

COURS DE MASTER 2 DE PSYCHOLOGIE

**CLINIQUE DES TRAUMATISMES
COURS**

DNB3ED14

S3 – UE1 : Problématiques contemporaines en psychologie clinique

Enseignant : Nicolas DELRUE
Année 2020-2021

Troisième partie

Traitements psychologiques des syndromes psychotraumatiques

Objectif : connaître les principales formes reconnues de traitements psychologiques de syndromes psychotraumatiques et savoir conduire une prise en charge.

La prise en charge psychologique des syndromes psychotraumatiques se réalise idéalement sur un continuum en trois temps : (1) les interventions immédiates au moment de l'événement traumatique (ou dans les heures suivant l'événement), (2) les interventions post-immédiates dans les jours suivants le traumatisme et (3) les psychothérapies à plus long terme. Chaque type d'intervention possède ses objectifs et techniques propres.

1. Les interventions psychothérapiques immédiates

Ce type de soin se déroule en général sur le terrain dans les minutes ou les heures suivant immédiatement l'exposition à un événement traumatique. Ces interventions immédiates ont pour objectif d'atténuer au maximum les états de désorganisation aigus (dissociation) en réduisant les facteurs de stress et d'anxiété par une parole interpersonnelle (en face à face).

Concrètement, le psychologue doit offrir aux victimes une approche empathique, contenant et non-intrusive. Il amène la personne à extérioriser ses émotions, c'est-à-dire à parler en (1) exprimant son ressenti immédiat dans un registre émotionnel et (2), en retour, en manifestant sa compréhension du vécu qui lui est présenté par des validation et des reformulations. Le dialogue se base sur des mots simples et des gestes réconfortants permettant aux personnes de se situer dans l'espace et dans le temps (lutte contre les dissociations). Le regard bienveillant et non jugeant du professionnel doit permettre d'établir une alliance entre sujets, s'opposant à la déréalisation. L'entretien se réalise dans un lieu protégé et protecteur (ou « espace transitionnel ») dans lequel les émotions peuvent être exprimées et apaisées. Ce lieu d'échange doit être particulièrement bien choisi pour être « transitoire », c'est-à-dire se situant dans un entre-deux : après la rencontre traumatique et avant le retour auprès des proches, de la réalité sociale.

Cette prise en charge immédiate doit également être l'occasion de repérer les sujets à risque, nécessitant la mise en place d'un suivi thérapeutique à plus long terme. Dans ce cas, il est nécessaire de réaliser les tests adaptés, de poser un diagnostic clair qui est expliqué à la personne, de discuter les traitements possibles et de remettre aux victimes un compte-rendu stipulant le diagnostic, le (ou les) traitements ainsi que les adresses de professionnels.

2. Les interventions psychothérapeutiques post-immédiates (Débriefing psychologique – DP)

Le DP est une forme d'intervention post-immédiate qui se déroule dans les heures suivantes l'intervention immédiate. Le DP peut se réaliser sous différentes formes : en groupes (échange entre les personnes ayant vécu la même expérience sous le regard bienveillant et rassurant du professionnel), en famille, pour un groupe de professionnels, pour une organisation ou une communauté... Cette forme d'intervention, à la différence de l'intervention immédiate, ne doit être mise en place que lorsque les victimes sont émotionnellement prêtes (une fois l'état de choc, l'engourdissement émotionnel ou la sidération passés).

