateurs et c) les procédures de détermination et de gestion des conflits d'intérêts réels et potentiels tout au long du processus



d'élaboration des lignes directrices; d) la détermination des valeurs et des préférences des patients par l'examen des recherches publiées; e) la documentation et les commentaires des consommateurs et des cliniciens membres du comité; les méfaits et les fardeaux des traitements grâce à l'examen de la documentation de recherche publiée et à la les consommateurs et les cliniciens membres du groupe; f) l'utilisation systématique de profils de données probantes et modèles de table de décision. Ces documents ont été utilisés pour guider les membres de l'élaboration de recommandations qui tiennent compte de la force des données probantes de la recherché pour les avantages et les inconvénients, l'ampleur relative des avantages et des inconvénients du traitement, les valeurs les préférences des patients et l'applicabilité des données probantes aux populations externes.

## **Chiffres**

Plusieurs études ont été menées sur les troubles mentaux en Europe et dans le monde et permettent de présenter quelques chiffres concernant l'ESPT. Pour l'Europe et la France, les chiffres ci-dessous proviennent en particulier de deux études appelées ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) et SMPG (Santé Mentale en Population Générale). L'étude ESEMeD a été menée dans 6 pays de l'Europe de l'Ouest (Espagne, Italie, Allemagne, Pays-Bas, Belgique et France) en interviewant 21425 personnes de 18 ans ou plus entre janvier 2001 et août 2003 (22). Cette étude a montré que la France avait une prévalence sur 12 mois de 2,3% pour l'ESPT, soit l'une des prévalences les plus élevées en comparant aux autres pays étudiés. Les femmes semblent plus touchées que les hommes tout en étant moins exposées à un évènement traumatique potentiel. De plus, près de 43% des cas d'ESPT recensés dans cette étude étaient des patients français. Des données extrapolées de cette étude sur 1436 personnes ont permis de donner certains chiffres plus précis pour la France (23). Dans cet échantillon de personnes, 72% ont subi au cours de leur vie un évènement traumatique, et cette étude indique alors une prévalence au cours de la vie de 3,9%. Les causes majeures d'apparition d'un ESPT sont le fait d'être battu par un partenaire affectif (25%), avoir un enfant gravement malade (23,5%), ou avoir subi un viol (21,5%), avec une durée moyenne de l'ESPT de 5 ans, durée cependant extrêmement variable selon le type d'évènement. L'étude SMPG a été menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36000 personnes de 18 ans ou plus (19). Elle montre une prévalence à un mois de l'ESPT de 0,7%. Dans cette étude, 100% des patients souffrant d'un ESPT déclarent ressentir une gêne dans les relations sociales, mais seulement 53% déclarent se sentir malade, suggérant que pour presque la moitié

des patients, l'ESPT serait plus un handicap à gérer qu'un trouble à traiter. Cette étude montre également que seulement 50% des patients souffrants d'ESPT ont déjà, dans ce cadre, suivi une psychothérapie, alors que 75% ont déjà pris un traitement médicamenteux, ces traitements étaient principalement des antidépresseurs (29%), des anxiolytiques (32%) et des hypnotiques (27%) ; cependant, dans 27% des cas, ces traitements n'ont pas entraîné de changement et ont même provoqué une aggravation dans 16% des cas. Les chiffres observés dans ces études peuvent varier d'un pays à l'autre, et les différences observées entre les pays européens peuvent s'expliquer notamment par les variations d'exposition à la guerre (en particulier la seconde guerre mondiale), mais aussi par des traumatismes et des orientations culturelles variables (24). Enfin, d'autres études permettent de comparer ces chiffres à d'autres pays non européens, en particulier aux Etats-Unis où la prévalence de l'ESPT est plus forte (3,5% à douze mois et 6,8% au cours de la vie) (25,26).

La **HAS** a été saisie par la DGS et la DGOS sur plusieurs thèmes entrant dans le cadre du psychotraumatisme : – « L'évaluation, le diagnostic et la prise en charge du psychotraumatisme lié aux violences, chez l'enfant et chez l'adulte : élaboration d'outils pour les professionnels du psychotraumatisme » ; – « La prise en charge des femmes victimes de violences », Cette seconde demande s'intègre dans le 5ème plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019) présenté le 23 novembre 2016 par la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Le plan intègre une action intitulée « Garantir la prise en charge psychologique des femmes victimes de violences » (action 24), dont la coordination est confiée à la DGOS. La HAS a réalisé et publié en 2019 une recommandation de bonne pratique et des fiches pratiques sur le repérage des femmes victimes de violences. L'élaboration de la recommandation dont il est question dans cette note de cadrage permettra de compléter la recommandation sur le repérage des femmes victimes de violences en abordant la prise en charge. Par ailleurs, une recommandation spécifique pour les professionnels de santé de premier recours sur la prise en charge des mutilations sexuelles féminines a été publiée par la HAS en février 20201 .

Les situations traumatogènes, quelle qu'en soit l'origine (violences volontaires physiques et sexuelles, morts violentes, catastrophes, attentats, accidents graves, guerres, expositions traumatiques dans le cadre de l'exercice professionnel, etc.) ont de multiples conséquences, aujourd'hui largement reconnues, sur la santé psychique et physique des individus ; elles peuvent être à l'origine du développement ou d'aggravation de pathologies psychiatriques, somatiques, de suicides, d'addictions, de comportements à

risques, d'échec scolaire, etc. Tout individu, bébé, enfant, adolescent, adulte, peut rencontrer au cours de sa vie des situations difficiles, douloureuses et stressantes à des degrés divers. D'autres situations peuvent être potentiellement traumatisantes ou traumatogènes, ce qui est une expérience qualitativement différente. La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5) définit comme traumatogène toute situation qui implique « une mort effective, une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles » (APA, 2015, p. 320) (1). Au niveau individuel, ces situations peuvent générer de multiples troubles psychiques chez les individus qui y sont confrontés. Ces derniers sont regroupés sous le titre des psychotraumas ou syndromes psycho traumatiques (ce dernier terme est celui que nous retiendrons dans la rédaction). Parmi eux, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représente la pathologie probablement la plus connue. Toutefois, il n'est pas l'unique conséquence d'une confrontation traumatique. D'autres, comme les phobies isolées post-traumatiques, les addictions post-traumatiques, les deuils traumatiques, les dépressions post-traumatiques, les comportements suicidaires ou encore les nombreux troubles psychosomatiques et somatoformes, posent d'autres problèmes de santé publique tant par leur coût que leur chronicité ou leur gravité. Concernant leur prévalence vie entière, les syndromes psychotraumatiques, complets ou partiels, toucheraient en France 4,6% de la population générale (2). Quant au TSPT, il toucherait entre 1 et 2 % de la population (3). La souffrance psychique et l'affaiblissement associés aux syndromes psychotraumatiques peuvent être considérables et vont bien au-delà de ce que peut en dire un diagnostic psychiatrique. Au niveau psychologique, la littérature montre en effet qu'ils sont associés à de profonds bouleversements (4- 8). Ces derniers peuvent se traduire par une remise en question parfois profonde du sens de la vie et de la logique du fonctionnement du monde. En outre, les syndromes psychotraumatiques altèrent le fonctionnement social, familial et professionnel des individus. Leur qualité de vie, ainsi que celle de leur entourage, s'en trouve largement diminuée avec des conséquences dévastatrices sur le plan individuel : chute de l'estime de soi, développement de sentiments de culpabilité et/ou de honte, stress, retrait social, etc. Sur le plan du pronostic fonctionnel et vital, l'impact des syndromes psychotraumatiques, et du TSPT en particulier, se révèle particulièrement délétère. En plus d'une majoration du risque suicidaire, les syndromes psychotraumatiques sont associés à de nombreuses comorbidités psychiatriques. Ainsi, l'étude de Breslau et al. (9) de 1991 montre que près de 80% des participants souffrant de TSPT ont présenté ou présentent au moment de l'évaluation au moins un autre trouble psychiatrique, notamment un épisode dépressif majeur chez plus de 50% des sujets.

La traumatisation dans l'enfance, les bébés, les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables vis-à-vis des syndromes psychotraumatiques. L'impact des événements traumatogènes sera d'autant plus néfaste qu'ils surviennent tôt dans la vie du sujet. Les données montrent que plus de deux tiers des enfants et des adolescents ont vécu au moins un événement traumatogène au cours de leur vie, qu'un tiers d'entre eux en a vécu de façon répétée et qu'au moins 20 % d'entre eux ont développé par la suite un syndrome psychotraumatique (10- 12). Les études montrent que le traumatisme psychologique vient toucher en profondeur l'élan développemental de l'enfant ou de l'adolescent et interfère non seulement avec son développement psychoaffectif, cognitif, identitaire et la construction de son estime personnelle mais aussi avec les processus d'apprentissage (13). De plus, si le trauma frappe directement le jeune, il touche aussi l'environnement dans lequel il évolue dont, en particulier, sa famille, menaçant l'équilibre de cette dernière et la santé mentale de chacun de ses membres (13). L'exposition répétée à des événements traumatogènes conduit à des troubles complexes et chroniques. La problématique se complexifie encore dès lors que les événements traumatogènes se multiplient pour un même individu et que la traumatisation devient chronique. Chez le bébé, l'enfant et l'adolescent, ce type de traumatisation est souvent associé à la répétition d'épisodes de violence interpersonnelle impliquant ses figures d'attachement (parents, famille, proches, gardes d'enfants, etc.). Les conséquences délétères sont considérables. Les troubles de l'attachement qui en résultent se traduisent par une perte profonde du sentiment de sécurité et de la sûreté personnelle (perte de confiance en soi et dans l'autre), l'appauvrissement des capacités à exprimer sa curiosité et à explorer le monde, une atteinte du développement émotionnel et social et du développement futur des relations interpersonnelles (14), pouvant également affecter la capacité à s'appuyer sur ses ressources ou demander de l'aide en cas de crise. Pris dans leur ensemble, ces handicaps développementaux constituent, pour certains auteurs, une entité nosographique à part entière dénommée trouble traumatique du développement (15, 16). Dans ce cadre, la littérature montre que ces handicaps s'accumulent à l'âge adulte pour donner lieu à des présentations cliniques particulières identifiées sous les termes de « troubles de stress extrême non autrement spécifiés » (Disorders of Extrem Stress Not Otherwise Specified, DESNOS) (Herman, 1992 (17) ; 1993 (18)) ou de TSPT complexe. Une relation étroite existe également avec la dissociation chronique et les troubles dissociatifs. Chez l'adulte, la traumatisation chronique est, elle aussi, souvent associée à la répétition de situations de violence interpersonnelle desquelles il est difficile voire impossible de s'échapper. C'est le cas, en particulier, de la violence intrafamiliale, des génocides et des guerres. La traumatisation