Concrètement, le DP comprend alors sept étapes à suivre scrupuleusement : (1) une présentation des intervenants et une explication du processus de débriefing, des objectifs, des règles. Un tour de table est réalisé afin de recueillir l'état psychologique et les attentes des patients ; (2) une discussion des faits où chaque participant décrit l'événement traumatique vécu, selon sa propre perspective. Le professionnel veille à ce que le discours reste factuel et note (sur un tableau) les différents faits rapportés ; (3) une discussion des pensées où chaque participant exprime les pensées qui ont été suscitées par l'événement traumatique vécu. Le professionnel complète le tableau en rassemblant les pensées ; (4) une discussion des réactions où chaque participant identifie (avec l'aide du professionnel et/ou des autres participants) les réactions qu'il a pu avoir et ce qui a été le plus traumatique pour lui (à partir de l'observation de ses réactions). Le professionnel regroupe ces réactions et complète le tableau ; (5) une discussion des symptômes où chaque participant peut, à présent, au-delà de ses réactions, identifier les différents symptômes de détresse vécus. Le professionnel complète son tableau en regroupant par syndromes (reviviscence, évitement, hypervéveil...) les signes décrits par les participants ; (6) une intervention en psycho-éducation où le professionnel (à partir des éléments recueillis) rassure les participants en leur expliquant les réactions normales de stress, en donnant une vision cohérente des syndromes psychotraumatiques et des mécanismes d'adaptation ; (7) un moment consacré à la clarification des imprécisions et des incompréhensions, à la réponse aux questions. La fin de la rencontre permet également de prendre en compte les participants nécessitant un suivi à plus long terme et de donner des conseils de retours à la vie sociale.

Les sept phases du DP ont été étudiées pour suivre un continuum : (1) établissement du cadre et de la confiance s'appuyant sur l'autorité du professionnel (introduction), puis (2) étapes d'extériorisation progressives visant à prévenir l'apparition d'images intrusives et à réduire les tensions, puis (3) compréhension et réhabilitation (les participants comprenant qu'ils ne sont pas les seuls à avoir vécu une détresse psychologique, qu'ils ne sont pas « fous »), puis (4) réinsertion progressive dans la société. Le DP étant groupal, l'effet positif du groupe sur les individus est recherché. La séance vise, en effet, à favoriser une cohésion au sein d'un groupe ayant vécu le même événement, posant les bases d'un réseau de soutien social parfois plus puissant que celui offert par la famille ou les amis n'ayant pas vécu l'événement traumatique.

3. Les psychothérapies

Les conclusions de plusieurs méta-analyses successives publiées par divers chercheurs et cliniciens indiquent que les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et les thérapies par désensibilisation par mouvement oculaire et reprogrammation (EMDR) sont les plus efficaces, les plus détaillées et les mieux validées pour traiter les syndromes psychotraumatiques, dont le TSPT. En France, ces interventions sont les seules recommandées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2004).

1.1. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Comme dans toutes les prises en charge en TCC, la thérapie proposée au patient comporte plusieurs étapes clairement établies : l'évaluation et le diagnostic, l'explication et le contrat thérapeutique, le traitement des symptômes par différentes techniques et interventions cognitives, les prescriptions de tâches... En dehors des premières séances d'évaluation, chaque séance adopte le schéma classique des TCC : échanges sur l'état actuel du patient et sur la semaine écoulée, revue de tâches, apprentissage et pratique de la technique, prescription de tâches, feed-back réciproque. Cependant, les outils comportementaux et les remaniements cognitifs proposés dans le cas de troubles psychotraumatiques possèdent leur spécificité propre.

Concrètement, un traitement psychologique d'un syndrome psychotraumatique (TSPT ou ESA) en TCC doit être réalisé en une dizaine de séances individuelles, une à deux fois par semaine. La thérapie suit alors le cheminement suivant :

(1) Analyse fonctionnelle et clinique (une à deux séances). Le clinicien réalise un entretien clinique pour poser un diagnostic précis d'ESA ou de TSPT en précisant sa forme à l'aide de la grille BASIC-IDEA ou d'une interview se basant sur le DSM-5 et par l'administration de tests adaptés (ex. PCLS). Le diagnostic étayé par les résultats aux tests est communiqué et expliqué au patient (un compte-rendu écrit peut lui être remis). Le clinicien s'assure de la bonne compréhension du diagnostic et de l'accord du patient. Il explique ensuite rapidement ce que sont les TCC et en quoi consiste le protocole de soin pensé pour le patient. Un contrat thérapeutique est alors établi (signé par le professionnel et le patient) stipulant : le nom du patient, la date, le lieu de séances, leur fréquence, le nombre de séances, les honoraires, le diagnostic posé, l'objectif à atteindre, les techniques utilisées au cours de la TCC et si des prescriptions de tâches auront lieu.

(2) Enseignement et pratique des techniques comportementales (environ cinq séances). Le programme d'intervention pour traiter un trouble psychotraumatique comprend l'apprentissage et la pratique de la relaxation, des techniques d'inoculation du stress ou de gestion du stress ou encore la pratique de

l'exposition en imagination (ou *in vivo*) ou de l'EMDR. Le clinicien doit choisir les techniques les plus adaptées à son patient.

- La relaxation : elle est une porte d'entrée idéale dans la thérapie en permettant au patient de réduire les manifestations somatiques, c'est-à-dire les réponses neurovégétatives attachées au traumatisme (revécus corporels). Elle se base sur la régulation respiratoire puis le relâchement des différentes parties du corps en insistant sur les points les plus tendus et douloureux. La relaxation progressive permet également d'avoir accès plus facilement aux souvenirs traumatiques.

- L'exposition : elle permet au patient de s'exposer, de manière graduelle, aux images traumatiques par désensibilisation, en lien avec un état de relaxation. L'exposition doit donc être réalisée progressivement selon la méthode la plus appropriée au patient : récit par écrit où il est demandé à la personne d'écrire avec progressivement de plus en plus de détails la situation traumatique, forme narrative progressive combinée à la relaxation, exposition progressive par vidéo en maîtrisant le rythme de présentation, *flooding* (implosion) qui est la technique la plus directe par laquelle le thérapeute fait revivre les sensations corporelles associées à la scène traumatique...

- L'inoculation du stress : cette technique particulière, une fois l'événement traumatique connecté, se présente en deux phases : (1) une phase éducative dans laquelle le thérapeute explique au patient les effets du stress (activation du système nerveux autonome, les biais cognitifs/d'interprétation et les émotions qui en découlent) en se basant sur les aspects du conditionnement classique et (2) une phase de mise en place de stratégies d'ajustement (*coping*) s'appuyant sur la relaxation, l'affirmation de soi (par ex. par jeu de rôle), la mise en place de stratégies d'arrêt des pensées automatiques et des autoverbalisations anxieuses/irrationnelles (remplacées par des verbalisations positives permettant l'adaptation et la maîtrise de situations rappelant l'événement traumatique).

- La gestion du stress : cette technique permet d'associer progressivement la réactivation du stressor avec un dialogue interne positif afin de réduire l'intensité des émotions par une disparition des pensées automatiques de danger. La méthode comprend six étapes successives : (1) une phase de préparation à la confrontation au stressor (par ex. par le dialogue, la relaxation, une exposition progressive), (2) une phase d'affrontement par une exposition en imagination ou un jeu de rôle, (3) la mise en place de pensées automatiques plus réalistes afin d'annuler le monologue intérieur basé sur la peur, (4) une phase d'approbation du thérapeute des efforts d'affrontement, (5) une étape de discussion des pensées repérées en lien avec le danger et de leur remplacement, (6) une prescription de tâches demandant au patient de reproduire à domicile l'affrontement avec le stressor.

- L'EMDR : *cf ci-après*.

(3) Restructuration cognitive (environ trois séances). Une fois le psychotraumatisme repéré et la confrontation réalisée (avec pour effet une modification positive des comportements et des réactions), les cognitions dysfonctionnelles peuvent être remaniées afin d'inscrire durablement le traumatisme dans le passé et dans l'histoire de vie du patient (lui donner un sens). Plusieurs techniques et guidages existent, que le thérapeute peut employer en fonction de la personnalité du patient : représentation des

comportements adaptatifs adoptés par la personne face au traumatisme vécu, permission d'image de « vengeance », prise de distance définitive avec le traumatisme en développant un plan constructif d'existence dans lequel l'événement traumatique a une place choisie, réécriture du scénario où la scène est vécue par un patient adulte (renforcement de l'estime de soi)...