chronique apparaît également fréquente dans le cadre de l'exercice de professions à haut risque en termes d'exposition directe et indirecte à la violence, à la mort et à leurs conséquences. Comme chez l'enfant et l'adolescent, la multiplication de tels événements pour un même individu aggrave le tableau clinique. Ainsi, une étude transversale conduite en 2014 sur une base de données internationale regroupant 20 pays (n= 51 295) montre que, comparativement aux autres cas de TSPT, ceux résultant d'au moins 4 événements traumatogènes sont associés à une présentation clinique plus complexe ainsi qu'à une détérioration fonctionnelle et une morbidité plus importantes (19). Ces résultats font écho à ceux obtenus dans une étude de suivi d'une cohorte de 1450 vétérans de la guerre du Viêt-Nam selon lesquels, 40 ans après la fin du conflit, 11% d'entre eux souffrent encore de symptômes de TSPT suffisamment invalidants pour altérer leur fonctionnement (20). Des résultats similaires sont retrouvés pour les femmes victimes de violences conjugales. En 2018, l'Organisation mondiale de la santé a introduit dans la 11ème version de la classification internationale des maladies (CIM-11) un diagnostic de TSPT complexe, reconnaissant cette entité nosographique comme un trouble à part entière (21).

### 1.3. Enjeux

La prise en charge des personnes vivant l'épreuve du psychotraumatisme constitue un enjeu de santé public majeur. Or il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques disponibles en langue française, permettant de standardiser et de diffuser les bonnes pratiques. Ces recommandations permettront d'informer sur les conséquences des syndromes psychotraumatiques et leur prise en charge, pour sensibiliser au repérage et au soin ; et fourniront des outils pour les professionnels prenant en charge les victimes : médecins de ville, services de pédiatrie, de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant/adolescent, services médico-psychologiques régionaux pénitentiaires (SMPR), unités parents-bébés, unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED), unités médico-judiciaires (UMJ), cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP), médecins généralistes, médecins du travail, etc. Une prise en charge globale : médicale (somatique et psychiatrique), psychologique, sociale, juridique les syndromes psychotraumatiques présentent un caractère systémique qui impose une approche de santé globale ne dissociant pas artificiellement prise en charge psychologique et prise en charge somatique. De plus il s'agit aussi de protéger les victimes. La prise en charge comporte donc une dimension pluridisciplinaire afin d'assurer la prise en compte des dimensions psychologique et psychiatrique, somatique, juridique et sociale. Elle s'inscrit dans un travail en réseau pour assurer la protection, le suivi et l'accompagnement de la personne vivant l'épreuve du psychotraumatisme dans toutes ces dimensions (accès au logement

ou à l'hébergement, accompagnement juridique, accès aux droits sociaux, retour à l'emploi...).

Distinguer TSPT simple et TPST complexe Il est important de distinguer le TSPT simple consécutif à un évènement isolé (accident, attentats, agression, etc.) et le TPST complexe consécutif à l'exposition répétée à des violences (maltraitance, violences intrafamiliales, professions à risques, etc.) car les enjeux et les conséquences développementales sont différentes et nécessitent des prises en charge et des parcours de soins différents. Les traumatismes précoces et répétés sont des facteurs de risques de troubles neurodéveloppementaux, et de troubles psychopathologiques à l'adolescence et à l'âge adulte (abus de substances, troubles des conduites, troubles anxieux, dépression, suicide, épisodes psychotiques, etc.).

Une prise en charge la plus précoce possible Une prise en charge la plus précoce possible dans les suites d'un traumatisme psychique est indispensable. Les patients qui bénéficient d'une prise en charge globale immédiate souffrent deux fois moins de TSPT six mois après les faits (22-24). Améliorer l'état des connaissances et standardiser les bonnes pratiques La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et les difficultés de repérage et de prise en charge des formes complexes peuvent être à l'origine de diagnostic incomplets, voire erronés, avec des prises en charge inadaptées, inadéquates ou insuffisantes. Les professionnels manquent d'outils et peuvent se sentir démunis face à des troubles intriqués. Ce manque de connaissance et de formation des intervenants est à l'origine d'une perte de chance dans le soin et est préjudiciable au niveau juridique : stigmatisation, crédibilité / non-reconnaissance du statut de victime, etc. En l'absence de standardisation des pratiques, des pratiques non validées sont observées sur le terrain. Améliorer la coordination des structures existantes et organiser le travail en réseau Dans les attentats et les urgences de grande ampleur, la prise en charge à la phase aiguë est réalisée par les CUMP. L'organisation des relais de prise en charge après l'intervention des CUMP est un enjeu majeur. Ces recommandations viendront en appui à la mise en place du réseau national de dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme : les centres régionaux du psychotraumatisme, en cours de reconnaissance par le Ministère de la santé (au nombre de 10 en 2020), coordonnés par le centre national de ressources et de résilience (CN2R), constitué sous l'égide de la Délégation interministérielle à l'aide aux victimes (ministères des solidarités et de la santé, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, des armées, de l'intérieur). Ces recommandations permettront de faire le lien entre les différents acteurs et niveaux de prise en charge : médical, médico-social, social, scolaire, répressif, judiciaire.

## Former les thérapeutes pour TSPT

Les événements porteurs d'une menace vitale ou d'une atteinte à l'intégrité physique peuvent laisser, chez les individus confrontés, de multiples séquelles psychiques. Ces dernières sont regroupées sous le terme de psychotraumas ou syndromes psychotraumatiques. Parmi ceux-ci, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représente la pathologie probablement la plus connue et touche entre 1 et 2 % de la population dans sa forme complète et jusqu'à 5% de la population en considérant les tableaux subsyndromiques(1). Toutefois, le TSPT n'est pas l'unique conséquence d'une confrontation traumatique. D'autres, comme les phobies isolées post-traumatiques, les addictions post-traumatiques, les deuils compliqués ou traumatiques, les dépressions post-traumatiques, les comportements suicidaires ou encore les nombreux troubles psychosomatiques, posent d'autres problèmes de santé publique tant par leur coût que leur chronicité ou leur gravité (2).

Au niveau psychologique, les syndromes psychotraumatiques peuvent engendrer une souffrance psychique intense en raison des bouleversements majeurs qu'ils induisent. Ils peuvent ainsi se traduire par une remise en question parfois profonde du sens de la vie et de la logique du fonctionnement du monde. Par ailleurs, ces mêmes syndromes altèrent le fonctionnement social, familial et professionnel des individus qu'ils atteignent, les plongeant, à bien des égards, dans des difficultés souvent handicapantes. Leur qualité de vie, ainsi que celle de leur entourage, s'en trouve largement diminuée avec des conséquences dévastatrices sur le plan individuel : chute de l'estime personnelle, développement de sentiments de culpabilité et/ou de honte, stress, retrait social, etc.

Sur le plan du pronostic fonctionnel et vital, l'impact des syndromes psychotraumatiques, et du TSPT en particulier, se révèle particulièrement délétère. En plus d'une majoration du risque suicidaire, nombre de pathologies psychiatriques comorbides se déclarent. Ainsi, près de 80% des participants à l'étude atteints de TSPT ont présenté ou présentent au moment de l'évaluation, au moins un autre trouble psychiatrique (3). Au premier rang d'entre eux, se trouve la dépression majeure qui touche plus de 50% des sujets (4).

Premièrement, les **attentats meurtriers et catastrophes naturelles** survenus depuis 2015 ont impliqué plusieurs milliers de concitoyens et contribuent très probablement à accroître le taux d'incidence des psychotraumas en France. En effet, les études épidémiologiques réalisées auprès de personnes rescapées de ce type d'événement révèlent des taux de prévalence très importants du TSPT, atteignant 10 à 20% pour les

catastrophes naturelles et 20 à 40% pour les accidents de la voie publique ou les attentats.

Par ailleurs, se pose également la question des **violences faites aux femmes**, incluant les violences conjugales mais aussi les violences sexuelles et notamment les viols. La lutte contre les violences faites aux femmes fait partie des priorités gouvernementales au travers des différents plans interministériels de prévention et de lutte contre les violences avec notamment l'amélioration de la prise en charge des victimes par le système de santé mais aussi la prise en compte de l'impact sur les enfants lorsqu'il s'agit de violences intrafamiliales et notamment conjugales.