(4) Séance bilan et conclusion de la thérapie par reprise de la grille d'analyse fonctionnelle et passation des tests initiaux afin de vérifier la disparition des symptômes. Un suivi dans le temps doit être proposé au patient (ex. il peut lui être proposé de se revoir dans un mois, dans trois mois...).

1.2. La désensibilisation par les mouvements oculaires et retraitement de l'information (EMDR – *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)

Cette méthode prend appui sur un référentiel neuropsychologique et part du postulat que les symptômes psychotraumatiques peuvent être traités par une déconnexion/reconnexion des différentes parties du cerveau par le biais de l'induction de mouvements oculaires saccadés. Les saccades oculaires sont associées à des images, des pensées, des sensations liées au traumatisme psychique afin de réduire progressivement l'anxiété ressentie ou encore les flash-backs vécus, avec pour corolaire une augmentation des pensées positives et de l'estime de soi. Tout comme pour les TCC, l'INSERM (2004) a compilé un ensemble important d'étude indiquant une efficacité prouvée de l'EMDR dans la clinique des psychotraumatismes, particulièrement en cas de TSPT.

L'EMDR se base sur la notion de « tissage cognitif » qui a pour objectif de reconnecter le réseau cognitif fonctionnel au réseau cognitif dysfonctionnel qui a pris l'ascendant avec le traumatisme psychique vécu. Il s'agit d'aider le patient à réinterpréter les émotions, les souvenirs, les cognitions passés à partir d'une perspective actuelle, permettant de défaire les blocages cognitifs dans le présent. Ce processus est rendu possible par la médiation d'une tâche d'attention (suivre les mouvements du doigt/crayon du thérapeute) réalisée tout en entrant en contact avec ses émotions. Cette tâche d'attention permet le retour facilité des souvenirs traumatiques issus des couches les plus profondes de la mémoire autobiographique ou épisodique. Shapiro (1985), à l'origine de cette méthode, a essuyé de nombreuses critiques, renforcées par plusieurs méta-analyses ayant démontré que les mouvements oculaires n'étaient pas nécessaires à l'obtention de résultats positifs. C'est ainsi que l'EMDR est désormais souvent considéré comme une technique de TCC équivalente aux autres. Cependant, l'EMDR peut être pratiqué de façon indépendante.

Concrètement, la méthode de traitement des psychotraumatismes par EMDR se déroule en général sur trois séances d'environ 90 minutes (mais dans les cas graves, une dizaine de séance peut être nécessaire). Les séances se déroulent en six phases distinctes : (1) la phase de préparation comporte un double mouvement de (a) discussion de l'événement traumatique et de (b) recherche d'une image

calme pour le patient ; (2) la phase d'évaluation qui se déroule en trois temps : (a) le patient décrit à haute voix le traumatisme, en visualise l'image/la scène et pense à la cognition négative qui lui est associée, (b) puis il pense à une cognition positive et en évalue la validité sur l'échelle VOC 1-7 (*Validity Of Cognition scale*), (c) enfin il repense au traumatisme, aux émotions et aux manifestations physiques associées et évalue la détresse ressentie sur une échelle de 1 à 100 ; (3) la phase de désensibilisation qui se déroule progressivement. Elle débute par la consigne faite au patient d'avoir présent à son esprit la scène traumatique, mais également la cognition, les émotions et les sensations physiques attachés. Puis les mouvements oculaires débutent (désensibilisation) durant lesquels le patient doit suivre par le regard (sans bouger la tête) le doigt du thérapeute se déplaçant d'un côté à l'autre du champ visuel. Les mouvements sont de l'ordre de 24 à 60 pour une durée de 12 à 30 secondes. Il est également demandé au patient de réaliser une respiration après chaque traversée oculaire et de laisser venir dans sa pensée tous les éléments qui émergent. A la fin de la série de mouvements, le patient doit se refocaliser sur l'image traumatique, les cognitions, les sensations avant de recommencer les mouvements oculaires. Ce protocole est suivi pendant environ 60 minutes ; (4) la phase d'installation d'une cognition positive. Elle a lieu quand, à la suite des mouvements oculaires répétés, l'anxiété ressentie par le patient est basse (entre 0 et 10) et la VOC élevée (6 ou 7). Le thérapeute demande alors au patient d'associer la cognition positive avec le souvenir du traumatisme (par répétitions à voix haute) ; (5) la phase de conclusion qui permet de vérifier que le patient est détendu. S'il est perturbé, une relaxation est effectuée et une nouvelle série de mouvements oculaire est réalisée (jusqu'à l'arrivée d'un sentiment d'apaisement) ; (6) la phase de suivi dans laquelle le patient doit tenir un journal de suivi où il doit écrire ce qui a émergé de la séance (car le traitement cognitif du traumatisme se prolonge entre les séances).

1.3. Les thérapies analytiques des psychotraumatismes

La psychanalyse repère, dans la prise en charge des traumatismes, un enjeu thérapeutique central s'appuyant sur la notion de « répétition ». Le sujet serait enfermé dans une fascination traumatique avec une incapacité à s'en détacher, sa mémoire étant comme aliénée. L'enjeu de la thérapie consiste donc à le dégager de ce figement et de cette répétition.

Ce travail nécessite un engagement du thérapeute dans le processus de reconstruction. Schématiquement, ce processus se déroule en trois étapes successives : (1) repérer le figement et le syndrome de répétition présents chez le patient, ainsi que leurs caractéristiques (dont le changement de caractère) ; (2) réaliser un travail progressif d'élaboration basé sur les associations (séries d'associations narratives) ; (3) co-construire progressivement un sens à l'événement traumatique afin de rétablir une continuité du soi. Pour cela, le thérapeute doit maîtriser plusieurs éléments importants : (1) Le thérapeute fait, tout d'abord, appel à la notion de figement traumatique, issu de l'effroi. L'effroi correspond, en effet, à un vécu de figement émotionnel s'étant produit au moment du choc

traumatique, mais également à un figement cognitif car le traumatisme est une expérience de non-sens, de perte de cohérence, de sentiment de rupture dans la continuité existentielle. La psychanalyse parle de rupture du soi qui est si forte au moment de l'événement traumatique que les croyances, les représentations, l'identité du sujet sont bouleversées. Ce figement, corolaire de l'effroi, se repère dans les questions des patients telles que « Pourquoi cela est-il arrivé à moi ? ».

(2) Le thérapeute s'appuie ensuite sur la notion de répétition, en se souvenant qu'elle est la conséquence du figement traumatique. La répétition peut être vue comme un blocage de l'énergie traumatique. La thérapie doit permettre un travail d'élaboration psychique ayant pour finalité la transformation et la liquidation de cette énergie traumatique figée, au moyen d'un processus d'associations et de liens avec un réseau de significations efficaces pour le patient. Autrement dit, le travail du thérapeute consiste à élaborer avec le patient des liaisons qui pourront mettre un terme à l'isolement du « corps étranger ». Pour cela, le moyen choisi est celui de la parole (dire à un autre) permettant de traduire en mots (en représentations verbales) des images, des sensations, des émotions afin de leur donner un sens.

(3) La thérapie psychanalytique des traumatismes psychiques s'appuie donc sur l'activité narrative partagée pour défaire les répétitions traumatiques. Le thérapeute encourage une narration basée sur les associations car, les patients étant figés dans l'instant traumatique, il leur est impossible d'accéder seuls à cette activité associative. Pour cela, le professionnel doit s'engager de façon active et soutenante pour permettre au patient de réaliser les liaisons (associations) qui, seules, peuvent construire du sens à ce qui a été vécu. Ce processus thérapeutique ne peut se réaliser que si le psychanalyste s'assure de jouer le rôle de contenant (qui a manqué au patient lors du traumatisme). Ce travail de contenance s'appuie sur l'empathie dans laquelle le thérapeute fait sentir au patient qu'il reconnaît la réalité qu'il a vécu et que ses propos ne sont pas de simples projections.