Les **populations de réfugiés et de migrants** sont particulièrement à risque de psychotraumatisme, d'une part du fait des circonstances de leur exil favorisant l'exposition à des événements traumatogènes (ex : viols, violences physiques, etc...) et d'autre part du fait des facteurs de vulnérabilité (ex : isolement social, précarité, etc...) (e.g., 5, 6). Il existe un clair besoin de prodiguer les soins adéquats à populations vulnérables accueillies en Normandie.

Les **victimes de maltraitances répétées dans l'enfance** (ex : violences sexuelles, et incestes) sont aussi à risque de psychotraumatisme, avec toute la complexité des cliniques et des réponses de type trauma complexe.

Enfin, la **crise sanitaire du COVID-19** depuis le printemps 2020, a contribué à une vague de situations traumatiques notamment chez les soignants (7) ainsi qu'une vague de décès dans des circonstances favorisant des deuils compliqués et traumatiques.

Ces données soulèvent de façon critique la question de la prise en charge des psychotraumas, et en particulier en Normandie. En effet, face à de tels événements, les professionnels de santé sont confrontés à une augmentation significative de la demande de soins spécifiques. Or, il n'existe pas à ce jour de dispositif spécialisé en psychotraumatisme en Normandie. Pour les patients, cette situation engendre de nombreuses difficultés, dont l'absence d'accès équitable aux soins, et notamment ceux les plus spécialisés et innovants. De plus, quand ils peuvent y accéder, elle ne leur permet pas de le faire dans des délais raisonnables ou les oblige à de longs trajets qui, pour de nombreux patients présentant des conduites d'évitement, sont source d'une majoration de l'anxiété. Pour les soignants de psychiatrie de première ligne, cette situation leur impose de prendre en charge des pathologies pour lesquelles ils sont peu voire pas formés ; les plaçant, de fait, en situation d'échec thérapeutique. Dans ce cadre, la question du transfert des connaissances et des compétences s'impose comme un enjeu central pour améliorer, de façon globale, l'offre de soins aux personnes souffrant de séquelles psychotraumatiques constituées.



Ce besoin majeur clinique et d'expertise locale a motivé le recrutement récent (Septembre 2020) au CHU de Caen Normandie, d'un expert international du psychotraumatisme de la *Harvard Medical School* et du *Massachusetts General Hospital* (Pr Eric Bui), qui sert de porteur au présent projet.

## **PARTIE II : ETUDE EMPIRIQUE**

La présente étude porte sur 66 praticiens de la santé mentale. Cette étude visait à mieux comprendre la formation des praticiens et leur capacité d'offrir des traitements aux patients atteints de TSPT.

L'étude a été menée au moyen d'un sondage en ligne sous forme de questionnaire comportant 30 questions. Le questionnaire a été appliqué aux professionnels de la santé mentale du département de l'Orne, en Normandie.

Cette étude montre que 86,36 % des participants savent comment gérer les patients atteints de TSPT, mais 57 % ne sont pas certains d'avoir les méthodes appropriées. La plupart des gens utilisent des thérapies comme l'EMDR et le TCC comme méthodes thérapeutiques.

En même temps, 57 % des participants veulent avoir un TSPT. Pour évaluer la compétence du fournisseur à utiliser les EBT pour traiter PTSD nous avons demandé aux répondants quel était leur niveau de familiarisation avec la formation et l'utilisation de PE, CPT, EMDR, et SIT. Nous avons évalué les expériences de formation antérieures dans les quatre EBT's en général, en demandant aux participants d'indiquer s'ils participé à des séminaires, une demi-journée ou une journée complète en personne, 2 à 3 jours de formation en personne, ou des courses en ligne. Nos critères pour recevoir une formation EBT étaient et a été opérationnalisés comme recevant l'un des niveaux de formation mentionnés ci-dessus, depuis l'introduction des cours en ligne pour des ateliers de plusieurs jours.

Afin d'éclairer l'élaboration de programmes d'études ciblés répondre aux besoins de formation des fournisseurs communautaires, nous avons évalué l'intérêt actuel des participants à recevoir une formation fondée sur des données probantes pour le TSPT et les obstacles perçus à la formation.

### **1. Méthodes**

#### **a. Participants**

Nous avons mené un sondage anonyme en ligne auprès de 66 cliniciens en santé comportementale en Normandie, Département de l'Orne, entre 01 mai 2022 et 01 novembre 2022. Dans le cadre de la création du Centre Régional Psychotraumatisme Normandie, nous avons développé ce court questionnaire afin d'évaluer les besoins en

formation à la détection et au traitement du Trouble du Stress Post Traumatique, et autres.

L'étude a porté sur 66 personnes âgées de 18 à 64 ans, dont 42,11 % d'infirmières en psychiatrie, 26,32 % de psychiatres, 10,53 % de psychologues, 3,51 de cadre de sante, 1,75 % d'aides-soignants et 3,51 de médecins généralistes. Les différences entre les sexes ne sont pas significatives, avec une proportion équivalente d'hommes et de femmes participant à l'étude. La plupart des participants travaillent en santé publique.

## **b. Questionnaires**

Pour évaluer la compétence du fournisseur à utiliser les EBT pour traiter PTSD nous avons demandé aux répondants quel était leur niveau de familiarisation avec la formation et l'utilisation de PE, CPT, EMDR, et SIT. Nous avons évalué les expériences de formation antérieures dans les quatre EBT's en général, en demandant aux participants d'indiquer s'ils participé à des webinaires, une demi-journée ou une journée complète en personne, 2 à 3 jours de formation en personne, ou des courses en ligne. Nos critères pour recevoir une formation EBT étaient et a été opérationnalisés comme recevant l'un des niveaux de formation mentionnés ci-dessus, depuis l'introduction des cours en ligne pour des ateliers de plusieurs jours.

## **Intérêt à la formation**

Afin d'éclairer l'élaboration de programmes d'études ciblés répondre aux besoins de formation des fournisseurs communautaires, nous avons évalué l'intérêt actuel des participants à recevoir une formation fondée sur des données probantes pour le TSPT et les obstacles perçus à la formation.

## **c. Analyses statistiques**

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour résumer réponses des répondants aux éléments. Association bivariée entre l'utilisation des TCCE pour le TSPT et le caractère des fournisseurs. On a examiné les statistiques à l'aide de tests carrés et t. En plus, une régression logistique a été effectuée pour examiner variables associées à l'utilisation de PE et/ou de CPT pour patients en traitement pour TSPT. CPT est le plus cher thérapie cognitive pour le TSPT, l'EP est plus une thérapie d'exposition empirique pour le TSPT; les deux sont largement appuyés dans les directives de traitement (Ham- et al. 2009). Nous avons donc choisi de les inclure et d'exclure SIT et

EMDR analyses de régression. Toutes les analyses ont été STATA version 12.0. La signification a été établie à p 0,05 (à deux queues).

#### **d. Procédures.**

Potentiels répondants ont été contactés au moyen des méthodes suivantes : par questionnaire en ligne aux cliniciens et personnel médical qui travaille en psychiatrie (infirmiers, médecine généraliste, interne de psychiatrie, aide soignante psychiatrie) : [https://docs.google.com/forms/d/1Ua6AbAl9Qe4O7xDtIE0fhb-3DDPQMQUtHkyLr11\\_Cp4/edit](https://docs.google.com/forms/d/1Ua6AbAl9Qe4O7xDtIE0fhb-3DDPQMQUtHkyLr11_Cp4/edit)

#### **Utilisation des approches fondées sur des données probantes pour traiter le SSPT**

Pour évaluer la compétence des prestataires à utiliser les EBT pour traiter le PTSD, nous avons interrogé les répondants sur leur niveau de familiarité, de formation et d'utilisation de l'EP, du CPT, de l'EMDR et de l'ITS. Nous avons évalué les expériences antérieures de formation aux quatre EBT de manière générale, en demandant aux participants d'indiquer s'ils avaient participé à des webinaires, à des ateliers en personne d'une demi-journée ou d'une journée entière, à des formations en personne de 2 à 3 jours ou à des cours en ligne à plusieurs sessions. Nos critères de formation à l'EBT étaient inclusifs, et ont été opérationnalisés comme étant le fait de recevoir n'importe lequel des niveaux de formation mentionnés ci-dessus, des cours d'introduction en ligne aux ateliers avancés de plusieurs jours.

#### **Intérêt pour la formation et obstacles à celle-ci**

Afin d'informer le développement de programmes ciblés pour répondre aux besoins de formation des prestataires communautaires, nous avons évalué l'intérêt actuel des participants à recevoir une formation fondée sur des données probantes pour le SSPT, ainsi que les obstacles perçus pour recevoir des formations.

## 2. Résultats

	Tous (N=66)		Infirmiers (N=)		Psychologues (N=)		Psychiatres (N=)		Autres (N=)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Genre</b>											
Femmes	48	72.73%	16	66.67%	9	90%	14	70%	9	75%	0.615
Hommes	18	27.27%	8	33.33%	1	10%	6	30%	3	25%	
<b>Tranche d'âge</b>											
18-24											
25-34											
35-44											
45-56											
55-64											
<b>Formation DU/Master</b>											
DU TCC	2	6.06%	2	12.50%	0	0%	2	6.06%	0	0%	0.731
DU CLINIQUE ADOLESCENT	1	3.03%	1	6.25%	1	3.03%	0	0%	0	0%	
FORMATION CUMP	30	90.91%	11	81.25%	4	100%	30	90.9%	2	100%	
<b>Pratique</b>											
Autres	2	3.03%	0	0%	2	3.03%	1	5%	1	8.33%	0.513
Hôpital General	2	3.03%	0	0%	2	3.03%	0	0%	1	8.33%	
Hôpital Psychiatrique	62	93.94%	24	100%	9	90%	24	19.95%	10	83.33%	
<b>Votre service prend-t-il en soin e personnes souffrant de psychotraumatisme ?</b>											
Oui	64	96.97%	24	100%	10	100%	19	95%	11	91.67%	0.513
Non	1	1.56%	0	0.0%	2	3.03%	0	0.0%	1	8.33%	
<b>Dans le cadre de votre exercice professionnel, combien voyez-vous de patients potentielles ?</b>											
1 à 5/an	8	12.70%	5	22.73%	0	0%	1	5%	2	18.18%	0.575
6 à 10/an	19	30.16%	8	36.36%	2	20%	7	35%	2	18.18%	
11 à 20/an	17	26.98%	6	27.27%	0	0%	5	25%	6	54.55%	
20 a 40/ an	9	14.29%	0	0%	4	40%	5	25%	0	0%	
Plus de 40/an	10	15.87%	3	16.64%	4	40%	2	10%	1	9.09%	
<b>Arrivez-vous a trouver des thérapeutes vers qui orienter les patients qui souffrants d'un TSPT ?</b>											
Facilement	5	8.20%	2	9.09%	2	25%	0	0%	1	9.09%	0.575
Plutôt facilement	19	31.15%	7	31.82%	3	37.50%	6	30%	3	27.27%	
Plutôt difficilement	24	39.34%	7	31.82%	2	25%	11	55%	4	36.36%	
Très difficilement	13	21.32%	6	27.27%	1	21.31%	3	15%	3	27.27%	
<b>Dépistez vous le patients atteints par le TSPT avec l'aide d'un outil ?</b>											
Jamais	41	63.08%	21	87.50%	7	70%	7	35%	6	54.55%	0.010
Parfois	14	21.54%	1	4.17%	1	10%	9	45%	3	27.27%	
Souvent	9	13.85%	2	8.33%	2	20%	3	15%	2	18.18%	
Toujours	1	1.54%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	

Tableau 1. Caractéristiques Socio-Démographiques et Pratiques de N=66 Participants à l'Enquête

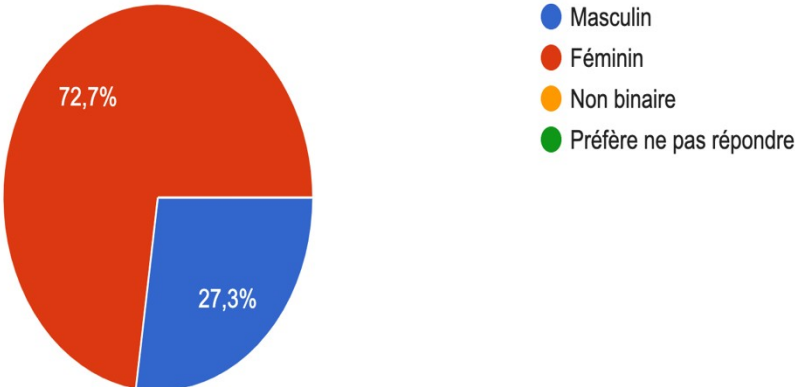
Note: Test exact de Fisher

Tableau 2. Familiarité avec la Prise en Soins du Trouble de Stress Posttraumatique chez N=66 Participants à l'Enquête  
 Note: Test Fisher exact

	Tous (N=66)		IDE		Psychiatrists		Psychologue		Autre		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Utilisez vous l'une de ces methodes de therapie</b>											
EMDR	5	19.23%	0	0%	1	10%	4	80%	0	0%	0.031
TCC	15	57.69%	3	60%	6	60%	1	20%	5	83.33%	
Thérapie d'exposition	1	3.85%	0	0%	1	3.85%	0	0%	0	0%	
<b>Quels type de supervision avez-vous ?</b>											
Aucune	32	50%	15	65.22%	10	50%	4	40%	3	27.27%	0.000
Supervision d'équipe	16	25%	8	34.78%	5	25%	0	0%	3	27.27%	
Supervision individuelle	10	15.62%	0	0%	3	15%	6	60%	1	9.09%	
<b>Connaissez vous la therapie cognitivo comportementale ?</b>											
Complètement inconnue	3	4.55%	1	4.17%	0	0%	0	0%	2	16.67%	0.201
Connue	14	21.21%	3	12.50%	6	30%	2	20%	3	25%	
Extrêmement connue	3	4.55%	0	0%	2	10%	0	0%	1	8.33%	
Moyennement connue	36	54.55%	16	66.67%	4	20%	8	80%	4	33.33%	
Peu connue	10	15.15%	4	16.67%	4	20%	0	0%	2	16.67%	
<b>Connaissez vous le EMDR?</b>	5	7.69%	2	12.50%	0	0%	0	0%	2	16.67%	0.063
Complètement inconnue	4	6.15%	1	4.17%	0	0%	2	22.22%	1	8.33%	
Connue	4	6.15%	1	4.17%	1	5%	2	22.22%	0	0%	
Extrêmement connue	30	46.15%	14	58.33%	10	50%	3	33.33%	3	58.33%	
Moyennement connue	22	33.85%	5	20.83%	9	45%	2	22.22%	6	50%	
<b>Connaissez vous la therapie d'exposition prolongee ?</b>											
Complètement inconnue	25	37.88%	13	54.17%	3	15%	5	50%	4	33.33%	0.184
Connue	5	7.85%	0	0%	2	10%	1	10%	2	16.67%	
Moyennement connue	16	24.24%	4	16.67%	7	35%	3	30%	2	16.67%	
Peu connue	20	30.30%	7	29.17%	8	40%	1	10%	4	33.33%	
<b>Dans quelle mesure seriez-vous interesse.e par une formation du CRP ?</b>											
Pas interese	3	4.55%	0	0%	1	5%	1	10%	1	8.33%	0.184
Quelque peu interese	14	21.21%	5	20.83%	2	10%	2	20%	5	41.67%	
Très intéressé	49	74.24%	19	79.17%	17	85%	7	70%	6	50%	
<b>Seriez-vous interesse.e par des formations dans les domaines suivantes ?</b>											
Detection du psychotraumatisme	13	19.70%	8	33.33%	1	5%	1	10%	3	25%	0.018
TCC	15	22.73%	3	12.50%	6	30%	4	40%	2	16.67%	
Therapie du deuil	14	21.21%	2	8.33%	5	25%	4	40%	3	20%	
Thérapie d'exposition	4	6.06%	0	0%	4	20%	0	0%	0	0%	
Trauma de l'urgence	20	30.30%	11	45.83%	4	20%	1	10%	4	33.33%	

Les principales caractéristiques démographiques et de pratique sont présentées dans la figure 1. Sur les 66 personnes qui ont répondu à l'enquête, 72,7% étaient des femmes et 27,3% des hommes, le groupe le plus important de participants s'est identifié comme des psychiatres et internes en psychiatrie agréés.

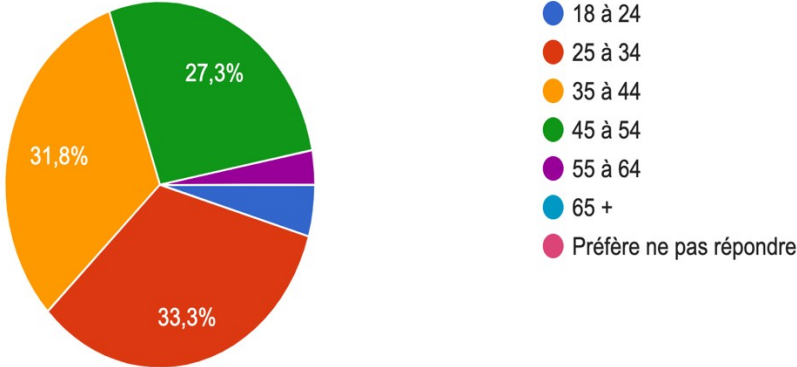
Votre genre :  
66 de răspunsuri



Concernant la tranche d'âge, on note que la plupart des participant font partie du groupe 25-34 ans, et aussi ces pratiques depuis au moins 4 ans.

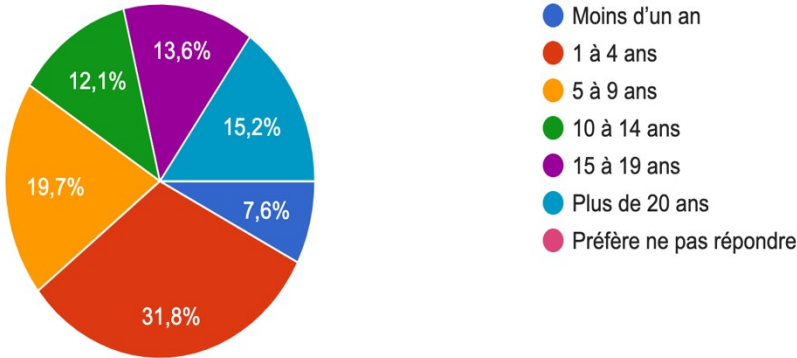
Votre tranche d'âge :

66 de răspunsuri



Depuis combien d'années pratiquez-vous cette fonction ?