(4) La clinique des traumatismes nécessite, enfin, que le thérapeute adopte une position particulière et exigeante. Le traumatisme vécu par le patient a, en effet, également un impact sur le clinicien de l'ordre de la fascination. Le professionnel doit donc, sans cesse, s'assurer des dégagements pour échapper à la fascination produite par le récit traumatique car la sidération produite par les images de violence peuvent le toucher et paralyser sa pensée, l'empêchant de réaliser les liaisons nécessaires au dépassement de la répétition. Il est donc nécessaire de savoir prendre une certaine distance avec le récit du patient pour échapper à la toute-puissance du réel traumatique.

Conclusion

Les recommandations cliniques pour la prise en charge des TSPT

La clinique des psychotraumatismes devenant un enjeu majeur de santé, un groupement international (le NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*) a réalisé en 2005 puis en 2018 une série de recommandations pour la prise en charge des individus souffrant de traumatismes psychiques (de TSPT). Ces préconisations sont issues d'un comité de 17 membres composé de chercheurs, cliniciens, patients et encore économistes. Ses conclusions se basent sur les données probantes découlant du nombre substantiel de recherche ayant étudié le TSPT et évalué les effets des différentes thérapies.

Les principales recommandations du NICE représentent un guide précieux (il serait même possible de dire une « déontologie » de la clinique des traumatismes psychiques) pour les cliniciens prenant en charge des patients souffrant de traumatismes psychiques. Ces recommandation reprennent et résument les différents éléments de ce cours. Les principaux principes à retenir sont :

Reconnaissance du trouble de stress post-traumatique

Poser un diagnostic précis en se souvenant que les personnes atteintes d'un syndrome de stress post-traumatique (TSPT, y compris TSPT complexe), peuvent présenter une gamme de symptômes (reviviscences, évitements, hyperéveil, altérations négatives de l'humeur et de la pensée, dissociation...). Bien préciser la nature des événements traumatisants associés au développement du TSPT (ex. accident grave, agression physique et sexuelle, abus, exposition professionnelle à un traumatisme, traumatisme lié à de graves problèmes de santé, guerre et conflit...).

Lors de l'évaluation du psychotraumatisme, poser aux personnes des questions spécifiques sur la ré-expérience, l'évitement, l'hyperéveil, la dissociation, les altérations négatives de l'humeur et de la pensée, les troubles fonctionnels associés et utiliser les tests appropriés pour préciser les réponses. Demander également aux personnes si elles ont vécu un ou plusieurs événements traumatisants (qui peuvent s'être produits plusieurs mois ou années auparavant). Préciser l'événement et en donner les spécificités.

Pour les personnes présentant des symptômes physiques inexplicables et fréquentant à plusieurs reprises les services de santé, penser à demander si elles ont vécu un ou plusieurs événements traumatisants.

Problèmes de reconnaissance spécifiques aux enfants

Ne pas se fier uniquement au parent ou au tuteur pour obtenir des informations et toujours interroger directement et séparément l'enfant ou l'adolescent sur la présence de symptômes psychotraumatiques, en se souvenant bien des spécificités liées à l'âge.

Lorsqu'un enfant qui a été impliqué dans un événement traumatisant est traité dans un service d'urgence, le personnel doit expliquer à ses parents les réponses normales au traumatisme et la possibilité de développer un TSPT. Pour cela, décrire brièvement les symptômes possibles (par exemple, cauchemars, jeux liés à un traumatisme répétitif, difficultés comportementales accrues, problèmes de concentration, difficultés à dormir...), et leur proposer de contacter leur médecin généraliste si les symptômes persistent au-delà d'un mois.

Personnes impliquées dans une catastrophe majeure, réfugiés et demandeurs d'asile

Pour les personnes à haut risque de développer un TSPT (par ex. après une catastrophe majeure), penser à l'utilisation systématique d'un bref instrument de dépistage validé et l'administrer systématiquement un mois après la catastrophe.

Pour les réfugiés et les demandeurs d'asile à haut risque de développer un syndrome traumatique, penser également à l'utilisation systématique d'un bref instrument de dépistage validé dans le cadre de tout examen complet de santé physique et mentale.