66 de răspunsuri

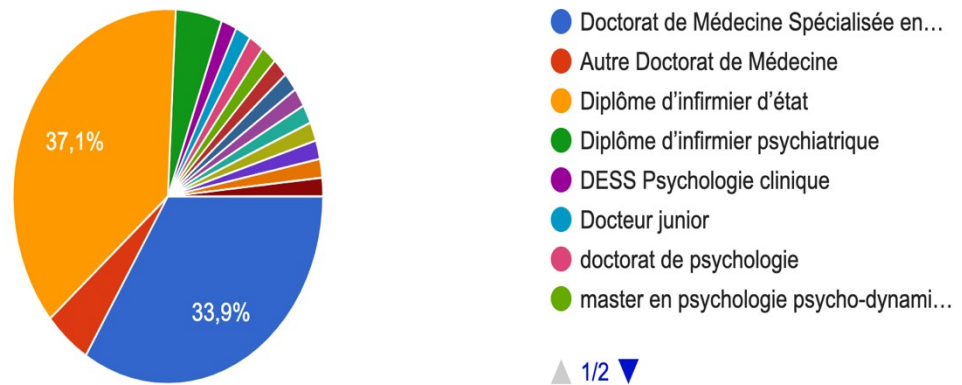




Parmi les participants ayant répondu au questionnaire, en nombre du 62 a la question de leur formation initiale, 33,87% sont psychiatres, 37,10% ont un diplôme d'infirmier d'état, 1,61% psychologues, 11,29% ont un DES de psychologie et 1,61% des aides-soignantes. Également, un pourcentage de 17% a fait une Master Clinique en Psychopathologie.

### Votre Formation initiale:

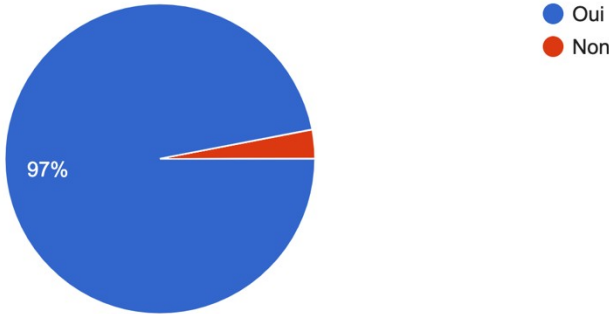
62 de răspunsuri



Parmi les participants 93,9% travaillent dans le secteur public. Également, 92,4% ont des patients adultes en charge, 42,4% s'occupent d'enfants et d'adolescents et 24,2% s'occupent également de familles.

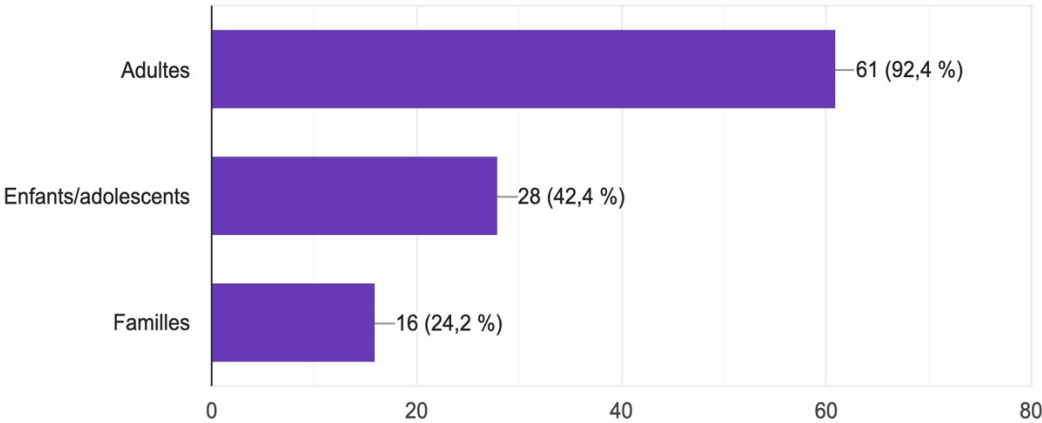
Votre service prend-t-il en soin des personnes souffrant de psychotraumatisme ?

66 de răspunsuri



Type de public reçu par l'établissement (choix multiple):

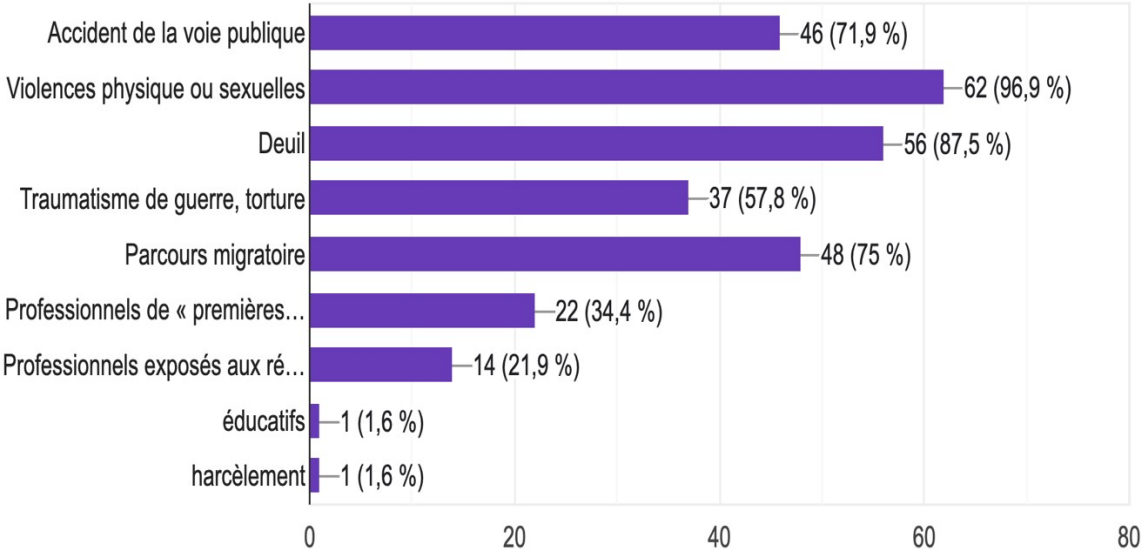
66 de răspunsuri



Parmi les types des traumatismes pris en charge par les professionnels de santé mentale, on note sur les 64 réponses que 96,9% des patients ayant subi des maltraitements physiques et/ou abus sexuelles, 71,9% des patients concernées ont subi des accident par voie publique, 87,5% sont en charge de personnes souffrant de deuil compliqué et/ou pathologique, 57,8% ont en charge des patients ayant subi un traumatisme de guerre et/ou de torture et 75% ont en charge des patients venant d'autres pays ayant subi un traumatisme lors d'un parcours migratoire.

Si oui, quels types de trauma :

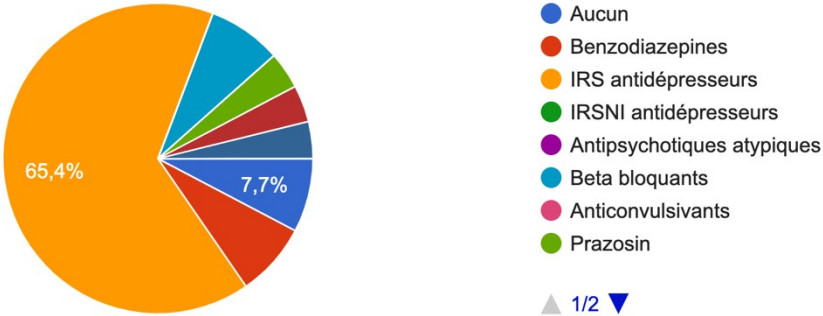
64 de răspunsuri



Parmi les participants pouvant prescrire un traitement psychotrope(N=26), 65,4% optent pour un antidépresseurs IRS comme gold standard dans le traitement du TSPT, 7,7% prescrivent des benzodiazépines, 7,7% prescriront un bêtabloquant, 3,8% optent pour un antidépresseurs tricyclique et 7,7% ne prescriront aucun traitement psychotrope.

Si vous êtes prescripteur, lesquels des médicaments suivants utilisez-vous en première intention pour le Trouble de Stress Post Traumatique ?

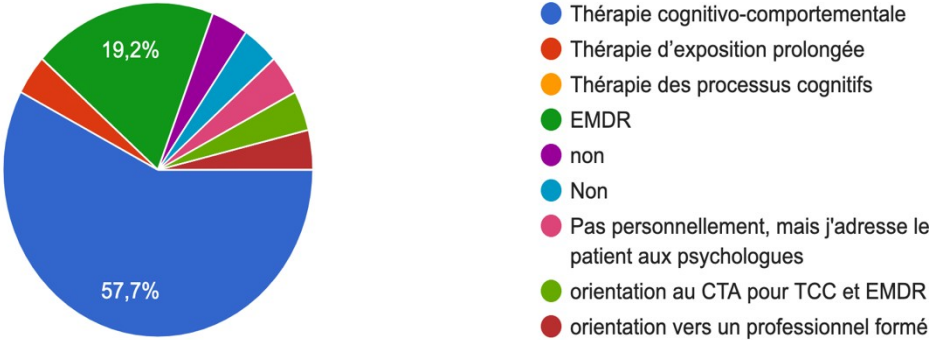
26 de răspunsuri



Parmi les personnes qui s'occupent de patients souffrants de TSPT, 57,7% utilisent la thérapie cognitivo-comportementale, 19,2% utilisent la thérapie EMDR et 3,8% utilisent la thérapie d'exposition prolongée.