Accès aux soins

Promouvoir l'accès aux soins pour les personnes atteintes de psychotraumatismes en: (1) les rassurant sur le fait qu'un TSPT est une maladie traitable ; (2) en fournissant des soins efficaces, faisant partie de la gamme des interventions validées pour leurs avantages probables ; (3) en veillant à ce que les méthodes d'accès aux services tiennent compte des besoins de populations spécifiques (ex. jeunes enfants d'âge préscolaire, enfants, personnes âgées, migrants et demandeurs d'asile...) ; (4) offrir un choix de thérapeutes formés aux traumatismes psychiques qui pourront tenir compte de l'expérience de traumatisme de la personne ; (5) ne pas/jamais retarder ou suspendre le traitement d'un traumatisme psychique (TSPT), par exemple uniquement en raison de procédures judiciaires ou de demandes d'indemnisation.

Principes de soins

Soutenir les personnes atteintes de psychotraumatismes en : (1) fournissant des informations sous forme verbale et écrite et conformément aux recommandations des directives du NICE ; (2) fournissant un soutien aux personnes atteintes de traumatisme psychique (et aux membres de leur famille ou aidants le cas échéant) couvrant tous les aspects de la clinique (évaluations et diagnostic, traitement, soutien des pairs) ; (3) mettant en place des groupes de soutien par les pairs ; (4) évitant d'exposer les patients à des déclencheurs qui pourraient aggraver leurs symptômes (par exemple, éviter les prises en charge dans des environnements bruyants ou restreints) ; (5) impliquant les membres de

la famille et les soignants le cas échéant, dans le traitement des personnes atteintes de psychotraumatismes.

Surveillance active

Toujours prévoir une surveillance active pour les personnes présentant des symptômes inférieurs au seuil de détection d'un traumatisme psychique dans le mois suivant un événement traumatisant.

Interventions psychologiques pour la prévention du TSPT chez les enfants et les jeunes

Prévoir une surveillance active ou une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur les traumatismes individuels dans un délai d'un mois après la survenue d'un événement traumatisant pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ayant été confrontés à un événement traumatique pouvant aboutir au développement d'un TSPT ou présentant déjà un Trouble stress aigu.

Il est également possible d'envisager une intervention de groupe post-immédiate axée sur les traumatismes pour les enfants et les jeunes âgés de sept à 17 ans s'il y a eu un événement possiblement traumatique partagé (à grande échelle) au cours du dernier mois. Ces interventions de groupe de type TCC doivent, notamment : (1) être basées sur un manuel/protocole validé, (2) comporter généralement entre cinq à 15 séances, (3) être dispensées par un praticien formé, (4) inclure la psychoéducation sur les réactions aux traumatismes, les stratégies de gestion des flashbacks, (5) proposer un traitement des souvenirs traumatiques, (6) comporter une restructuration cognitive (restructuration des significations liées au traumatisme), (7) et aider à surmonter l'évitement par des techniques cognitives et comportementales...

Traitement pour les enfants et les jeunes

Le praticien doit envisager une intervention individuelle en TCC axée sur les traumatismes pour les enfants âgés de cinq à six ans à partir d'un diagnostic précis de TSPT ou des symptômes cliniquement importants de traumatisme psychique qui se sont présentés après un événement traumatisant.

Il est nécessaire de privilégier une intervention individuelle en TCC axée sur les traumatismes pour les enfants et les jeunes âgés de sept à 17 ans ayant reçu un diagnostic précis de TSPT ou présentant des symptômes cliniquement importants de TSPT après un événement traumatisant.

Les interventions individuelles de TCC axées sur les traumatismes pour les enfants et les jeunes doivent, notamment : (1) être basées sur un manuel/protocole validé ; (2) être généralement dispensées sur six à 12 séances (mais plus si cela est cliniquement indiqué) ; (3) être dispensées par des praticiens formés ; (4) proposer des techniques adaptées à l'âge et au développement de l'enfant ou du jeune ; (5) impliquer les parents ou les tuteurs ; (6) inclure des techniques comportementales et cognitives pour permettre un traitement des souvenirs des traumatismes, un traitement des émotions liées au traumatisme (y compris la honte, la culpabilité, la perte et la colère), une restructuration des significations liées au traumatisme... ; (7) inclure un suivi post-thérapie avec planification de séances de rappel (par exemple aux dates anniversaires des traumatismes).

Le praticien doit aussi envisager la désensibilisation et le retraitement par mouvements oculaires (EMDR) pour les enfants et les jeunes âgés de sept à 17 ans ayant reçu un diagnostic de TSPT ou présentant des symptômes cliniquement importants de traumatisme psychique, uniquement s'ils ne répondent pas ou ne s'engagent dans une thérapie par TCC axée sur les traumatismes.

Interventions psychologiques pour la prévention du TSPT chez l'adulte

Offrir une intervention individuelle en TCC axée sur les traumatismes aux adultes qui souffrent d'un Trouble de stress aigu ou de symptômes cliniquement significatifs indiquant le possible/probable développement d'un futur TSPT et/ou aux adultes ayant été exposés à un ou plusieurs événements traumatisants au cours du dernier mois. La mise en place de groupes en intervention post-immédiate doit également être envisagée.

Traitement pour adultes

Offrir une intervention individuelle en TCC axée sur les traumatismes aux adultes ayant un reçu un diagnostic précis de TSPT ou de symptômes cliniquement importants de TSPT (qui se sont présentés plus d'un mois après un événement traumatisant).

Les interventions individuelles de TCC axées sur les traumatismes pour les adultes doivent, notamment : (1) être basées sur un manuel/protocole validé ; (2) être généralement dispensées sur six à 12 séances (mais plus si cela est cliniquement indiqué) ; (3) être dispensées par des praticiens formés ; (4) proposer des techniques reconnues et validées ; (5) inclure des techniques comportementales et cognitives pour permettre un traitement des souvenirs des traumatismes, un traitement des émotions liées au traumatisme, une restructuration des significations liées au traumatisme... ; (7) inclure un suivi post-thérapie avec planification de séances de rappel.

Penser à utiliser l'EMDR chez les adultes ayant reçu un diagnostic de TSPT ou présentant des symptômes cliniquement importants de TSPT et qui se sont présentés plus de trois mois après un traumatisme non lié au combat. L'EMDR pour les adultes devrait: (1) être basé sur un manuel/protocole précis et validé ; (2) être dispensé par des praticiens formés ; (3) être dispensé en plusieurs phases comme convenu dans cette pratique ; (4) gérer des souvenirs et des situations pénibles ; (5) identifier et traiter les mémoires cibles (souvent des images visuelles) ; (6) promouvoir des croyances positives alternatives sur soi ; (7) utiliser une stimulation bilatérale répétée pendant la session (normalement avec des mouvements oculaires) pour des souvenirs cibles spécifiques jusqu'à ce que les souvenirs ne soient plus angoissants ; (8) inclure l'enseignement des techniques d'auto-apaisement, à utiliser pendant et entre les sessions.

Envisager également des interventions en TCC ciblant des symptômes spécifiques tels que les troubles du sommeil, pour les adultes ayant un diagnostic de TSPT ou présentant des symptômes cliniquement importants de TSPT et qui se sont présentés plus de trois mois après un événement traumatisant

Soins aux personnes atteintes de TSPT et de besoins complexes

Pour les personnes présentant un TSPT et une dépression: traiter habituellement le TSPT en premier car la dépression s'améliorera souvent avec un traitement réussi des traumatismes psychiques.

En revanche, traiter d'abord la dépression si elle est suffisamment grave pour rendre difficile le traitement psychologique du TSPT, ou s'il y a un risque que la personne se fasse du mal ou fasse du mal aux autres (ex. crise suicidaire).

Ne pas exclure les personnes présentant des abus (médicament, alcool...) du traitement d'un TSPT.

Pour les personnes ayant des besoins supplémentaires (par ex. présence d'un TSPT complexe), le praticien doit prévoir du temps supplémentaire pour développer la confiance avec la personne, en augmentant la durée ou le nombre de séances de thérapie selon les besoins du patient.