Utilisez-vous l'une de ces méthodes de thérapie ?

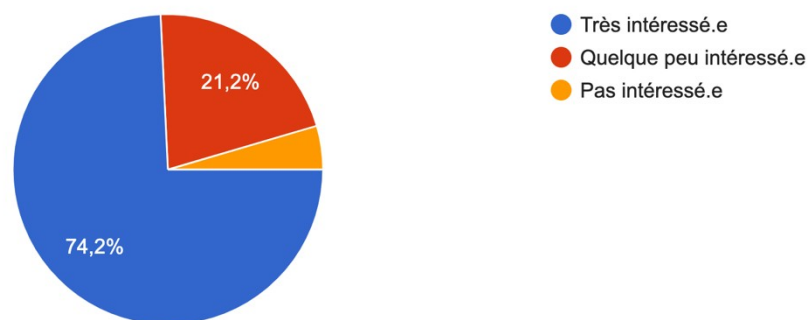
26 de răspunsuri



Concernant l'intérêt pour le Centre Régional de la Psychotraumatologie Normandie, 74,2% sont fortement intéressés par ce centre et ses activités et un percent de 21,2% sont intéressés.

Dans quelle mesure seriez-vous intéressé.e par une formation du Centre Régional Psychotraumatisme Normandie sur le Trouble de Stress Post Ttraumatique ?

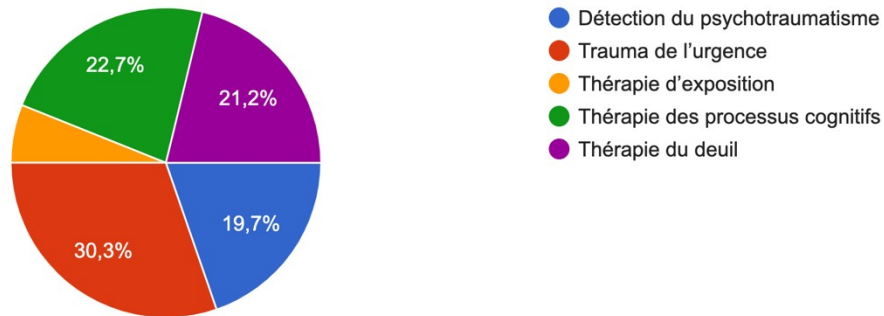
66 de răspunsuri



Nous avons demandé aux participants dans quelle mesure il serait intéressé par une formation dans ce domaine de la psychotraumatologie. 30,3% sont intéressés à être formés en trauma d'urgence, 22,7% sont intéressés à être formés en thérapie des processus cognitifs, 21,2% sont intéressés à être formés en thérapie de deuil et 19,7% souhaitent être formés à la détection du TSPT.

Seriez-vous intéressé.e par des formations dans les domaines suivants :

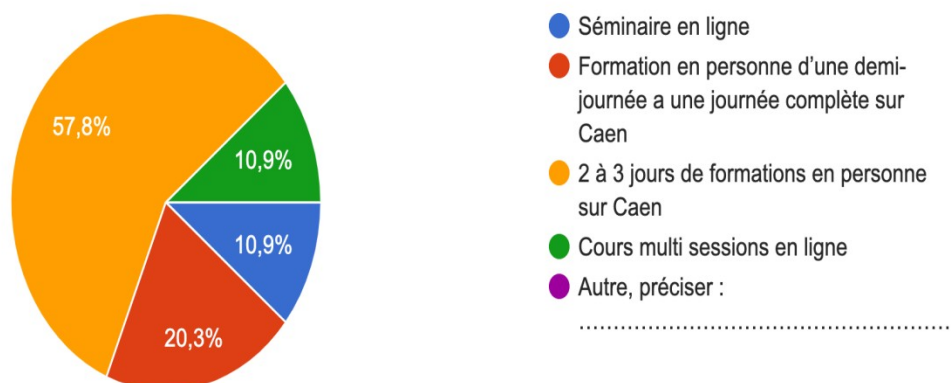
66 de răspunsuri



Concernât le type de formation propose aux participants, la majorité d'entre eux ( 57,8%) ont répondu vouloir participer à une formation sur site de 2 ou 3 jours à Caen ; 20,3% souhaiteraient une demi-journée ou une journée presentielle a Caen, 10,9% souhaitent participer à des séminaires en ligne et encore 10,9% souhaitent entre formes via courses multiples divise en plusieurs sessions.

Si vous êtes intéressé.e par une formation, lequel des formats de formation vous parait le plus adapté à vos disponibilités ?

64 de răspunsuri



### 3. Discussion

Les situations traumatogènes, quelle qu'en soit l'origine (violences volontaires physiques et sexuelles, morts violentes, catastrophes, attentats, accidents graves, guerres, expositions traumatiques dans le cadre de l'exercice professionnel, etc.) ont de multiples conséquences, aujourd'hui largement reconnues, sur la santé psychique et physique des individus ; elles peuvent être à l'origine du développement ou d'aggravation de pathologies psychiatriques, somatiques, de suicides, d'addictions, de comportements à risques, d'échec scolaire, etc. Tout individu, bébé, enfant, adolescent, adulte, peut rencontrer au cours de sa vie des situations difficiles, douloureuses et stressantes à des degrés divers. D'autres situations peuvent être potentiellement traumatisantes ou traumatogènes, ce qui est une expérience qualitativement différente. La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5) définit comme traumatogène toute situation qui implique « une mort effective, une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles » (APA, 2015, p. 320) (1). Au niveau individuel, ces situations peuvent générer de multiples troubles psychiques chez les individus qui y sont confrontés. Ces derniers sont regroupés sous le titre des psychotraumas ou syndromes psychotraumatiques (ce dernier terme est celui que nous retiendrons dans la rédaction). Parmi eux, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représente la pathologie probablement la plus connue. Toutefois, il n'est pas l'unique conséquence d'une confrontation traumatique. D'autres, comme les phobies isolées post-traumatiques, les addictions post-traumatiques, les deuils traumatiques, les dépressions post-traumatiques, les comportements suicidaires ou encore les nombreux troubles psychosomatiques et somatoformes, posent d'autres problèmes de santé publique tant par leur coût que leur chronicité ou leur gravité. Concernant leur prévalence vie entière, les syndromes psychotraumatiques, complets ou partiels, toucheraient en France 4,6% de la population générale (2). Quant au TSPT, il toucherait entre 1 et 2 % de la population (3). La souffrance psychique et l'affaiblissement associés aux syndromes psychotraumatiques peuvent être considérables et vont bien au-delà de ce que peut en dire un diagnostic psychiatrique. Au niveau psychologique, la littérature montre en effet qu'ils sont associés à de profonds bouleversements (4- 8). Ces derniers peuvent se traduire par une remise en question parfois profonde du sens de la vie et de la logique du fonctionnement du monde. En outre, les syndromes psychotraumatiques altèrent le fonctionnement social, familial et professionnel des individus. Leur qualité de vie, ainsi que celle de leur entourage, s'en trouve largement diminuée avec des



conséquences dévastatrices sur le plan individuel : chute de l'estime de soi, développement de sentiments de culpabilité et/ou de honte, stress, retrait social, etc. Sur le plan du pronostic fonctionnel et vital, l'impact des syndromes psychotraumatiques, et du TSPT en particulier, se révèle particulièrement délétère. En plus d'une majoration du risque suicidaire, les syndromes psychotraumatiques sont associés à de nombreuses comorbidités psychiatriques. Ainsi, l'étude de Breslau et al. (9) de 1991 montre que près de 80% des participants souffrant de TSPT ont présenté ou présentent au moment de l'évaluation au moins un autre trouble psychiatrique, notamment un épisode dépressif majeur chez plus de 50% des sujets.

Plusieurs études ont été menées sur les troubles mentaux en Europe et dans le monde et permettent de présenter quelques chiffres concernant l'ESPT. Pour l'Europe et la France, les chiffres ci-dessous proviennent en particulier de deux études appelées ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) et SMPG (Santé Mentale en Population Générale). L'étude ESEMeD a été menée dans 6 pays de l'Europe de l'Ouest (Espagne, Italie, Allemagne, Pays-Bas, Belgique et France) en interviewant 21425 personnes de 18 ans ou plus entre janvier 2001 et août 2003 (22). Cette étude a montré que la France avait une prévalence sur 12 mois de 2,3% pour l'ESPT, soit l'une des prévalences les plus élevées en comparant aux autres pays étudiés. Les femmes semblent plus touchées que les hommes tout en étant moins exposées à un événement traumatique potentiel. De plus, près de 43% des cas d'ESPT recensés dans cette étude étaient des patients français. Des données extrapolées de cette étude sur 1436 personnes ont permis de donner certains chiffres plus précis pour la France (23). Dans cet échantillon de personnes, 72% ont subi au cours de leur vie un événement traumatique, et cette étude indique alors une prévalence au cours de la vie de 3,9%. Les causes majeures d'apparition d'un ESPT sont le fait d'être battu par un partenaire affectif (25%), avoir un enfant gravement malade (23,5%), ou avoir subi un viol (21,5%), avec une durée moyenne de l'ESPT de 5 ans, durée cependant extrêmement variable selon le type d'évènement. L'étude SMPG a été menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36000 personnes de 18 ans ou plus (19). Elle montre une prévalence à un mois de l'ESPT de 0,7%. Dans cette étude, 100% des patients souffrant d'un ESPT déclarent ressentir une gêne dans les relations sociales, mais seulement 53% déclarent se sentir malade, suggérant que pour presque la moitié des patients, l'ESPT serait plus un handicap à gérer qu'un trouble à traiter. Cette étude montre également que seulement 50% des patients souffrants d'ESPT ont déjà, dans ce cadre, suivi une psychothérapie, alors que 75% ont déjà pris un traitement

médicamenteux, ces traitements étaient principalement des antidépresseurs (29%), des anxiolytiques (32%) et des hypnotiques (27%) ; cependant, dans 27% des cas, ces traitements n'ont pas entraîné de changement et ont même provoqué une aggravation dans 16% des cas. Les chiffres observés dans ces études peuvent varier d'un pays à l'autre, et les différences observées entre les pays européens peuvent s'expliquer notamment par les variations d'exposition à la guerre (en particulier la seconde guerre mondiale), mais aussi par des traumatismes et des orientations culturelles variables (24). Enfin, d'autres études permettent de comparer ces chiffres à d'autres pays non européens, en particulier aux Etats-Unis où la prévalence de l'ESPT est plus forte (3,5% à douze mois et 6,8% au cours de la vie) (25,26).

Cette étude montre que 86,36 % des participants savent comment gérer les patients atteints de TSPT, mais 57 % ne sont pas certains d'avoir les méthodes appropriées. La plupart des gens utilisent des thérapies comme l'EMDR et le TCC comme méthodes thérapeutiques.

En même temps, 57 % des participants veulent avoir un TSPT. Pour évaluer la compétence du fournisseur à utiliser les EBT pour traiter PTSD nous avons demandé aux répondants quel était leur niveau de familiarisation avec la formation et l'utilisation de PE, CPT, EMDR, et SIT. Nous avons évalué les expériences de formation antérieures dans les quatre EBT's en général, en demandant aux participants d'indiquer s'ils participé à des webinaires, une demi-journée ou une journée complète en personne, 2 à 3 jours de formation en personne, ou des courses en ligne. Nos critères pour recevoir une formation EBT étaient et a été opérationnalisés comme recevant l'un des niveaux de formation mentionnés ci-dessus, depuis l'introduction des cours en ligne pour des ateliers de plusieurs jours.

## Conclusion

L'histoire de l'humanité avec le traumatisme et l'ESPT remonte sans aucun doute à la nuit des temps. Si sur cette échelle, la reconnaissance et l'identification de l'ESPT comme pathologie à part entière est relativement récente, de nombreux progrès ont été effectués depuis, que l'on considère l'image que l'ESPT véhicule, ses sources biologiques et psychologiques ou bien les moyens de le traiter. Cependant, de par le nombre de personnes qu'il touche à travers le monde, la chronicité et les comorbidités qui le caractérisent, le handicap qu'il provoque dans la vie quotidienne et le fort taux de patients ne répondant pas aux stratégies thérapeutiques actuelles, l'ESPT reste actuellement un véritable enjeu de santé publique. Si l'évolution continue des connaissances scientifiques et la mise en place de nouvelles recherches sont nécessaires à la progression de la connaissance et de la gestion de cette pathologie, les nouvelles stratégies thérapeutiques présentées ici semblent déjà apporter un exemple de l'avenir de cette pathologie et devraient rappeler à chacun l'importance de toujours conserver un regard ouvert, scientifique et objectif dans l'intérêt du patient.

## Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM 5 Washington: APA; 2013.
2. Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR, Kleber RJ. Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *J Clin Psychiatry* 2008;69(9):1455-61. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v69n0913>
3. Bauer, M. S., Williford, W. O., McBride, L., McBride, K., & Shea, N.M. (2005). Perceived barriers to health care access in a treated population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(1), 13–26. doi:10.2190/u1d5-8b1d-uw69-u1y4.
4. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(3):216-22. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>
5. Copeland, L. A., Zeber, J. E., Bingham, M. O., Pugh, M. J., Noe "l, P.H., Schmacker, E.R., & Lawrence, V. A. (2011). Transition from military to VHA care: Psychiatric health services for Iraq/Afghanistan combat-wounded. *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 226–230. doi:10.1016/j.jad.2010.10.017.
6. Centers for Disease Control and Prevention (US). The national public health performance standards. Atlanta: CDC; 2003. Also available from: URL: <http://www.phppo.cdc.gov/nphpsp/index.asp>
7. . Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):577-84. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
8. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: The Guilford Press; 2016.

9. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. Traiter les victimes de maltraitance infantile. Psychothérapie de l'existence interrompue. Paris: Dunod; 2014.
10. Department of Veterans Affairs. (2010). Management of Post-Traumatic Stress Working Group. VA/DoD clinical practice guidelines for management of post traumatic stress. Retrieved from [http://www.healthquality.va.gov/ptsd/ptsd\\_full.pdf](http://www.healthquality.va.gov/ptsd/ptsd_full.pdf)
11. Department of Health and Human Services (US). The public health workforce: an agenda for the 21st century. Washington: Department of Health and Human Services; 1997.
12. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
13. Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse Neglect* 2008;32(12):1119-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.05.006>
14. Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide. *Treatments That Work*. doi:10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001.
15. Ford JD, Courtois CA. Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models. New York: The Guilford Press; 2013.
16. Hamblen, J. L., Schnurr, P. P., Rosenberg, A., & Eftekhari, A. (2009). A guide to the literature on psychotherapy for PTSD. *Psychiatric Annals*, 39(6), 348–354. doi:10.3928/00485713-20090515-02.
17. Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care

- visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 150–153. doi:10.1176/appi.ajp.164.1.150.
18. Herman JL. Complex PTSD : a syndrom in survivors of prolongedand repeated trauma. *J Traumatic Stress* 1992;5(3):377-91. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
  19. Herman JL. Sequelae of prolonged and repeated trauma : evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). Dans: Davidson JR, Foa EB, ed. *Posttraumatic stress disorder : DSM IV and beyond* Washington: APA; 1993.
  20. Ingram, D. D., & Franco, S. J. (2013). NCHS urban–rural classification scheme for counties. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*, 2(166), DHHS Publication No. 2014–1366.
  21. Institute of Medicine. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. *The future of the public’s health in the 21st century*. Washington: National AcademiesPress; 2003.
  22. Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions. Dans: Figley CR, ed. *Trauma and its wake : the study and treatment of posttraumatic stress disorder*. New York: Brunner Mazel; 1985. p. 15-35.
  23. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition* 1989;7:113-36.
  24. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press; 1992.
  25. Janoff-Bulman R, McPherson Frantz C. The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life. Dans: Power MJ, Brewin CR, ed. *The transformation of meaning in psychological therapies: integrating theory and practice*. Chichester: Wiley; 1997. p. 91-106

26. Karlin, B. E., Ruzek, J. I., Chard, K. M., Eftekhari, A., Monson, C. M., Hembree, E. A., et al. (2010). Dissemination of evidence-based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 663–673. doi:10.1002/jts.20588.
27. Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Smith D. W., Kudler, H., Cornelison- Grant, V. (2011). *Serving those who have served: Educational needs of health care providers working with military*. Charleston, SC: Medical University of South Carolina Department of Psychiatry, National Crime Victims Research and Treatment Center.
28. Koblinsky, S., Leslie, L. A., & Cook, E. T. (2014). Treating behavioral health conditions of OEF/OIF veterans and their families: A state needs assessment of civilian providers. *Military*
29. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety* 2014;31(2):130-42. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22169>
30. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(8):815-30 e14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
31. Marmar CR, Schlenger W, Henn-Haase C, Qian M, Purchia E, Li M, et al. Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatr* 2015;72(9):875-81. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0803>
32. National Institute for Health and Care Excellence. *Post-traumatic stress disorder*. London: NICE; 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
33. Power MJ, Brewin CR. *The transformation of meaning in psychological therapies: integrating theory and practice*. Chichester: John Wiley and Sons; 1997.

34. Tishelman AC, Meyer SK, Haney P, McLeod SK. The clinical-forensic dichotomy in sexual abuse evaluations: moving toward an integrative model. *J Child Sexual Abuse* 2010;19(5):590-608. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2010.512553>
35. Vaiva G, Jehel L, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, Rouillon F, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques dans l'enquête de OMS "santé mentale en population générale". *L'Encéphale* 2008;34:577-83.
36. Van der Kolk BA, D'Andrea W. Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. Dans: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, ed. *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 57-68.
37. World Health Organization. ICD-11 Beta Draft. 6B42 Prolonged Grief Disorder. [En ligne] 2015. <https://icd.who.int/dev11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f11%2f83832314>



**Questionnaire de recueil d'informations auprès des professionnels et futurs professionnels partenaires du Réseau Psychotraumatisme Normandie**

Bonjour à tout.e.s,

Andreea Stratone, Interne psychiatrie

Eric Bui, Professeur de Psychiatrie

CHU de Caen & Université Caen Normandie

FONCTION :

Psychiatre

Psychologue

Infirmier(ère)

Autre :

Depuis combien d'années pratiquez-vous cette fonction ?

Moins d'un an

1 à 4 ans

5 à 9 ans

10 à 14 ans

15 à 19 ans

Plus de 20 ans

Préfère ne pas répondre

Votre Formation initiale:

Doctorat de Médecine Spécialisée en psychiatrie

Autre Doctorat de Médecine

Diplôme d'infirmier d'état

Diplôme d'infirmier psychiatrique

Autre :

Si vous avez complété un Master de psychologie :

Clinique du Psychotraumatisme

Master Thérapie Cognitivo-Comportementale

Master en Neuropsychologie

Master Clinique et Psychopathologie

Pas de Master de psychologie

Autre :

Type d'établissement:

Hôpital psychiatrique

Hôpital général

Centre de rééducation

Activité libérale

Autres.....

Type de public reçu par l'établissement (choix multiple):

Adultes

Enfants/adolescents

Familles

Votre service prend-t-il en soin des personnes souffrant de psychotraumatisme ?

Oui

Non

Si oui, quels types de trauma :

Accident de la voie publique

Violences physique ou sexuelles

Deuil

Traumatisme de guerre, torture

Parcours migratoire

Professionnels de « premières ligne » exposés (pompiers, police, SAMU, militaires, urgences, service de réanimation...)

Professionnels exposés aux récits des patients psychotraumatisés

Autre :

Formations complémentaires :

DU psychotraumatologie

DU Victimologie

DU TCC

Formation CUMP

Autre :

Formation en psychothérapie :

Thérapie cognitivo-comportementale

Thérapie d'exposition prolongée

Thérapie EMDR

Thérapie du deuil prolongé

Autre :

Dans le cadre de votre exercice professionnel, combien voyez-vous de patients pour qui le psychotraumatisme est le problème principal, chaque année, en moyenne ?

Aucun

1 à 5 (rarement)

6 à 10 (moins d'un par mois)

11 à 20 (un à deux par mois)

20 à 40 (moins d'un par semaine)

Plus de 40 (un par semaine ou plus)

Si vous les gardez en soins pour psychotraumatisme ou Trouble de Stress Post Traumatique, quel type de traitement proposez-vous?

Traitement médicamenteux (ex : antidépresseur)

Thérapie cognitive et comportementale

Thérapie psychodynamique / psychanalytique

Thérapie des Schémas

Méditation / mindfulness

Hypnose

EMDR

Autre :

Arrivez-vous à trouver des thérapeutes vers qui orienter les patients pour un traitement spécifique du Trouble de Stress Post Traumatique?

Facilement

Plutôt facilement

Plutôt difficilement

Très difficilement

Votre service offre-t-il des prises en charge spécifiques du psychotraumatisme ?

Oui

Non

Si oui, précisez l'orientation thérapeutique:

Thérapie cognitivo-comportementale

Thérapie d'orientation psychanalytique

Régulation émotionnelle

Groupe de parole

Autre :

Dépistez-vous les patients pour le Trouble de Stress Post Traumatique à l'aide d'un outil de dépistage valide tel que la liste des symptômes du trouble de stress post traumatique (PCL) ?

Toujours

Souvent

Parfois

Jamais

Utilisez-vous l'une de ces méthodes de thérapie ?

Thérapie cognitivo-comportementale

Thérapie d'exposition prolongée

Thérapie des processus cognitifs

EMDR

Autre :

Quels types de supervisions professionnelles avez-vous ?

Supervision d'équipes

Supervision individuelle

Aucune

Dans quelle mesure seriez-vous intéressé.e par une formation du Centre Régional Psychotraumatisme Normandie sur le Trouble de Stress Post Traumatique ?

Très intéressé.e

Quelque peu intéressé.e

Pas intéressé.e

Seriez-vous intéressé.e par des **formations** dans les domaines suivants :

Détection du psychotraumatisme

Trauma de l'urgence  
Thérapie d'exposition  
Thérapie des processus cognitifs  
Thérapie du deuil

Connaissez-vous la thérapie cognitive et comportementale ?

Complètement inconnue  
Peu connue  
Moyennement connue  
Connue (je pratique parfois)  
Extrêmement connue (je pratique fréquemment)

Connaissez-vous le retraitement de désensibilisation par mouvement oculaire (EMDR) ?

Complètement inconnue  
Peu connue  
Moyennement connue  
Connue (je pratique parfois)  
Extrêmement connu (je pratique fréquemment)

Connaissez-vous la thérapie d'exposition prolongée ?

Complètement inconnue  
Peu connue  
Moyennement connue  
Connue (je pratique parfois)  
Extrêmement connue (je pratique fréquemment)

Connaissez-vous la thérapie des processus cognitifs (Cognitive Processing Therapy)?

Complètement inconnue  
Peu connue  
Moyennement connue  
Connue (je pratique parfois)  
Extrêmement connue (je pratique fréquemment)

Seriez-vous intéressé.e par une formation dans une de ces thérapies ?

Pas intéressé.e  
Un peu intéressé.e

Plutôt intéressé.e

Extrêmement intéressé.e

Si vous êtes intéressé.e par une formation, lequel des formats de formation vous paraît le plus adapté à vos disponibilités ?

Séminaire en ligne

Formation en personne d'une demi-journée a une journée complète sur Caen

2 à 3 jours de formations en personne sur Caen

Cours multi sessions en ligne

Autre, préciser : .....

Connaissez-vous les médicaments de premier intention recommandés pour le Trouble de Stress Post Traumatique?

Complètement inconnu

Peu connu

Moyennement connu

Connu

Extrêmement connu

Si vous êtes prescripteur, lesquels des médicaments suivants utilisez-vous en première intention pour le Trouble de Stress Post Traumatique ?

Aucun

Benzodiazepines

IRS antidépresseurs

IRSNI antidépresseurs

Antipsychotiques atypiques

Beta bloquants

Anticonvulsivants

Prazosin

Antidépresseurs tricycliques

Mirtazapine

Buspirone

Clonidine

Votre tranche d'âge :

18 à 24

25 à 34

35 à 44

45 à 54

55 à 64

65 +

Préfère ne pas répondre

Votre genre :

Masculin

Féminin

Non binaire

Préfère ne pas répondre

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

Si vous êtes intéressé.e par une formation, merci de laissez votre e-mail ici. Nous reviendrons vers vous dès que les formations seront disponibles.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».



VU, le Directeur de Thèse  
(Qui atteste du respect des procédures éthiques et réglementaires)

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer  
En référence à la délibération  
Du Conseil d'Université  
En date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2022/2023

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : STRATONE LENJALLEY ANDREEA

**TITRE DE LA THESE :** EVALUATION DES BESOINS EN FORMATION EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE : ETUDE PILOTE DANS L'ORNE

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS:

On sait peu de choses sur la capacité des prestataires communautaires à fournir des services fondés sur des données probantes pour le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) dans le département de l'Orne. Nous avons mené une enquête régionale sur Internet auprès de 66 prestataires de soins de santé mentale (% (n=72,723) de femmes, 33,9% de psychiatres, 26,37% de psychologues et d'infirmières) afin d'identifier les pratiques cliniques, les besoins en formation et l'intérêt de recevoir une formation sur l'utilisation de traitements fondés sur des preuves (EBT) pour le PTSD. 63,08% des prestataires ont indiqué qu'ils utilisaient rarement ou jamais un instrument de dépistage validé du PTSD. La formation préalable aux TPE (thérapie cognitivo-comportementale et/ou EMDR) différait selon le type de prestataire ( $p=0,001$ ). Dans l'ensemble, 74,24% étaient intéressés ou très intéressés à recevoir une formation de la part du CRP ; avec 22,73%, 6,06%, 21,21% étant intéressés à recevoir une formation en thérapie de traitement cognitif, exposition prolongée, et thérapie du trouble du deuil prolongé respectivement. Les types de formations demandées diffèrent selon le type de prestataire ( $p=0,018$ ).

Il est nécessaire de diffuser largement des formations sur les évaluations et les traitements empiriques du PTSD, et de mettre en place une supervision des cas dans le département de l'Orne en milieu communautaire.

MOTS CLES : traitement fondé sur les preuves, thérapie de traitement cognitif, exposition prolongée, diffusion, mise en œuvre, fournisseur communautaire

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : **EVALUATION OF TRAINING NEEDS IN PSYCHOTRAUMATOLOGY: PILOT STUDY IN THE ORNE**

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

Little is known about the capacity of community providers to provide informed evidence based services for posttraumatic stress disorder (PTSD) in the Orne department. We conducted a regional, web-based survey of 66 community mental health care providers (% (n=72.723) females, 33.9% psychiatrist, 26.37% psychologists, registered nurses) that sought to identify clinical practices, training needs, and interest in receiving training in evidence based treatment (EBT) use for PTSD. Overall, 63.08% of providers indicated they seldom or never use a validated PTSD screening instrument. Prior training in EBTs (cognitive behavioral therapy and/or EMDR) differed by provider type ( $p=0.001$ ). Overall, 74.24% were interested or very interested in receiving training from the CRP; with 22.73%, 6.06%, and 21.21% being interested in receiving training in Cognitive Processing Therapy, Prolonged Exposure, and Prolonged Grief Disorder Therapy respectively. Types of trainings requested differed by provider type ( $p=0.018$ ).

Widely disseminated trainings in empirically supported PTSD assessments and treatments, and implementation of case supervision in the Orne department in community settings are needed.

KEY WORDS : evidence based treatment, cognitive processing therapy, prolonged exposure, dissemination, implementation, community provider